

СТЕРЕОТИПИИ У ДЕТЕЙ

Л.Ж. Аттаева¹, И.В. Макаров^{2, 3}

¹ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Одним из симптомов, встречающимся у детей раннего возраста, являются стереотипии. Некоторые исследователи рассматривали их как эквивалент кататонического возбуждения [7], средство выражения аффекта, проявление несовершенства контроля за двигательной активностью или нарушение влечений [18]. В настоящее время стереотипии, в большинстве случаев, рассматриваются в качестве ранних предикторов расстройства аутистического спектра [56], либо как непосредственный симптом уже клинически сформировавшегося аутизма [57], а также как вероятный предвестник дальнейших расстройств шизофренического спектра [1, 10]. При этом фактом остается то, что стереотипии – это неспецифический симптом, который может проявляться у пациентов с различной психической патологией, в том числе без аутистической симптоматики [23].

В настоящее время существуют разные точки зрения о причинах возникновения, патогенезе, интерпретации клинических проявлений стереотипий. Подтверждением этому является различающаяся терминология: «стереотипии», «самоповреждение», «самостимуляция», «стигмы».

История изучения стереотипий уходит корнями в биологию, этологию, психиатрию, сравнительную психологию и раннюю генетику поведения. Стереотипные движения и самоагрессия детей с нарушениями в развитии описаны еще в середине XIX века Эдуардом Сегеном в его работах, посвященных детям с тяжелой умственной отсталостью [30]. Одно из ранних исследований, содержащее описание стереотипий, принадлежит британскому психиатру J.L.Down [52], который классифицировал поведенческие паттерны, характерные для психических больных разных этнических групп.

Опираясь на работы К.Кальбаума, В.А.Гиляровский [12] определял стереотипии, как повторение одних и тех же действий – как речевых, так и двигательных.

Систематические исследования стереотипного поведения детей с нарушениями в развитии начались примерно с конца 1970-х годов в рамках анализа мотивации вызывающего и проблемного поведения детей, не владеющих адекватными средствами общения, для которых эти ритмичные вычурные движения могли быть единственной доступной формой коммуникации. В последние годы, большинство исследований стереотипного поведения ведется преимущественно на материале детей с аутизмом, и представляет собой в основном статистические и демографические обобщения [55].

Однако стереотипии не являются специфическим симптомом и могут довольно часто проявляться у пациентов с различной психической патологией, в том числе без аутистической симптоматики. Так, стереотипии могут наблюдаться при органических психических расстройствах, шизофрении, аффективных и эмоциональных нарушениях, умственной отсталости, хромосомных и генетических заболеваниях, дистониях, непроизвольных движениях (моторных автоматизмах), моторных тиках, орофациальных дискинезиях (в т.ч. патологических мимических нервно-мышечных рефлексмах), фокальных эпилептических пароксизмах, а также при различных вариантах сенсорной и социальной депривации [68].

Стереотипные двигательные расстройства, согласно МКБ-10, представляют собой произвольные, повторяющиеся, стереотипные, нефункциональные (часто ритмические) движения и считаются патологическими лишь в том случае, если они препятствуют повседневной адаптации и жизнедеятельности или приводят к физическим самоповреждениям [26].

С точки зрения поведенческого анализа стереотипия является оперантным поведением, которое поддерживается или усиливается последствиями,

возникающими в результате данного поведения. По мнению многих психологов и клиницистов [21, 22, 27], стереотипии развиваются в основном как аутостимуляции и носят гиперкомпенсаторный характер. Другие авторы [33] считают, что поведенческие стереотипии не содержат эмоционального содержания, а обусловлены исключительно дизнейроонтогенетическими явлениями.

Стереотипное поведение крайне многообразно по внешнему выражению. Например, стандартизированное Интервью для оценки стереотипного и самоповреждающего поведения (Stereotyped and Self-Injurious Movement Interview-SSIMI) включает вопросы о 32-х формах стереотипий [54].

По шкале Repetitiv Behavior Scale (Revised, RBS-R) [67] стереотипии подразделяют на моторные стереотипии; компульсивное поведение; потребность в стереотипном однообразии; ритуальное поведение; стереотипно узкосфокусированное внимание; аутоагрессию.

Эпидемиология

Если упорядочить категории детей с нарушениями в развитии по убыванию распространенности стереотипного и самоповреждающего поведения, то получается следующий рейтинг [54]:

1) аутизм (98,2% со стереотипиями и 64,3% – с самоагрессией);

2) слепота (86% со стереотипиями и 52% – с самоагрессией);

3) умственная отсталость (79,3% со стереотипиями и 31% – с самоагрессией);

4) глухота/слабослышание с дополнительными нарушениями (69,7% со стереотипиями, 30% – с самоагрессией);

5) воспитание в доме ребенка в раннем и младенческом возрасте (60–67% детей со стереотипиями [47].

Помимо этого, временные (преходящие), простые стереотипии могут возникать у психоневрологически и соматически здоровых детей [48]. Простые спонтанные стереотипии младенцев физиологически отражают активное созревание нервно-мышечных проводящих путей на фоне возрастной незрелости функций торможения и контроля коры головного мозга и представляют собой достаточно распространенные формы поведения, обычно наблюдаемые у детей младше двух лет [77]. Как минимум, 5% здоровых детей в возрасте от полутора до трех лет раскачиваются в кровати перед засыпанием. У маленьких детей простые стереотипии, как правило, проявляется в сосании пальцев, в старшем возрасте оно замещается раскачиванием тела, а в дошкольном возрасте преобладает кусание ногтей и постукивание пальцами или ногами. По мере возрастного развития стереотипии перестают быть изолированными движениями, интегрируясь в состав целостного целенаправленного поведения ребенка.

Этиопатогенез

На сегодняшний день, как в отечественной, так и в зарубежной литературе наблюдаются попытки этиологической гомогенизации гетерогенной симптоматики стереотипий у детей в контексте психиатрической, неврологической и соматической клиники. Данные о менделевских моделях наследования стереотипий в некоторых семьях крайне малочисленны [82]. Большинство «нейробиологических ключей» к пониманию этиопатогенеза стереотипий были обнаружены и достоверно подтверждены лишь на животных моделях [65, 73], где стереотипные формы поведения различной модальности индуцировались лекарствами, стимулирующими высвобождение дофамина (напр., амфетаминами) [46], ингибиторами обратного захвата дофамина (напр., кокаином) [62], а также прямыми агонистами рецепторов дофамина (напр., апоморфином) [65]. Уровень ГАМК в коре *gyrus cinguli* в некоторых исследованиях прямо коррелировал с тяжестью/частотой стереотипий [60].

У крыс Sprague-Dawley восстановление оптимальной холинергической передачи с помощью ингибиторов ацетилхолинэстеразы в *cortex praefrontalis* приводило к полному прекращению стереотипий [10], что, однако, не нашло отображение в исследованиях на детях [9, 11, 20].

Очевидно, что механизм возникновения определенных форм стереотипного поведения в значительной мере определяется дисфункцией или возрастной незрелостью определенных структур мозга. Стереотипии могут возникать впоследствии приобретенного поражения лобно-теменных и лобно-височных областей коры головного мозга. Пренатальные обстоятельства также могут predispose к формированию стереотипного психоневрологического фенотипа [68].

Предполагают, что патофизиологической основой комплексных стереотипных движений рук является возбуждение подкорковых ядер мозга [60]. Показательно, что недоношенные дети ввиду колоссальной распространенности у них перинатальных кровоизлияний в желудочки и подкорковые области (стриатум) – до 30–60% – представляют группу риска по развитию аутизма со стереотипным поведением [42]. Поведение 55,6% слепых детей с ретинопатией недоношенных в полной мере соответствует клинической картине аутизма. Стереотипные движения руками возникают у пациентов после кровоизлияний в область таламуса, подушки, лентикулярного ядра [66, 84]. Стереотипные движения головой описаны у детей с различными врожденными пороками развития мозга, а именно гидроцефалией, аномалиями мозжечка или ствола мозга. Механизм развития стереотипных движений головой связан с дефектами желудочковой системы мозга и аномальным возбуждением подкорковых или стволовых структур. При механическом давлении на глаза, раздражаются окончания зрительного нерва,

который подает сигналы в первичную зрительную кору, что может вызывать у слепого человека яркие световые ощущения (фосфены) даже при отсутствии света. Стереотипные манипуляции с объектами характерны и для детей с аутизмом, и для детей с тяжелой умственной отсталостью, и для здоровых детей, воспитывающихся в домах ребенка. Предполагают, что такого рода стереотипии могут быть связаны с аномальным функционированием некоторых отделов мозжечка — его VI и VII долей [72]. Сходное поведение наряду с другими чертами аутистического спектра можно наблюдать у слепых детей с генетически обусловленным амаврозом Лебера, при котором нарушению зрительной системы сопутствуют специфические аномалии мозжечка [76]. Также у детей с синдромом Дауна непропорциональное увеличение объема белого вещества мозжечка напрямую коррелирует с наличием у них стереотипий [48]. Поскольку рост мозжечка продолжается в течение первых двух лет жизни ребенка, то источником нарушения его функциональной несформированности могут служить не только генетические причины, но и неблагоприятные условия в раннем возрасте. Депривативные концепции демонстрировали достоверно большее количество разнообразных стереотипий у животных, выращенных изолированно от матери, чем у животных, выращенные рядом с биологической мамой.

В иных исследованиях говорится о том, что чрезмерная стимулирующая среда также может вызывать стереотипии, которые уменьшают беспокойство [36]. Гипотеза интенсивного мира [53] говорит о том, что некоторые дети с патологическими стереотипиями испытывают чрезмерную стимуляцию и демонстрируют повторяющееся поведение, чтобы уменьшить сильное возбуждение от поступающих сенсорных стимулов.

Некоторые исследователи рассматривали стереотипии как эквивалент кататонического возбуждения [7], средство выражения аффекта, проявление несовершенства контроля за двигательной активностью или нарушение влечений [18].

Стереотипии в рамках различных нозологических единиц

Аутичные дети могут отвечать на сенсорные стимулы либо чрезвычайно сильно, либо, наоборот слишком слабо. Вестибулярная стимуляция происходит за счет ударов, качаний или движений вверх и вниз. Некоторые дети производят шум (напр., щелчки, звуки, хрипы или бессмысленные слоги) в стереотипной манере при отсутствии намерений к общению. Их речь обычно построена в виде эхолалий, как немедленной, так и задержанной, или в виде стереотипных фраз вне контекста. В раннем возрасте наблюдается агрессивность, вспышки гнева, самоповреждающее поведение, включая удары головой, кусание, царапание, вырывание волос.

Стереотипии встречаются при детской шизофрении. Основными расстройствами у детей с шизоидной психопатией в возрасте 3–5 лет является малая привязанность к объектам реального мира, сдвиг пропорций чувствований, аутизм, негативизм, недостаточное пользование речью, эхолалии, раздражительность. В одиночку они играют в примитивные, однообразные игры, которые сводятся к переключению, пересыпанию, верчению, трясению. Они интересуются льющейся водой, дождем, снегом, сыпучими веществами. Постепенно круг их деятельности сужается, игры повторяются, становятся все более однообразными и приобретают характер стереотипий.

Для детей с умственной отсталостью характерны стереотипные интересы, привязанность к нефункциональным поступкам или ритуалам в виде длительного фиксирования внимания на малодинамичных явлениях, стремление нажимать на клавишу, включая и выключая освещение, потряхивание кистями рук, предметами, подпрыгивания и простые патологические привычные действия, взмахи и сгибание-разгибание рук в локтевых и плечевых суставах, удары туловищем или головой об твердые поверхности, кружение вокруг своей оси [38].

При атонической форме умственной отсталости характерными для пациентов являются повторяющиеся стереотипные простые движения или действия – крутят шнурок, рвут на полоски бумагу, открывают и закрывают кран и т.п. У некоторых из больных можно отметить склонность к повторению одних и тех же слов, гримасничанье.

Стереотипии встречаются при депрессивных состояниях у детей раннего возраста. Депрессии у детей раннего возраста имеют преимущественно не аффективное выражение, а «маскированное» или «телесное» [24, 31, 32, 35, 37, 71]. Анаклитическая депрессия или депрессия расставания возникает в возрасте 1,5–3 лет у детей при разлуке с семьей (помещение в ясли, детский сад, детский дом). У таких детей может замедлиться психическое развитие и анаклитическая депрессия может трансформироваться в парааутистическое расстройство развития с характерными однообразными и ритмичными движениями раскачивания головой и всем телом (F88). Моторный компонент проявляется наличием двигательных стереотипий, замещающих непосредственное сенсорное взаимодействие, по типу патологически привычных действий в виде раскачивания телом, головой (яктация), сосания пальца и языка.

Стереотипии у детей надо дифференцировать с тиками. Тики – внезапные, быстрые, повторяющиеся, неритмичные моторные движения или вокализации. Наиболее часто проявляющиеся тики: гримасничанье, моргание веками, сморщивание носа, наклоны, подергивания или покачивания головой, смотрение по сторонам, вращение головой, потирания руками, перекручивание пальцев и сжимание

рук в кулак, пожимание плечами, дергание ногами, покачивание туловищем, странная походка, подпрыгивание, икота, зевание, принюхивание, продувание воздуха через ноздри, свистящий вздох, усиленное дыхание, отрыжка, сосательные или чмокающие звуки, прочищение горла.

Манерные движения в пальцах рук встречаются при синдроме ломкой X-хромосомы (X-ФРА) с аутистическиподобным синдромом. Иногда с начала 2 года жизни появляются манерные движения в пальцах рук, отдаленно напоминающие «ручные манеризмы в пальцах и кистях рук» у детей с синдромом Каннера, повороты вокруг собственной оси, потирания ладоней рук, потряхивания кистями рук. В речи отмечаются стереотипные повторы слов, раз.

Наиболее известной генетической болезнью, сопряженной со стереотипным поведением, является синдром Ретта с характерными «моющими» движениями рук, а также их облизыванием, постукиванием пальцами.

Около 91% детей с синдромом Леша-Нихана наносят себе повреждения, кусают свои губы и пальцы до такой степени, что для большинства из них единственным способом предотвратить травматизм остается только удаление зубов [74].

Характерные стереотипии в кистях рук выявляются при фенилкетонурии с аутистическиподобным синдромом.

Раскачивания, однообразное разглядывание кисти рук встречаются при туберозном склерозе. Дети раскачиваются, однообразно вертят или разглядывают кисти рук.

Классификация

В литературе приводятся различные классификации стереотипий. В.М.Башина, О.С.Никольская [7, 27] и другие российские авторы выделяют следующие стереотипии:

– зрительные (ребенок часто моргает, смотрит сквозь узкие расстояния между предметами, специально роняет различные предметы и следит за их падением, созерцает часами движение машин за окном или падение капель воды);

– двигательные (ребенок раскачивается в коляске, манеже, однообразно поворачивает голову, ритмично сгибает пальцы, упорно, с характером одержимости раскачивается на игрушечной лошадке-качалке, машет кистью, предплечьем, подпрыгивает);

– сенсорные: стереотипные зрительные ощущения, стереотипные звуковые ощущения, стереотипные обонятельные ощущения, тактильные, вкусовые, проприоцептивные;

– речевые эхолалии, склонность к повторению слов и фраз-цитат, стереотипные манипуляции со звуками, словами, фразами, стереотипному счету;

– поведенческие: ритуальность в соблюдении режима, выборе еды, одежды, маршрута прогулок, сюжета игры;

– влечение к ритму: скандирование стихотворений, выкладывание орнаментов из разнообразных рядов игрушек, мелких предметов, одержимость с листанием страниц книг, безудержное стремление к качелям;

– эмоционально-аффективные (выполняются повторяющиеся действия, которые вызывают аффект либо у самого ребенка, либо у других людей);

– звуковые: вокализации, скрип зубами, повторяющееся произнесение отдельных слов или фраз;

– тактильные (различные трения, царапанья кожи, мытье рук);

– вкусовые (стереотипное облизывание предметов, покусывание их);

– вестибулярные (раскачивание тела или головы);

– обонятельные постоянное обнюхивание ребенком себя, игрушек, предметов и людей;

– самоагрессия (щипание, заломы пальцев, укусы, удары об пол, стену).

Основываясь исключительно на форме реакции, G.Berkson [44] разделил стереотипии на две большие категории: повторяющиеся движения, например, движения корпуса вперед-назад, и неповторяющиеся движения, например, застытие в определенной позе. Затем G.Berkson [45] предложил классифицировать стереотипное поведение по следующим критериям: (а) поведение является произвольным, (b) поведение недостаточно вариабельно, (с) поведение наблюдается на протяжении длительного периода времени (по крайней мере, нескольких месяцев), (d) поведение не меняется при воздействии факторов окружающей среды и (е) не соответствует возрастным нормам развития.

Среди всех форм стереотипного поведения можно выделить как типичные, так и редкие. Кроме того, стереотипии различаются по сложности вовлекаемых в них психических процессов. Так называемые «высокоуровневые» («highorder») стереотипии представлены относительно сложно организованными формами поведения (напр., однообразным рисованием одних и тех же объектов, навязчивым повторением одних и тех же фраз, настойчивым раскладыванием предметов в ровные ряды и т.д. «Низкоуровневые» («loworder») стереотипии сводятся к простой сенсомоторной самостимуляции и, как правило, с возрастом исчезают или смягчаются. Выделяют три основных типа «низкоуровневых» форм стереотипного поведения: простые (common) стереотипии, комплексные (complex) стереотипии и стереотипные движения головой. Комплексные стереотипии, чаще всего проявляется в виде необычных движений рук: потряхивание руками, придание им необычного положения, взмахи, сжимание и разжимание кулаков, сгибание и разгибание запястий. Это может сопровождаться раскачиванием, открыванием рта, потряхиванием или постукиванием ног, гримасами, произвольными вокализациями — но движения рук обычно преобладают [60, 65].

Стереотипные движения головой представляют собой ритмичные движения головой вверх-вниз (как жест «да»), из стороны в сторону (как жест «нет»), реже – движения от плеча к плечу. Обычно они производятся с частотой 1–2 раза в секунду и могут сопровождаться боковым поворотом глаз или сопутствующими движениями рук или ног.

Помимо этих трех основных категорий «низкоуровневых» стереотипий, выделяемых в литературе, хотелось бы еще отметить давление на глаза и однообразные манипуляции с объектами, такие как верчение предметов в руках, потряхивание ими, царапание поверхностей предметов, облизывание, постукивание предметом по зубам [55].

Диагностика

Для установки окончательного диагноза детям со стереотипиями, помимо клинической психопатологической оценки, рекомендуется использовать различные психологические инструменты, а также ряд лабораторных и инструментальных методов исследования по показаниям. Необходимо провести генетическое и хромосомное исследование, КТ и МРТ головного мозга, исследовать слуховые вызванные потенциалы ствола, провести офтальмологическое и отоларингологическое исследование, исследование крови на фениланин, виноградную кислоту, титр герпеса. В суточной моче анализируются результаты метаболического скрининга, в том числе на мукополисахаридоз, оценивается содержание мочевины, кислоты, кальция.

Лечение

Корректная и своевременная идентификация стереотипий в контексте психиатрической нозологической принадлежности, казалось бы, должна в дальнейшем стать основой для рациональной терапии [62], однако на сегодняшний день нет никаких убедительных

данных о рациональности и эффективности того или иного вида фармакологической терапии стереотипий у детей [57, 75].

Выводы

История изучения стереотипий у детей насчитывает более 150 лет. За это время были описаны основные виды стереотипий, определен ряд заболеваний, для которых характерно стереотипное расстройство. Продолжаются дискуссии по вопросам этиологии и патогенеза. Существуют различные концепции этиопатогенеза стереотипий, множество их классификаций и описаний клиники при разнообразных патологических состояниях у детей. Стереотипии у детей могут свидетельствовать о преходящих психоневрологических процессах в контексте нормального развития ребенка. В поле зрения психиатрии стереотипии входят тогда, когда речь идет уже о функциональном их проявлении – клинической объективизации дизнейроонтогенеза. Анализ данных литературы позволяет рассматривать стереотипии, как малоспецифичный симптом, выявление которого у детей раннего возраста позволит отнести их к группе высокого риска и/или раннего дебюта заболевания. Это, в свою очередь, позволит своевременно начать лечебные и медицинские коррекционные мероприятия, улучшая прогноз ребенка. В условиях, когда фармакологическая терапия стереотипий в рамках детской психиатрии на сегодняшний день не имеет достаточной доказательной базы, необходимо начинать устранение стереотипий методами когнитивно-поведенческой терапии с того возраста, когда это может стать впервые возможным.

Полагаем также, что под стереотипиями следует понимать неспецифические, устойчиво повторяющиеся нефункциональные действия, слова или фразы, которые могут быть как простыми, так и сложными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкая Ж.В. Ранний детский аутизм-проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии // Медицинский альманах. 2016. № 2 (42). С. 112–115.
2. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Российский педиатр. журн. 1998. № 1. С. 5–8.
3. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 240 с.
4. Башина В.М. Подходы к систематике детского аутизма (1943–2007) // Психиатрия. 2007. № 5. С. 7–13.
5. Башина В.М. Современное состояние проблемы аутизма в детском возрасте // Психиатрия. 2003. № 3. С. 7–11.
6. Башина В.М., Тиганов А.С. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. № 8. С. 4–13.
7. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1974. Т. 74. № 10. С. 1538–1542.
8. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004. 232 с.
9. Волгина Т.Л., Щедрина О.В. Ошибки диагностики и лечения в детской психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 2. С. 47–48.
10. Волчегорский И.А., Мирошниченко И.Ю., Рассохина Л.М. и соавт. Влияние производных 3-оксипиридина и янтарной кислоты на стереотипии и каталепсию у мышей // Российский физиологический журнал им. И.М.Сеченова. 2017. Т. 103. № 4. С. 406–416.
11. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. СПб.: Наука и Техника, 2017. 288 с.
12. Гиляровский В.А. Психиатрия: руководство для врачей и студентов. М.-Л.: Биомедгиз, 1938. 773 с.
13. Голубева Н.И. Депрессивные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте: Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 26 с.
14. Гуревич М.О., Озерецкий Н.И. Психомоторика. М.- Л.: Гос. мед. изд-во, 1930. 330 с.
15. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков. М.: Школа-Пресс, 1999. 405 с.
16. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. – СПб: СпецЛит, 2007. 463 с.
17. Ким Л.В. Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков – этнических корейцев – жителей Узбекистана и Республики Корея: Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997. 24 с.
18. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 608 с.
19. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста

- (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации): Автореф. Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1995. 48 с.
20. Котляров В.Л., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. и соавт. Двигательные стереотипии в структуре психотических и непсихотических расстройств аутистического спектра // Психическое здоровье. 2016. Т. 14. № 2. С. 69–78.
 21. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. Начальные проявления. М.: Просвещение, 1991. 96 с.
 22. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и соавт. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 197 с.
 23. Макаров И.В., Автенюк А.С. Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 3. С. 74–81.
 24. Мамцева В.Н. Один из вариантов маскированной депрессии с гипертермией при шизофрении у детей // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1988. № 8. С. 57–60.
 25. Микиргумов Б.Е., Кочавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Питер, 2001. 256 с.
 26. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.
 27. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 1997. 341 с.
 28. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988. 329 с.
 29. Олейчик И.В. Клинический патоморфоз юношеских депрессий, обусловленный влиянием современных социальных преобразований // II-й национальный конгресс по социальной психиатрии с международным участием «Социальные преобразования и психическое здоровье». М., 2006. С. 151–152.
 30. Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно-ненормальных детей. СПб: М.Л. Лихтенштадт, 1903. 319 с.
 31. Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. М.-Л.: Госуд. мед. изд., 1929. 256 с.
 32. Симсон Т.П. Реактивные состояния у детей // Педиатрия. 1946. Вып. 6. С. 35–45.
 33. Скворцов И.А., Башина В.М., Нефедова И.В. Дизнейроонтогенетические аспекты клиники и автогенеза аутистических синдромов у детей // Исцеление. 2000. Вып. 4. С. 46–51.
 34. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1955. Т. 1. 459 с.
 35. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1959. Т. 2. 406 с.
 36. Тезикова Е.А. Разнообразие стереотипий у детей с расстройствами аутистического спектра // Специальная педагогика и психология: традиции и инновации. 2019. С. 108–113.
 37. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978. 400 с.
 38. Хайретдинов О.З. Клинико-этиологическая дифференциация аутистических расстройств в детском возрасте: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2015. 154 с.
 39. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. М.: Мед. информ. агентство, 2011. 928 с.
 40. Adewuya A.O. Factors associated with depressive symptoms in Nigerian adolescents // J. Child Abuse Negl. 2006. N1. P. 15.
 41. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.
 42. Arpino C., D'argenzio L., Ticconi C. et al. Brain damage in preterm infants: etiological pathways // Annali dell'Istituto Superiore di Sanita. 2005. Vol. 41. Iss. 2. P. 229–237.
 43. Bellak L. Dementia praecox. New York: Grune et Stratton, 1948. 456 p.
 44. Berkson G. Abnormal stereotyped motor acts // Comparative Psychology. 1967. P. 76–94.
 45. Berkson G. Repetitive stereotyped behaviors // Am. J. Mental Deficiency. 1983. Vol. 88. P. 239–246.
 46. Bloch M.H., Sukhodolsky D.G., Leckman J.F. et al. Fine-motor skill deficits in childhood predict adulthood tic severity and global psychosocial functioning in Tourette's syndrome // J. Child Psychol. Psychiatr. Allied Disciplines. 2006. Vol. 47(6). P. 551–559.
 47. Bos K.J., Fox N.A., Nelson C.A. Stereotypies in Children With a History of Early Institutional Care // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2010. Vol. 164. Iss. 5. P. 406–411.
 48. Buse J., August J., Bock N. Fine motor skills and interhemispheric transfer in treatment-naive male children with Tourette syndrome // Developmental Med. Child Neurol. 2012. Vol. 54(7). P. 629–635.
 49. Carter J.C., Capone G.T., Kaufmann W.E. Neuroanatomic correlates of autism and stereotypy in children with Down syndrome // Neuroreport. 2008. Vol. 19. P. 653–656.
 50. Cornish K., Pigram J. Developmental and behavioural characteristics of Cri du Chat syndrome // Arch. Dis. Childhood. 1996. Vol. 75. N 5. P. 448–450.
 51. Didden R., Korzilius H., Curfs L.M. Skin-Picking in Individuals with Prader-Willi Syndrome: Prevalence, Functional Assessment, and its Comorbidity with Compulsive and Self-Injurious Behaviours // J. Applied Res. Intellectual Disabil. 2007. Vol. 20. N 5. P. 409–419.
 52. Down J.L. On some of the mental affections of childhood and youth. J.A. Churchill, 1887.
 53. Evans D.W., Gray F.L., Leckman J.F. The rituals, fears and phobias of young children: Insights from development, psychopathology and neurobiology // Child Psychiatr. Hum. Development. 1999. N 29(4). P. 261–276.
 54. Gal E., Dyck M.J. Stereotyped Movements Among Children Who Are Visually Impaired // J. Visual Impairment Blindness. 2009. Vol. 103. N 11. P. 754–765.
 55. Gal E., Dyck M.J., Passmore A. Relationships between stereotyped movements and sensory processing disorders in children with and without developmental on sensory disorders // Am. J. Occupational Therapy. 2010. Vol. 64. N 3. P. 453–461.
 56. Ghosh D., Rajan P.V., Erenber G. A comparative study of primary and secondary stereotypies // J. Child Neurol. 2013. Vol. 28(12). P. 1562–1568.
 57. Gras D. Mouvements anormaux de l'enfant (Movement disorders in children) // Rev Prat. 2020. N 70(6). P. 647–652.
 58. Green D. Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders // Developmental Med. Child Neurol. 2009. N 51. P. 311–316.
 59. Hagberg B., Aicordi J., Dias K. A progressive syndrome of autism, dementia, ataxia and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome // Ann. Neurol. 1983. N 14. P. 471–479.
 60. Harris K.M., Mahone E.M., Singer H.S. Nonautistic motor stereotypies: Clinical features and longitudinal follow-up // Pediatr. Neurol. 2008. Vol. 38. N 4. P. 267–272.
 61. Hessel D., Tassone F., Cordeiro L. et al. Brief report: aggression and stereotypic behavior in males with fragile X syndrome – moderating genetic genes in a «single gene» disorder // J. Autism Developmental Dis. 2008. Vol. 38. N 1. P. 184–189.
 62. Kanner L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943 // Autism Child Schizophr. 1971. Vol. 1. 119 p.
 63. Lewis M., Kim S.-J. The pathophysiology of restricted repetitive behavior // J. Neurodevelopmental Dis. 2009. Vol. 1(2). P. 114–132.
 64. McCauley E., Wilson W.G., Roos A.M. Dynamics of age- and spatially-structured predator-prey interactions: individual-based models and population level formulations // Am. Nat. 1993. Vol. 142. P. 412–442.
 65. Mahone E.M. Neuropsychological function in children with primary complex motor stereotypies // Developmental Med. Child Neurol. 2014. Vol. 56(10). P. 1001–1008.
 66. Maraganore D.M., Lees A.J., Marsden C.D. Complex stereotypies after right putaminal infarction // Movement Dis. 1991. Vol. 6. N 4. P. 358–361.
 67. Miller J., Singer H., Bridges D. et al. Behavioral therapy for treatment of stereotypic movements in nonautistic children // J. Child Neurol. 2006. Vol. 21. P. 119–125.
 68. Morgan L., Wetherby A.M., Barber A. Repetitive and stereotyped movements in children with autism spectrum disorders late in the second year of life // J. Child Psychol. Psychiatr. 2008. Vol. 49(8). P. 826–837.
 69. Moss J., Oliver C., Arron K. et al. The prevalence and phenomenology of repetitive behavior in genetic syndromes // J. Autism Developmental Dis. 2009. Vol. 39. N 4. P. 572–588.
 70. Mount R.H., Charman T., Hastings R.P. The Rett Syndrome Behaviour Questionnaire (RSBQ): refining the behavioural phenotype of Rett syndrome // J. Child Psychol. Psychiatry. 2002. Vol. 43(8). P. 1099–1110.
 71. Nissen G. Masked depression in children // Acta Paedo-Psychiatrica. 1975. Vol. 41. N 6. P. 235–242.
 72. Pierce K., Courchesne E. Evidence for a cerebellar role in reduced exploration and stereotyped behavior in autism // Biol. Psychiatry. 2001. Vol. 49. N 8. P. 655–664.
 73. Rinehart N. Motor stereotypies in children with autism and other developmental disorders // Developmental Med. Child Neurol. 2009. Vol. 51(1). P. 2–3.
 74. Robey K.L., Reck J.F., Giacomini K.D. et al. Modes and patterns of self-mutilation in persons with Lesch-Nyhan disease // Developmental Med. Child Neurol. 2003. Vol. 45. N 3. P. 167–171.
 75. Robinson S., Woods M., Cardona F. et al. Intense imagery movements: A common and distinct paediatric subgroup of motor stereotypies // Developmental Med. Child Neurol. 2014. Vol. 56(12). P. 1212–1218.

76. Rogers J.S., Newhart-Larson S. Characteristics of infantile autism in five children with Leber's Congenital Amaurosis // *Developmental Med. Child Neurol.* 1989. Vol. 31. N 5. P. 598–608.
77. Sallustro F., Atwell C.W. Body rocking, head banging, and head rolling in normal children // *J. Pediatrics.* 1978. Vol. 93. N 4. P. 704–708.
78. Schwartz S.S., Gallagher R.J., Berkson G. Normal repetitive and abnormal stereotyped behavior of nonretarded infants and young mentally retarded children // *Am. J. Mental Deficiency.* 1986. Vol. 90. P. 625–630.
79. Smith E.A., Van Houten R. A comparison of the characteristics of self-stimulatory behavior in «normal» children and children with developmental delays // *Developmental Disabilities.* 1996. Vol. 17. P. 253–268.
80. Summers J.A., Allison D.B., Lynch P.S. et al. Behaviour problems in Angelman syndrome // *J. Intellectual Disability Res.* 1995. Vol. 39. N 2. P. 97–106.
81. Temudo T., Oliveira P., Santos M. et al. Stereotypies in Rett syndrome: Analysis of 83 patients with and without detected MECP2 mutations // *Neurology.* 2007. Vol. 68. N 15. P. 1183–1187.
82. Turner C.A., Lewis M.H., King M.A. Environmental enrichment: effects on stereotyped behavior and dendritic morphology // *Dev. Psychobiol.* 2003. Vol. 4. P. 20–27.
83. Woods D.W., Miltenberger R.G. A review of habit reversal with childhood habit disorders // *Education Treatment Children.* 1996. Vol. 19. P. 197–214.
84. Yasuda Y., Akiguchi I., Ino M. et al. Paramedian thalamic and midbrain infarcts associated with palilalia // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1990. Vol. 53. N 9. P. 797–799.

СТЕРЕОТИПИИ У ДЕТЕЙ

Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров

В аналитическом обзоре литературы рассматриваются различные варианты стереотипий у детей. Авторы уделяют внимание истории исследования стереотипий, эпидемиологии, этиологии и патогенезу, классификации, клинике, лечению и методам исследования различных психических расстройств, в рамках которых встречаются подобные состояния. Изучение данных литературы позволило объединить опыт множества исследований, отражающих работу над проблемой стереотипий у детей с середины XIX века до настоящего времени. Так, стереотипии, являясь мало патогномичным симптомом, рассматри-

ваются как предикторы психических нарушений или как составляющие различных нозологических форм. Встречаются физиологические либо индуцированные состояния в детском возрасте, которые также могут сопровождаться стереотипиями. Дифференциальная диагностика стереотипий в рамках различных состояний облегчает путь к диагнозу необходимого уровня достоверности для определения дальнейшей тактики лечения, а также путей и средств коррекционной работы.

Ключевые слова: стереотипии, самостимуляция, самоповреждения, дети.

STEREOTYPICS IN CHILDREN

L.Zh. Attaeva, I.V. Makarov

The analytical literature review examines various types of stereotypes in children. The authors pay attention to the history of the stereotypy study, epidemiology, etiology and pathogenesis, classification, symptoms, treatment and research methods of various mental disorders, within which these symptoms occur. The study of literature data allowed us to combine the experience of many studies on the problem of stereotypes in children from the middle of the 19th century to the present. So, stereotypes, being a little pathognomonic

symptom, are considered as predictors of mental disorders or as parts of various disease entities. There are physiological or induced states in childhood, which can also be accompanied by stereotypes. Differential diagnosis of stereotypes within the framework of various diseases facilitates the path to the diagnosis of the required level of reliability to determine further treatment tactics, as well as ways and means of intervention programmes.

Key words: stereotypes, self-stimulation, self-harm, children.

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

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