

Междисциплинарная диагностика расстройства аутистического спектра с использованием DC:0-5™: клинический случай

The interdisciplinary diagnostics of autism spectrum disorder using DC:0-5™: a case report

doi: 10.17816/CP14783

Клинический случай

Galina Skoblo¹, Svetlana Trushkina²

¹ Association of Child Psychiatrists and Psychologists,
Moscow, Russia

² Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Галина Скобло¹, Светлана Трушкина²

¹ Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва,
Россия

² ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
Москва, Россия

ABSTRACT

BACKGROUND: The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-5™) is widely used in many Western countries. For Russian specialists, such classification represents a relatively new tool for the comprehensive diagnosis of mental disorders in children from birth to the five-year-old threshold. The purpose for presenting this case study report is to showcase the practical application of the DC:0-5™.

AIM: This study aims to illustrate the diagnostic process according to the DC:0-5™ criteria using the example of a specific clinical case report involving the collaborative efforts of two specialists: a child psychiatrist and a clinical child psychologist.

METHODS: DC:0-5™ consists of five axes. The main axis focuses on clinical diagnosis criteria for mental disorders, considering their age specificity. The remaining four axes allow one to take into account and specify data related to biological, social, and psychological factors, which play a crucial role in understanding the causes and characteristics of a mental disorder in a child.

RESULTS: In the examined case, an analysis of symptoms by means of the Clinical Disorders axis revealed that they were consistent with the diagnostic criteria for autism spectrum disorder. The use of the remaining axes supplemented the clinical diagnosis with specific details about the adverse physical health factors in the child, a high cumulative stress burden, significant developmental delays in the emotional, speech, and social dimensions, as well as dysfunction in the mother-child dyad. Since the parents declined medication for their son, this information proved crucial in developing a support program for both the child and the family.

CONCLUSION: The comprehensive diagnostic approach using the DC:0-5™ axes proved highly effective, not only in psychiatric diagnosis but also in establishing goals and objectives for subsequent intervention. Its application in psychiatric, clinical psychology, and corrective educational practices has the potential to make support for children in their early years a more personalized and family-oriented undertaking.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Распространенная во многих западных странах Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве (Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, DC:0–5™) является для российских специалистов достаточно новым инструментом комплексной диагностики психических расстройств у детей от рождения до пяти лет. Представление клинического случая имело целью проиллюстрировать применение DC:0–5™ на практике.

ЦЕЛЬ: Продемонстрировать проведение диагностики по критериям DC:0–5™ на примере конкретного клинического случая при совместном участии двух специалистов — детского психиатра и детского клинического психолога.

МЕТОДЫ: DC:0–5™ состоит из пяти осей. Основная ось клинического диагноза содержит критерии психических расстройств с учетом их возрастной специфики. Четыре дополнительные оси позволяют учесть и конкретизировать данные о влиянии биологических, социальных и психологических факторов, играющих важную роль в понимании причин и особенностей психического расстройства у ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ: В рассматриваемом случае анализ симптоматики по оси клинических расстройств показал ее соответствие диагностическим критериям расстройства аутистического спектра. Использование остальных осей дополнило клинический диагноз конкретизированной информацией о неблагоприятных факторах физического здоровья ребенка, высоком уровне кумулятивной стрессовой нагрузки на него, выраженном отставании в развитии в эмоциональной, речевой и социальной сферах, нарушениях функционирования материнско-детской диады. С учетом отказа родителей от медикаментозного лечения сына эти данные оказались важными для разработки программы помощи ребенку и семье.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Комплексная диагностика с применением осей DC:0–5™ показывает высокую эффективность как в плане постановки психиатрического диагноза, так и в плане определения целей и задач последующего вмешательства. Использование ее в коррекционно-педагогической, клинико-психологической и психиатрической практике способно сделать помощь детям первых лет жизни более персонализированной и семейно-ориентированной.

Keywords: DC:0-5™; autism spectrum disorder; case report

Ключевые слова: DC:0-5™; расстройство аутистического спектра; клинический случай

ВВЕДЕНИЕ

Создание и внедрение в практику DC:0–5™ (Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood) — значимое явление для междисциплинарной диагностики ранних нарушений психического здоровья [1]. Разработанная ведущими мировыми специалистами применительно к возрасту от младенчества до 5 лет включительно, в настоящее время она переведена и издана во многих зарубежных странах. В России в 2022 году вышел адаптированный перевод этой классификации [2], и есть данные о том, что она уже начала применяться в отечественной психолого-психиатрической практике [3, 4]. DC:0–5™

содержит перекрестные ссылки на МКБ–10 и DSM–5, что делает возможным ее использование в качестве дополняющей их диагностической системы.

Диагностика по DC:0–5™ проводится по пяти осям [5]. Наряду с главной осью клинических расстройств она включает в себя четыре дополнительные оси, отражающие воздействие на маленького ребенка ряда факторов, принципиально важных в плане развития у него психических нарушений. Среди них можно выделить: особенности функционирования семейной системы, кумулятивную стрессовую нагрузку на ребенка и семью, показатели биологического здоровья и возрастной зрелости ребенка. Полученные междисциплинарные данные способствуют организации более

адекватной и комплексной помощи для каждого конкретного случая [6].

Целью данной работы была демонстрация проведения диагностики по критериям DC:0-5™ на примере конкретного клинического случая при совместном участии двух специалистов — детского психиатра и детского клинического психолога.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациент

Мальчик Павел (имя изменено), возраст на момент первого обращения — 3 года 1 месяц. Родители: мать — 44 года, образование высшее, домохозяйка, до рождения Павла имела собственный небольшой бизнес; отец — 44 года, образование высшее, инженер, работает по специальности. Других детей в семье нет. Семья проживает в одном из городов Московской области, материально-жилищные условия отмечены как хорошие.

Жалобы родителей при обращении: отставание в речевом развитии сына, упрямство с непослушанием и отказом от общения, страхи, стереотипные действия.

Анамнез

В течение года перед беременностью и на всем ее протяжении семья переживала трагическую жизненную ситуацию, связанную с исчезновением, длительным розыском и затем — известием о гибели старшего сына-подростка. Беременность незапланированная, решение о ее сохранении было принято матерью, в том числе и как попытка эмоционально восполнить потерю старшего ребенка.

Роды прошли на 34-й неделе естественным путем. Вес при рождении составил 2650 г, оценка по шкале Апгар — 6–7 баллов. Вскармливание искусственное. Первый месяц после рождения мальчик с матерью провели в стационаре. Ребенок был выписан с диагнозом «церебральная ишемия, синдром угнетения ЦНС (центральной нервной системы)», позже наблюдался неврологом амбулаторно.

До 10–11 месяцев развитие ребенка не вызывало у родителей беспокойства. Он был спокойным, хорошо ел и спал, много улыбался, мог хохотать, не боялся никакого шума, с удовольствием наблюдал за ремонтными работами в квартире. Со слов матери, он ее радовал. Садиться самостоятельно начал в 9 месяцев,

ползать — в 10, стоять без поддержки — в 11, ходить — в 11 с половиной месяцев. Лепетать начал после 8 месяцев. В 9 месяцев в связи с задержкой моторного развития неврологом было назначено интенсивное амбулаторное лечение в форме инъекций (родители затруднились сообщить, какие именно препараты использовались) и массажа, во время которых мальчик сильно возбуждался и плакал.

После 11 месяцев Павел стал плохо спать, появилась выраженная боязливость, с 12 месяцев ребенок стал раскачиваться в кроватке. На втором и третьем году жизни мальчик оставался очень беспокойным: прислушивался к каждому звуку, мог часами плакать из-за шумов в соседней квартире, при засыпании нуждался в очень долгом укачивании на руках вплоть до трехлетнего возраста. Боялся посторонних, плакал и прятался от них. Испытывал сильный страх перед своим дедушкой, который возил его на медицинские процедуры; в машине у Павла возникала рвота. Раскачивания спустя несколько месяцев после появления стали происходить уже при любом недовольстве ребенка. К ним присоединились стереотипные действия в форме падений на колени и ударов головой об пол или стену. Родители отмечали также упорное стремление сына подолгу контактировать с льющейся водой, изображая мытье посуды. Также он часами мог следить за работающей стиральной машиной или, стоя на подоконнике, наблюдать за движением ветвей деревьев за окном. Не позволял мыть себе голову. Начал грызть ногти, обкусывая их до повреждения кожи. На запреты сильно раздражался, кричал и пытался ударить. Не пытался произнести первые слова в 12–15 месяцев. По назначению невролога детской поликлиники ребенок получал лечение стимулирующего и седативного действия, в том числе перициазинном, при применении которого возникла неукротимая рвота, в результате чего препарат был отменен. В 18 месяцев амбулаторно удалили младенческую поверхностную гемангиому на волосистой части головы без присутствия матери. Ситуация внезапного, хотя и кратковременного, разлучения с матерью, а также сама медицинская процедура вызвали у ребенка чрезвычайно сильный страх. Вскоре после этого мальчик подвергся нападению собаки, что вызвало у него сильный испуг с непроизвольной дефекацией. К двум годам на короткое время появилась автономная речь, которую мальчик мог использовать

при игре, но не в общении. В 2,5 года Павел засунул в нос вишневую косточку, в результате чего стал задыхаться. Для ее извлечения был доставлен в медицинское учреждение. После этого автономная речь в игре исчезла.

Для сферы семейных отношений на протяжении двух последних лет были характерны высокая озабоченность матери состоянием здоровья (в первую очередь — физическим состоянием) сына, ее частые реакции раздражения на «ненормальное» поведение мальчика и гневные вспышки в адрес мужа и сына, а также постоянное протестное поведение Павла в форме крика, плача, попыток спрятаться, ударить взрослого или самому биться головой в ответ на требования матери. Общение ребенка со сверстниками или взрослыми вне семейного круга полностью отсутствовало, так же как и интерес мальчика к другим детям.

Статус

Ребенок был осмотрен во время домашнего визита в присутствии обоих родителей двумя специалистами — детским психиатром и детским клиническим психологом.

Физическое развитие соответствовало возрасту. Внешние стигмы дизэмбриогенеза отсутствовали. Налаживание контакта с ребенком было сильно затруднено из-за его отказа общаться и стремления спрятаться, что продолжалось более 30 минут. Благодаря применению техник установления контакта мальчик стал более податливым, согласился остаться в одной комнате со взрослыми, однако держался в стороне, избегал взглядов в глаза, в общение не вступал. При этом напряженно вслушивался в рассказы родителей о нем. Родители, не стесняясь присутствия сына, подробно излагали обстоятельства его заболевания и давали свои оценки происходящему с ним. Для обращения к родителям Павел использовал жесты и некоторые слоги, при этом обращенную речь понимал хорошо. При попытках родителей взаимодействовать с ним в большинстве случаев отказывался выполнять их просьбы и требования, криками выказывал свое недовольство и убегал в другую комнату, где включал на полную громкость детские песни и подолгу раскачивался корпусом. Со слов матери, такое поведение повторяется постоянно. Удалось организовать короткий эпизод игры мальчика с отцом.

Действия ребенка в игре представляли собой однообразные соединения деталей конструктора, которые он сопровождал негромким, никому не адресованным мычанием. Отец в игровом взаимодействии с сыном проявлял настойчивость в стремлении «правильно» организовать игру и подсказать Павлу ход его действий. Ребенок его усилия игнорировал. По просьбе отца Павел без затруднений и ошибок показывал на картинках предметы, животных и буквы, которые тот ему называл. Со слов отца, мальчик недавно за пять дней выучил весь алфавит.

Беседа с родителями и наблюдение за стилем взаимодействия в семье выявили ряд характерных особенностей. Мать в ходе встречи большей частью находилась в состоянии тревожного напряжения. Содержание ее высказываний составляли страх за сына и поиск путей помощи ему. При этом большая часть предлагаемых ею решений была мало связана с текущим состоянием Павла. Это могли быть, например, рассуждения о том, с какого возраста лучше отдавать его в школу или как помочь ему в дальнейшем поступить в ВУЗ. Со специалистами она общалась охотно, была многословна. Обращения матери к сыну преимущественно носили характер замечаний, одергиваний или критики, которые тот внешне игнорировал. Наблюдались редкие попытки Павла привлечь внимание матери звуками или жестами, однако ни одно из них не было ею замечено. Со слов матери, она часто кричит на ребенка, постоянно раздражена и испытывает приступы ярости, во время которых может физически наказать сына, применяя ремень. Обращения отца к сыну выглядели мягкими и спокойными. Характерной особенностью отцовского отношения было его стремление детально объяснять трехлетнему сыну последствия различных опасностей (прикосновения к электрическим розеткам, несоблюдение правил дорожного движения и т.п.). Отношения родителей между собой выглядели хорошо налаженными. Оба родителя высказали сомнение в действенности медикаментозного лечения ребенка и опасение развития у него аллергических реакций, в связи с чем отказались от терапии.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Матери Павла была рекомендована консультация психиатра, по результатам которой ей был поставлен диагноз: «Рекуррентное депрессивное расстройство»;

текущий эпизод умеренной тяжести (F33.1)». Лечащий врач в качестве особенностей ее состояния отметил хронический характер депрессии и полиморфность состояния (с симптомами тревоги, апатии и суицидальными мыслями). Был назначен длительный курс антидепрессантов, которые она аккуратно принимала. Кроме того, были проведены психообразовательные беседы с обоими родителями, и отдельно с матерью на тему родительско-детских отношений.

Осмотр спустя три месяца показал, что в состоянии как матери, так и ребенка наступили улучшения, связанные в основном с эмоциональной стабилизацией. По свидетельству матери, у нее прекратились приступы гнева. Ребенок также стал спокойнее и у него заметно улучшился контакт с другими родственниками. В его речи появились звукоподражания и первые слова. Склонность Павла к негативизму продолжала сохраняться, однако при протестах он перестал биться головой. В целом стереотипные действия стали менее интенсивными, но они возобновлялись с прежней силой при возрастании тревоги. Повышенная чувствительность к звукам сохранилась.

Квалификация случая по диагностическим критериям DC:0-5™

Квалификация клинического случая состояла из следующих этапов: 1) оценка медицинской части анамнеза и квалификация психического состояния ребенка; 2) оценка стрессовой нагрузки на ребенка и семью, возрастного развития ребенка и контекста семейных отношений с заполнением стандартных табличных форм, приведенных в DC:0-5™; 3) обсуждение результатов и разработка рекомендаций к терапевтическому вмешательству. Первый этап проводился детским психиатром, второй — клиническим психологом, третий — совместно. Для изложения данных использовалась рекомендованная в DC:0-5™ последовательность оценивания осей: сначала ось III, затем — оси IV, V, II и, наконец, ось I.

Ось III: Условия и факторы физического здоровья. В анализируемом случае на состояние здоровья оказали влияние такие факторы как недоношенность, малый вес при рождении и гипоксически-травматическое поражение ЦНС в родах, из-за чего ребенок первый месяц жизни находился в стационаре с диагнозом «Церебральная ишемия, синдром угнетения ЦНС». Кроме того, есть высокая вероятность, что в дальнейшем имела место

перинатальная энцефалопатия с небольшой задержкой моторного развития. Ее наличие подтверждается длительным амбулаторным наблюдением и назначениями невролога (подробности неврологического диагноза, поставленного в поликлинике, родители сообщить не смогли). Хорошее общее физическое состояние ребенка и его удовлетворительное развитие до 10-11 месяцев позволяют предположить, что перинатальная энцефалопатия была легкой степени. Поверхностная младенческая гемангиома волосистой части головы, удаленная в 18 месяцев, не имела какого-либо прямого влияния на здоровье ребенка.

Ось IV: Психосоциальные и средовые стресс-факторы. Ось содержит подробный перечень стрессовых воздействий, которые могут быть связаны с психическим состоянием ребенка. Каждый выявленный в конкретном случае стресс-фактор оценивается с точки зрения его длительности, тяжести и внезапности. Специалисту предлагается заполнить приведенную в руководстве форму (табл. 1).

Ось V: Компетенции ребенка. В DC:0-5™ предлагается проводить оценку уровня развития ребенка по пяти областям (табл. 2). Информация может быть получена из различных источников: бесед с родителями, наблюдений за ребенком в общении и игре, таблиц развития и стандартизированных тестов.

Ось II: Контекст отношений. Специалисту предлагается заполнить стандартную табличную форму «Параметры родительской заботы» (табл. 3) и сделать вывод об уровне адаптивного функционирования в каждой диаде, а также о необходимости вмешательства.

Адаптивное функционирование диады «мать-ребенок» было отнесено к третьему уровню, диапазон отношений — «от находящихся в зоне риска до нарушенных». Этот уровень предполагает, что сложившиеся отношения могут негативно сказываться на состоянии и развитии ребенка, вследствие чего показано терапевтическое вмешательство.

Объем статьи не позволяет привести подробную оценку отношений Павла с отцом. Укажем лишь, что функционирование диады «отец-ребенок» было отнесено к более благополучному, но тем не менее достаточно проблемному второму уровню отношений — «от напряженных до вызывающих беспокойство». В этом случае показано дальнейшее наблюдение, не исключающее вмешательства.

Таблица 1. Психосоциальные и средовые стрессоры

Стрессоры	Возраст появления	Комментарии с указанием длительности и тяжести воздействия
Наличие психической травмы у значимого взрослого	До рождения	Длится до настоящего времени, стресс высокой интенсивности для всей семьи
Психическое заболевание у члена семьи (депрессия матери)	До рождения	На протяжении беременности и до настоящего времени
Воздействие стрессоров в связи с психической травмой во время беременности матери	До рождения	На протяжении беременности, высокая интенсивность стресса для матери
Болезненные или пугающие медицинские процедуры	9 мес.	В течение двух месяцев, высокая интенсивность стресса для ребенка
Физическое насилие в отношении ребенка (наказания)	12 мес.	До настоящего времени
Разлучение ребенка с матерью (при проведении медицинской процедуры) и сама процедура	18 мес.	Кратковременное, внезапное, высокоинтенсивное воздействие
Нападение животного	18 мес.	Кратковременное, внезапное, высокоинтенсивное воздействие

Таблица 2. Интегративная оценка компетенций ребенка по сферам развития

Уровень компетентности в сфере развития	Эмоциональная сфера	Социальные и межличностные отношения	Речевая и социальная коммуникация	Когнитивная сфера	Физическое и двигательное развитие
Превосходит ожидаемый уровень	-	-	-	-	-
Соответствует возрастным нормам	-	-	-	-	V
Компетенции проявляются непостоянно или только возникают	-	-	V	V	-
Задержка или нарушение развития	V	V	-	-	-

Таблица 3. Параметры родительской заботы (мать)

Параметры родительской заботы	Влияние на качество отношений		
	Сильная сторона	Область, не вызывающая беспокойства	Проблемная область
Обеспечение физической безопасности	V	-	-
Удовлетворение базовых потребностей (питание, гигиена, одежда, жилищные условия, медицинское обслуживание)	V	-	-
Психологическая поддержка и эмоциональная вовлеченность во взаимодействие с ребенком	-	-	V
Организация режима дня и повседневной деятельности	V	-	-
Распознавание эмоциональных потребностей и сигналов ребенка и реагирование на них	-	-	V
Утешение ребенка во время дистресса	-	-	V
Обучение и социальное взаимодействие	-	-	V
Социализация	-	-	V
Приучение к дисциплине	-	V	-
Участие в играх и приносящей радость деятельности	-	-	V
Проявление интереса к личным переживаниям и точке зрения ребенка	-	-	V
Способность учитывать уровень и динамику развития	-	-	V
Способность справляться с амбивалентными чувствами, возникающими в отношениях с ребенком	-	-	V

Ось I: Клинические расстройства. Анализ симптоматики ребенка в рамках Оси I позволяет поставить ему диагноз «Расстройство аутистического спектра (РАС)». В данном случае соблюдены все обязательные диагностические критерии этого расстройства по DC:0–5™. Так, в сфере социальной коммуникации (первый диагностический блок) имеют место, по крайней мере, четыре симптома из необходимых трех для постановки диагноза: атипичное социальное дистанцирование, ограниченная способность инициировать совместное внимание, атипичный зрительный контакт, отсутствие интереса к сверстникам. Повторяющееся или ограниченное поведение (второй диагностический блок) представлено тремя симптомами из необходимых двух: двигательные и игровые стереотипии, чрезмерная фиксация на предметах и явлениях, атипичная сенсорная чувствительность. Выявленная симптоматика значительно влияет на функционирование ребенка и его семьи, что является еще одним из обязательных критериев расстройства. Среди сопутствующих характеристик, в пользу диагноза по критериям DC:0–5™, могут быть отмечены задержка общего и речевого развития, недоношенность и рождение с малым весом. Также данный случай подтверждает отмеченную в МКБ–10 и разделяемую в DC:0–5™ точку зрения о частом сочетании РАС с тревожно-фобическими расстройствами.

Рекомендации по терапевтическому вмешательству

С учетом отказа родителей от медикаментозного лечения сына им была рекомендована программа помощи, основанная на дальнейшем наблюдении ребенка и матери психиатром, мероприятиях по оптимизации материнско-детского взаимодействия, проведении коррекционно-педагогических мероприятий, занятиях по сенсорной интеграции и методике Floortime. Последняя представляет собой ежедневные серии коротких эпизодов недирективной игры родителя с ребенком (Floortime или «время на полу»), включающие в себя приемы стимулирования социально-эмоционального взаимодействия, которым родителя обучает специалист [7]. Конкретные мишени клинко-психологического вмешательства определились в ходе комплексной диагностики по осям DC:0–5™.

ОБСУЖДЕНИЕ

Использование Оси I DC:0–5™, содержащей четкие критерии 42 ранних психопатологических синдромов, показало ее полезность в качестве инструмента для клинициста-диагноста при обследовании детей младшего возраста. Однако планирование терапевтических воздействий на основе одной лишь Оси I зачастую оказывается для детского психиатра достаточно затруднительным. Это может быть связано, в первую очередь, с возрастными ограничениями медикаментозного лечения и/или как в анализируемом случае — с отказом родителей ребенка от него. Кроме того, клинический диагноз сам по себе не предполагает информации об особенностях патогенеза состояния конкретного пациента.

Эта информация раскрывается в процессе тщательного сбора анамнеза (Оси III и IV) и анализа дополнительных данных обследования (Оси V и II). В обсуждаемом случае по Оси III выявлены неблагоприятные биологические факторы физического здоровья ребенка, которые, однако, не оказали прямого влияния на возникновение и течение его основного психического расстройства. Вместе с тем косвенное влияние на появление у него симптоматики РАС и ее расширение могли иметь многочисленные стрессоры, зафиксированные по оси IV. В части их имеется достаточно четкая временная связь с начальной и последующей клиникой РАС. Например, заметное ухудшение психического состояния ребенка в 10–11 месяцев, по всей видимости, было связано с перенесенным опытом интенсивных, болезненных и пугающих медицинских процедур. Данные Оси V свидетельствуют о уже выраженном отставании в сфере эмоционального развития, а также в сферах социальных и межличностных отношений. Результаты обследования по Оси II выявляют значительные нарушения в функционировании диады «мать–ребенок». Четкая структурированность и табличная форма представления показателей этой оси позволяют определить точки оптимизации материнского стиля.

Хроническая депрессия матери, выявленная в ходе дополнительного психиатрического обследования, могла быть одним из факторов, нарушающим ее взаимодействие с ребенком. Назначение ей лечения с применением антидепрессантов в сочетании с психообразовательными мероприятиями привели к заметному улучшению материнско-детского

взаимодействия и определенному прогрессу в развитии ребенка. Следует подчеркнуть, что это произошло при отсутствии какой-либо терапии, направленной на него самого. Это еще раз подтверждает значение тесной связи маленького ребенка с матерью, настолько важное, что состояние его психического здоровья способно улучшаться при одной лишь стабилизации материнско-детских отношений [8].

В отношении построения дальнейшей коррекционной программы следует отметить обстоятельство, еще мало учитываемое в отечественной детской психиатрии раннего возраста. Речь идет о таком критерии РАС, выделенном в Оси I и существующем также в DSM-5, как атипичная сенсорная чувствительность. Она имеет место в описанном случае, касаясь конкретно изменений сенсорики в слуховой, тактильной и, возможно, вестибулярной и проприоцептивной областях. Патогенетическая роль сенсорных изменений в клинической картине РАС и их коррекция активно изучается как за рубежом [7, 9–10], так и на данный момент в России [11, 12].

Переходя от обсуждения данного конкретного случая к возможностям широкого использования DC:0–5™ в отечественной практике, необходимо отметить ряд существенных моментов. Прежде всего, это относится к недостаточности организационных возможностей для проведения междисциплинарной оценки в условиях обычных амбулаторных приемов. Как правило, детский психиатр и клинический психолог проводят их отдельно друг от друга, что затрудняет последующую совместную оценку полученных данных и снижает ее объективность. В качестве решения этой проблемы, помимо совмещения приемов двух специалистов, может быть предложено использование современных технологий с применением видеосъемки, широко распространенных в настоящее время. Далее, при работе с DC:0–5™ приходится учитывать разницу в сложившихся диагностических подходах, существующую между западными и российскими психиатрическими, психологическими и коррекционно-педагогическими школами. При этом для психиатров эта задача облегчается наличием в клинической оси DC:0–5™ отсылок каждого диагноза к его аналогу в МКБ–10. Так, диагноз «Расстройство аутистического спектра» по DC:0–5™ соответствует диагнозу «Детский аутизм» (F84.0) по МКБ–10, где критерии этого расстройства для раннего возраста недостаточно освещены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рассматриваемом случае анализ симптоматики по оси клинических расстройств показал ее соответствии диагностическим критериям РАС, а именно: наличие необходимых симптомов в блоке социальной коммуникации и в блоке повторяющегося или ограничительного поведения. Комплексная диагностика с использованием остальных осей дополнила клинический диагноз конкретизированной информацией о неблагоприятных факторах физического здоровья ребенка, высоком уровне кумулятивной стрессовой нагрузки на него, выраженном отставании в развитии в эмоциональной, речевой и социальной сферах, нарушениях функционирования диады «мать–ребенок». Проведенная диагностика по осям DC:0–5™ позволила определить программу помощи ребенку и семье, основанную на продолжении наблюдения семьи психиатром, коррекционно-педагогических мероприятиях, занятиях по сенсорной интеграции и оптимизации материнско-детского взаимодействия.

В целом комплексная диагностика с применением осей DC:0–5™ показала свою полезность, как в плане постановки психиатрического диагноза, так и в плане определения целей и задач последующего вмешательства. Использование ее в психиатрической, клинико-психологической и коррекционно-педагогической практике, несомненно, способно сделать помощь детям первых лет жизни более персонализированной и семейно-ориентированной.

История публикации

Статья поступила: 03.10.2023

Статья принята: 28.11.2023

Публикация: 07.12.2023

Вклад авторов: Г.В. Скобло, С.В. Трушкина: проведение приема ребенка, консультирование семьи, анализ случая, написание текста статьи. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Скобло Г.В., Трушкина С.В. Междисциплинарная диагностика расстройства аутистического спектра с использованием DC:0-5™: клинический случай // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №4. CP14783. doi: 0.17816/CP14783

Сведения об авторах

Галина Викторовна Скобло, к.м.н., старший научный сотрудник, Ассоциация детских психиатров и психологов; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0628-2120>, e-Library SPIN-код: 4367-8267

***Светлана Валерьевна Трушкина**, к.псих.н., ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0628-2136>, e-Library SPIN-код: 3262-4059

E-mail: trushkinasv@gmail.com

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. DC:0-5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (Version 2.0). Washington, DC: Original work published 2016. ZERO TO THREE: Virtual Annual Conference; 2021.
2. DC:0-5™: Diagnosticheskaya klassifikatsiya narushenii psikhicheskogo zdorov'ya i razvitiya u detei: ot rozhdeniya do 5 let [DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in children: from birth to 5 years]. Saint Petersburg: Skifiya; 2022. Russian.
3. Skoblo GV. Psychopathologic aspects of international diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood (DC:0-5™). Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov. 2021;2:113-125. Russian.
4. Kravchenko AP, Arintcina IA, Nasretidinova ShF. Example of using DC:0-5™ – case presentation. In: Zvereva NV, Roshchina IF, editors. Polyakov Readings 2023: Proceedings of the 3rd All-Russian scientific and practical conference with international participation; 2023 March 23-24; Moscow, Russia. Moscow: MSUPE; 2023. 110-116 p. Russian.
5. Skoblo GV, Trushkina SV. DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: promotion in Russia. Consortium Psychiatricum. 2022;3(4):76-79. doi: 10.17816/CP215.
6. Trushkina SV. Aid for young children with mental health disorders: an interdisciplinary approach. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. 2015;2(31):5.
7. Greenspan SI, Wieder S. Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think. Cambridge, MA: Da Cape Lifelong books; 2009. 448 p.
8. Muhamedrahimov RZH. Mat' i mladenec: psikhologicheskoe vzaimodejstvie [Mother and baby: psychological interaction]. Saint Petersburg: Rech'; 2003. 288 p. Russian.
9. Williams D. Autism and sensing. The unlost instinct. London: Jessica Kingsley Publishers, 1998. 131 p.
10. Soto TW, Ciaramitaro VM, Carter AS. Sensory over responsivity. Handbook of infant mental health. 4th ed. In: Zeanah CH, editor. NY: The Guilford Press; 2018. p. 330-344.
11. Manelis NG, Nikitina YuV, Ferroi LM, Komarova OP. Sensornye osobennosti detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra. Strategii pomoshchi [Sensory features of children with autistic spectrum disorders. Help strategies]. In: Khaustova AV, Manelis NG, editors. Moscow: MSUPE; 2018. 70 p. Russian.
12. Bogdashina OB. Sensorno-perceptivnye problemy pri autizme [Sensory-perceptual problems in autism]. Krasnoyarsk: KSPU named after V.P. Astafyev; 2014. 179 p. Russian.