

УДК: 616. 89

О. О. Літвінов

РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: розлади спектра аутизму, психіатрична допомога, соціальна допомога

Лео Каннер у 1943 році вперше опублікував статтю, в якій описав 11 дітей з «раннім аутизмом» [1]. З тих часів інтерес до первазивних розладів розвитку зростає прямо пропорційно до накопичування наукових даних про їх генез, перебіг, зв'язок з медико-соціальними, економічними і навіть політичними питаннями.

Згідно з сучасними уявленнями аутизм є хворобою, в основі якої лежать порушення загального розвитку, що зумовлюють його дисгармонічність і супроводжуються порушеннями соціальної реципрокності, комунікації та стереотипними формами поведінки [2; 6]. Розлади спектра аутизму (РСА) маніфестують у ранньому дитячому віці і спостерігаються протягом всього життя людини, зумовлюючи обмеження її соціального функціонування [6]. Аутизм зустрічається серед представників всіх соціальних верств населення, в усіх регіонах світу. Хлопчики хворіють на аутизм приблизно в 4-5 разів частіше, ніж дівчатка [8; 10; 12]. Частина високо адаптованих пацієнтів здатні вести самостійне функціонування, підтримувати родинні стосунки, отримувати вищу освіту [5].

Вважається, що аутизм може бути пов'язаний з різними біологічними причинами. Однією з причин його розвитку є генетичний поліморфізм, зокрема мутації гена *contactin-4*, що відповідає за диференціацію міжнейрональних зв'язків. Описана низка інших мутацій, асоційованих із РСА, проте за рахунок генетичного поліморфізму можна пояснити не більше 4% випадків захворювання. Інші фактори, зокрема середовищні, також беруть участь у розвитку розладу [6].

Нині існує декілька концепцій, що пояснюють появу аутизму: вплив навколишнього середовища (що пов'язує захворювання з дією на організм важких металів, насамперед ртуті та свинцю як внутрішньоутробно, так і після народження), імунологічна теорія (гіперергічна реакція імунної системи на «тригер», наприклад, вакцинацію), метаболічна теорія (порушення обміну речовин, фенілкетонурія, наслідком якої може бути розумова відсталість), або неврологічна, зумовлена, наприклад, наявністю у дитини епілептичної енцефалопатії [12].

Ряд дослідників роблять наголос на поліетиологічності РСА, пов'язуючи їх походження з органічними, реактивними причинами, наслідками порушення симбіозу між матір'ю та дитиною, – порушеннями адаптаційних механізмів у незрілої особистості [13].

Загальна концепція аутизму та, відповідно, діагностичні критерії захворювання знаходяться на стадії формування [3;6]. За останні два десятиріччя методика діагностики первазивних розладів суттєво змінилася [10].

Діагностичні критерії аутизму постійно переглядаються в бік їх розширення [12].

Доки не ідентифіковані специфічні біологічні маркери, розлади спектра аутизму виявляються за поведінковою симптоматикою [6]. «Золотим стандартом» діагностики розладів спектра аутизму є два інструментарії: напівструктуроване оцінювання аутистичної поведінки (ADOS) [6; 10; 14] та напівструктуроване батьківське інтерв'ю аутизму (ADI-R) [6; 10; 12; 14]. Ці інструментарії є валідними у дітей з 1,5 років та у дорослих.

За інформацією ВООЗ поширеність розладів спектра аутизму в дитячому віці становить понад 1% від дитячої популяції. За даними Міжнародної асоціації «Аутизм – Європа» кожна 88 дитина в Європі має ознаки розладів загального розвитку та потребує медико-психологічної допомоги. Таким чином, рівень діагностики розладу в Україні є недостатнім.

До 2006 року аутизм в Україні майже не діагностувався. Замість розладів спектра аутизму дітям не обгрунтовано виставлялися діагнози розумової відсталості, психоорганічного синдрому, дитячої шизофренії. З 2006 до 2011 року діагностована захворюваність на розлади спектра аутизму зросла в Україні в 2,5 рази, але залишається невисокою порівняно з показниками країн регіону Європи. Під наглядом дитячих психіатрів України в 2011 році перебувало 2227 дітей з розладами спектра аутизму, поширеність розладів становила 27,8 на 100 000 дитячого населення (Марценковський І. А., 2013).

За даними офіційної статистики, поширеність розладів спектра аутизму у дорослих, у країнах Європейського Союзу коливається в діапазоні від 1 на 100 до 1 на 150. Зокрема, у Великій Британії 1,8% чоловіків та 0,8% жінок хворіють на дані розлади [3].

У дорослих РСА в Україні майже не діагностуються. По досягненні дитиною, що мала діагноз аутизму, 18-річного віку, діагноз у неї безпідставно змінюється на психічні розлади, внаслідок органічного ураження мозку, шизофренію, розумову відсталість. Така клінічна практика є відмінною від тієї, що склалася в більшості країн світу. За даними міжнародної організації «Аутизм – Європа», майже в усіх країнах Європейського регіону, за винятком Сербії та Хорватії, хворі з РСА, діагностованими в дитячому віці, після досягнення повноліття продовжують спостерігатися у психіатрів, отримувати соціальну та медичну допомогу з такими саме діагнозами.

Мета дослідження. Дослідити пов'язаний з віком клінічний поліморфізм РСА, описати особливості

клінічної картини та адаптивної поведінки у підлітків і дорослих з розладами спектру аутизму.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження були пацієнти з РСА. Досліджувалися психічні розлади, обмеження соціального функціонування і методи терапії та медико-соціальної допомоги, які отримували підлітки та повнолітні, хворі на РСА. Для досягнення поставленої мети використовувалися анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний методи, а також клініко-динамічне спостереження, що ґрунтувалося на загальноприйнятих підходах щодо психіатричного обстеження з використанням структурованого діагностичного інтерв'ю аутизму (Autism Diagnostic Interview, Revised – ADI-R), адаптованого УНДІ ССПН, напівструктурованого інтерв'ю афективних розладів і шизофренії (SADS), шкали адаптивної поведінки Вінленд (Vineland Adaptive Behavior Scale), шкали позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкали загального клінічного враження (CGI).

Обстежено 20 хворих (чоловіків – 15, жінок – 5) у віці від 16 до 23 років, у яких діагностовано один із РСА. У віці 16–18 років було 6 пацієнтів (4 чоловіки, 2 жінки); у віці 19–23 років було 14 пацієнтів (11 чоловіків, 3 жінки).

Результати дослідження. У сімейному анамнезі 6 хворих спостерігалися випадки захворюваності на шизофренію та аутизм. Випадки шизофренії мали місце в 5, аутизму в 1 родині.

Пренатальна патологія в анамнезі хворих на РСА зустрічалася частіше. Лише у 2 матерів пацієнтів фізіологічно перебігали як пологи, так і вагітність, у решти 18 в анамнезі виявлена ускладнена вагітність (токсикоз, внутрішньоутробні інфекції) та/чи застосовувалися акушерські пологодопоміжні операції і втручання (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуумекстракція, стимуляція пологів).

У 8 випадках виникнення порушення загального розвитку дитини батьки пов'язували з певними чинниками, а саме: психічними травмами, фізичними травмами, щепленням. У більшості випадків (12 спостережень) у сімейному анамнезі не встановлено подій, які мали причинно-наслідковий зв'язок з РСА.

У ранньому дитинстві 11 рандомізованих пацієнтів спостерігалися у психіатрів чи неврологів із затримкою розвитку. 15 хворих мали IQ в межах, що відповідав рівню розумової відсталості. У 5 рандомізованих пацієнтів IQ було вище 70. 14 з 20 дорослих з РСА отримали середню освіту. З них 2 вступили до ПТУ, решта ніде не навчалася. Трудовою діяльністю ніхто з рандомізованих пацієнтів на момент обстеження не займався.

Половина хворих (10) мали ознаки стійкої соціальної дезадаптації, потребували постійного стороннього нагляду та догляду; 8 - були частково здатні до самообслуговування, вирішували конкретні ситуаційні задачі та оволодівали новими навичками; 2 пацієнти мали порівняно високий рівень адаптивної поведінки та були спроможні вести самостійне життя з соціальною підтримкою.

Слід зазначити, що у всіх хворих з високим рівнем соціальної адаптації, рівень когнітивного функціонування був вищим від мінімально достатнього для побутової

адаптації. Пізнавальні функції та навички (соціальна компетентність) у всіх рандомізованих хворих із РСА були мозаїчними. Деякі хворі (2 особи) були здатні до засвоєння великих обсягів інформації, здатні до опанування складних навичок, що потребують певного часу та уваги у здорових людей, але одночасно демонстрували побутову дезадаптивність: неспроможність самостійно одягатися чи готувати собі їжу.

Рівень адаптивної поведінки хворих на РСА значною мірою залежав від коморбідних психічних розладів. Шестеро обстежених мали коморбідний тривожний розлад, у 8 спостерігалися прояви агресивної та аутоагресивної поведінки.

У 13 з 20 пацієнтів протягом життя діагноз був змінений на шизофренію. З цих 13 осіб лише у 2 діагноз шизофренії було підтверджено за результатами нашого обстеження. Помилкова ідентифікація проявів аутизму як симптому ендогенно-процесуального захворювання позбавила хворих адекватної медико-соціальної допомоги на багато років.

Рандомізовані хворі в дитинстві отримували терапію нейролептиками, найчастіше рисперидоном та клозапіном. На час обстеження продовжували приймати антипсихотики 7 хворих (лише ті, кому змінили діагноз на шизофренію). Інші пацієнти приймали вітаміни групи В (8), ноотропи (8), анксиолітики (6). Частина рандомізованих пацієнтів не приймала медичних засобів (5).

Хворі на РСА, які отримували в дитинстві допомогу у вигляді ранніх втручань, мали кращі показники соціальної адаптації, побутових навичок, вищий рівень когнітивного функціонування. Такі пацієнти продовжували навчання, формували нові моделі адаптивної поведінки, істотно знижуючи обмеження соціального функціонування.

На даний час жоден з рандомізованих пацієнтів не отримує державної соціальної підтримки, психотерапевтичного лікування. 9 хворим соціальну підтримку забезпечують члени родини. У всіх хворих по досягненні повноліття рівень соціальної підтримки значно знизився і, як наслідок, впав рівень соціальної адаптації.

Висновки. Пропонується посилити контроль за дотриманням діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-5 у хворих з РСА при кваліфікації психічного розладу, оформленні групи інвалідності, після досягнення ними повноліття. Діагностуватися має РСА, його тяжкість, коморбідні психічні розлади (наявність obsесивних, афективних, поведінкових розладів). Тренінги соціальної компетентності, соціальна підтримка, інклюзія в загальну мережу закладів освіти, набуття професії, самостійного існування мають розглядатися як пріоритет медико-соціальної допомоги зазначеному контингенту хворих. Медикаментозне лікування, як свідчать розглянуті нами клінічні випадки, має бути скероване на коморбідні психічні розлади і може включати застосування психостимуляторів (атомоксетину, метилфенідату), СІОЗС та інших антидепресантів. Застосування нейролептиків має бути обмежене випадками агресивної та аутоагресивної поведінки.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Autistic Disturbances of Affective Contact* / Kanner, L // *Nervous Child*. – 1943. – P. 217-250.
2. *Theoretical aspects of autism: Causes - A review* / Helen V. Ratajczak, 2011.
3. *Literature Review of Autism* / Helen Marwick, Aline-Wendy Dunlop, Tommy MacKay // *National Centre for Autism Studies, UK*. – 2005. – P. 10–27.
4. *Improving the prediction of response to therapy in autism* / S. Bent, R. L. Hendren // *Neurotherapeutics*. – 2010. – vol. 7. – №3. – P. 232 – 240.
5. *Scott Standifer. Adult Autism & Employment* / Scott Standifer // *A Guide for Vocational Rehabilitation*, 2009.
6. *Catherine Barthelemy, Joaquin Fuentes, Patricia Howlin, Rutger van der Gaag. Person with autism spectrum disorders, 2008*; / Catherine Barthelemy [et al.] // *Research*. – 2008. – P. 5 – 12.
7. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias, originally in Aschaffenburg's Handbuch* / Bleuler, E. // *Reprinted (1950) New York, International Universities Press*.
8. *Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008* / Boyle CA, Boulet S, Schieve L, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, Visser S, Kogan MD // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127. – №6. – P. 1034 – 1042.
9. *Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder* / Carroll LS, Owen MJ. // *Genome Med*. – 2009. – P. 1 – 102.
10. *Atypical antipsychotics in children and adolescents with autistic and other pervasive developmental disorders* / McDougle CJ, Stigler KA, Erickson CA, Posey DJ // *J Clin Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69. – №4. – P. 15 – 20.
11. *Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD / HD and / or autism spectrum disorders* / Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C // *J Neural Transm*. – 2004. – P. 891 – 902.
12. *Darold A. Treffert, MD. Autistic Disorder: 52 Years Later: Some Common Sense Conclusions*, 2007.
13. *Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect* / Rutter, M // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1998. – P. 805 – 816.
14. *Adult Employment Assistance Services for Persons with Autism Spectrum Disorders: Effects on Employment* / John D. Westbrook, Chad Nye, Carlton J. Fong, Judith T. Wan, Tara Cortopassi, Frank H. Martin, 2012.

РАССТРОЙСТВА СПЕКТРА АУТИЗМА У ВЗРОСЛЫХ

А. А. Литвинов

В статье обсуждаются особенности социального функционирования пациентов с расстройствами спектра аутизма во взрослом возрасте. Психиатры допускают много ошибок при оценке РСА у взрослых. Эти ошибки негативно сказываются на организации помощи пациентам и негативно влияют на их социальное функционирование.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, психиатрическая помощь, социальная помощь

AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN ADULTS

A. A. Litvinov

The article discusses the features of the social functioning of patients with autism spectrum disorders in adulthood. Psychiatrists make many mistakes in the evaluation of ASD in adults. These errors have a negative impact on the organization of care for patients and negatively affect their social functioning.

Keywords: autism spectrum disorders, psychiatric care, social care.