

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.123-007

И. А. МАРЦЕНКОВСКИЙ, А. В. КАПТИЛЬЦЕВА КОМОРБИДНЫЕ С АУТИЗМОМ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: коморбидность, расстройства спектра аутизма, тревожные расстройства, психическая травма, депрессия, расстройства личности

Изучение психиатрической коморбидности при первичных нарушениях развития (расстройствах спектра аутизма – РСА) должно способствовать развитию семиотики и созданию специализированных патогенетически обоснованных терапевтических стратегий.

Такие традиционные предикторы позитивного терапевтического прогноза, как отсутствие умственной отсталости и хорошая комплаентность у больных с РСА, не всегда оказываются достаточными для достижения в процессе лечения хорошей терапевтической динамики, поскольку не учтенные сопутствующие психические нарушения могут существенно ухудшить прогноз. Коморбидные пограничные расстройства личности, расстройства пищевого поведения, симптомы шизофренического спектра, нарушения активности и внимания, рекуррентная и биполярная депрессии, тревожные расстройства расширяют представления об этиологии и патогенезе первичных нарушений развития.

В 1943 году Лео Каннер описал одиннадцать детей с тяжёлыми нарушениями развития, у которых были похожие клинические проявления: они избегали и закрывались от внешнего мира, интересовались предметами, но полностью игнорировали человеческие взаимоотношения, предпочитали однообразие, демонстрировали повторяющееся стереотипное поведение [1]. Некоторые дети имели специфические навыки и особые необычные интересы.

В 1956 году Лео Каннер и Лео Эйсенберг сформулировали первые диагностические критерии расстройства, построенные на выделении основных признаков – «настаивании на однообразии» и «аутистическом одиночестве» [2].

В 1944 году австрийский педиатр Ганг Аспергер опубликовал в Германии работу, в которой обсуждалась группа детей с ограниченными возможностями социального взаимодействия при различных интеллектуальных способностях [3]. Определение аутизма, данное Аспергером, было более широким, чем ранее предложенное Каннером, но оба исследователя были едины в том, что

строгое научное разграничение между двумя «клиническими формами аутизма» отсутствует.

Своих пациентов он описывал так: «У этих детей есть основополагающие нарушения, которые манифестируют во всех поведенческих и экспрессивных феноменах. Следствием этих нарушений являются сложности социальной интеграции».

Аспергером были описаны дети, которые избегали зрительного контакта, демонстрировали стереотипные движения, речь которых по объему и по строению была не типичной для их возраста, которые не проявляли ласку и любовь, отвергали любовь родителей. Для названия данного расстройства исследователь использовал термин «аутистическая психопатия» (соответствующий ныне используемой дефиниции «расстройство личности») и настаивал на том, что хотя и есть заметные трудности в социальной интеграции таких детей, многие из них приспособляются к жизни в обществе, демонстрируют значительные успехи во взрослой жизни.

Современное определение РСА, как «поведенческого синдрома, имеющего биологическую основу (системные нарушения развития мозга), происхождение которых объясняется взаимодействием генетических и средовых факторов» впервые было предложено и обосновано Мартой Херберт в опубликованном в 2005 году аналитическом обзоре [4].

Большинство экспертов сегодня соглашаются с целесообразностью использования общего термина «расстройства спектра аутизма» (РСА) для обозначения группы первичных нарушений развития, которая характеризуется отклонениями в развитии речи, значительными качественными нарушениями коммуникации, очевидными при социальных интеракциях с другими детьми, ограниченным набором знаний или интересов, необычными сенсорными интересами и моторными нарушениями, вне зависимости от уровня интеллекта.

В дальнейшем эксперты, занимающиеся первичными нарушениями развития, пришли к выводу, что спектры клинических проявлений, свойственных пациентам

с РСА и другими расстройствами психики частично перекрываются. Многие симптомы аутизма встречаются у пациентов с другими расстройствами, а также у людей, которые считаются психически здоровыми. Пациенты с симптомами РСА часто имеют симптомы других психических расстройств, общие с этими расстройствами варианты генетического полиморфизма, патофизиологические и нейрохимические нарушения. Многие психопатологические симптомы, сочетающиеся с аутистическими, положительно реагируют на фармакологическое лечение. Доказана эффективность применения ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении коморбидных депрессий, тревожных расстройств и двигательных стереотипий, антипсихотических препаратов при лечении тяжелых поведенческих нарушений. Для лечения гиперактивности и повторяющегося поведения рекомендованы полиненасыщенные омега-3, омега-6 жирные кислоты [5]. Для коррекции тревожных, депрессивных и обсессивно-компульсивных симптомов при высокофункциональном аутизме у детей школьного возраста рекомендована когнитивно-поведенческая терапия [6–7].

Целью настоящего исследования было изучение коморбидности РСА с тревожными, депрессивными, личностными расстройствами, клинический полиморфизм в процессе взросления, переходе пациентов от подросткового к юношескому возрасту. Отдельными задачами исследования было изучение перекрытия аутистического и шизофренического континуумов клинических проявлений, коморбидности высокофункционального аутизма с личностными расстройствами.

Под нашим наблюдением в отделе детской и подростковой психиатрии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии находились 36 подростков в возрасте 15–18 лет и 27 совершеннолетних пациентов с РСА в возрасте до 25 лет. Проводились типологизация, структурирование и лонгитудинальное изучение клико-психопатологических нарушений. Учитывались данные архивной медицинской документации, результаты специального интервью с родителями, результаты собственного катамнестического наблюдения. Продолжительность катамнестического наблюдения у каждого рандомизированного пациента составляла 3–5 лет.

Депрессии и тревожные расстройства являлись основной причиной обращения рандомизированных пациентов за психиатрической помощью в подростковом и юношеском возрасте.

У каждого четвертого пациента с РСА выполнялись диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства, у 17% – социальной фобии, у трети – нарушений активности и внимания (гиперкинетического расстройства). Подобная множественная коморбидность была установлена и другими исследователями, как для «низкофункционального», так и для «высокофункционального» аутизма (синдрома Аспергера) [8–10].

Депрессии были диагностированы у 14 подростков с РСА, в анамнезе которых были указания на периоды дезадаптивного поведения, ухудшения социального

функционирования, связанные с интернированием, травлей в школе. У подростков с высокофункциональным аутизмом (IQ > 70) пролонгированные депрессивные и тревожно-депрессивные реакции диагностировались чаще, чем при аутизме со сниженной способностью к обучению и интеллектуально-мнестической недостаточностью ($p < 0,05$).

У трети рандомизированных нами подростков имели место выраженные нарушения активности и внимания, у 25% выполнялись диагностические критерии одного или нескольких тревожно-фобических расстройств.

У взрослых пациентов наиболее часто встречались социальные тревожные (18 пациентов) и обсессивно-компульсивные (9 человек) расстройства. У 4 человек выполнялись диагностические критерии средне-тяжелого эпизода рекуррентной депрессии.

Определенные сложности у совершеннолетних пациентов вызывало разграничение клинических проявлений РСА с расстройствами личности и нарушениями активности и внимания. Поведение больных с РСА редко бывало импульсивным; для них более характерным было стереотипное, повторяющееся поведение с необычными увлечениями, сенсорными интересами. В отличие от достигших зрелого возраста больных с пограничным личностным расстройством, рандомизированные нами пациенты с РСА не были склонны к ведению беспорядочной половой жизни, формированию зависимости от никотина, алкоголя или наркотиков.

В одном из исследований содержится анализ клинических проявлений аутистического спектра у 41 женщины с пограничным расстройством личности [11]. Продемонстрировано, что такие пациентки значительно чаще совершали попытки самоубийства, но реже имели зависимость от алкоголя и психоактивных веществ. Попытки суицида у этих пациенток не были связаны с импульсивностью, но коррелировали с выраженностью симптомов депрессии, характеризовались наличием соматического синдрома.

Рандомизированные нами совершеннолетние пациенты с РСА ранее нередко ошибочно оценивались врачами, как имеющие проявления шизоидного расстройства личности. Но в отличие от них проявляли интерес к общению, испытывали в нем потребность, но не могли поддерживать устойчивую совместную деятельность и дружеские отношения вследствие недостаточной социальной реципрокности (своеобразных интересов, необычного социального поведения).

Имеется выраженная корреляция между РСА и расстройствами пищевого поведения, которые наблюдаются как в подростковом, так и в зрелом возрасте, как при наличии, так и при отсутствии умственной отсталости. Причинами своеобразия пищевого поведения могут быть перцепторные нарушения (извращенные, усиленные или ослабленные вкусовые ощущения и восприятия), специфические интересы (сверхценные идеи), повторяющееся поведение. Подростки и взрослые с РСА с нормальным уровнем интеллекта часто следуют принципам здорового питания и вегетарианства. В

обзоре клинических исследований, приведенном Марией Растам [12], продемонстрировано, что нервная анорексия является единственным расстройством пищевого поведения, встречающимся при РСА чаще, чем в контрольной группе.

В ряде исследований [13–14] продемонстрирована высокая частота кататонии и разнообразных психотических симптомов при РСА и наличие аутистических симптомов при шизофрении. Популярная в России концепция шизотипичной личности в значительной степени перекрывается концептуализацией представлений о первичных нарушениях развития. Это служит основанием для разграничения процессуального и органического аутизма в работах российских психиатров. Детский аутизм процессуального генеза ранее описывался в разделе ранней детской шизофрении или раннего детского аутизма процессуального генеза [15–17]. Особое значение уделялось характеристике клинической картины манифестных, развернутых, конечных этапов психоза, их особенностям при непрерывном и приступообразном типах течения шизофренического процесса у детей до 7 лет. Считалось, что при манифестации заболевания до 3-летнего возраста в клинической картине состояния преобладали явления регресса, т. е. утраты приобретенных ранее навыков и речи. По мнению В. М. Башиной у таких больных, в большинстве случаев можно было диагностировать ранние психотические приступы, которые в короткие от начала болезни сроки завершались формированием конечных состояний с глубоким олигофреноподобным дефектом, эмоциональным оскудением и рассматривались ими, как предпосылки формирования аутизма, эволютивного, в терминологии авторов характера.

Согласно нашим исследованиям случаи регресса и психотические симптомы при РСА в детском возрасте встречаются крайне редко. Определенные сложности при дифференциальной диагностике детской шизофрении и РСА могут возникнуть из-за бедности эмоциональных проявлений и негативистичного поведения части больных с РСА. При дифференциальной диагностике следует иметь в виду, что галлюцинации и бредовые идеи специфичны для шизофрении, квалификация их в качестве коморбидных психотических симптомов при РСА выглядит малоубедительной. В тоже время у большинства детей с ранней манифестацией шизофрении отсутствуют задержки развития речи и дефицит социального реципрокности, характерные для детей с РСА.

Первичные нарушения развития не всегда удается разграничить с расстройствами спектра шизофрений, шизотипического и бредового расстройств. Признанием существования проблемы являются попытки ввести в клиническую практику новую диагностическую категорию комплексного расстройства развития. Сутью предложенной диагностической категории является попытка интерпретировать бодерляйн расстройства детского возраста и детскую шизофрению, как единый континуум психических нарушений через призму теории нарушения нейроразвития [18].

В инструментарии для оценки личностных качеств (SWAP – 200) (Westen et al. 2005) выделяются одиночный шизотипический фактор и фактор отвержения сверстниками. Корреляция между этими показателями значительная, оба они тесно связаны с расстройствами личности при наличии социальной изоляции и определенных странностей.

Приходится также проводить дифференциальную диагностику РСА с другими расстройствами личности. Согласно данным Е. Риден, С. Бежерот (Rydén E., Bejerot S.) (2008) [19] аутистические проявления имеют место у 40% пациентов с уклоняющимся, пограничным и обсессивно-компульсивным; более чем у трети больных с депрессивно-шизотипическим, шизоидным и нарциссическим и почти у 25% с параноидальным и пассивно-агрессивным расстройствами личности.

Дифференциальная диагностика РСА и расстройств личности может иметь определяющее значение при решении вопросов судебно-психиатрической экспертизы. Марианна Кристиансон Каролина Сорман (Marianne Kristiansson и Karolina Sorman) (2008) [20] пришли к выводу о том, что большинство пациентов с аутистическими расстройствами исключительно законопослушны. Лишь в отдельных случаях люди с первичными нарушениями развития могут совершать правонарушения, связанные с непониманием социального контекста конфликтных или проблемных ситуаций или специфическими интересами. В основе аддиктивного поведения могут лежать специфические интересы, например, увлеченность пожарами, эротомания сверхценный интерес к известным людям. Согласно нашим данным расстройства личности не характерны для людей с РСА. Пациенты с личностными расстройствами, как правило, эгоистичны, у них отсутствует сочувствие, они успешно манипулируют другими. Лица с РСА социально неумелы из-за отсутствия у них интуитивного понимания контекста ситуации, тем не менее они могут испытывать симпатию к другим людям.

Проблема коморбидности аутистических расстройств с другими психическими нарушениями далека от своего окончательного разрешения. Тем не менее, результаты собственных исследований и данные литературы позволяют предположить, что спектры коморбидных психических расстройств при РСА у подростков и взрослых подобны.

Полиморфные тревожные, в том числе обсессивно-компульсивные расстройства относятся к числу наиболее часто диагностируемых в качестве второго диагноза. У одного пациента с РСА возможна диагностика нескольких тревожных расстройств, что позволяет говорить о множественной коморбидности.

Для детей дошкольного и раннего школьного возраста более характерны нарушения активности и внимания, которые мы рассматриваем в рамках клинического полиморфизма континуума расстройств спектра аутизма. Здесь уместно вспомнить, что диагностические критерии МКБ 10 и DSM IV исключают одновременную

діагностику аутизму і РДВГ (гіперкінетического расстройства).

В підлітковому віці порушення активності і уваги амальгамуються з поведінчними порушеннями. Характерними для РСА в цьому віці є також психічні порушення, пов'язані з психічною травмою і третируванням сверстниками.

У дорослих пацієнтів РСА поряд з тривожними расстройствами в якості коморбідних порушень часто діагностуються депресії.

Не знаходять клінічного підтвердження предположення про єдиність спектрів расстройств, пов'язаних з порушенням нейророзвитку, в частині представлення про общности шизофренічних, шизотипальних і аутистических порушень, дозволяюче розглядати аутизм у дітей, як особливий варіант клінічного поліморфізму дитячої шизофренії. Наші дані не підтверджують предположення про високому рівні коморбідності при РСА і расстройствах особистості, в тому числі пограничних і шизотипальних.

Література:

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / L. Kanner // *Nerv. Child.* – 1943. – V. 2. – P. 217 – 250;
2. Kanner L., Eisenberg L. Early infantile autism 1943–1955 / L. Kanner, L. Eisenberg // *Am. J. Orthopsychiatry.* – 1956. – V. 26. – №3. – P. 556 – 566;
3. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter [Autistic psychopaths in childhood / H. Asperger // *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (in German).* – 1944. – V.117. – P. 76 – 136;
4. Herbert M. R. Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain? / M. R. Herbert // *Clinical Neuropsychiatry.* – 2005. – V. 2. – №6. – P. 354 – 379;
5. Omega-3 fatty acids supplementation in children with autism: a double-blind randomized, placebo- controlled pilot study / G. P. Amminger, G. E. Berger, M. R. Schäfer [and other] // *Biological Psychiatry.* – 2007. – V. 61. – P. 551-553;
6. Brief report: effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism / J. J. Wood, A. Drahota A, K. Sze [and other] // *J. Autism Dev. Disord.* – 2009. – V. 39. – №11. – P. 1608 – 1612;
7. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial / J. J. Wood, A. Drahota A., K. Sze [and other] // *J Child Psychol Psychiatry.* – 2009. – V. 50. – №3. – P. 224 – 234;
8. Mohammad G. Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome / Ghaziuddin Mohammad. – Philadelphia: Jessica Kingsley. – 2005 – 254 p.
9. Weil T. N. Treating patients with Autism Spectrum Disorder – SCDA members' attitudes and behavior *Special Care in Dentistry* / T. N. Weil, R. A. Bagramian, M. R. Inglehart. – 2011. – V. 31. – №1. – P. 8-17;
10. Gillberg Ch. Overlap between ADHD and autism spectrum disorders in adults / Christopher Gillberg, Carina Gillberg, Henrik Anckarsäter [and other] // *ADHD in Adults. Characterization, Diagnosis, and Treatment* / J. K. Buitelaar, C. C. Kan, P. Asherson (Eds.). – 2011. – Cambridge: Cambridge University Press. – P. 157-167;
11. Shevlin M. Assessing adolescent personality pathology / M. Shevlin, M. Dorahy, G. Adamson [and other] // *British J. of Psychiatry.* – 2007. – Suppl.186. – P. 227-238;
12. Somatic problems and self-injurious behaviour 18 years after teenage-onset anorexia nervosa / Elisabet Wentz, Carina Gillberg, Henrik Anckarsäter [and other] // *European Child & Adolescent Psychiatry* – 2012. – V. 21, Issue 8. – P. 421-432;
13. Skokauskas N. Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations / N. Skokauskas, L. Gallagher // *Psychopathology.* – 2010. – V. 43. – P. 8-16;
14. Stahlberg O. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders / O. Stahlberg, H. Soderstrom, M. Rastam [and other] // *Journal of Neural Transmission.* – 2004. – V. 111. – P. 891-902;
15. Симеон Т. П. Начальные симптомы шизофрении раннего детского возраста / Т. П. Симеон // *Сов. Психоневрология.* – 1935. – № 6. – С. 132-141;
16. Башина В. М. К особенностям взаимосвязи доманифестного дизонтогенеза, синдрома раннего детского аутизма Каннера и ранней детской шизофрении (по данным катамнестического обследования) / В. М. Башина // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1986. – № 3. – С. 413-419;
17. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В. М. Башина. – 1989. – М.: Медицина. – 256 с.;
18. Towbin K. E. Conceptualizing "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a developmental disorder / K. E. Towbin, E. M. Dykens, G. S. Pearson // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* – 1993. – V. 32. – P. 775-782.
19. Rydén E. Autism spectrum disorders in an adult psychiatric population. A naturalistic cross-sectional controlled study / E. Rydén, S. Bejerot // *Clinical Neuropsychiatry* – 2008. – V. 5. – № 1. – P. 13–21.
20. Kristiansson M. Autism spectrum disorders – legal and forensic psychiatric aspects and reflections / Marianne Kristiansson, Karolina Sörman // *Clinical Neuropsychiatry.* – 2008. – V. 5. – № 1. – P. 55–61.

КОМОРБІДНІ З АУТИЗМОМ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

І. А. МАРЦЕНКОВСЬКИЙ, О. В. КАПТИЛЬЦЕВА

Розлади спектра аутизму (РСА) характеризуються високим рівнем коморбідності з іншими розладами психіки. У лонгітудальному дослідженні вивчали типологію та структуру клініко-психопатологічних порушень у процесі дорослішання у 38 підлітків та 27 молодих пацієнтів у віці до 25 років з РСА. У пацієнтів з РСА тривожні, зокрема обсессивно-компульсивні розлади найчастіше діагностувалися в якості другого діагнозу. У підлітковому віці високу коморбідність з РСА мали психічні порушення, пов'язані з психічною травмою, переслідуванням співучнів, у повнолітніх – депресії. Наше дослідження не підтверджує думку про високий рівень коморбідності РСА з розладами особистості.

Ключові слова: коморбідність, розлади спектра аутизму, тривожні розлади, психічна травма, депресія, розлади особистості

PSYCHIATRIC COMORBIDITY WITH AUTISM

IGOR MARTSENKOVSKY, OLENA KAPTILTSEVA

Autism-spectrum disorders (ASDs), classified as pervasive developmental disorders (PDDs) in the DSM systems. In children with autism spectrum disorders, previous studies have shown high rates of psychiatric comorbidity. The aim of the present study was to investigate psychiatric comorbidity in adolescent and young adults with ASD in process of growing up We examined 38 adolescents and 27 young people aged up to 25 years. In patients with ASD anxiety disorders including obsessive-compulsive disorders were most often diagnosed as a second diagnosis. In adolescence, high comorbidity has disorders associated with psychical trauma and bullying by peers, in adult subjects –with depression. Our study does not confirm the high level of comorbidity ASD with personality disorders.

Key words: comorbidity, autism spectrum disorders, anxiety disorders, psychical trauma, depression, personality disorders