

## РАЗСТРОЙСТВА ОТ АУТИСТИЧНИЯ СПЕКТЪР

Д. Терзиев<sup>1</sup> и Н. Полнарева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиника по детска психиатрия, УМБАЛ „Александровска“ – София

<sup>2</sup>Катедра по психиатрия, Медицински факултет, Медицински университет – София

**Резюме.** Разстройствата от аутистичния спектър, взаимозаменяемо обозначавани и като первазивни разстройства на развитието, включват социо-комуникативни дефицити и ограничени и репетитивни действия, поведения и интереси. Отсъстващото социално съотнасяне, дефицитът на свързаното внимание, ограничените функции на комуникацията и отклоненията на комуникативните актове по форма са значими подлежащи затруднения. С възрастта засегнатите деца се развиват комуникативно и социално – до различна степен в отделните случаи – но в ограниченията, наложени от наличното разстройство. Оценката, която включва, но е по-широка от диагнозата, се осъществява от специализирани мултидисциплинарни екипи. Интервенциите в широк смисъл са мултимодални, биопсихосоциални и мултиинституционални. Те зависят от възрастта и развитийния потенциал на децата. В детска и юношеска възраст обикновено включват интеракционни и поведенчески терапии, особено в ранна предучилищна възраст; специализирана психологична, логопедична и педагогична помощ; подкрепа и интервенции в системите на училището и социалното осигуряване.

**Ключови думи:** разстройства от аутистичния спектър, аутистично разстройство, оценка, интервенции

### **D. Terziev and N. Polnareva. AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

**Summary.** Autism Spectrum Disorders used synonymously with Pervasive Developmental Disorders consist of disorders with mainly socio-communicative deficits, and restricted and repetitive activities, behaviors and interests. Lacking social referencing, deficit in the joint attention, restricted communicative functions and deviated forms of communicative acts are some of the significant underlying impairments. Afflicted children develop communicatively and socially – to different degree in individual cases – but in the limits imposed by the disorder. The assessment – which is wider than the diagnosis – is performed by multidisciplinary teams. Interventions are multimodal, biopsychosocial and multi-institutional, and depend on the age and the developmental potential of children. In childhood and adolescence, the interventions typically include interactionally and behaviorally oriented therapies, especially in the early preschool age; specialized psychological support, speech-therapy and pedagogical work; supports and interventions provided by school and social welfare systems.

**Key words:** autism spectrum disorders, autistic disorder, assessment, interventions

Разстройствата от аутистичния спектър (РАС, ASD – Autism Spectrum Disorders) са група невноразвитийни разстройства, проявяващи се предимно със социо-комуникативни дефицити и репетитивни, стереотипни и ограничени действия, поведения и интереси. Техен прототип е описаният в средата на миналия век дет-

ски аутизъм, понастоящем обозначаван в психиатричната номенклатура като аутистично разстройство [5, 11]. Терминът первазивни (генерализирани) разстройства на развитието е взаимозаменяем с РАС, все още фигурира в официалната класификация, но се очаква да бъде заменен от РАС през 2013 г. с появата на

новото издание на Диагностично-статистическия наръчник на Американската психиатрична асоциация (DSM-V).

*Социо-комуникативните дефицити и отклонения* при РАС засягат невербалната и (по-късно) вербалната комуникация. Ако приемем, че някои от нарушенията в социо-комуникативната област са основни и подлежащи, към тях можем да отнесем дефицитите в *социалното съотнасяне и свързаното внимание* на детето.

*Социалното съотнасяне* е използването на основните възрастни (например майката) като референти в нова ситуация, при което детето от най-ранна възраст се ориентира за ситуацията и според това е в състояние да определи поведението си. Такова социално съотнасяне е налице например, когато в неясна за малкото дете ситуация то поглежда майка си, отчитайки нейната реакция – основно по изражението на лицето ѝ. Според нейната реакция то възприема ситуацията и организира поведението си [19]. Детето „прочита“ емоционалната лицева експресия на майката и съобразява поведението си с тази „емоция“ на майката.

Докато при децата с типично развитие от най-ранна възраст е налице насоченост към другия – като че ли „вроден детектор“ на лицето, особено характерно за очите и областта около тях и на насочеността на погледа на другия – при детето с РАС това е дефицитно [7]. Социалното съотнасяне при детето с РАС отсъства или се развива в по-малка степен и съответно по-късно. Изследване установява, че аутистичните деца насочват погледа си към различна част на лицето, сравнени с тези с нормално психично развитие [13].

Разбирането на емоционалното състояние на другите и възможността за емпатия остават в една или друга степен дефицитни дори за по-добре развиващите се деца и възрастни с аутизъм.

*Свързаното внимание* включва интерес и поглеждане към другия за проследяване на неговата насоченост, например на погледа му, като след това детето насочва вниманието си (погледа си) към това, което възрастният гледа и/или прави. Лесно можем да разберем, че този механизъм е в основата на важни способности на малкото дете – например да имитира, които са в основата на научаването в тази възраст.

*Функцията на комуникацията* развитийно предхожда нейната *форма*. Функцията е „защо“,

докато формата е „как“ на комуникативния акт. Така например малкото дете комуникира с родителите, за да поиска нещо (невербално поглеждайки го, с посочване и едновременно със звук, дума или изречение); за да покаже това (посочи или донесе), което му е интересно; да подкани към игра; да поиска помощ или информация и др. Някои от тези *комуникативни функции* при децата с аутизъм и други РАС преобладават за сметка на други – например доминираща комуникативна функция при малките деца с аутизъм е искането на предмет/обект, който детето не може да вземе само. Много малките деца с аутизъм търсят родителите си най-вече, за да ги накарат да направят нещо. Тази функция е много по-представена от насочването на вниманието на възрастния към нещо, което е интересно за детето или което то е направило. Формата на комуникативния акт на искане, от друга страна, е отклоняваща се от обичайното. Така например 2-годишното дете с аутизъм не посочва, същевременно поглеждайки родителя и вербализирайки (вокализирайки), към това което иска, а го дърпа и „тегли“ за ръката в посока на обекта.

Разбираемо е, че с тези дефицити детето с аутизъм по-късно и по-непълноценно започва да общува с връстниците и отговорът, иницирането и поддържането на интеракция с другия са дефицитни и/или отклоняващи се [5]. Детето с РАС не е или е по-малко *социално реципрочно*. В интеракциите си то е в по-голяма степен едностранно, едностранно, монологично и неотчитащо другия. Комуникативният „апарат“ – мимичен, жестови, прозодичен и вербален – се използва в много по-малка степен за общуване и регулиране на социалните интеракции. Този „апарат“ е в по-малка степен съобразен с условностите на човешкото общуване. Езиковото развитие при тези деца е забавено, отклоняващо се и непълноценно – например най-тежко засегнатите деца остават без експресивна реч, при други тя се развива, но остава преобладаващо репетитивна и без комуникативна стойност

При голяма част от децата с аутизъм в предучилищна възраст се появява предимно и все още значително нефункционална реч. Някои от подрастващите, които са с по-висок потенциал, се научават по-лесно да пишат, отколкото да използват експресивна реч. В подгрупа от децата с аутизъм в начална училищна възраст се отбелязва формално поведение на общуване,

включително вербално, например способност за отговаряне и задаване на въпроси и дори поддържане на диалог при спазване на поредност и изслушване и при наличието на адекватна невербална комуникация – например поглеждане на събеседника в определени моменти. Това обаче е възможно при повърхностно и ритуализирано словесно съдържание, нарушава се в ситуации, свързани с превъзбуда или стрес за детето, и разбирането на съдържателната страна на разговора обикновено не отговаря на очакваното за възрастта. Често аутистични деца са привлечени от форми като букви и цифри. Често тези форми са по-интересни за детето с аутизъм и други РАС от самото съдържание на текста. Удоволствието от откриването на идентични форми, съчетано с добрата зрително-пространствена памет, водят до това, че някои деца с аутизъм научават буквите, цифрите и четенето относително рано – в предучилищна възраст.

*Репетитивните ограничени интереси, поведението и действията* са свързани с насоченост към парциален и нефункционален аспект на предметите (включително игрови) – например повърхност, светлина, мирис, издаване на шум, форма; игра с предметите по определен нетипичен функционален признак – като подреждане по определен начин или въртене; по-голяма необходимост от повтаряне на едно и също в ежедневието включително прием на една и съща храна; по-голяма необходимост от кинестезни – например „пърхане“ с ръце – и други стереотипни самостимулации; интензивни и изместени интереси при по-добре функциониращи деца с РАС – например колекциониране на факти за времето или на маршрутите на градския транспорт.

Дете с аутизъм на 3 ½ г. „играе“ с предметите, като ги подрежда. Когато е в магазина с родителите си, отива винаги при бутилки от определен тип и ги подрежда строго с етикетите напред. В кабинета на лекаря то подрежда батерийки, които носи, непременно с надписите напред. Издава звуци на удоволствие и същевременно раздвижва ръцете си. Не позволява на лекаря да докосне батерийките.

Л., на 3 г., е „запленен“ от химикалки. Може с часове да ги върти пред очите си около напречната им ос. Когато родителите му започват да го учат да използва лъжица при хранене, отначало той я върти по същия начин.

По-късно и по-непълноценно децата с аутизъм, и то при определен потенциал за развитие,

започват да играят „наужким“ (make-believe, pretend play), например преструвайки се, че „хранят“ плюшения мечо или че „мерят температурата“ на кукла.

Описаните особености и дефицити еволюират с възрастта. При аутистичното разстройство те са видими задължително още в първите 3 години от живота и се съчетават със забавяне и отклонения в езиковото развитие [5]. Съвсем не във всички случаи родителите описват особености на децата с аутизъм като бебета и това съвсем не е задължително за поставянето на диагнозата. Често родителите съобщават за „стоп“ в развитието и развитиен „регрес“ при децата с аутизъм след 1-вата или 2-рата година (по-леко изразен, съотнесено с този, при детското дезинтегративно разстройство, който освен това настъпва по-късно). При синдрома на Rett много рано се наблюдава стоп в развитието и тук, както и при детското дезинтегративно разстройство се установява значително умствено изоставане с „аутистични симптоми“ [5].

В по-големия процент случаи и аутистичното разстройство се съпровожда от умствено изоставане. При т. нар. „високофункционалния аутизъм“ (аутизъм без умствено изоставане) умствено изоставане не е налице, поне според формалните тестови критерии. Така наречените „изолирани умения“ при някои деца с аутизъм (например способност за сложни аритметични операции наум) не са проява на гениалност, а по-скоро област, която трудно може да намери приложение във всекидневното функциониране на детето или възрастния с РАС.

„Синдромът на Asperger“ включва поява на фрази и на комуникативна речева продукция в широката норма (което го отличава от аутизма без умствено изоставане), не дотам груби отклонения в езиковото функциониране и интензивни нетипични интереси [5, 6]. Невропсихологичните профили на децата с „Asperger“ и на тези с аутизъм са различни [14, 17]. При „Asperger“ те се доближават до т. нар. *нарушения на невербалното научаване* [12].

Голяма група деца с РАС показват редица характерни дефицити и отклонения, без да отговарят на диагностичните критерии за *аутистично разстройство, синдром на Rett, детско дезинтегративно разстройство* или *разстройство на Asperger*. При тези деца се диагностицира *первазивно разстройство на развитието, неуточнено по друг начин (PDD-NOS)*.

Всъщност *PDD-NOS* включва психопатологично и етиопатогенетично разнородни групи деца, като някои от тях показват феноменологична и вероятно генетична връзка с психотични разстройства. В *PDD-NOS* можем да отнесем, без те да изчерпват тази група и без да са включени в официалната диагностична номенклатура, описваните:

– *Множествено комплексно развитийно разстройство (MCDD)* – включва деца с лесно дезорганизиране на когнитивните процеси под влияние на афектите, недостатъчно разграничаване на фантазия от реалност и изразени дефицити в социалните (междучелности) умения. Тази група показва сходство с децата с граничен синдром в детството, термин, който не се използва от официалната номенклатура днес [4].

– *Разстройство с мултидименционални увреждания (MDI)* – включва дефицит в социалните умения, често импулсивност и дефицит на вниманието, невропсихологични дефицити, лесно дезорганизиране под въздействие на афектите, транзиторни психотични състояния. Поне първоначално е разглеждано като атипичен вариант на шизофрения с ранно начало [15].

– *Семантично-прагматично езиково разстройство* – на фона на добър речник, почти коректна граматика и фонология се наблюдава семантичен езиков дефицит – на нивото на разбиране на съдържанието и особено съотнесено с контекста. Налице е недостатъчност в прагматиката на речта, т.е. употребата ѝ за функционално общуване [8].

Честотата на *PAC* е по-голяма от приеманата в миналото. Понастоящем се смята, че 1 на 150-200 деца имат *PAC*. Тази по-голяма честота вероятно е свързана с промяна на дефиницията на *PAC* и с обществената сензитивност към тях, т.е. с по-честото диагностициране, а не с реално увеличение на тези случаи. В крайна сметка тези разстройства са по-чести от детския диабет или от детската церебрална парализа. В този смисъл е от голямо значение институциите и специалистите у нас да бъдат по-информирани и по-сензитивни към тях.

## ГЕНЕЗА

Най-значима в причинно отношение е ролята на генетичните фактори. Популационната генетика показва повишена честота на други невrorазвитийни разстройства (например езикови или хиперкинетично разстройство) сред кръв-

ните роднини на лицата с *PAC*. Според съвременните генетични изследвания аутистичното разстройство се свързва с редица хромозоми и вероятно отговорните гени в отделните случаи са с адитивен ефект. Това е разбираемо, защото множество гени се изявяват в мозъка и често по подобен начин. Установено е, че синдромът на Rett е свързан с мутация на *MECP2* гена, което поне отчасти може да се използва с диагностична цел. Въпреки разпространеността на тази теза, особено в публичното пространство, ваксините, съдържащи тимерозал (включващ живак), не отключват аутизъм при предразположените лица. По същия начин не се приема и теорията, свързваща аутизма с особена пропускливост на стомашно-чревния тракт. Отдавна са отхвърлени тезите, че аутизмът е следствие на отглеждането от емоционално студени майки, израз на психична защита или форма на детска шизофрения. Шизофренията с много ранно начало (преди 13-годишна възраст) е много рядка и клиничноотличаваща се от аутистичното разстройство [2]. Тук трябва да отбележим обаче, че според нови изследвания голяма част от случаите с ранна шизофрения преди дебюта ѝ са отговаряли на критериите на *PDD-NOS* [16]. От друга страна, е добре известно, че много случаи на детска шизофрения възникват при деца и с други нарушения в развитието (например езиково и социално) и че това е по-скоро правило, отколкото изключение [16].

*PAC* са *невrorазвитийни разстройства*. Невrorазвитийни са – според известния английски детски психиатър M. Rutter и сътр. – разстройствата, при които са налице изоставане и/или отклонения в психичното развитие:

– При тези разстройства са засегнати когнитивни функции, израз на „неготови“ невронни структури;

– Невrorазвитийните разстройства са видими от (най-)ранно детство;

– Дефицитите персистират с възрастта, не са свързани с периоди на екзацербации и ремисии и показват тенденция за известно редуциране с хода на времето;

– Невrorазвитийните разстройства са припокриващи се в голяма степен;

– Свързани са с генетични предразполагащи фактори, но и негенетични фактори имат известна, макар и второстепенна роля; невrorазвитийните разстройства засягат значимо повече момчета, отколкото момичета [18].

### Примери за невноразвитийни разстройства

- разстройства от аутистичния спектър;
- разстройства на развитието на езика (първични езикови разстройства, познати у нас и като дисфазии на развитието);
- други специфични разстройства на развитието – например дислексия;
- хиперкинетични разстройства;
- детска (с начало преди юношеството) шизофрения или поне някои нейни форми; трябва да се има предвид обаче, че шизофренията е прогресиращо заболяване, което я отличава от изброените дотук;
- някои форми на антисоциално поведение с ранно начало и възникващо предимно при момчета.

Принципно съществуват две концепции на невноразвитийните разстройства, приемащи ги за „отделни разстройства, които се съчетават често или за „отделни оси на едно невноразвитийно разстройство“.

### ОЦЕНКА

Оценката съдържа освен определяне на диагноза и изследване на когнитивното („умствена/развитийна възраст“) и социо-комуникативното развитие, нивото на адаптивни умения и като цяло – ресурсите на детето и обкръжението му. Прогнозата и ориентирането към конкретно място за дълготрайни интервенции са следствие на оценката, докато диагнозата сама по себе си не е достатъчна за това. Добрата практика предполага тя да се извършва от *мултидисциплинарен екип* и да е *разтегната във времето*. Диагнозата не бива да се поставя само от един специалист. РАС са включени в психиатричния раздел на класификацията на болестите и диагнозата следва да се поставя от детски психиатър след екипна оценка. Препоръчително е оценката да се извършва в специализирани дневни отделения, включващи мултидисциплинарен екип и възможност за допълнителни консултации и инструментални медицински изследвания. Оценката задължително включва специализирана анамнеза от родителите, наблюдения на поведението на детето и изследване на когнитивния му потенциал [3]. При наличие на ресурси е препоръчително децата да се наблюдават в малки диагностични групи и при някои да се осъществи логопедично изследване. Допълнителни изследвания могат да бъдат направени

при определени показания – ЕЕГ, мозъчно-изобразително изследване, генетично изследване, консултация с други специалисти. В добре екипирана клиника екипите, извършващи оценка на децата с РАС, следва да включват детски психиатър, детски клиничен психолог, логопед и допълнително обучена медицинска сестра.

Базисните за България изисквания за оценката на децата с РАС са посочени в детската част на „Медицински стандарт психиатрия“ [1].

Мултидисциплинарността при оценката осигурява *крос-професионално валидизиране* на диагнозата и *крос-професионална комплементарност*. Разтегнатостта във времето дава възможност за оценка на способността на детето да променя поведението си, поставено в условия на стабилни и предсказуеми сесии със специалист с подходящо спрямо детето поведение. Разтегнатата оценка дава допълнителна информация за родителите и непосредственото обкръжение на детето (способност да се организират, отнасяния един с друг, отнасяния към членовете на екипа и промяната на това във времето, адекватност на обгрижването на детето и др.).

Продължителността на оценката създава възможност за родителите, бидейки включени като наблюдатели и участници, да видят, опитат и усвоят нови начини на интеракция с детето си. В хода на такова съучастие в оценъчния процес родителите споделят информация в повече от дадената при диагностичното интервю. Удължената във времето оценка създава терен за по-плавно и подкрепено отработване на емоционалния процес на траур, който родителите на децата с поставени „тежки диагнози“ преживяват. За съжаление, редица изисквания към болничната дейност у нас понастоящем и приоритизирането на финансовите аспекти ограничават оптималното провеждане на оценката.

Препоръчителна е последователност от стъпки по отношение на идентифицирането и помощта на децата с РАС [9]:

- Скрининг – от около 18-месечна възраст – извършва се при проследяването на развитието на децата, например от общопрактикуващите лекари.
- Диагностициране и оценка – извършва се от специализирани екипи.
- Ранни, от гледна точка на възрастта на детето, интервенции – например интегрирани към предучилищната система.

РАС е категориална диагноза за отклонения в развитието и поведението като цяло, които могат да се опишат по-точно и по-индивидуализирано мултидимензионално. Такива „дименсии“ могат да бъдат: невербална комуникация; социално съотнасяне, съвместно внимание и ангажираност в интеракции; регулация на поведението; социално поведение – игра и умения; фина и обща моторика; имитиране – действено-жестово, звуково и вербално; рецептивна реч; експресивна реч; автономност за възрастта.

Във всички случаи обаче добрата оценка на децата с РАС предполага и категориална диагноза (базирана и на диагностични критерии като тези на DSM-IV-TR и мултидимензионална оценка). Категориалните диагнози „етикет“, каквито са сборната РАС и по-тясната – аутистично разстройство, би трябвало да имат улесняваща помощта на децата и семействата им значение, „отваряйки им вратите“ към системите за интервенции и подкрепа, а не само да вкарват родителите в процес на траур. Тази позитивна функция на „диагностичния етикет“ обаче е затруднена в случаите на отсъствие на обособена система от помощ и/или при наличието на множество и противоречиви подходи, което затруднява и обърква родителите.

### ПОМОЩ И ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ РАС

Те са комплексни, мултиинституционални и биопсихосоциални. Специфична първична превенция понастоящем не е възможна. Понастоящем РАС не могат да се излекуват в медицинския смисъл на понятието. Интеракционните и поведенчески интервенции в ранна предучилищна възраст с достатъчен обем и честота (интензивност) могат да улеснят значимо развитието, социализацията и комуникацията, особено на децата с по-добър потенциал и да предотвратят появата на трудни поведения. Те се извършват в продължение на години и се провеждат извън системата на здравеопазването от подходящо обучени професионалисти, например психолози. Участието на родителите в тези интервенции е задължително. Интеракционната и поведенческа терапия на децата с РАС е част от постоянно (много плавно и постепенно променящо се) и съобразено с детето организирано ежедневие.

Съществуват по-детайлизирани методи на предимно поведенчески или предимно интеракционни терапии на децата с психични развитий-

ни разстойства и най-вече аутизъм и друг РАС. Ето някои от тях:

– *ABA (приложен поведенчески анализ)*, Lovaas и сътр. – <http://www.lovaas.com>. Използват се принципите на поведенческа модификация в структурирана ситуация. Целта е детето да бъде научено да обръща внимание, да изпълнява и да участва с градиране и нарастваща сложност. Използват се средства то да бъде мотивирано, например затвърдител на конкретно поведение – похвала или материален затвърдител (например сок) – работещи за конкретното дете. Затвърдителят се предоставя на детето веднага след изпълнение на желаното поведение. Обръща се внимание на редица детайли, например на начина на поставяне на инструкцията. Счита се, че моделът е ефективен при много интензивна работа – около 40 часа седмично;

– *PRT (трениране на основни отговори)*, R. Koegel и L. Koegel. За разлика от АВА подхода тук се използват предимно ситуации от ежедневието. Например за да получи желан предмет, детето трябва да произнесе поне звук. Тук затвърдителят на поведението е естествен, т.е. за затвърдител служи това, към което в момента детето се стреми. То го получава, ако има определено функционално поведение (например получава сока, но ако посочи от два показани му кой предпочита). И тук както при АВА, е от решаващо значение поведението за заучаване да бъдат в момента възможните за детето;

– *TEACCH (обучение на деца с аутизъм и други комуникативни увреждания)*, Eric Schopler и сътр. – <http://www.teacch.com>. Набляга се на обучението на децата в структурирана като времева програма и като пространствена организация среда;

– *DIR (развитиен, отчитащ индивидуалните различия и базиран на отношенията/интеракциите подход)*, S. Greenspan – <http://www.floor-time.org>. Този подход за разлика от предходните е предимно интеракционен и развитийно ориентиран. Цели не толкова директно научаване на специфични умения, а улесняване на психичното развитие на детето. Развитието се улеснява по социално-интеракционен път, което индиректно води и до развитие на специфични умения. Тук във времето на работа с детето то по-скоро се следва от възрастния. Целта е увеличаване и обогатяване на интеракцията възрастен–дете и чрез това развиване на речта, играта, емоционалните и логи-

ческите идеи. Играта с детето „на пода“ (затова подходът е наричан често „floor time“), при която то води, планирана многократно през деня, му помага постепенно да „забележи“ в по-голяма степен и да допусне в играта си родителя и/или професионалиста и да увеличи комуникативните си умения [10].

Участието на родителите в тези терапии е задължително. Това е необходимо най-вече, за да могат, поне в известна степен, да използват подхода на професионалистите. Още повече, че децата с аутизъм генерализират трудно, т.е. наученото в една ситуация се прехвърля по-трудно в друга. Разбира се и професионалистите има какво да научат от родителите.

При по-големите и по-добре развиващите се деца са от значение продължителните логопедични, психологични и специализирани педагогични интервенции. Те използват по-традиционни за тези дисциплини подходи.

Въпреки разпространението си, „терапията“ от т.нар. биомедицински подход, например чрез „пречистване от тежки метали“, не се смятат за доказани и могат да бъдат опасни за детето. Те не се подкрепят от официалната медицина. Диетите, например изключващата глютен и казеин, се използват от много родители, но не се смятат за притежаващи доказан ефект. Възможно е косвено да помагат в известна степен в някои случаи, намалявайки паралелен дискомфорт. Препоръчването им обаче следва да се базира на доказан паралелен гастроентерологичен проблем, а не да изхожда от диагнозата „аутизъм“. Освен това, според поносимостта към фрустрация на детето и степента на избирателност на хранителния му прием, плюсовете и минусите на такава диета следва да се преценяват във всеки един от случаите. Официално диетите, използвани при РАС, се причисляват към алтернативните и комплементарни терапии.

*Често родителите споделят, че докато детето им е било на безглутенова и безказеинова диета, са наблюдавали придобивки на развитието, например поява на (нови) думи. Съвсем не е ясно обаче на какво се дължи това. Би могло да е спонтанен „тласък“ в развитието, донякъде свързан и с повишеното внимание към детето, с модифицирания подход на родителите и с включване на директна работа с професионалисти, което често съпътства споменатата диета.*

*От друга страна, много често по време на изследванията на децата с РАС в Клиниката по детска психиатрия на УМБАЛ „Александровска“ – София, и особено при тези оценки, които са по-разтегнати във времето, родителите споделят позитивно развитие при детето (например поява на нови думи и функционални поведения).*

При някои от децата – тези с трудно, (себе)опасно и разрушително поведение, което не може да се коригира с модифициране на обкръжението и по поведенчески път, е показан медикаментозен прием – със съпоставяне на очакваните ползи и наличните рискове във всеки един от случаите. Използват се антипсихотици – най-вече рисперидон (от това не следва, че аутизмът е „психоза“, той е разстройство в развитието, а не психотично разстройство).

Социалната помощ и подкрепа на семействата на засегнатите деца (парична, по социални програми, дневни центрове), улесненията в детската градина и училището с индивидуализиране на подхода, ползването на допълнителна помощ (например ресурсен учител в помощ на основния) и адаптираното обучение са изключително важен компонент на интервенциите при РАС. Помощта за хората с аутизъм следва да се осигурява и при възрастните и да цели максимално възможното им включване в полезни и свързани с работа дейности. Специализирани жилища, помощ за семействата, в които остава възрастен с аутизъм, специализирани предприятия (и места), дневни центрове за възрастни – са част от необходимата помощ, която една съвременна държава следва да осигури на възрастните с аутизъм и други сериозни развитийни увреждания.

Организирането на родителите на децата с РАС в асоциации е източник на ценна помощ в психологичен и инструментален план.

#### Библиография

1. Медицински стандарт по психиатрия, (Обн. в ДВ. бр.78 от 7 Септември 2004 г.).
2. AACAP. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. – J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych, **36**, 1997, № 10, Suppl., 177-193.
3. AACAP. Practice parameters for the assessment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. – J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych., **38**, 1999, № 12, Suppl., 32-54.

4. Ad-Dab'Bagh, Y. Multiple complex developmental disorder: the "multiple and complex" evolution of the "childhood borderline syndrome" construct. – J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych., **40**, 2001, № 8, 954–964.
5. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, 2000.
6. Attwood, T. Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals. London, Jessica Kingsley Publishers, 2004.
7. Baron-Cohen Mindblindness. An Essay on Autism and Theory of Mind. Cambridge, MIT Press, 1997.
8. Bishop, D.V.M. Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorders. Where are the boundaries? – Br. J. Disord. Commun., **24**, 1989, 107-121.
9. Filipek, P. A. et al. Practice parameter: Screening and diagnosis of autism Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. – Neurology, **55**, 2000, 468-479.
10. Greenspan, S. L. et S. Wieder. Engaging Autism: Helping Children Relate, Communicate and Think with the DIR Floortime Approach. A Merloyd Lawrence Book, 2006.
11. Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. – Nervous Child, **2**, 1943, 217-250.
12. Klin, A. et al. Validity and neuropsychological characterization of asperger syndrome: convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. – J. Child Psychol. Psych., **36**, 1995, № 7, 1127-1140.
13. Klin, A. et al. Defining and quantifying the social phenotype in autism. – Am. J. Psych., **159**, 2002, 895-908.
14. Koyama, T. et al. Cognitive and symptom profiles in Asperger's syndrome and high-functioning autism. – Psych.Clin. Neurosci., **61**, 2007, 99-104.
15. Kumra, S. Multidimensionally impaired disorder": is it a variant of very early-onset schizophrenia. – J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych., **37**, 1998, № 1, 91-99.
16. Rappoport, J. et al. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. – J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych., **48**, 2009, № 1, 10-18.
17. Rourke, B. P. Child clinical and pediatric neuropsychology: some recent advances. – Ann. Rev. Psychol., **53**, 2002, 309-339.
18. Rutter, M., J. Kim-Cohen et B. Maughan. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. – J. Child Psychol. Psych., **47**, 2006, № 3/4, 276-295л
19. Walden, T. A. et T. A. Ogan. The Development of Social Referencing. – Child Develop., **59**, 1988, 1230-1240.

✉ Адрес за кореспонденция  
 Д-р Димитър Терзиев  
 Клиника по детска психиатрия  
 УМБАЛ „Александровска“  
 Ул. „Св. Г. Софийски“ № 1  
 1431 София  
 ☎ 02 92 30 375  
 e-mail: dislter@yahoo.co.uk

📁 Постъпила – 13.07.2011 г.