

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616-06/616.89+159.972-053.2

К. В. Дубовик*, І. А. Марценковський, І. Ф. Здорик, М. О. Матусова
КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ: КОМОРБІДНІСТЬ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ОСІБ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна

Актуальність. Встановлено, що клінічні прояви, які властиві пацієнтам з розладами аутистичного спектра і пацієнтам з іншими розладами психіки, мають спільні ознаки. Окремі симптоми аутизму трапляються у пацієнтів з іншими розладами, а також у людей, які вважаються психічно здоровими.

Мета – типологізація рухових розладів при симптомокомплексах зі спектра порушень нейророзвитку у дітей.

Матеріали та методи. У відділі дитячої та підліткової психіатрії ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України» (Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України) було проведено лонгітудінальне (протягом 3–5 років) дослідження 1 400 пацієнтів у віці від 2 до 18 років з первазивними порушеннями розвитку. Для оцінки та діагностики ряду психічних порушень використовували скринінговий інструментарій: DAWBA, K-SADS-PL. Для верифікації аутистичної симптоматики проводили ADOS, ADI-R, вибірково застосовували CARS. Для оцінки інтелектуального розвитку використовували PEP-R, тест Векслера. Для оцінки соціально-адаптивної поведінки використовували ASAS, Vineland, SRS. Для оцінки тикозної симптоматики використовували YGTSS.

Результати. Як свідчать отримані дані, симптомокомплекси РАС мали високу кореляцію з психопатологічними симптомокомплексами зі спектрів депресивних, тривожних розладів, порушеннями активності та уваги, психопатологічними симптомокомплексами зі спектрів obsесивно-компульсивних, посттравматичних стресових, тикозних розладів та порушеннями сну.

Висновки. Рухові розлади можна розглядати як ранні предиктори формування у дітей з РАС коморбідних психічних розладів (гіперкінетичного, obsесивно-компульсивного, тикозного). Потрібні подальші дослідження для визначення зв'язків між порушеннями рухових функцій у дітей з РАС, що мають депресивні та тривожні розлади.

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, коморбідність психічних розладів, діти.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ: КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
К. В. Дубовик*, И. А. Марценковский, И. Ф. Здорик, Н. А. Матусова

ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», Киев, Украина

Актуальность. Установлено, что клинические проявления, которые присущи пациентам с расстройствами аутистического спектра и пациентам с другими расстройствами психики, имеют общие признаки. Отдельные симптомы аутизма встречаются у пациентов с другими расстройствами, а также у людей, которые считаются психически здоровыми.

Цель – типологизация двигательных расстройств в симптомокомплексах из спектра нарушений нейроразвития у детей.

Материалы и методы. В отделе детской и подростковой психиатрии ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МОЗ Украины» (Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины) было проведено лонгитудинальное (в течение 3–5 лет) исследование 1400 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет с первазивными нарушениями развития. Для оценки и диагностики ряда психических нарушений использовали скрининговый инструментальный: DAWBA, K-SADS-PL. Для верификации аутистической симптоматики использовали ADOS, ADI-R, избирательно применяли CARS. Для оценки интеллектуального развития использовали PEP-R, тест Векслера. Для оценки социально-адаптивного поведения использовали ASAS, Vineland, SRS. Для оценки тикозной симптоматики – YGTSS.

Результаты. Согласно полученным данным, симптомокомплексы при РАС имели высокую корреляцию с психопатологическими симптомокомплексами из спектров депрессивных, тревожных расстройств, нарушений активности и внимания, психопатологическими симптомокомплексами из спектров obsесивно-компульсивных, посттравматических стрессовых, тикозных расстройств и нарушений сна.

Выводы. Двигательные расстройства могут рассматриваться как ранние предикторы формирования у детей с РАС коморбидных психических расстройств (гиперкинетического, obsесивно-компульсивного, тикозного). Требуется дальнейшие исследования для определения связей между нарушениями двигательных функций у детей с РАС, имеющих депрессивные и тревожные расстройства.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, коморбидность психических расстройств, дети.

CLINICAL POLYMORPHISM: COMORBIDITY OF MENTAL DISORDERS IN INDIVIDUALS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

K. V. Dubovyk*, I. A. Martsenkovsky, I. F. Zdoryk, M. O. Matusova

State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Background. Patients with autistic spectrum disorders and patients with other mental disorders have common features in clinical manifestations. Separate symptoms of autism occur in patients with other disorders, as well as in people who are considered to be mentally healthy.

Objective. The purpose of our study is the typology of motor disorders with complexes of symptoms from the range of neurodevelopment disorders in children.

Materials and methods. In the Department of Child and Adolescent Psychiatry of the State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine» (Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine) conducted a longitudinal study (3–5 years) of 1400 patients aged from 2 to 18 years with pervasive develop disorders. In our study we used: DAWBA, K-SADS-PL. For the verification of autistic symptoms was used ADI-R, ADOS or selectively CARS. For evaluation of intellectual development were used PEP-R or Wexler test. ASAS, Vineland, and SRS were used to evaluate socially adaptive behavior. YGTSS was used to assess the tics symptoms.

Results. According to the obtained data, ASD symptoms showed a high correlation with psychopathological symptoms from the depressive, anxiety disorders, activity disturbances and attention, psychopathological symptom complexes from the obsessive-compulsive, post-traumatic stress, tics disorders, and sleep disturbances.

Conclusion. Motor disorders can be considered as early predictors of the formation of comorbid psychiatric disorders in children with ASD (hyperkinetic, obsessive-compulsive, tics). Further research is needed to determine the relationship between motor function disturbances in children with ASD with depressive and anxiety disorders.

Keywords: autism spectrum disorders, comorbidity of mental disorders, children.

For citation: Dubovyk K. V., Martsenkovsky I. A., Zdoryk I. F., Matusova M. O. Clinical polymorphism: comorbidity of mental disorders in individuals with autism spectrum disorders. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(3): 158–162. (In Ukr.)

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): k.v.dubovyk@gmail.com

Received / Поступила: 12.07.2018

Accepted / Прийнята до друку: 30.08.2018

Актуальність. Більшість експертів погоджуються з доцільністю використання терміна «розлади аутистичного спектра» (РАС) для позначення групи первазивних порушень розвитку, які характеризуються відхиленнями в розвитку рецептивної мови, значними якісними порушеннями комунікації, очевидними при соціальних інтеракціях з іншими дітьми, обмеженим набором інтересів, незвичайними сенсорними інтересами та повторюваною поведінкою.

Визначення РАС, як «поведінкового синдрому, що має біологічну основу (системне порушення нейророзвитку мозку), зумовлене взаємодією генетичних факторів і факторів середовища» вперше було запропоновано і обґрунтовано Мартою Херберт в опублікованому в 2005 році аналітичному огляді [4].

Встановлено, що спектри клінічних проявів, властиві пацієнтам з РАС і пацієнтам з іншими розладами психіки, частково перекриваються. Окремі симптоми аутизму трпляються у пацієнтів з іншими розладами, а також у людей, які вважаються психічно здоровими. Пацієнти з РАС часто мають симптоми інших психічних розладів. У деяких випадках використання діагностичних критеріїв МКХ-10 (DSM 5) вимагає подвійної діагностики РАС та інших розладів психіки, які прийнято називати коморбідними. Рухові порушення, властиві РАС, також бувають при інших розладах психіки та поведінки у дітей: при гіперкінетичних, тикозних, obsесивно-компульсивних.

Триває дискусія щодо того, де проходить межа між РАС та ендогенно-процесуальними захворюваннями (шизофренією). Крайніми поглядами є декілька концепцій: 1) шизофренія та аутизм є різними за генотипами, нейробиологічними особливостями перебігу, клінічними фенотипами та кінцевими станами захворюваннями; 2) шизофренія за своєю патогенетичною сутністю є первазивним порушенням розвитку, варіантом перебігу РАС; 3) РАС є доманіфестним етапом перебігу шизофренії у дітей, або постнападним (після абортивних та стертих шубів) дефектним станом. У низці досліджень [5, 6] встановлена висока частота кататонічних і інших психотичних симптомів при РАС, а також наявність ознак первазивного порушення розвитку у хворих на шизофренію.

Депресії та тривожні розлади є основною причиною звернення за психіатричною допомогою пацієнтів із РАС у підлітковому та зрілому віці. У кожного четвертого пацієнта виконуються діагностичні критерії obsесивно-компульсивного розладу, у 17% – соціальної фобії, у третини – порушення активності та уваги (гіперкінетичного розладу). Така множинна коморбідність властива, як «низькофункціональному», так і «високофункціональному» аутизму (зокрема синдрому Каннера та Аспергера) [11–13].

Первазивні порушення розвитку не завжди вдається розмежувати з розладами шизофренічного спектра (шизофренією, шизотиповим, шизоафективним та маячним розладами).

Визнання проблеми складності диференційної діагностики РАС та інших розладів психіки і поведінки в дитячому віці стало підставою для введення в клінічну практику нової діагностичної категорії «порушення нейророзвитку». Розладами цієї діагностичної категорії страждають щонайменше 7–10% усіх дітей [15]. Раніше ці порушення розглядали як окремі нозології (етіопатогенетично відмінні розлади), кожен з яких мав відмінні діагностичні критерії. Пізніше почали використовувати дефініцію «ранні симптоматичні ознакосклади». Нова дефініція була введена в клінічну практику для того, щоб окреслити симптомокомплекси у дітей дошкільного віку, які не відповідають діагностичним критеріям психічних розладів у дорослих, але є преморбідними для них.

Порушення нейророзвитку можуть обмежуватися транзиторною тикозною симптоматикою, фазними коливаннями настрою, активності та уваги [1, 2] і не мати протягом певного часу достатніх підстав для діагностичної кваліфікації (нестабільні прояви розладів) [3–5]. Окремі ознакосклади зі спектра порушень нейророзвитку розмірно розподіляються серед населення без ознак психічних порушень [6, 7]. Порушення нейророзвитку поділяють на клінічні та поведінкові особливості, а також ті, що впливають на психічний розвиток дитини [15].

РАС, тикозний та obsесивно-компульсивні розлади характеризуються повторюваними рухами та затримкою моторного розвитку, що ускладнює проведення диференційної діагностики, особливо у дітей дошкільного віку. Можемо припустити, що в клінічній практиці у дітей з РАС кількісні моторні порушення (затримки розвитку моторних функцій: дрібної, крупної моторики, позної регуляції, зорово-моторної координації) трапляються частіше, ніж повторювані рухи, зокрема тикозні, obsесивні та компульсивні, проте така оцінка спирається більше на клінічні враження, ніж результати формалізованих оцінювань. Типологізація моторних порушень у дитячій психіатричній практиці проводиться рідко. Значна кількість експертів усі прояви повторюваної поведінки дітей з РАС розцінює як прояви стереотипних рухів та аутоstimуляцій.

Випадки регресу моторних та психічних функцій, зокрема їх зв'язок з іншими психопатологічними ознакоскладами у дітей дошкільного віку, рідко досліджується фахівцями. Певні труднощі для диференційної діагностики дитячої шизофренії та РАС можуть виникнути через бідність емоційних проявів і негативістичну поведінку частини дітей з первазивними порушеннями розвитку.

Спроби розглядати псевдогалюцинації і маячні ідеї, специфічні для шизофренії (зокрема синдрому Кандинського–Клерамбо), як коморбідні психотичні симптоми при РАС, виглядають мало доказово. Для РАС більш притаманні маячні уяви Дюпре, при яких ідеї мають казковий характер і асоційовані з особливими інтересами дитини. Також у більшості дітей з ранньою маніфестацією шизофренії відсутня затримка розвитку мови і дефіцит соціальної реципрокності, що є притаманним для дітей з РАС.

Метою нашого дослідження є типологізація рухових розладів при симптомокомплексах зі спектра порушень нейророзвитку у дітей.

Матеріали та методи дослідження

У відділі дитячої та підліткової психіатрії ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України» (Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України) було проведено лонгітудінальне (протягом 3–5 років) дослідження 1 400 пацієнтів з первазивними порушеннями розвитку. У дітей віком від 2 років до 18 років досліджували особливості розвитку, зокрема рухових функцій, перебігу коморбідних психопатологічних симптомокомплексів, клінічного поліморфізму РАС, наявності фенотипових кореляцій між різними психопатологічними ознакоскладами.

Оцінювання дітей проводили раз на шість місяців. Для остаточного аналізу в вибірку були включені діти з тривалістю спостереження в клініці інституту від 3 до 5 років. Для оцінки та діагностики ряду психічних порушень використовували скринінговий інструментарій: Оцінка здоров'я та благополуччя (DAWBA) [16], Дитяча шкала оцінки для шизофренії та афективних розладів (сьогодення та протягом життя) (K-SADS-PL) [17]. Для верифікації аутистичної симптоматики проводили напівструктуровану оцінку аутистичної поведінки (ADOS) [18], напівструктуроване інтерв'ю з батьками (ADI-R) [19], вибірково застосовували дитячу шкалу оцінки тяжкості аутизму (CARS) [20]. Для оцінки інтелектуального розвитку використовували психоосвітній профіль (PEP-R) [21], тест Векслера. Для оцінки соціально-адаптивної поведінки використовували австралійську шкалу для синдрому Аспергера (ASAS), шкалу соціально-адаптивної поведінки (Vineland) [22], шкалу соціальної реципрокності (SRS) [23]. Для оцінки тикозної симптоматики використовували Єльську шкалу оцінки тяжкості тиків (YGTSS) [24].

Результати та їх обговорення

Як свідчать отримані дані, симптомокомплекси РАС мали високу кореляцію (високий рівень коморбідності)

з психопатологічними симптомокомплексами зі спектрів депресивних, тривожних розладів, порушеннями активності та уваги, психопатологічними симптомокомплексами зі спектрів обсессивно-компульсивних, посттравматичних стресових, тикозних розладів та порушеннями сну.

У таблиці 1 наведено результати кореляційного аналізу симптомокомплексів аутистичного спектра та коморбідних психопатологічних ознакоскладів.

Коморбідні психопатологічні ознакосклади в дошкільному віці у дітей з РАС характеризувалися варіативністю та мінливістю. Їх не можна розглядати як преморбідні ознаки розладів харчової поведінки, тривожних, депресивних, біполярно-афективних, обсессивно-компульсивних розладів у молодшому шкільному та підлітковому віці, оскільки зв'язок за результатами катамнестичних спостережень був суттєвим при низькому рівні значущості коефіцієнтів кореляції ($0,2 > r > 0,1$). Тикозні прояви та симптоми порушень сну мали високу вірогідність ($p < 0,01$) діагностики цих розладів у старшому віці. Вищенаведене свідчить, що преморбідні ознаки різних коморбідних психічних розладів у дітей з РАС у дошкільному віці подібні за своїм клінічним фенотипом, що унеможливорює диференційну діагностику. Винятком у рандомізованих дітей з РАС були порушення активності та уваги, наявність яких мала високий рівень кореляції з вірогідністю ($p < 0,001$) діагностики гіперкінетичного розладу в подальшому (табл. 1).

Коморбідні психопатологічні ознакосклади у дітей з РАС у молодшому шкільному віці також варіативні та мінливі, проте можлива типологізація якісних рухових порушень (повторюваної поведінки) з розмежуванням обсессивних рухів, аутоstimуляцій та тикозних рухів. Зв'язок рухових обсессій з імовірністю діагностики ОКР та мимовільних рухів із імовірністю діагностики тикозних розладів був суттєвим при помірному ($p < 0,01$) рівні значущості коефіцієнтів кореляції. Рівень значущості зв'язку порушень формули сну з розладами «сон-бадьорість» у підлітковому віці у дітей з РАС був високим ($p < 0,001$). Така типологізація дозволяє проводити ранню діагностику коморбідних ОКР та тикозних розладів, що дуже важливо для визначення терапевтичної стратегії (табл. 1).

У підлітків із високофункціональним РАС ($IQ > 70$) депресивні та тривожно-депресивні розлади діагностуються частіше, ніж при РАС з інтелектуально-мнестичною недостатністю ($p < 0,05$). У 25 % підлітків із РАС та коморбідними депресіями виконуються діагностичні критерії одного або декількох тривожно-фобічних розладів. Симптоми зі спектра гіперкінетичного розладу у дітей з РАС у підлітковому віці складно відокремити від ознак біполярного розладу (гіпоманії).

Таблиця 1. Коморбідність первазивних порушень розвитку (РАС) та психопатологічних симптомокомплексів зі спектра інших розладів психіки та поведінки (Матриця значущості коефіцієнтів кореляції клінічного фенотипу РАС з іншими психопатологічними фенотипами)

| РАС | ГКР із імпульсивною поведінкою | Розлади харчової поведінки (анорексія, булімія) | Тривожні розлади | Біполярний розлад | Рекурентний депресивний розлад | Обсессивно-компульсивний розлад із руховими обсессіями | Перцепторні порушення з повторюваною поведінкою (аутоstimуляціями) | Шизофренія | Тикозні розлади | Порушення сну |
|-----|--------------------------------|---|------------------|-------------------|--------------------------------|--|--|------------|-----------------|---------------|
| | ** | | * | | | ** | *** | | ** | ** |

Значущість коефіцієнтів кореляції: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Висновки

Рухові розлади можна розглядати як ранні предиктори формування у дітей з РАС коморбідних психічних розладів (гіперкінетичного, obsесивно-компульсивного, тикозного).

Повторювана поведінка не є специфічною для РАС. Типологізація повторюваної поведінки з виділенням: ауто стимуляції, пов'язаних із перцепторними порушеннями; компульсивних рухів при порушеннях активності та уваги; obsесивних повторюваних рухів, мимовільних рухів дозволяє виділити дітей із ризиком подвійної діагностики РАС та ГКР, ОКР чи тикозних розладів. Це має враховуватися при визначенні стратегії лікування РАС із коморбідними розладами психіки.

Потрібні подальші дослідження для визначення зв'язку між порушеннями рухових функцій у дітей з РАС, що мають депресивні та тривожні розлади.

Список використаної літератури

- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child.* 1943. Vol. 2. P. 217–250.
- Kanner L., Eisenberg L. Early infantile autism 1943–1955. *Am. J. Orthopsychiatry.* 1956. Vol. 26, issue 3. P. 556–566.
- Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter [Autistic psychopaths in childhood]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1944. Vol. 117. P. 76–136. (In German).
- Herbert M. R. Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain? *Clinical Neuropsychiatry.* 2005. Vol. 2, issue. 6. P. 354–379. DOI: 10.1588/medver.200603.00132.
- Skokauskas N., Gallagher L. Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations. *Psychopathology.* 2010. Vol. 43, issue 1. P. 8–16. DOI: 10.1159/000255958.
- Stahlberg O., Soderstrom H., Rastam M., Gillberg C. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset ADHD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission.* 2004. Vol. 111, issue 7. P. 891–902. DOI: 10.1007/s00702-004-0115-1.
- Towbin K. E., Dykens E. M., Pearson G. S. Conceptualizing «borderline syndrome of childhood» and «childhood schizophrenia» as a developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1993. Vol. 32, issue 4. P. 775–782. DOI: 10.1097/00004583-199307000-00011.
- Симеон Т. П. Начальные симптомы шизофрении раннего детского возраста. *Сов. Психоневрология.* 1935. № 6. С. 132–141.
- Башина В. М. К особенностям взаимосвязи доминантного дизонтогенеза, синдрома раннего детского аутизма Каннера и ранней детской шизофрении (по данным катанестического обследования). *Журн. невропатол. и психиатр.* 1986. № 3. С. 413–419.
- Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1989. 256 с.
- Mohammad G. *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome.* Philadelphia: Jessica Kingsley, 2005. 254 p.
- Weil T. N., Bagramian R. A., Inglehart M. R. Treating patients with Autism Spectrum Disorder – SCDA members' attitudes and behavior. *Special Care in Dentistry.* 2011. Vol. 31, issue 1. P. 8–17. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x.
- Gillberg C., Gillberg I., Anckarsäter H., Rastam M. Overlap between ADHD and autism spectrum disorder in adults. *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment* / J. Buitelaar, C. Kan, P. Asherson (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 2009. P. 157–167. DOI: 10.1017/CBO9780511780752.015.
- Analysis of shared heritability in common disorders of the brain / V. Anttila, B. Bulik-Sullivan, H. K. Finucane [et al.] // *Science.* 2018. Vol. 360, issue 6395. Pii: eaap8757. DOI: 10.1126/science.aap8757.
- Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Res Dev Disabil.* 2010. Vol. 31, issue 6. P. 1543–1551. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.06.002.
- Information for researchers and clinicians about the Development and Well-Being Assessment. Youthmind DAWBA, 2014. Available at: www.dawba.info (accessed 6 June 2018).
- Ambrosini P. J. Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2000. Vol. 39, issue 1. P. 49–58. DOI: 10.1097/00004583-200001000-00016.
- Autism Diagnostic Observation Schedule™ / Catherine Lord, Michael Rutter [et al.]. 2000. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2647/ados-autism-diagnostic-observation-schedule> (accessed 6 June 2018).
- Autism Diagnostic Interview™, Revised / Michael Rutter, Ann LeCouteur [et al.]. 2003. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2645/adi-r-autism-diagnostic-interview-revised> (accessed 6 June 2018).
- Schopler E., Van Bourgondien M. E. Childhood Autism Rating Scale™, Second Edition. 2010. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2696/cars-2-childhood-autism-rating-scale-second-edition> (accessed 6 June 2018).
- Schopler E., Lansing M.D., Reichler R. J., Marcus L. M. Psychoeducational Profile, Third Edition. 2005. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2908/pep-3-psychoeducational-profile-third-edition> (accessed 6 June 2018).
- Sparrow S. S., Cicchetti D. V., Balla D. A. Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition. 2005. Available at: <https://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000668/vineland-adaptive-behavior-scales-second-edition-vineland-ii-vineland-ii.html> (accessed 6 June 2018).
- Constantino J. N. Social Responsiveness Scale™. 2005. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2993/srs-social-responsiveness-scale> (accessed 6 June 2018).
- The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity / J. F. Leckman, M. A. Riddle, M. T. Hardin [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1989. Vol. 28, issue 4, P. 566–573. DOI: 10.1097/00004583-198907000-00015.

References

- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child*, vol. 2, pp. 217–250.
- Kanner, L., & Eisenberg, L. (1956). Early infantile autism 1943–1955. *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 26, issue 3, pp. 556–566.
- Asperger, H. (1944). Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter [Autistic psychopaths in childhood]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 117, pp. 76–136. (In German).
- Herbert, M. R. (2005). Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain? *Clinical Neuropsychiatry*, vol. 2, issue. 6, pp. 354–379. DOI: 10.1588/medver.200603.00132.
- Skokauskas, N., & Gallagher, L. (2010). Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations. *Psychopathology*, vol. 43, issue 1, pp. 8–16. DOI: 10.1159/000255958.
- Stahlberg, O., Soderstrom, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2004). Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset ADHD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, vol. 111, issue 7, pp. 891–902. DOI: 10.1007/s00702-004-0115-1.
- Towbin, K. E., Dykens, E. M., & Pearson, G. S. (1993). Conceptualizing «borderline syndrome of childhood» and «childhood schizophrenia» as a developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 32, issue 4, pp. 775–782. DOI: 10.1097/00004583-199307000-00011.
- Simeon, T. P. (1935). Nachal'nye simptomy shizofrenii ranнего детского возраста [Initial symptoms of schizophrenia in early childhood]. *Sovremennaya Psihonevrologiya – Modern Psychoneurology*, issue 6, pp. 132–141. (In Russian).
- Bashina, V. M. (1986). K osobennostyam vzaimosvyazi domanifestnogo dizontogeneza, sindroma раннего детского аутизма Каннера i ранней детской шизофрении (po dannym katannesticheskogo obsledovaniya) [To the peculiarities of the relationship of domanifest dysontogenesis, Kanner syndrome of early childhood autism and early childhood schizophrenia (according to the follow-up survey)]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii – Journal of Neuropathology and Psychiatry*, issue 3, pp. 413–419. (In Russian).
- Bashina, V. M. (1989). *Rannyya detskaya shizofreniya (statika i dinamika)* [Early childhood schizophrenia (statics and dynamics)]. Moscow: Medicina, 256 p. (In Russian).
- Mohammad, G. (2005). *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome.* Philadelphia: Jessica Kingsley, 254 p.
- Weil, T. N., Bagramian, R. A., & Inglehart, M. R. (2011). Treating patients with Autism Spectrum Disorder – SCDA members' attitudes and behavior. *Special Care in Dentistry*, vol. 31, issue 1, pp. 8–17. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x.
- Gillberg, C., Gillberg, I., Anckarsäter, H., & Rastam, M. (2011). Overlap between ADHD and autism spectrum disorder in adults. In J. Buitelaar, C. Kan, & P. Asherson (Eds.), *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment* (pp. 157–167). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: 10.1017/CBO9780511780752.015.
- Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., ... Murray, R. (2018). Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science*, vol. 360, issue 6395, pii: eaap8757. DOI: 10.1126/science.aap8757.
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Res Dev Disabil*, vol. 31, issue 6, pp. 1543–1551. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.06.002.
- Youthmind DAWBA. (2014). *Information for researchers and clinicians about the Development and Well-Being Assessment.* Available at: www.dawba.info (accessed 6 June 2018).
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 39, issue 1. P. 49–58. DOI: 10.1097/00004583-200001000-00016.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (2000). *Autism Diagnostic Observation Schedule™.* Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2647/ados-autism-diagnostic-observation-schedule> (accessed 6 June 2018).

19. Rutter, M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview™, Revised*. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2645/adi-r-autism-diagnostic-interview-revised> (accessed 6 June 2018).
20. Schopler, E., & Van Bourgondien, M. E. (2010). *Childhood Autism Rating Scale™, Second Edition*. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2696/cars-2-childhood-autism-rating-scale-second-edition> (accessed 6 June 2018).
21. Schopler, E., Lansing, M.D., Reichler, R. J., & Marcus, L. M. (2005). *Psychoeducational Profile, Third Edition*. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2908/pep-3-psychoeducational-profile-third-edition> (accessed 6 June 2018).
22. Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition*. Available at: <https://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000668/vineland-adaptive-behavior-scales-second-edition-vineland-ii-vineland-ii.html> (accessed 6 June 2018).
23. Constantino, J. N. (2005). *Social Responsiveness Scale™*. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2993/srs-social-responsiveness-scale> (accessed 6 June 2018).
24. Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J., & Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 28, issue 4, pp. 566–573. DOI: 10.1097/00004583-198907000-00015.

Відомості про авторів:

ДУБОВИК Костянтин Володимирович – аспірант ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович – канд. мед. наук, с.н.с., завідувач відділом психічних розладів дітей та підлітків, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

ЗДОРІК Ірина Федорівна – канд. мед. наук, старший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

МАТУСОВА Мирослава Олександрівна – аспірант ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: miramatusova@gmail.com

Сведения об авторах:

ДУБОВИК Константин Владимирович – аспірант ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

МАРЦЕНКОВСКИЙ Игорь Анатольевич – канд. мед. наук, с.н.с., заведующий отделом психических расстройств детей и подростков ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

ЗДОРІК Ирина Федоровна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

МАТУСОВА Мирослава Александровна – аспірант ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: miramatusova@gmail.com

About the Authors:

DUBOVYK Kostiantyn Volodymyrovych – PhD student of State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

MARTSENKOVSKY Igor Anatoliiovych – MD, PhD, Head of the Department of Mental disorders of Child and Adolescent Psychiatry, State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

ZDORYK Iryna Fedorivna – MD, PhD, Senior research officer of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department, State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

MATUSOVA Myroslava Oleksandrivna – PhD student of State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: miramatusova@gmail.com