



К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА И ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ (КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЯ)

© Н.Н. Соколова¹, В.С. Тарханов¹, Е.А. Денисова¹, А.В. Петракова², Е.А. Стус¹

¹ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань;

²ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань

Для цитирования: Соколова Н.Н., Тарханов В.С., Денисова Е.А., др. К вопросу дифференциальной диагностики детского аутизма и детской шизофрении (клинико-психологическая оценка случая) // Педиатр. – 2018. – Т. 9. – № 5. – С. 125–130. doi: 10.17816/PED95125-130

Поступила в редакцию: 04.09.2018

Принята к печати: 10.10.2018

В статье обсуждается целесообразность использования в современных условиях мультидисциплинарного подхода к диагностике детского аутизма и детской шизофрении, дифференциации данных нозологий. Статья построена на анализе случая длительного клинического наблюдения за формированием специфического дефекта у больного с ранним и тяжелым началом эндогенного заболевания, приведшего к нарушению развития. В динамике представлены дифференциально-диагностические данные, характеризующие различия между детским аутизмом и шизофренией. Освещены подробные анамнестические и катамнестические сведения, собранные на протяжении более восьми лет, данные патопсихологических маркеров детского аутизма и детской шизофрении. Затронуты вопросы медицинской, психолого-педагогической и социальной помощи ребенку с коммуникативными и когнитивными расстройствами шизофренического круга. Показаны варианты искаженного дизонтогенеза, которые различны и специфичны для детского аутизма и детской шизофрении. Рассмотрена специфика формирования психического дефекта (когнитивного, эмоционально-волевого) на разных возрастных этапах с последующим формированием дефицитарности личности, особенности социализации и дезадаптации, нарастающей с течением болезни. Подчеркивается необходимость динамического комплексного наблюдения за пациентами на фоне медикаментозной и психолого-педагогической коррекции. Отмечается важность клинических и параклинических методов обследования, позволяющих поставить правильный диагноз и решить вопросы своевременного назначения адекватного лечения, реабилитации и социально-трудовой экспертизы в дальнейшем.

Ключевые слова: аутизм; детская шизофрения; дифференциальная диагностика; взросление; дефект; индивидуальная динамика развития.

ON THE ISSUE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHILDHOOD AUTISM AND CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA (CLINICAL PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF THE CASE)

© N.N. Sokolova¹, V.S. Tarkhanov¹, E.A. Denisova¹, A.V. Petrakova², E.A. Stus¹

¹Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, Astrakhan, Russia;

²Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

For citation: Sokolova NN, Tarkhanov VS, Denisova EA, et al. On the issue of differential diagnosis of childhood autism and childhood schizophrenia (clinical psychological evaluation of the case). *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2018;9(5):125-130. doi: 10.17816/PED95125-130

Received: 04.09.2018

Accepted: 10.10.2018

The article discusses the current state of the problem of the multidisciplinary approach to the diagnosis of childhood autism and child schizophrenia, the differentiation of nosology data. The article is based on the analysis of a case of prolonged clinical observation of the formation of a specific defect in a patient with an early and severe onset of endogenous disease, which led to disruption in development. Differences between childhood autism and schizo-

phrenia are presented in the dynamics of differential-diagnostic data. Detailed anamnestic and follow-up data collected over 8 years, data from pathopsychological markers of children's autism and childhood schizophrenia are highlighted. The issues of medical, psychological, pedagogical and social assistance to the child with communicative and cognitive disorders of the schizophrenic circle are touched upon. Variants of distorted dysontogenesis, which are different and specific for children's autism and child schizophrenia, are shown. The specifics of the formation of a mental defect (cognitive, emotional-volitional) on different age stages with subsequent deficiency of personality, features of socialization and disadaptation, accruing with the course of the disease, are highlighted. The necessity of dynamic complex observation of patients on the background of medical and psychological-pedagogical correction is underlined. The importance of clinical and paraclinical methods of examination is indicated, which makes it possible to correctly diagnose and resolve the issues of timely assignment of adequate treatment, rehabilitation and social and labor expertise in the future.

Keywords: autism; childhood schizophrenia; differential diagnostics; growing up; defect; individual dynamics of development.

Детский аутизм на современном этапе развития психиатрии представляет собой актуальную проблему не только в связи с увеличением числа случаев диагностики во всем мире, но и с неоднозначностью этиологических факторов, патогенетических механизмов, сложностями медикаментозной терапии и абилитации. Одной из важных проблем, с которой сталкиваются специалисты, — это проведение дифференциальной диагностики, в частности выявление процессуального заболевания, с целью своевременного назначения адекватного лечения и решения вопросов социально-трудовой экспертизы в дальнейшем. Обзор отечественной и зарубежной литературы по данной теме, критерии диагностики согласно международным классификациям, терапевтические подходы демонстрируют имеющиеся разногласия. В США детскую шизофрению (ДШ) крайне редко диагностируют до 14-летнего возраста, в Европе — ранее 9 лет. В МКБ-10 (1994) детская форма шизофрении не была выделена, в 1999 г. был введен специальный раздел — «Шизофрения (детский тип)» — F20.8xx3 [1, 2, 5].

В.Е. Каган (1981) [2] считал характерным для шизофрении в детском возрасте наличие бреда и галлюцинаций; существование ремиссии и рецидивов в течении заболевания; отягощенную наследственность; низкий социальный статус родителей; доболезненный период нормального развития; уровень интеллекта обычно в пределах возрастной нормы ($IQ > 70$), реже ниже нормы (в 15 % случаев $IQ < 70$). К.С. Лебединская (1981) [3] подчеркивала прогрессирующее течение заболевания в виде нарастания психического дефекта (углубление вялости, распад речи, регресс поведения с утратой приобретенных навыков).

В исследованиях Н.В. Симашковой (2011, 2015) [6, 7] указываются специфические для детской шизофрении клинические признаки, данные ЭЭГ. Отмечается, что диагноз детской шизофрении в случае атипичного аутизма следует ставить уже

на этапе манифестного регрессивно-кататонического психоза, не опасаясь «стигмы в психиатрии». В то же время подчеркивается, что характерные для детского аутизма инфантильные психозы с кататонической симптоматикой (длятся 2–3 года) в сочетании с аутизмом способствуют вторичной задержке психического развития и «важно не упустить сензитивный период развития ребенка, когда аутистическая симптоматика закрепляется и прогрессирует». В научных работах акцентируется, что благоприятному исходу при детском аутизме способствует ряд факторов, в том числе своевременно проведенная абилитация.

Для иллюстрации сложностей дифференциальной диагностики между детским аутизмом и детской шизофренией приводим следующее наблюдение.

Пациент Л., 2004 г. р., наблюдается в ГБУЗ АО «ОКПБ» с 2008 по 2017 г., был госпитализирован в детское отделение трижды — в 2012, 2016 и 2017 гг.

Мотивы госпитализации в каждом случае: проявляет аутоагрессию и агрессию к родным, резистентен к медикаментозному лечению в амбулаторных условиях.

Из анамнеза известно: наследственность психопатологически не отягощена. У родителей высшее образование. Беременность у матери протекала на фоне струмы щитовидной железы. Рожден в срок, вес 3600 г, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. В младенчестве был пассивен, не реагировал на мокрые пеленки, неуютно чувствовал себя на руках, не гулил, не оживлялся при виде родителей, отсутствовал глазной контакт. Реагировал только на голод, но прикорм принимал с трудом. Моторно развивался с опережением, сидеть начал в пять месяцев, самостоятельно пошел в восемь месяцев, сразу наблюдался «челночный» бег. До года неосознанно произносил отдельные слова, затем речевое развитие приостановилось, и «шаблонная» фразовая речь сформировалась

к четырем годам. Был равнодушен к обычным игрушкам, расставлял их в ряд, не разрешая трогать, сюжетные игры отсутствовали. Не принимал ничего нового, с трудом выходил из дома. На улице не тянулся к детям, к родителям проявлял немотивированную агрессию (щипал, кусал). В полтора года перенес гастроэнтерит в тяжелой форме, пневмонию. В 2007 г. в возрасте трех лет родители обратились к психиатру, диагностирован детский аутизм (F 84.0). Принимал курсовое лечение нейропротекторами. Через год определена инвалидность в психиатрическом бюро медико-социальной экспертизы с тем же диагнозом: «Детский аутизм» (F 84.0).

С 2008 г. стал посещать специализированную группу для детей с расстройствами аутистического спектра в школе–детском саду «Верботон». Адаптировался с трудом, наблюдались выраженные негативистские проявления: не принимал пищу, не удерживался в группе, импульсивно кусался, щипался, мог внезапно раздеться. В возрасте пяти лет после года психолого-педагогической коррекционной работы согласился посещать музыкальные занятия, выходить на прогулку, стал ближе подходить к детям, играть в тактильную игру. В познавательной деятельности наблюдалась положительная динамика: научился соотносить предметы по форме, цвету, показывать буквы, цифры, обобщать понятия «мебель», «посуда», «цветы», стал отзываться на имя, называть себя («я») в зеркале. К пяти годам расширился словарный запас, но речь оставалась эхололичной и вычурной: буфетчицу в детском саду называл «тетя-чайник», няню — «тетя-швабра», о себе говорил в третьем лице. В связи с агрессией к членам семьи, импульсивными поступками с 2009 г. стал принимать сонапакс (10 мг/сут), затем рисперидон (2 мг/сут)¹. В старшем дошкольном возрасте научился читать, но не понимал прочитанного, выучил английский алфавит, математические знания давались сложнее. В целом оставался неконтактным с детьми, внезапно проявлял к ним агрессию. Ел выборочно, сохранялся страх всего нового, не переносил изменений, успокаивался только в привычной обстановке. К семи годам усилилась тревожная симптоматика. При изменении стереотипов (еды, мультфильмов, освещения, обстановки, привычного маршрута) проявлял негативизм, бурные реакции: сопротивлялся, кричал, совершал ауто- и гетероагрессивные

поступки (кусал себя и окружающих). С большим трудом выходил из дома, шел только одной дорогой. В двигательной сфере также был стереотипен: наблюдался «челночный» бег, ходил кругами, вставал на голову. На фоне амбулаторной нейролептической терапии (рисперидон 2 мг/сут) улучшения не наблюдалось.

Впервые был госпитализирован в детское психиатрическое отделение в 2012 г. Психический статус при поступлении был описан следующим образом: «При обращении на собеседника не смотрит. Речь не развита, произносит отдельные слова без предлогов, не согласуя их в роде и падеже, выражена эхололия. Правильно назвал свое имя, возраст, сообщил домашний адрес, телефон. Знает времена года, месяцы. Невербально классифицирует, исключает «лишнее». Складывает разрезанную картинку из шести частей, сюжетную картинку не осмысливает. Читает целыми фразами, но содержания не передает, не соотносит прочитанное с картинками. Арифметические действия не доступны, осуществляет порядковый счет до 100. Эмоционально невыразителен, лицо гипомимичное. Быстро астенизируется, склонен к аффективным психоподобным реакциям». В отделении первое время с детьми был агрессивен, пытался ущипнуть, ударить. Беспечно без остановки ходил по отделению, периодически вставал на голову. Спонтанно декламировал стихи, фразы из телепередач. Ел выборочно, с фиксацией на определенных пищевых продуктах, пытался выплюнуть еду в тарелки соседей, бросал пищу на пол. Активно сопротивлялся медицинским манипуляциям, криком выражал недовольство. Ночью долго не мог заснуть. На фоне нейролептической, нейротрофической терапии стал спокойнее, поведение стало более упорядоченным, начал подходить к маленьким детям, заглядывать в лицо, трогать за руки. По желанию ненадолго заходил в игровую комнату, смотрел мультфильмы, читал тексты. Выписан с диагнозом «детский аутизм. F 84.0» на поддерживающей нейролептической терапии: галоперидол, рисперидон.

После выписки по решению медико-педагогической комиссии стал обучаться в специализированной школе-интернате по коррекционной программе для детей с умственной отсталостью на домашней форме обучения (в связи с отказом посещать школу). В учебном процессе отмечалась низкая познавательная активность, сложности с восприятием учебного материала, бессмысленное проговаривание однообразных слов и фраз, склонность к аффективным вспышкам при изменениях в окружающей обстановке. Вне учебы увлечений не имел, беспечно ходил и бегал из комнаты

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 февраля 2015 г. № 32н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра)». Доступен по: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70775754/> (дата обращения 07.09.2018).

в комнату, на прогулки старался не выходить, избегал посещения людных мест, был недружелюбен к гостям, проявлял агрессию. Наблюдался участковым психиатром, который подбирал различные комбинации препаратов (рисперидон, перфеназин, галоперидол, клозапин, тригексифенидил), но без положительной динамики. С 2014 г. отмечалось нарастание аутизации: замкнулся, был негативен к общению с другими детьми, импульсивен. Состояние особенно ухудшилось весной 2016 г. Стал беспокойным, возбужденным, перебежками курсировал из комнаты в комнату, порой на цыпочках, встряхивая руками, что-то бормотал, мало спал. По малейшему отклонению от привычного уклада кричал до хрипоты, кусал, щипал домашних, проявлял аутоагрессию. Сохранялась выборочность в еде, хотя привычных продуктов ел много, до прожорливости. При достаточном словарном запасе речь в коммуникативных целях использовал при крайней необходимости, при этом под ситуацию подставлял слова, имеющие другое значение, паралогичные словесные штампы: если обижался на кого-то, кричал «костюм», если выключен телевизор — «индийский чай». Отказывался заниматься с учительницей, выгонял ее из квартиры, сам категорически не хотел выходить из дома. В 2016 г. окончил четвертый класс по коррекционной программе индивидуально.

Повторно госпитализирован в детское отделение в мае 2016 г. В отделении при поступлении был возбужден, кричал, пытался выбить дверь. Не удерживал глазной контакт, не сидел на месте, ходил с опорой на пальцы ног из угла в угол, периодически на бегу замирал. Был импульсивен, суетлив, вскакивал с места, кружился, подбегал к столу, затем так же резко садился на место, отмечалась застывшая однообразная мимика с полукруглым ртом, периодически гримасничал. Речь невнятная, порой скандированная, совершенно непонятная, с эхолоалиями, вербигерациями. На вопросы периодически отвечал не по теме, «со скальзывал». Агрессивно реагировал на любые изменения окружающей обстановки: кричал, плакал, щипал детей и медицинский персонал. Спротивлялся медицинским манипуляциям, не выходил на прогулку, с криком заходил в кабинеты специалистов и игровую комнату. Ел крайне выборочно, только домашнее, порой без видимой причины периодически отказывался от еды и питья. На фоне лечения (галоперидол, клозапин, амитриптилин, тригексифенидил) стал спокойнее, уменьшилась сила аффективных реакций, наладился сон. Положительная динамика в когнитивном развитии по сравнению с 2008 г. незначительная: под диктов-

ку пишет короткие фразы с ошибками, с подсказкой выполняет простые арифметические действия, не осознает прочитанного. Выписан с диагнозом: «Шизофрения, детский тип, непрерывное течение, олигофреноподобный и эмоционально-волевой дефект. F 20.806». В рекомендациях: клозапин, галоперидол, циклодол, амитриптилин.

ОБСУЖДЕНИЕ

Из анамнеза следует, что первые признаки заболевания в виде аутистического дезинтегративного дизонтогенеза были уже в возрасте до года (недостаток социального взаимодействия, взаимной коммуникации и наличие стереотипных регрессивных форм поведения). Первое обращение к психиатру, госпитализации совпадают с периодами возрастных кризисов (3, 8, 12 лет). По результатам патопсихологических обследований в эти периоды отмечалось отставание в большинстве показателей основных психических функций от возрастных норм, что дает основание предполагать формирование когнитивного дизонтогенеза дефицитарного типа, а в возрасте 12 лет — с преобладанием ретардации. Следует отметить, что когнитивное развитие после восьми лет было минимальным, что характерно для олигофреноподобного дефекта детского типа шизофрении. Начиная со школьного возраста на первый план выступает дефицитарная симптоматика в виде нарастающего эмоционально-волевого дефекта (нежелание выходить из дома, общаться с кем-либо, кроме близких, спад познавательной активности), снижения уровня когнитивной деятельности относительно собственных достижений более раннего возраста, утяжеления речевых расстройств. В клинической симптоматике с возрастом, несмотря на активную нейролептическую терапию, отмечалось нарастание кататонических расстройств. Прослеживалась отрицательная динамика течения болезни: нарастание аутизации, когнитивного дефицита, схизиса, стойкость и выраженность кататонических расстройств позволили поставить в 12 лет диагноз шизофрении.

За период амбулаторного и стационарного наблюдения провести ЭЭГ-исследование не представилось возможным в связи с выраженными негативистскими реакциями пациента.

Патопсихологические обследования Л. в периоды пребывания в стационаре проводили дважды — в 2016 и 2017 гг.² Более ранние обследования

² Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 февраля 2015 г. № 32н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра)». Доступен по: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70775754/> (дата обращения 07.09.2018).

не было возможно провести из-за выраженного психомоторного возбуждения пациента. В процессе работы применяли стандартные методики исследования познавательных процессов — мышления, памяти, внимания, умственной работоспособности, а также особенностей личностной сферы (метод 10 слов, таблицы Шульте, методики «Исключение предметов», «Классификация», проективные методики).

Во время первого исследования продуктивный контакт с испытуемым затруднен, на экспериментатора реагирует слабо, на призывы эмоционально не откликается, поведение неадекватное, нелепое, не соответствует ситуации. Эмоциональные проявления обедненные. На вопросы в плане заданного не отвечает, не называет своего имени и фамилии, речь ускоренного темпа, бессвязная, невнятная, неожиданно начинает петь, выкрикивать бессмысленный набор звуков, отмечается эхолалия.

Исследование мнестической сферы, сенсомоторных реакций и ассоциативных процессов невозможно, поскольку испытуемый искажает предложенную форму действий, выполняя задания в субъективном порядке.

Рисуночная продукция слабо дифференцирована, обращает на себя внимание причудливость и своеобразие рисунков, выражающиеся в диспропорции фигуры, искажении формы, привнесении лишних частей. Элементы рисунка представлены отдельными штрихами, линиями, отмечается прерывание в изображении предметов, фигуру человека изображает в форме круга с шестью руками.

При исследовании мыслительной сферы отмечается диссоциация, когда на фоне общей низкой продуктивности мыслительной деятельности обнаруживается доступность выполнения операций обобщения. В методике «Классификация» испытуемый изначально без ошибок самостоятельно собирает карточки по группам, впоследствии деятельность разлагается вследствие актуализации связей случайного характера.

Личностные особенности характеризуются социальной неадекватностью поведения, интровертированностью, отсутствием эмоциональной значимости внешних контактов, эмоциональной холодностью, отсутствием конструктивного взаимодействия с окружающими, спонтанностью, нарушением произвольной регуляции своего поведения.

Поведение во время исследования в 2017 г.: на экспериментатора не смотрит, постоянно передвигается по комнате, издает звуки, разговаривает сам с собой, поет, на задаваемые вопросы отвечает эхолалическими штампами, действия стерео-

типны. Предложенные инструкции выполняет избирательно, отмечаются трудности в привлечении к работе.

Продуктивность непосредственного слухоречевого запоминания низкая (кривая воспроизведения 10 слов имеет характер плато: 2–2–2–3, отсрочено — 2 слова). Темп психической деятельности снижен, активное внимание с трудностями распределения.

При исследовании мышления обнаруживаются трудности в выполнении мыслительных операций по сравнению с результатами предыдущего обследования, уровень обобщения более низкий, наблюдаются искажения процессов обобщения, разноплановость.

Эмоционально-личностная сфера характеризуется инфантильностью, социальной неадекватностью поведения, отсутствием эмоциональной значимости внешних контактов, нарушением произвольной регуляции своего поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациента имеются проявления когнитивного дефицита с нарастающим эмоционально-волевым дефектом личности. В данном клиническом примере особенно трудными моментами для клинической диагностики являются: отсутствие бреда и галлюцинаций; невозможность однозначно определить характер кататонических расстройств, типичных для шизофрении; наличие таких проявлений, как эхолалия, хождение с опорой на пальцы ног, вычурные движения в руках, постоянная ходьба. Формирование регресса происходит в условиях домашнего обучения, вне системы абилитации.

По клиническим проявлениям аутистические расстройства и детская шизофрения фенотипически близки и трудны в дифференциальной диагностике [4]. Наблюдение пациентов в динамическом режиме, клинические и параклинические обследования (ЭЭГ, патопсихологическое исследование, биологические маркеры) на фоне медикаментозной и психолого-педагогической коррекции позволяют поставить правильный диагноз³.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горюнова А.В. Аутизм и расстройства аутистического спектра у детей (лекция, часть 1) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016. – Т. 16. – № 1. – С. 86–96. [Goryunova AV. Autism

³ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 февраля 2015 г. № 32н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра)». Доступен по: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70775754/> (дата обращения 07.09.2018).

- and disorders of autistic spectrum (Lecture, Part 1). *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*. 2016;16(1):86-96. (In Russ.)]
2. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л.: Медицина. Ленинградское отделение, 1981. [Kagan VE. Autizm u detey. Leningrad: Meditsina. Leningradskoe otdelenie; 1981. (In Russ.)]
 3. Лебединская К.С., Лукашова И.Д., Немировская С.В. Клиническая характеристика синдрома детского аутизма // Ранний детский аутизм / Под ред. Т.А. Власовой, В.В. Лебединского, К.С. Лебединской. – М.: НИИД АПН СССР, 1981. – С. 4–24. [Lebedinskaya KS, Lukashova ID, Nemirovskaya SV. Klinicheskaya kharakteristika sindroma detskogo autizma. In: Ranniy detskiy autizm. Ed by T.A. Vlasova, V.V. Lebedinskiy, K.S. Lebedinskaya. Moscow: NIID APN SSSR; 1981. P. 4-24. (In Russ.)]
 4. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста (руководство для врачей). – СПб.: Питер, 2001. [Mikirtumov BE, Koshchavtsev AG, Grechanyu SV. Klinicheskaya psikhiatriya rannego detskogo vozrasta (rukovodstvo dlya vrachey). Saint Petersburg: Piter; 2001. (In Russ.)]
 5. Сергеева Н.А., Докукина Т.В., Григорьева Н.К. Современные медико-социально-психологические проблемы аутизма // Научные стремления. – 2012. – № 4. – С. 124–133. [Sergeeva NA, Dokukina TV, Grigoreva NK. Modern medical and socio-psychological problems of autism. *Nauchnye stremleniya*. 2012;(4):124-133. (In Russ.)]
 6. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение (методические указания). – М.: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. [Simashkova NV, Makushkin EV. Rasstroystva autisticheskogo spektra: diagnostika, lechenie, nablyudenie (metodicheskie ukazaniya). Moscow: Federal'nyy meditsinskiy issledovatel'skiy tsentr psikhiiatrii i narkologii im. V.P. Serbskogo Minzdrava Rossii; 2015. (In Russ.)]
 7. Симашкова Н.В. Эффективная фармакотерапия и реабилитация больных с расстройствами аутистического спектра // Эффективная фармакотерапия. – 2011. – № 19. – С. 44–50. [Simashkova NV. Effektivnaya farmakoterapiya i rehabilitatsiya bol'nykh s rasstroystvami autisticheskogo spektra. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2011;(19):44-50. (In Russ.)]

◆ Информация об авторах

Надежда Николаевна Соколова – начальник детско-подросткового отдела. ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань. E-mail: okpb@bk.ru.

Владимир Саввич Тарханов – канд. мед. наук, зам. гл. врача по лечебной работе. ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань. E-mail: okpb@bk.ru.

Елена Анатольевна Денисова – заведующая детским отделением. ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань. E-mail: olen6471@yandex.ru.

Анастасия Валентиновна Петракова – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии. ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань. E-mail: petrakova.astrakhan@mail.ru.

Елена Анатольевна Стус – заведующая патопсихологической лабораторией. ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань. E-mail: okpb@bk.ru.

◆ Information about the authors

Nadezhda N. Sokolova – Head of Department. Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, Astrakhan, Russia. E-mail: okpb@bk.ru.

Vladimir S. Tarkhanov – MD, PhD, Deputy Chief Doctor. Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, Astrakhan, Russia. E-mail: okpb@bk.ru.

Elena A. Denisova – Head of Department. Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, Astrakhan, Russia. E-mail: olen6471@yandex.ru.

Anastasiya V. Petrakova – MD, PhD, Associate Professor of Department of Psychiatry. Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia. E-mail: petrakova.astrakhan@mail.ru.

Elena A. Stus – Head Of Pathopsychological Laboratory. Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Astrakhan region, Astrakhan, Russia. E-mail: okpb@bk.ru.