

АУТИЗМ И КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

© Гречаный Северин Вячеславович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: svgrechany@mail.ru

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра; расстройство дефицита внимания с гиперактивностью; коморбидность при аутизме

Расстройства аутистического спектра у детей (РАС) относятся к состояниям, при которых коморбидная патология является скорее правилом, чем исключением. В разные возрастные периоды выявляются тревожные, гиперкинетические, аффективные, обсессивно-компульсивные расстройства, нарушения сна и др. Довольно часто присутствуют неврологические синдромы (эпилептиформные приступы, паркинсонические, цереброваскулярные и др. заболевания). Среди сопутствующих соматических заболеваний чаще всего описывают гастроинтестинальную патологию. В молодом и зрелом возрасте у таких пациентов чаще, чем в общей популяции, встречаются иммунные, аллергические, эндокринные (ожирение, гиперлипидемия), сердечно-сосудистые (артериальная гипертензия) расстройства.

В раннем возрасте у детей с симптомами аутизма наиболее часто отмечаются различные гиперкинетические нарушения.

В доканнеровский период у детей с задержкой /отставанием в психическом развитии описывались такие явления, как моторная дебилность Dupre (1907), Двигательный инфантилизм (Homburger), экстрапирамидная недостаточность, фронтальная форма двигательной недостаточности М. О. Гуревича, церебеллярная недостаточность Валлона.

В современной классификации МКБ-10 (DSM-IV) критерии расстройств аутистического спектра (первизивные расстройства развития, рубрика F 84) исключают наличие сопутствующих симптомов гиперкинетических расстройств (рубрика F 90). Однако имеется подрубрика «Гиперкинетическое расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» (F 84.4). DSM-5, лежащая в основе проекта МКБ-11, предусматривает возможность диагностирования расстройства дефицита внимания с гиперактивностью (РДВГ) в подростковом и взрослом возрасте. При этом разные подтипы РДВГ являются «сценариями», которые меняются в те или иные возрастные периоды. Предусмо-

трена оценка степени тяжести расстройств и сочетание РДВГ с аутизмом.

Рассматриваемые расстройства относятся к числу часто выявляемых в последние время. За последние 20 лет частота постановки диагноза РДВГ увеличилась в 3 раза, при этом в несколько раз увеличилась также выявляемость расстройств аутистического спектра (Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E. et al., 2012).

Имеются объективные трудности оценки гиперкинетических расстройств при аутизме в связи с тем, что часть симптомов того и другого расстройства пересекаются. Так, в обоих случаях характерны трудности сосредоточения внимания, ограниченность общения со сверстниками, импульсивность, двигательное беспокойство. Оба заболевания имеют генетическую предрасположенность, чаще встречаются у мальчиков, в дошкольном возрасте, имеют серьезные поведенческие, академические, социально-адаптивные проблемы (Rao P. A., Landa R. J. (2013).

Исследователи выявляют сходный нейropsychологический профиль при обоих расстройствах (Gargaro et al., 2011; Rommelse et al., 2011). В ряде случаев дети с РДВГ имеют трудности использования языка, аналогичные детям с РАС (Bishop and Baird, 2001). Поведенчески детей с РДВГ бывает трудно отличить от детей с РАС (Buitelaar et al., 1999).

У детей с РАС, обращающихся за помощью в клинические центры, присутствуют сопутствующие симптомы СДВГ с частотой от 37% (Gadow et al., 2006) до 85% (Lee and Ousley, 2006). Показано, что профиль симптомов РАС наиболее часто включает отсутствие/задержку речи (78%), ментальное отставание (49%), задержку формирования моторики (37%) и гиперактивность (33%) (Carlsson et al., 2013).

Симптомы РАС при РДВГ. Показано, что дети с РДВГ испытывают значительные социальные трудности, сходные с таковыми при аутизме (Cantwell, 1996; Friedman et al., 2003). Они чаще отвергаются сверстниками — (50–60%) (Barkley et al., 1990), имеют мало друзей (Hoza et al., 2005; Mikami, 2010). Невниматель-

ность приводит к нераспознаванию *социально значимых ситуаций*, импульсивность вызывает раздражение у сверстников, гиперактивность мешает кооперации в организованных мероприятиях. Игровое поведение отличается властностью, назойливостью, негибкостью, раздражением, вспыльчивостью и др., характерна дезорганизация в спорте и невыполнение игровых правил. Более 2/3 пациентов с РДВГ имеют сопутствующее психическое расстройство (Cantwell, 1996), 15–75% — расстройства настроения, 25% — тревожные расстройства и 30–50% расстройства поведения.

Описание и анализ двигательной активности ребенка относятся к наиболее сложному разделу психиатрического обследования в раннем возрасте. Оценка двигательной активности подвержена наибольшему искажению со стороны родителей, определяется гипер- или гипонозогнозической установкой в отношении симптомов психических расстройств у ребенка.

Целью исследования было выявление особенностей гиперкинетических и поведенческих симптомов при разных вариантах аутистических синдромов у детей раннего возраста. Сравнивалась группа пациентов с детским аутизмом, F 84 (83 чел., средний возраст

$3,41 \pm 0,090$ лет) и аутистическим синдромом при темповой задержке психического развития, F 83 (107 чел., средний возраст — $3,12 \pm 0,155$ лет, $p=0,044$). Использовалась методика «Низонжеровский опросник оценки поведения детей» [Aman, M. G., Tasse M. J., Rojahn J., Hammer D., 1993].

Результаты исследования выявили качественные различия структуры поведенческих и гиперкинетических нарушений в изучаемых группах. У пациентов с детским аутизмом наблюдались достоверно меньшие средние баллы шкал «Гиперактивность» ($p=0,011$ по критерию U Манна-Уитни) и «Проблемное поведение» ($p=0,040$) и более высокие средние баллы по шкалам «Тревожность» ($p=0,024$), «Самоповреждения/стереотипии» ($p=0,009$), «Изоляция/ ритуалы» ($p=0,001$), «Повышенная чувствительность» ($p=0,002$).

Результаты исследования подтверждают эмпирическое предположение о синдромальной и патогенетической неоднородности гиперкинетических и поведенческих нарушений при аутистических синдромах у детей, что важно учитывать при назначении медикаментозных средств, проведении психообразовательной работы с родителями, использовании методов когнитивно-поведенческой психотерапии семьи.