

УДК 616.89-008.1

**Особенности психопатологии у взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве****Psychopathology in adults with child diagnosis of autism spectrum disorders**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-30-38>**Бородина Л.Г.**

ВГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Минобрнауки России, Москва, Россия

**Borodina L.G.**

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia



30

**Резюме:** аутизм считается расстройством детского возраста, которое сохраняется у многих больных и во взрослом периоде жизни. Однако динамика этого состояния по минованию детского и юношеского возраста остается мало изученной.

**Цель:** изучить психическое состояние и социальный статус взрослых, имевших в детстве диагноз «расстройство аутистического спектра».

**Пациенты** — 70 взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве.

**Методы:** клиничко-психопатологический, катamnестический.

**Результаты:** определена частота и психопатологические особенности стойких расстройств аутистического спектра. Выделены фоновые и вариабельные психопатологические расстройства, характерные для взрослого возраста, описаны их клинические особенности и течение.

**Выводы:** вопросы постановки диагноза и терапевтической тактики во взрослом возрасте у больных расстройствами аутистического спектра имеют значение для прогноза в клинической практике и продолжения научных исследований.

**Ключевые слова:** аутизм; взрослые; дисфория; депрессия; агрессия; психоз.

**Для цитирования:** Бородина Л.Г. Особенности психопатологии у взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве. *Психиатрия*. 2019;81(1):30–38.

*Конфликт интересов отсутствует*

**Abstract:** the aim: to study a follow-up of child autism spectrum disorders in adults.

**Patients:** in the original research 70 adults with child diagnoses of autism spectrum disorders were examined for the assesment of their mental and social status.

**Methods:** psychopathological, clinical and follow-up.

**Results:** Background and variable symptoms, typical for adults are defined, their clinical features and course are described.

**Conclusion:** Some questions of diagnostics and treatment in adults are significant for prognosis in clinical practice and future scientific research.

**Keywords:** autism; adults; symptoms; dysphoria; depression; aggression; psychosis.

**For citation:** Borodina L.G. Psychopathology in adults with child diagnosis of autism spectrum disorders. *Psychiatry*. 2019;81(1): 30–38.

*There is no conflict of interest*

В то время как аутизм привычно считается расстройством детского возраста, его драматически растущая распространённость при отсутствии эффективной терапии означает то, что он достаточно часто становится расстройством взрослого периода жизни. При этом, как указывают L.E. Smith и соавт., менее 2% исследований приходится на изучение взрослых с расстройствами аутистического спектра (РАС) [1].

По данным обзора С.М. Murphy, взрослые люди с РАС демонстрируют значительную частоту коморбидных депрессии, тревоги, биполярного аффективного и обсессивно-компульсивного расстройств, психозов, самоповреждений и соматических проблем [2].

A. Russel и соавт. (2015) приводят частоту 58% диагностированных коморбидных психических расстройств (обычно тревожных), а также обсессивно-компульсивного расстройства, синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Они считают психотические расстройства нехарактерными для РАС [3].

Напротив, британские исследователи F.V. Larson и соавт. (2017), опросив семьи 116 пациентов с сочетанием аутизма и психоза, оценили частоту таких сочетаний в 28% и выделили такие особенности психозов при РАС, как атипичность, меньшая, чем необходимая для диагноза «шизофрения», продолжительность, более острое и транзиторное течение и наличие аффек-

тивных расстройств. У 42% обследованных произошло незаметное, в течение более 6 мес., снижение уровня функционирования. 32% обследованных был выставлен диагноз «психоз неуточнённый», 21% — диагноз «шизофрения». По мнению этих исследователей, расстройства аутистического спектра и шизофрения имеют значительную область перекрытия [4].

Вопрос соотношения аутизма и кататонии также является предметом споров исследователей. Согласно принятой в англоязычных странах точке зрения, кататония, понимаемая только как кататонический ступор или возбуждение, развивается у 17% подростков и молодых взрослых с РАС [5]. D.M. Dhossche (2004) также обращает внимание на значительную область перекрытия проявлений аутизма и кататонии и предлагает гипотезу, согласно которой в части случаев аутизм является детским проявлением периодической кататонии. D.M. Dhossche считает, что сходство двигательных расстройств при аутизме и кататонии поразительно, и заново обращается к традиционной для российской психиатрической школы, но высказываемой психиатрами и других стран [6], идее об определяющем значении возраста в формировании проявлений одного и того же расстройства: «Время поражения или дисфункции может оказать влияние, в некоторых случаях необратимое, на последующее развитие и на симптоматику расстройства» [7, пер. автора]. Некоторые исследователи обращают внимание на малое количество исследований агрессивного поведения у взрослых с РАС [8]. В исследовании G. Bronsard и соавт. (2010) частота агрессивного поведения среди низкофункциональных подростков с РАС составила 58% (со слов ухаживающих лиц) и 38% (со слов родителей). Авторы отмечают связь агрессии с тревогой у подростков с аутизмом и важность поведенческих предвестников агрессии: ажитации, побледнения, потоотделения, криков, возбуждения (даже радостного) [9].

Цель настоящего исследования — оценка психического состояния и выявление психопатологических расстройств, характерных для взрослого возраста, у лиц, имевших в детстве диагноз из группы расстройств аутистического спектра.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

78 родителям, имеющим взрослого (18 лет и старше) сына/дочь с установленным в детстве диагнозом расстройства аутистического спектра (далее — РАС), в период с января по сентябрь 2018 г. было предложено заполнить онлайн-анкету из 10 вопросов.

1. Пол, возраст.
2. Сообщает ли их сын (дочь) о неотвязных (навязчивых) мыслях и/или повторяет одни и те же действия типа перепроверок, повторных мер по соблюдению порядка?
3. Бывают ли у него/неё эпизоды немотивированной злости?
4. Физической агрессии?

5. Периоды беспричинно сниженного или повышенного настроения?
6. Сообщал ли он/она когда-либо о том, что его/ее кто-то преследует или воздействует на него/нее?
7. Сообщал ли он/она о слуховых или зрительных обманах?
8. Бывали ли у него/нее эпизоды хаотического возбуждения или застываний длительностью более суток?
9. Были ли судорожные припадки?
10. Какой диагноз был выставлен вашему сыну/дочери в детстве?

На анкету ответили родители 68 взрослых с детским диагнозом РАС и двое самих взрослых с таким диагнозом. 8 человек отказались отвечать на вопросы анкеты. Всего были получены сведения о 70 пациентах — 56 мужчинах и 14 женщинах. Средний возраст пациентов составил 24,6 года. Детские диагнозы были представлены: детским аутизмом ( $n = 41$ ), атипичным аутизмом ( $n = 19$ ) и синдромом Аспергера ( $n = 10$ ), наличие которых и было критерием включения. Данные диагнозы были выставлены в психиатрических стационарах, в том числе и в ФГБНУ НЦПЗ, при госпитализациях или амбулаторном обследовании по месту жительства. Среди вошедших в выборку семей преобладали жители Москвы (61 семья), 9 семей были иногородними. Всем родителям, а также самим пациентам была предложена очная консультация сына/дочери врачом-психиатром в медицинском центре неврологии и психотерапии «Гранат МЦ», в отдельных случаях переписка с целью уточнения особенностей состояния. 65,7% были обследованы очно, из них 32,9% наблюдались динамически с детского возраста. В 34,3% родители или взрослые пациенты ограничились участием в переписке, в которой отвечали на уточняющие вопросы. Все участники подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией 1975 года и ее пересмотренного варианта 2000 года, одобрено Локальным этическим комитетом ВГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Минобрнауки России.

Методы: анкетирование, клиничко-психопатологический, клиничко-anamnestический, клиничко-катамnestический, статистический (критерий  $\chi^2$  Пирсона).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе социального статуса оказалось, что более трети обследованных (37,1%) находились дома, не работали и не учились. Одна пятая часть (20%) учились в колледжах, в том числе на отделениях для лиц с ментальными нарушениями; 12,9% посещали центры занятости для лиц с ментальными нарушениями (например, мастерские); 11,4% предпринимали неуспешные попытки работать или учиться; 10% учились в вузах; 8,6% имели постоянную работу.

На момент обследования 5 взрослых пациентов (7,1%) имели диагноз «шизоидное личностное расстройство», выставленный в 18 лет по месту жительства, 12 человек (17,1%) получили диагноз «шизофреническое расстройство», 49 человек (70%) в возрасте 12–18 лет были признаны страдающими шизофренией. Двоим молодым людям (2,9%), ставшим совершеннолетними в 2017 г., по просьбе юридически грамотных матерей и согласии врачей-психиатров был оставлен диагноз «детский аутизм». Две матери (2,9%) не обращались с детьми в государственные психиатрические учреждения после подросткового возраста, с их слов, во избежание диагноза шизофрении и, таким образом, их дети не имели диагноза.

Обобщение и анализ ответов родителей, переписки и результатов очного консультирования позволил выделить два варианта психопатологических расстройств у взрослых, имевших в детстве диагноз РАС. С одной стороны, сохранялись присутствовавшие с раннего детства хронические нарушения, с другой стороны, появлялись временные симптомы и синдромы, возникавшие на фоне хронических. Первые расстройства были обозначены как фоновые: собственно синдром аутизма (82,9%), недоразвитие речи, в том числе ее импрессивного компонента (65,7%, при этом 22,9% оставались невербальными), психический инфантилизм (100%), эмоционально-волевой дефицит (91,4%), интеллектуальный дефицит (65,7%), хроническая кататония (25,7%).

Кроме стойких психопатологических фоновых нарушений, у обследованных пациентов возникали временные продуктивные психопатологические расстройства, для удобства обозначенные как переменные. К таковым относились обсессии и компульсии, психопатоподобные, аффективные расстройства (тревога, дисфории, депрессии, мании), сверхценные интересы и увлечения, бредоподобное фантазирование, психозы галлюцинаторно-бредовые и кататонические. Отдельно выделена физическая агрессия как особо дезадаптирующий поведенческий феномен.

Тревога в виде готовности к частым тревожным реакциям на изменение стереотипов (изменение распорядка дня, привычной последовательности событий, предстоящее незнакомое событие, вынужденное общение) отмечалась родителями всех без исключения пациентов. Некоторые молодые люди были в состоянии вербально описать тревогу: «Это как ад... не переношу праздников, дней рождения, потому что в этот день что-то предстоит, неважно что... любой звонок по телефону вызывает страх: как отвечать, что говорить... ожидание превращается в пытку, лучше бы проспать весь этот день... Чувство беспомощности постоянное, страшное, я не могу один». По описаниям матери, больной иногда доходил до исступления, с криком обвиняя мать в недостаточной поддержке его, угрожая ей и колотясь при этом спиной о стену.

У взрослых, не владеющих экспрессивной речью, тревога выражалась в смене интонации вокализаций

(они становились громче, резче), усилении двигательного беспокойства и стереотипий, стереотипных высказываниях (например, связанных с произошедшим много лет назад событием, вызвавшим тогда тревогу: «Куртку порвал...») и физической агрессии, направленной на близких. По словам одной матери, «тревога у сына не может остаться просто чувством, она обязательно должна перейти в агрессивное действие, тогда он разряжается».

Физическая агрессия среди взрослых с РАС встречалась почти в половине случаев (47,1%), чаще всего была направлена на родителей и сиблингов и представляла серьезную проблему для семей. Во время агрессивных эпизодов пациенты толкали родных, кусали, ударяли, щипали, вцеплялись в волосы. Часть агрессивных выпадов имела понятный повод (отказ в чем-то, запрет, повышение голоса, неожиданное изменение привычного стереотипа или что-то другое, вызвавшее тревогу), в других случаях агрессия производила впечатление немотивированной. В 72,7% случаев агрессия приводила к травмам жертв: кровоподтекам (подавляющее большинство случаев), укушенным ранам, переломам ребер (2 случая), разрыву связок (1 случай). «Когда отталкивает, мы летим кубарем», «Хватает пальцы и старается их сломать», «Вцепляется в волосы, сам пугается, но пальцы разжать невозможно», «Руки выкручивает», «Щиплет», «Хватает за щеки, грудь», «Когда у него это начинается, надо просто бежать» — такие примеры встречались в описаниях матерей. Нередко вместе с физической агрессией, направленной на людей, пациенты разрушали имущество: ломали мебель, разбивали стекла, срывали картины со стен.

Дисфории — эпизоды напряжённого мрачного, раздражительного или злобного настроения, часто с компонентом тревоги и с попытками отреагировать его вовне, — встречались более чем у трети (37,1%) обследованных пациентов. По словам многих родителей, дисфории у пациентов появились в пубертатном и постпубертатном периодах. Длительность дисфорий составляла от нескольких часов до 2–3 сут. Пациенты становились угрюмыми, улыбка исчезала, появлялось умеренное или выраженное двигательное беспокойство (например, ходьба туда-сюда), у вербальных взрослых дисфории сопровождались ворчанием, выкриками, ругательством и угрозами, в 61,5% случаев — физической агрессией. Один взрослый, владеющий беглой речью, комментировал подобное состояние словами «Хочу резать, убивать!», хотя и не брал в руки режущих предметов. Матери приходилось наваливаться на него всем телом, прижимая к кровати, чтобы обезопасить себя. У невербальных пациентов менялись интонации вокализаций: становились похожими на стон, рёв, крик страдания. Так, у одного невербального пациента дисфорическое состояние начиналось со стереотипного кручения ушной раковины и вокализаций, затем следовало нападение на любого оказавшегося рядом человека с ударами, разрушение мебели, разбивание стёкол. Состояние заканчивалось

спонтанно плачем и ноющими вокализациями. Судорожные припадки наблюдались примерно у пятой части (19,1%) взрослых с дисфориями.

Более чем у трети (35,7%) обследованных были выявлены своеобразные сверхценные интересы и увлечения, которые доминировали в сознании пациентов большую часть времени и которым они посвящали не менее нескольких часов в день. Наиболее характерным был интерес к движущимся механизмам, электронике, схемам. Нередко присутствовал компонент влечений — агрессивно-садистический, дромоманический и пироманический. Чаще всего это было увлечение поездами и их маршрутами (7 случаев), причем сложность предмета интереса непосредственно зависела от уровня интеллекта и продуктивности: некоторые молодые люди ездили в метро и электричках, другие изучали схемы железных дорог и метро в России и за рубежом, следили за появлением новых транспортных проектов. В единичных случаях встречались необычные, также с компонентом влечений, фабулы интересов: «интерес к орудиям мученичества святых», «просматривание роликов с поркой школьников».

Депрессии — состояния сниженного настроения и сниженной активности длительностью более двух недель — встречались в 17,1% случаев. Их тяжесть была различной: от субдепрессивных состояний с апатией и вялостью до ажитированных и раптоидных меланхолических состояний с выкрикиванием суицидальных мыслей («Это состояние апатии и тревоги по поводу этой апатии», «Лежит и кричит: „Жить не хочу!“», «Он кричал, мог днем уйти в магазин и кричать там, как раненый зверь, ему было тошно, тоскливо, он был в отчаянии»).

Состояния приподнятого настроения (мании и гипомании) были выявлены у 11,4% пациентов. Гипомании были атипичными: на первом плане в них было двигательное и идеаторное оживление, уменьшалась продолжительность сна, усиливались моторные стереотипии, а собственно повышение настроения часто было не так заметно. То, что в обычном состоянии вызывало тревогу и отвержение, во время подъёмов настроения охотно принималось (прогулки в новые места, новая еда, новая одежда, коммуникация с людьми). Один музыкально одаренный пациент во время гипоманий прыгал, хлопал в ладоши, смеялся, «мог сесть и в один присест написать новую композицию». Часто аффект был смешанным, с тревожным и дисфорическим компонентом. случаев отчетливых биполярных смен аффекта было 5 (7,1%).

Неврозоподобные расстройства в виде obsessions и compulsions встречались у небольшого числа (10%) пациентов. Obsessions были представлены навязчивыми опасениями и сомнениями: как сделать выбор (3 случая), страх неожиданного события или перемены (3 случая), страх забыть что-то важное (1 случай). Тревога при obsessions практически всегда сопровождалась вовлечением в них близких с требованием помощи, поддержки и, нередко, агрессией к родным.

Компульсии были представлены утрированным перфекционизмом, расположением предметов по одной линии, строго посередине, симметрично, повторным закрыванием дверей. Как такового содержания в виде страхов или навязчивых мыслей под компульсивными действиями обычно не было, они были пусты по содержанию. Критика к ним была формальной, борьбы не отмечалось, но пациенты сообщали о них как о своей особенности, сопровождаемой тревогой: «Мне надо, чтобы тапочки стояли ровно, иначе непорядок, не засну».

Похожие расстройства, но при грубой неадекватности в их выражении (стереотипности, назойливости, неуместности) и отсутствии даже формальной критики, наблюдались у большего числа пациентов, однако стремление к клинической точности не позволило отнести их к obsessive-compulsive registry. Речь идет о стереотипных высказываниях и вопросах, отражающих тем не менее реальные переживания пациентов: «Папа ругать будет?», «Если этот тренер уйдет, другой найдется?», «Завтра сварим кофе?», «Как мне завести ребенка?». Иногда пациенты буквально «изводили» близких одними и теми же вопросами. Многократные ответы родных то успокаивали, то не удовлетворяли пациентов.

Психопатоподобные расстройства, выявленные как ведущие у 12,9% взрослых, выражались в конфликтности, манипулятивности, грубости, направленных обычно на близких. Оскорбления и физическая агрессия по отношению к родным могли быть реакцией на замечания последних, а могли быть и беспричинными. Молодые люди требовали денег, воровали деньги у родных, уходили из дома и бродяжничали, перепродавали вещи, заключали сделки по Интернету без надобности и учета возможностей, неумело лгали. Так, один молодой человек написал врачу письмо: «Эти голоса замучили, не знаю, что с ними делать! Они оттого, что я расстраиваюсь из-за денег! Скажите отцу, чтобы денег дал, а то голоса не пройдут!» При этом признаков наличия обманов восприятия в психическом статусе пациента не было. У одного молодого человека сформировалась алкогольная зависимость, и он скончался в 24 года от отравления этанолом. Очень характерной была нарочитая провокативность пациентов — неправильное поведение с целью вызвать негативную реакцию у близких: гнев, слезы, отчаяние.

Представляется заслуживающим внимание факт, что у 4 (5,7%) взрослых пациентов было выявлено бредоподобное фантазирование, традиционно считающееся детским синдромом. Одна молодая женщина говорила о вымышленных друзьях, появление которых вызывала произвольно, но при этом каждый раз боялась, что они не придут. Еще в одном случае описание матери оставило неясность в квалификации состояния: молодой человек, в общественных местах ведущий себя адекватно, дома надевал темные очки и погружался в «диалоги» с несуществующими персонажами. Произвольность начала и окончания «общения», дру-

жественный, желаемый его характер, адекватное в целом поведение, общая сохранность больного заставляли дифференцировать обманы восприятия в этом случае от бредоподобного фантазирования и, безусловно, требовали очного консультирования.

Психотические состояния возникали у 22 (31,5%) больных. По клинике это были чаще кататонические психозы (24,3%) и значительно реже — галлюцинаторно-бредовые (4,3%) и неуточненные (2,9%) психозы.

Если кататоническое возбуждение возникало у лиц с хронической многолетней кататонической симптоматикой, говорить об очерченных психозах было затруднительно: по существу, эти больные находились в хроническом психотическом состоянии, с временными его эксацербациями и послаблениями; такие случаи составляли четвертую часть обследованных (17 человек, 24,3%). Среди них у 6 (8,6%) больных более очерченные кататонические психозы длительностью не менее двух недель возникали во взрослом возрасте и у 10 (14,6%) больных — в пубертате, с последующей непрерывной превентивной антипсихотической терапией.

Вот как описала состояние периодически возникающего возбуждения пациентки ее мать: «Она становится гиперактивной (не ходит, а бегаёт, не может посидеть спокойно даже 5 минут), очень тревожной, перестает улыбаться и смеяться. Резко возрастает негативизм. Возрастает импульсивность. Раньше мы в периоды обострений не могли справиться с агрессией. Сейчас в обострении идет самоагрессия (бьётся головой, кусает руку, иногда прислоняется к раскаленной конфорке). Очень обостряется чувствительность к звукам и иногда к свету — они ее раздражают. Усиливаются стереотипии и появляются новые». Другой пациент, молодой человек, развил картину кататонического ступора, на протяжении дней или недель не выходя из ванной комнаты и стоя там даже ночами почти неподвижно, на попытки вывести его отвечая сопротивлением.

Иногда кататонические обострения носили стертый и атипичный характер, сильно не контрастируя с обычным состоянием, в котором всегда присутствовала микрокататония. Их выявление и диагностика в таких случаях могли быть затруднены. Внимательные родители при этом обращались за помощью со смутной тревогой за состояние сына/дочери. Нельзя исключить, однако, и определённую долю просмотренных стертых кататонических психозов.

Так, два стертых кататонических психоза были диагностированы у молодого человека 19 лет, студента колледжа для лиц с ментальными нарушениями (детский диагноз — «атипичный аутизм с интеллектом на уровне легкой умственной отсталости»). Во взрослом возрасте у пациента сохранялось недоразвитие речи с обилием эхолалий, значительный эмоционально-волевой дефицит, формальность и недостаточная продуктивность контакта. Отдыхая с матерью за границей, внезапно стал тревожным, начал ходить на мысках, пальцы рук приняли вытянутое положение. Темпера-

тура тела поднялась до 38 °С. Был госпитализирован в соматическое отделение, получил дезинтоксикационную и седативную терапию, выписан через 3 дня с улучшением, однако по возвращении домой сохранялась тревога, отказывался ходить в колледж. При осмотре: выражение лица испуганное, эхомимия, продуктивный контакт затруднен. На вопрос, где был, отвечает: «В Турции». На остальные вопросы ответы непродуктивные («не знаю», «не помню») или эхолалические. Спустя месяц антипсихотической терапии тревога редуцировалась, вернулась обычная активность, пошел в колледж. Перенесенное состояние никак не объяснял и не описывал. Катамнез: через 2 года, снова после отдыха в стране с жарким климатом, у пациента возросла активность, ночами не спал, лежал с открытыми глазами, на прогулках неожиданно мог перейти на бег, ответы на вопросы стали более развернутыми, чем обычно. При осмотре: гипомимичен, тревожен, преобладают эхолалии и ответы невпопад. Задаёт матери стереотипные вопросы и произносит реплики тревожного и агрессивного содержания, не связанные с текущей ситуацией («А если куртку порвал, накажут?», «Хочу живот папе проткнуть»), при этом царапает себя. На фоне антипсихотической терапии (клопиксол, тизерцин) в течение месяца стал спокойнее, адекватнее, нормализовался сон. Пугающие высказывания ушли.

Наличие или отсутствие галлюцинаторно-бредовой симптоматики под кататоническим «фасадом» у человека с аутизмом остается в таком случае под вопросом. Однако, учитывая неразвитость вербального мышления у пациентов без речи с хронической кататонией, можно ожидать скорее отсутствие у них вербальных галлюцинаций и оформленных бредовых идей, чем их наличие. В одном случае с преобладанием гебефрентной симптоматики можно было предположить зрительные обманы восприятия.

В одном случае повторно возникавшие психозы с преобладанием аффективных и кататоно-гебефрентных расстройств развились у пациента с детским диагнозом «Атипичный аутизм без умственной отсталости». К подростковому возрасту пациент достиг высокого уровня функционирования, учился, проявлял способности к математике, был относительно самостоятельным, один передвигался по городу, любил ездить на электричках в другие города, поддерживая связь с матерью по телефону. Первый психоз развился в 14 лет, в нем преобладала кататоно-гебефрентная симптоматика (возбуждение, нелепое поведение (собираение мусора)). Следующее психотическое состояние двухлетней длительности возникло в 18 лет, было полиморфным, ближе к кататоно-бредовому, текло волнообразно, постепенно достигнув остроты, с резкими аффективными колебаниями даже в течение дня от возбуждения с болтливостью, смехом и назойливостью до тревожно-тоскливого настроения, частым аффектом злости, напряженностью, дурашливостью, нелепыми поступками (разломал социальную карту и проглотил), отдельными высказываниями, свидетельствовавшими

об отрывочных бредовых идеях самоуничужения и нигилистического бреда, элементами символического мышления, кататонической симптоматикой (стереотипные высказывания, гримасы). Психический статус в 24 года: контакту доступен. Охотно входит в кабинет, громко здоровается с врачом. Парамимичен, таращит глаза. Моторика своеобразная: руки согнуты в локтях и запястьях, живот выпячен вперед, походка детская. Голос громкий, многословен, говорит почти постоянно, перебивает, комментирует, хотя смысл комментариев часто не имеет отношения к ситуации и вопросам. Так, на вопрос «Кто такой Валера?» отвечает: «Это... когда Олимпиада-80 была». При этом рисует эмблему Олимпиады, назойливо привлекает внимание к ней. Продуктивный диалог затруднен. Настроение с эйфорическим оттенком. Эмоционально нивелирован, с однообразным напором. Мышление близко к разорванному. Интеллект сохранен. Легко оперирует числами в уме. Предлагает написать календарь мая 2020 года и легко пишет его, с указанием дней недели. Память не нарушена. Обманов восприятия, бредовых идей на момент осмотра не выявляется.

Следует особо подчеркнуть, что у больных с доминирующей в проявлениях хронической кататонией и кратковременными эпизодами кататонического возбуждения, нередко с агрессией, могли иметь и обычные ситуационные реакции на фрустрацию или изменения стереотипов, что могло потенциально быть источником неверной терапевтической тактики: длительной госпитализации с назначением высоких доз антипсихотиков с целью добиться редукции резистентной кататонической симптоматики. Пребывание в незнакомой обстановке отделения вызывало ещё большее усиление тревоги и грубых поведенческих расстройств. Более необходимыми в таких случаях представляется недлительная госпитализация с кратковременной седацией и подбор оптимальной и наиболее щадящей схемы для многолетней амбулаторной терапии.

Три случая галлюцинаторно-бредовых психозов были представлены: хроническим псевдогаллюцинозом ( $n = 1$ ) и хронической галлюцинаторно-бредовой симптоматикой ( $n = 2$ ). Хронический псевдогаллюциноз у 22-летнего молодого человека (детский диагноз — «синдром Аспергера») и предлагаемые способы совладания с ним были детально описаны его матерью: «Я говорила: “Подними правую руку, десять раз опусти, подыши пять раз, посчитай до десяти, а теперь обратно. Еще остается? Тогда расскажи стихотворение”. Очень часто это помогало, сын говорил: “О, спасибо, теперь я могу дальше думать”. Я говорю ему, что это просто кусочек его запутавшихся мыслей, вот они сплелись в клубок, запутались и называют себя “голосом”».

За время существования психотической симптоматики у двух пациентов произошло заметное эмоционально-волевое снижение, третий сохранял продуктивность.

В других случаях родители замечали лишь ситуационно возникающие эпизоды опасений бредового

характера: идеи отравления отмечены в трех случаях, бредовый страх деперсонализационного характера («надевала шапку Пети, спросила, а не будет ли у нее после этого голова, как у Пети»). Эти страхи были лишены аффективной заряженности, их актуальность, по-видимому, была невысока, они быстро редуцировались в данный момент времени при простом разубеждении близких.

Кроме того, один случай психоза резко отличался по клинической картине наличием истинных зрительных галлюцинаций и соответствующего им поведения, что позволяло предполагать его возможный органический (эпилептический) генез. В настоящий момент пациентка проходит обследование.

Присутствие в картине психоза аффективных расстройств было отмечено в четверти случаев психозов (7 больных, 26,9%).

Судорожные припадки наблюдались у 12,9% обследованных взрослых. У одного пациента младенческие судорожные припадки в рамках синдрома Веста предшествовали формированию синдрома аутизма.

## ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования было выявление особенностей психопатологических нарушений взрослых пациентов с детским диагнозом «расстройство аутистического спектра». Были опрошены родители 70 взрослых, из которых большинство (65,7%) пациентов были обследовано очно. Выделены фоновые и переменные психопатологические расстройства, характерные для взрослого возраста. Среди фоновых расстройств преобладали собственно синдром аутизма, психический инфантилизм, недоразвитие речи и эмоционально-волевой дефицит. Психический инфантилизм накладывал заметный отпечаток и на фазу болезненных переживаний больных, детские и подростковые синдромы оказались «сдвинуты» во взрослый возраст. В целом больные даже в психотических состояниях часто демонстрировали детскую зависимость от близких и, при наличии речи, высокую степень внушаемости.

Психозы развились у трети пациентов, по клинике они были преимущественно кататоническими (в части случаев кататонно-гебефреническими) и в единичных случаях — галлюцинаторно-бредовыми. Неуточненные психозы носили предположительно органическую окраску. В целом психопатология РАС у взрослых тяготела к смешанному аффективно-кататоническому регистру.

Диагностическая квалификация различных психопатологических состояний у взрослых с РАС и некоторые моменты терапии вызывают множество вопросов и нуждаются в дальнейшей разработке.

Анализ фоновых психопатологических расстройств показал сохранение на протяжении жизни синдрома аутизма у большинства пациентов, тотальность проявлений психического инфантилизма, частоту недоразвития речи и хронической кататонии.

В целом у трети (31,4%) больных состояние было стабильным с детства, исчерпываясь редуцированным синдромом аутизма, без присоединения новой психопатологии (за исключением дисфорий) или явного углубления эмоционально-волевого дефицита. Представляется, что именно таким пациентам оставление диагноза «аутизм» во взрослом возрасте является наиболее оправданным. Среди этих больных было несколько случаев ( $n = 4$ ), сходных по фенотипическим и клиническим проявлениям: гипертелоризм, относительно широкий рот, высокий лоб, массивная нижняя челюсть; серьезное, хмуроватое выражение лица, педантизм, громкая, иногда со скандированностью, речь, общая напряженность, резкий дефицит положительного спектра эмоций, отсутствие характерного для многих других пациентов вяло-апатического или дурашливо-эйфорического фона, гиперстеничность в области специфического интереса (рисование, математика), в беседе серьезность, старательность и напряженные усилия дать правильный ответ или осмыслить вопрос. Малое количество таких пациентов ставит под вопрос возможность выделения их в отдельную группу, несмотря на яркое своеобразие, делающее узнавание описанных особенностей практически мгновенным.

У остальных же пациентов клиническая картина осложнялась продуктивными синдромами с различной динамикой, чаще всего аффективно-кататонического круга. Вопрос о соотношении синдрома аутизма и возникающих на его фоне продуктивных психопатологических расстройств оказывается в поле столкновения точек зрения различных авторов и школ. С традиционной отечественной и немецкой клинико-нозологическими школами [12] сосуществует англо-американская точка зрения о коморбидности и нозологической неспецифичности различных расстройств: кататонии, аффективных, психотических [5, 11, 13], с отказом от нозологий. Однако и среди зарубежных исследователей встречаются авторы, высказывающие совпадающие с российскими точки зрения [4, 7, 12] о единстве психопатологических расстройств в рамках одной нозологии.

Согласно отечественным представлениям, доказательством правомочности диагноза «шизофрения» является обнаружение признаков течения заболевания, с нарастанием эмоционально-волевого дефицита и появлением типичных шизофренических расстройств мышления. Именно в этой части диагностики у пациентов с РАС возникают неизбежные трудности, связанные с ранним началом расстройства, наложением возможного течения заболевания на позитивную динамику детского развития, медленным, незаметным для родных нарастанием негативной симптоматики и невербальностью или маловербальностью большого процента обследованных, делающей клиническую оценку мышления крайне затруднительной. Лишь в единичных случаях родители сами отмечали значительное нарастание безразличия и бездеятельности. Изучение же формальных расстройств мышления у вербальных

взрослых с аутизмом, с возможным обнаружением или необнаружением типичных шизофренических нарушений, требует дальнейшего пристального изучения. В данном исследовании разорванность и паралогичность мышления отчётливо присутствовали в психическом статусе 6 из 13 вербальных пациентов, обследованных очно.

Такие же трудности возникают и с оценкой места хронической кататонической симптоматики в плане ее отграничения от клиники детского аутизма как такового.

Несмотря на указанные диагностические затруднения, оценка динамики синдрома аутизма во взрослом возрасте с частым присоединением всего спектра «эндогенных» расстройств в традициях отечественной школы неизбежно вызывает предположение о принадлежности синдрома аутизма к шизофреническому кругу расстройств в большинстве случаев (в данном исследовании — минимум двух третей обследованных), а в четверти случаев обуславливают диагноз кататонической шизофрении вполне правомочным. Случаи параноидной шизофрении также присутствовали, но оказались редки.

В то же время наличие судорожных припадков у части пациентов, явные «органические» черты в психическом складе сближают аутизм с эпилепсией. Действительно, характерологически многие взрослые с высокофункциональными формами РАС производили впечатление шизоэпилептоидов. Старая клиническая концепция «шизоэпилепсии», вызывавшая споры в прошлом, может получить новое, обогащённое тонкими нейрофизиологическими исследованиями, развитие.

Вопрос об оптимальной тактике ведения больных при обострениях заболевания заслуживает особого внимания. Наличие резистентной к терапии симптоматики собственно аутизма и хронической кататонии является, на наш взгляд, свидетельством нецелесообразности назначения лечения, заранее обречённого на неуспех. Взрослые со стабильной фоновой картиной расстройства больше нуждаются в грамотной социализации и пожизненном социальном сопровождении, чем в фармакологическом вмешательстве. Госпитализация пациентов должна осуществляться при действительном наличии социальных показаний и неэффективности амбулаторного лечения, а её длительность желательно свести к возможному минимуму. Сбор анамнеза, особенно выяснение триггеров ухудшения, в таких случаях поможет клиницистам отличить действительное обострение от ситуационной реакции хронического психотического пациента.

Нельзя не отметить определенные технические трудности, возникавшие во время исследования и способные повлиять на результаты. Далеко не все респонденты согласились прийти на очную консультацию по разным причинам (территориальная удаленность, нежелание посещать психиатра во избежание стигматизации и «прописывания таблеток»). Описания родителей в одних случаях отражали наблюдательность

и объективность, в других — напротив, стремление отрицать возможные расстройства и представить состояние сына/дочери в более благополучном свете. Несмотря на то что данные родителей, касающиеся

психического статуса пациентов, подвергались коррекции после уточнений, часто многократных, полной уверенности в их клинической точности без очного консультирования быть не может.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Smith L.E., Greenberg J.S., Mailick M.R. Adults with Autism: Outcomes, Family Effects, and the Multi-Family Group Psychoeducation Model. *Current psychiatry reports*. 2012;14(6):732–738. <https://DOI.org/10.1007/s11920-012-0328-1>
- Murphy C.M., Wilson C.E., Robertson D.M. et al. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:1669–1686. <https://DOI.org/10.2147/NDT.S65455>
- Russell A., Murphy C.M., Wilson C.E. et al. The mental health of individuals referred for assessment of autism spectrum disorder (ASD) in adulthood: a clinic report. *Autism*. 2016;20(5):623–627. <https://DOI.org/10.1177/1362361315604271>
- Larson F.V., Wagner A.P., Jones P.B. et al. Psychosis in autism: comparison of the features of both conditions in a dually affected cohort. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(4):269–275. <https://DOI.org/10.1192/bjp.bp.116.187682>
- Wing L., Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br. J. Psychiatry*. 2000;176(4):357–362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10827884>
- Breen J., Hare D.J. The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism. *J. Intellect Disabil. Res*. 2017;61(6):580–593.
- Kolvin I. Studies in the childhood psychoses. I Diagnostic criteria and classification. *Br. J. Psychiatry*. 1971;118:381–384.
- Dhossche D.M. Autism as early expression of catatonia. *Med. Sci. Monit*. 2004;10:RA31–9.
- Matson J.L., Sipes M., Fodstad J.C., Fitzgerald M.E. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*. 2011;25(7):597–606. <https://DOI.org/10.2165/11591700-000000000-00000>
- Bronsard G., Botbol M., Tordjman S. Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder. *PloS one*. 2010;5(12):e14358. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0014358>
- Tsai L.Y. Asperger's disorder will be back. *J. Autism Dev. Disord*. 2013;43(12):2914–2942. <https://dx.DOI.org/10.1007/s10803-013-1839-2>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013:992.
- Dell'Osso L., Luche R.D., Gesi C. et al. From Asperger's Autistischen Psychopathen to DSM–5 Autism Spectrum Disorder and Beyond: A Subthreshold Autism Spectrum Model. *Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health*. 2016;12:120–31. <https://DOI.org/10.2174/1745017901612010120>
- Smith L.E., Greenberg J.S., Mailick M.R. Adults with Autism: Outcomes, Family Effects, and the Multi-Family Group Psychoeducation Model. *Current psychiatry reports*. 2012;14(6):732–738. <https://DOI.org/10.1007/s11920-012-0328-1>
- Murphy C.M., Wilson C.E., Robertson D.M. et al. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:1669–1686. <https://DOI.org/10.2147/NDT.S65455>
- Russell A., Murphy C.M., Wilson C.E. et al. The mental health of individuals referred for assessment of autism spectrum disorder (ASD) in adulthood: a clinic report. *Autism*. 2016;20(5):623–627. <https://DOI.org/10.1177/1362361315604271>
- Larson F.V., Wagner A.P., Jones P.B. et al. Psychosis in autism: comparison of the features of both conditions in a dually affected cohort. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(4):269–275. <https://DOI.org/10.1192/bjp.bp.116.187682>
- Wing L., Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br. J. Psychiatry*. 2000;176(4):357–362. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10827884>
- Breen J., Hare D.J. The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism. *J. Intellect Disabil. Res*. 2017;61(6):580–593.
- Kolvin I. Studies in the childhood psychoses. I Diagnostic criteria and classification. *Br. J. Psychiatry*. 1971;118:381–384.
- Dhossche D.M. Autism as early expression of catatonia. *Med. Sci. Monit*. 2004;10:RA31–9.
- Matson J.L., Sipes M., Fodstad J.C., Fitzgerald M.E. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*. 2011;25(7):597–606. <https://DOI.org/10.2165/11591700-000000000-00000>
- Bronsard G., Botbol M., Tordjman S. Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder. *PloS one*. 2010;5(12):e14358. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0014358>
- Tsai L.Y. Asperger's disorder will be back. *J. Autism Dev. Disord*. 2013;43(12):2914–2942. <https://dx.DOI.org/10.1007/s10803-013-1839-2>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013:992.
- Dell'Osso L., Luche R.D., Gesi C. et al. From Asperger's Autistischen Psychopathen to DSM–5 Autism Spectrum Disorder and Beyond: A Subthreshold Autism Spectrum Model. *Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health*. 2016;12:120–31. <https://DOI.org/10.2174/1745017901612010120>



14. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J. Autism Child Schizophr.* 1972; 2(4):315–337.

Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J. Autism Child Schizophr.* 1972; 2(4):315–337.

*Бородина Любовь Георгиевна*, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической и судебной психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Минобрнауки России, Москва, Россия

E-mail: bor111a@yandex.ru

*Lubov G. Borodina*, Cand. of Sci. (Med.), assistant professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

E-mail: bor111a@yandex.ru

Дата поступления 17.11.2018  
Date of receipt 17.11.2018

Дата принятия 25.12.2018  
Accepted for publication 25.12.2018