

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.896:616.895.82:616-079.4:616-003.96-053|465*3^15|

Для цитирования: Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Шушпанова О.В., Блинова Т.Е., Куликов А.В. Разнообразие и общность клинико-патопсихологических проявлений аутизма и шизофрении в детском возрасте. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 16-24. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-16-24](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-16-24)

Разнообразие и общность клинико-патопсихологических проявлений аутизма и шизофрении в детском возрасте

**Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е.,
Шушпанова О.В., Блинова Т.Е., Куликов А.В.**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34*

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Несмотря на многолетнее изучение эндогенной психической патологии в детско-подростковом возрасте, у специалистов, работающих в сфере охраны ментального здоровья подрастающего поколения, остается до конца не выясненным ряд вопросов, связанных как с дифференциальной диагностикой часто встречающихся нозологий, так и с выработкой и реализацией дальнейших маршрутов сопровождения и абилитации пациентов. Ранняя полипрофессиональная диагностика больных, лечение и психолого-психотерапевтическая коррекция значительно улучшают прогноз заболевания и, как следствие, качество жизни пациентов и их родственников. В силу этого особую значимость представляет уточнение клинико-психопатологических характеристик и патопсихологических особенностей больных с целью формирования правомерного представления о степени нарушения каждой из выделенных ментальных сфер и возможностях когнитивного и социального функционирования данной категории пациентов. По результатам научного поиска предполагается создание патопсихологических профилей больных с разными формами течения аутизма и шизофрении в детском возрасте для более точной диагностики клинически схожих состояний и прогнозирования индивидуальных возможностей реабилитации для каждого больного. **Цель:** разработать клинико-психопатологические, патопсихологические подходы к диагностике расстройств аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте. **Материал и методы.** В выборку исследования включено 115 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст 6,5 года) с диагнозами по МКБ-10: «Детский аутизм» (F84.02), «Шизофрения, детский тип» (F20.8xx3) [5]. Пациенты обследованы клинико-психопатологическим, клинико-динамическим, клинико-катамнестическим, патопсихологическим методами. Полученные результаты сопоставлялись с нормативной базой данных, включающей данные психологического обследования здоровых детей и подростков. **Результаты.** Исходя из клинико-психопатологических и патопсихологических позиций выделены и описаны профили четырех видов когнитивного дизонтогенеза: искаженного, дефицитарного, дефицитарно-прогредиентного с постепенным нарастанием дефекта, регрессивно-дефектирующего. Наряду с решением задачи полипрофессиональной дифференциальной диагностики, данный подход активизирует понимание и создание наиболее эффективного маршрута абилитации пациентов.

Ключевые слова: аутизм, шизофрения, клинико-психопатологическая и патопсихологическая диагностика, когнитивный дизонтогенез, патопсихологический профиль, психологообразовательный тест.

ВВЕДЕНИЕ

Больные с проявлениями аутизма и шизофрении в детском возрасте составляют значительную часть когорты пациентов, обращающихся за помощью к специалистам в сфере психического здоровья. Известно, что ранняя диагностика состояния, лечение и коррекционные занятия значительно улучшают прогноз заболевания и, как следствие, качество жизни пациентов и их родственников [1, 2]. Существующий запрос родите-

лей данных пациентов охватывает не только постановку точного диагноза, но и рекомендации по дальнейшему сопровождению и реабилитации детей с аномалиями развития. В этой связи представляется необходимым уточнение клинических и патопсихологических особенностей больных с целью формирования представления о степени нарушения каждой из выделенных ментальных сфер и возможностях когнитивного и социального функционирования данных пациентов [3, 4].

В соответствии с результатами научного поиска предполагается определение патопсихологических профилей больных с различными формами течения аутизма и шизофрении в детском возрасте для более точной диагностики клинически схожих состояний и прогнозирования индивидуальных возможностей реабилитации для каждого больного.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать клинико-психопатологические, патопсихологические подходы к диагностике расстройств аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена в отделе детской психиатрии (и.о. зав. отделом – в.н.с., к.м.н. Е.Е. Балаки-

рева) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – проф. Т.П. Ключник).

В исследовательскую выборку вошло 115 пациентов в возрасте 3–15 лет (средний возраст составил 6,5 года).

Критерии включения: в соответствии с установленными по МКБ-10 диагнозами: «Детский аутизм» (F84.02), «Шизофрения, детский тип» (F20.8xx3») [5]. Критерии невключения: другие формы аутизма; сопутствующее тяжелое органическое поражение ЦНС; верифицированные генетические заболевания, включающие аутистический синдром. Сроки катamnестического наблюдения варьировались от 1,5 до 3 лет. Родители пациентов подписывали информированное согласие на участие детей в исследовании.

Т а б л и ц а 1. Социально-демографические показатели выборки обследованных пациентов с расстройствами аутистического спектра и шизофренией в детском возрасте

Показатель	Нозология заболевания							
	Дезинтегративный аутизм (n=19)		Инфантильный психоз (n=43)		Приступообразно-прогредиентная шизофрения (n=15)		Злокачественная шизофрения (n=48)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужской пол	4	21	37	86	8	53,3	25	66
Женский пол	15	79	6	14	7	46,6	13	34
Дошкольный возраст	13	68,4	27	62,8	0	0	4	10,5
Младший школьный возраст	6	31,6	15	34,9	12	80	30	62,5
Старший школьный возраст	0	0	1	2,3	3	20	4	7
Массовое обучение (ДДУ или школа)	9	47	0	0	2	13,3	0	0
Специализированное обучение для детей с ОВЗ (ДДУ или школа)	8	42	33	76,5	13	86,6	23	60

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катamnестический, патопсихологический.

Для выполнения поставленных задач нами был сформирован специальный диагностический комплекс тестирования на основе методик, использованных в ходе обследования больных всех групп. В процессе патопсихологического обследования пациентов, которое учитывало возрастную периодизацию (пациенты от 3 лет) и прочие особенности испытуемых (уровень психического состояния, степень прогредиентности процессуального заболевания, проявление ретардации психологического развития), применялись следующие методики: Psychoeducational Profile – PEP (Психолого-образовательный тест) [6], предоставляющий возможность оценить уровень когнитивного развития ребенка с аномальным развитием, начиная с раннего возраста; патопсихологические методики, в том числе разработанные и в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ и ориентированные на оценку процессов мышления, восприя-

тия и особенностей моторики (социальной перцепции) [3, 4, 7]. Две методики (Фигуры Липер и Идентификация формы) были использованы для оценки предметно-содержательного и операционного компонентов зрительного восприятия. Оценку предметно-содержательного и операционного компонентов мышления выполняли по четырём методикам: Пересечение классов, Сравнение понятий, Конструирование объекта, Малая предметная классификация [8]. Методика Рисунок себя применялась для оценки особенностей мелкой моторики в комплексе с субтестами по PEP. Оценка социальной перцепции была произведена по трем методикам: Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов), Международная система аффективных картин (IAPS), Распознавание ложных убеждений (тест Салли и Энн) [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценку результатов выполнения Психолого-образовательного теста и патопсихологических методик проводили пропорционально набранным баллам в рамках каждой из выделенных сфер.

В случае выполнения ребенком предлагаемых заданий результаты трактовались как положительные и впоследствии входили в комплексную оценку. Если ребенок не выполнял предлагаемое задание, то результаты трактовались как отрицательные. Получение отрицательного результата могло свидетельствовать о вариативности развития: С одной стороны, ребенок мог опережать возрастную норму (результаты по РЕР), с другой – отставать от неё. Также ребенок мог демонстрировать усложненный диссоциированный вариант развития, который сочетает в себе два основных элемента: отставание и опережение.

Так как когнитивно-диагностическая методика РЕР позволяет определять уровень развития ребенка и особенности его познавательных процессов, можно было выявить (в случае наличия такой возможности) патопсихологический профиль, констатацию которого осуществляли путем сопоставления с данными других применявшихся патопсихологических методик. Итоговая комплексная оценка, полученная в результате выполнения диагностического комплекса в целом, являлась основанием для разделения всех обследованных больных на четыре группы с различными уровнями когнитивного развития [4, 7]. Необходимо подчеркнуть, что у всех больных детей присутствовал общий критерий, заключающийся в отставании, но разной степени выраженности, по сфере мелкой моторики как по РЕР, так и по методике Рисунок себя. В то же время выполнение субтестов по остальным сферам РЕР и указанных патопсихологических методик различалось. Варианты когнитивного развития были представлены диссоциированным сочетанием нормативного и опережающего развития с элементами отставания (первая группа); диссоциированным отставанием от нормативного развития по некоторым сферам (вторая группа); грубым отставанием от нормативного развития по всем сферам (третья группа); диссоциированным развитием в ремиссии и прогрессивностью дефекта по ряду сфер на протяжении приступа (четвертая группа) [1].

На основании проведенного анализа результатов, полученных при обследовании испытуемых пациентов четырех описанных групп, каждую из них мы отнесли к определенным видам дизонтогенеза: искаженному, дефицитарному, дефицитарно-прогрессивному с постепенным нарастанием дефекта, регрессивно-дефектирующему [1, 7, 10, 11].

Детский дезинтегративный аутизм (ДДА)

Клиническая характеристика.

У больных с данной формой детского аутизма в клинической картине отмечалось преобладание сенсорных аномалий над кататонической симптоматикой, обусловленных дизонтогенетически-

ми нарушениями. Манифестация диссоциации сенсорной сферы приходилась на возраст от 6 месяцев до 1,5 лет, когда больные демонстрировали сочетание повышенной и пониженной чувствительности к ряду раздражителей. На фоне происходящих изменений в течение первых 2 лет жизни нарастали аутистические проявления в виде отрешения от окружающего, трудностей контакта, отсутствия интереса к сверстникам, задержки в речевом развитии. С 2-3 лет к состоянию присоединялись стертые кататонические нарушения, характеризующиеся гипердинамией, преходящим гипертономусом в верхних и нижних конечностях, атетозоподобными движениями пальцев рук, гримасами и проявлениями негативизма. Смягчение состояния, как правило, наблюдалось с 3,5-4 лет, когда ослабевали кататонические и сенсорные феномены, возобновлялось становление речи, появлялся активный познавательный интерес [1, 2].

На фоне лечения выраженность признаков аутизма смягчалась (с 35-39 до 25-30 баллов по шкале CARS) [12]. Кататоническая симптоматика фактически редуцировалась (с 10-16 баллов до 3-8 баллов по шкале BFCRS) [13]. По шкале общей оценки социального функционирования отмечалось улучшение показателей до 60-51 баллов, хотя и сопровождалось сложностью включения в учебный процесс, чрезмерной отвлекаемостью, быстрым нарастанием астении, пресыщением интеллектуальной деятельностью, сужением интересов и их сверхценностью, трудностями формирования стойких дружеских связей и понимания ряда социальных ситуаций, недостаточной сформированностью навыков [14].

Патопсихологический профиль

Согласно патопсихологическому обследованию, в основном опирающемуся на объективные данные клинико-психологического анализа, у обследуемых пациентов с ДДА обнаружен искаженный вид когнитивного дизонтогенеза. Помимо того, выявлены асинхронное развитие, неглубокая дезинтеграция когнитивных представлений и вербальной сферы при достаточно высоком уровне их развития. Предметно-содержательный компонент зрительного восприятия был сформирован в соответствии с возрастом, в то время как операционный компонент зрительного восприятия характеризовался незначительным отставанием от возрастной нормы. Также отмечалось своеобразие развития всех компонентов мышления. Имели место удовлетворительная деятельность мелкой и крупной моторики, достаточное развитие мотивационной сферы. Однако встречались асинхрония в развитии зрительно-двигательной координации и отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции [1].

Инфантильный психоз (ИП)

Клиническая характеристика

Данная группа больных детским аутизмом отличалась доминированием в клинической картине кататонического синдрома. Манифестация заболевания происходила на втором году жизни с появления аутистических явлений в виде отрешенности от окружающего, приостановки в овладении речью, склонности к монотонной активности и стереотипному поведению. Постепенно нарастало кататоническое возбуждение с импульсивностью, негативизмом, переходящим повышением мышечного тонуса, элементами стереотипных движений. К 3,5-4 годам на фоне ослабления кататонической симптоматики возобновлялось развитие речи, сопровождаемое аффективными колебаниями и психопатоподобными нарушениями. Появлялась познавательная активность, но ограниченная в виду быстрой истощаемости, неустойчивости внимания, персистенции гипердинамических нарушений. Основные навыки формировались либо частично, либо с задержкой [1, 2]. На фоне терапии и реабилитации выраженность аутизма смягчалась (с 40-45 до 30-35 баллов по шкале CARS) [12]. Кататонические нарушения в значительной степени купировались (с 15-24 до 10-13 баллов по BFCRS) [13]. По шкале оценки социального функционирования больные набирали от 50 до 41 балла, что соответствовало нарастающему когнитивному дефициту, инфантильности, специфическому выбору интересов, нарушениям и тугоподвижности внимания, эмоциональному уплощению, эгоцентричности, нарушениям эмпатии, стремлению к ограничению круга даже близких контактов, отсутствию расположенности к общению с другими детьми [14].

Патопсихологический профиль

По результатам патопсихологического обследования у детей с ИП обнаруживаются искаженный и дефицитный виды когнитивного дизонтогенеза. На этом этапе наличие того или иного вида когнитивного дизонтогенеза в большинстве случаев связано не только с длительностью заболевания, но и с возрастом выявления заболевания и коэффициентом интеллекта в целом. Встречается диаметрально противоположная динамика вида когнитивного дизонтогенеза как в ту, так и другую сторону. Прежде всего мы связываем это с ранним выявлением патологического процесса и своевременной адекватной терапией. У больных с ИП наблюдается выраженная диссоциация когнитивного развития. В ряде случаев развитие отдельных сфер может приближаться к нормативному, но наряду с отставанием в других сферах. Также обнаруживаются особенности когнитивного функционирования пациентов с ИП, которые проявляются в выраженной дезинте-

грации когнитивных представлений и вербальной сферы. Вместе с тем большинство обследованных пациентов продемонстрировали нормативное развитие по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия. Одновременно с этим для них характерно отставание по уровню развития мелкой и крупной моторики, всех компонентов мышления, зрительно-двигательной координации. В частности выявлено существенное отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. Также зачастую наблюдается непонимание истинного смысла происходящих социальных ситуаций, что говорит о дефицитном развитии «социального интеллекта» [1].

Злокачественная шизофрения (ЗШ)

Клиническая характеристика

Злокачественное течение шизофрении в детском возрасте выражается в стремительном нарастании грубой кататонической и регрессивной симптоматики. Формирующийся дефект отличается значительной глубиной поражения и высоким темпом нарастания по сравнению с другими формами шизофрении. Заболевание манифестировало до 3-летнего возраста с началом в виде кататонического синдрома с гипер- и гипокинетическими явлениями, нарушениями сна и аппетита (пищевая избирательность). С течением времени нарастала нажитая аутистическая симптоматика в виде трудностей установления и поддержания контактов, отказа от использования речи, отрешенности от окружающего. Болезненный процесс сопровождался потерей сформированных навыков: речи, ходьбы, опрятности и самообслуживания. Позже, к 3-4 годам, в клинической картине отмечались психопатоподобные явления в виде агрессии к окружающим, аутоагрессии и проявления патологии влечений. Речь не восстанавливалась. Обучение ключевым навыкам было ограничено в связи с формированием глубокого олигофреноподобного дефекта [15]. На фоне терапии и реабилитации выраженность аутизма смягчалась незначительно (с 45 до 40 баллов по шкале CARS) [12]. Кататонические нарушения были широко представлены и не имели тенденции к смягчению (35 баллов и более по BFCRS) [13]. По шкале оценки социального функционирования состояние больных соответствовало диапазону от 20 баллов и менее (сильно и очень сильно выраженные нарушения во всех познавательных сферах): глубокий когнитивный дефект, отсутствие речевых навыков и реакции на обращение, отстраненность от социальных контактов, эмоциональная монотонность, неспособность самостоятельного обслуживания, агрессивные целенаправленные поступки или хаотичная нецеленаправленная агрессия и аутоагрессия [14].

Патопсихологический профиль

Патопсихологическое обследование пациентов с диагнозом «Шизофрения, детский тип» (F20.8xx3) выявило регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза, характеризующийся грубым отставанием в сравнении с другими описанными профилями. Помимо дефицита развития предметно-содержательного компонента зрительного восприятия, специфичность когнитивных функций проявляется и выраженным отставанием в развитии операционного компонента восприятия. Характерны дефицитарность развития мышления, задержка в развитии моторных функций, отставание от возрастной нормы с дезинтеграцией формирования чувства эмпатии и социальной перцепции. Значительная задержка развития «социального интеллекта» служит причиной искаженно-ошибочного понимания большинства «тонкостей» социальных событий [1].

Приступообразно-прогредиентная шизофрения (ППШ)

Клиническая характеристика.

Течение данного заболевания отличалось возникновением полиморфных приступов с ремиссиями низкого качества и нарастанием негативной симптоматики после каждого обострения. Болезнь манифестировала в промежутке от 1 года до 3 лет жизни, когда возникал острый полиморфный психотический приступ с ведущими кататоническими расстройствами. Позитивная симптоматика регрессировала после 4 лет, на смену ей приходили невротические и аффективные нарушения, становились очевидными негативные расстройства. Рецидивы аутохтонных психотических симптомов приходились на возрастные кризы, по мере взросления ребенка в структуре состояния повышалась доля галлюцинаторно-бредовой симптоматики. После перенесенных приступов снижалось когнитивное и социальное функционирование, нарастали эмоциональная холодность, апатия, абулия [15]. На

фоне терапии и реабилитации смягчалась выраженность аутизма (с 45 до 30-25 баллов по шкале CARS) [12]. По шкале оценки кататонии зафиксировано 27-30 баллов в приступе и от 11 до 24 баллов в ремиссии [13]. По шкале социального функционирования зарегистрировано от 40 до 16 баллов, что выражалось нарастающей задержкой интеллектуального развития, заметным отставанием от сверстников, незрелостью или сверхценностью интересов, сложностью переключения внимания и нахождения в коллективе. Навыки были освоены по возрасту, однако выполнялись частично или искаженно. Отмечались вербальные угрозы в адрес окружающих, агрессия к окружающим и/или аутоагрессия, но без намерения нанести серьезный физический ущерб [14].

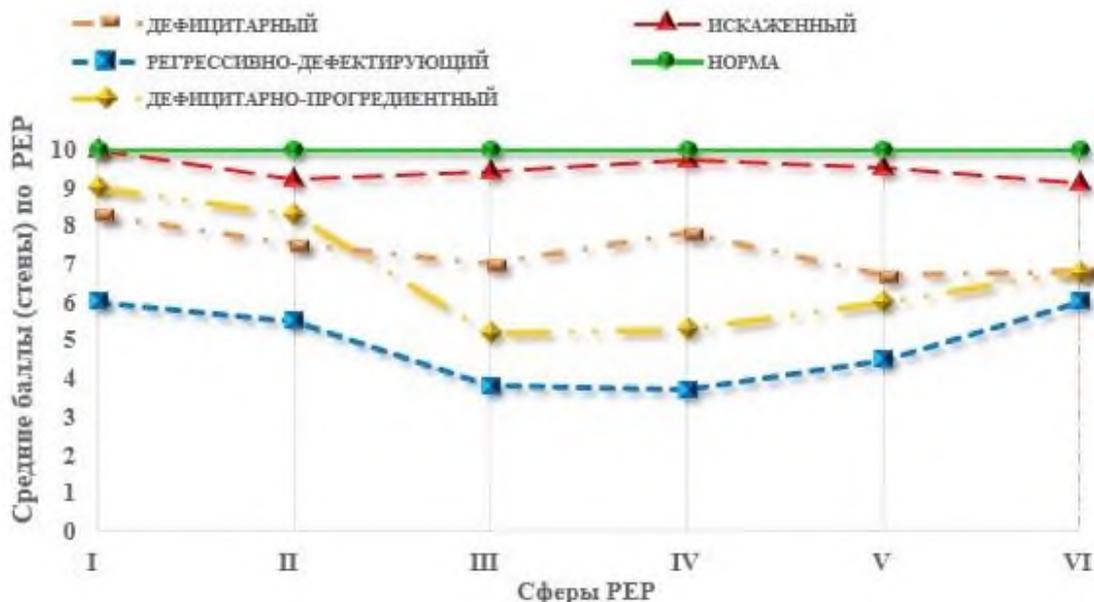
Патопсихологический профиль

Патопсихологическое обследование пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией показало дефицитарно-прогредиентный вид когнитивного дизонтогенеза с диссоциацией в развитии сфер, подлежащих оценке, и нарастанием проявлений когнитивного дефицита в оцениваемых сферах: операционные и предметно-содержательные компоненты мышления. Помимо нормативного развития зрительного восприятия, наблюдаются специфические нарушения мышления. Влияние когнитивного дефицита при приступообразно-прогредиентном течении заболевания в отношении всех сфер мышления усиливается. Отмечаются проявления моторного дизонтогенеза и частые задержки развития моторных функций, что отражается на формировании письменной переработки информации (трудности при написании букв и слов) и выполнении бытовых (банальное открытие дверного замка ключом или завязывание шнурков обуви) навыков. Дезинтегрированность в развитии эмоционального реагирования и социальной перцепции проявляется в виде эмпатии к неживым объектам, симптома «дерево и стекло».

Т а б л и ц а 2. Динамика состояния обследованных больных с расстройствами аутистического спектра и шизофренией в детском возрасте при различных видах когнитивного дизонтогенеза

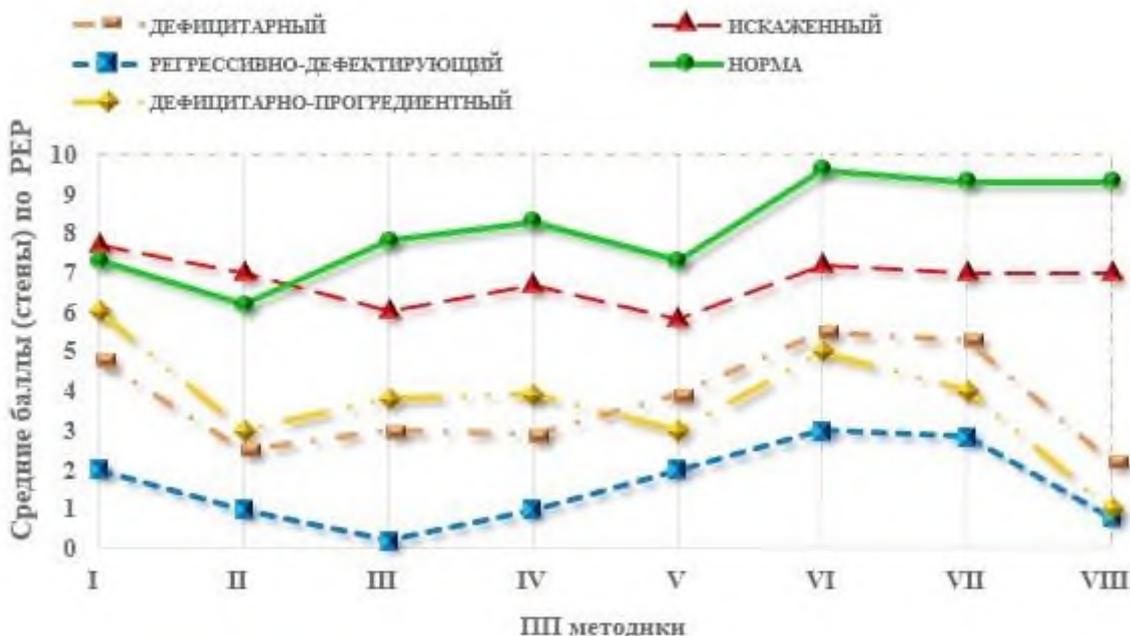
Нозология заболевания	Вид дизонтогенеза	CARS (Me)		BFCRS (Me)		PSP (Me)	
		Точка наблюдения					
		1*	2*	1*	2*	1*	2*
Детский дезинтегративный аутизм (n=19)	Искаженный	37	26	13	5	44	56
Инфантильный психоз (n=43)	Искаженный/дефицитарный	42	33	20	12	35	44
Злокачественная шизофрения (n=38)	Регрессивно-дефектирующий	45	40	35	35	20	15
Приступообразно-прогредиентная шизофрения (n=15)	Дефицитарно-прогредиентный	45	27	28	20	37	24

П р и м е ч а н и е: 1 – острое состояние, первое наблюдение, 2 – ремиссия, катамнез 1,5 года. Статистическая значимость различий: * – p<0,05.



Р и с у н о к 1. Профили развития обследованных больных с расстройствами аутистического спектра и шизофренией в детском возрасте при различных видах когнитивного дизонтогенеза по методике PEP в сравнении с нормой

П р и м е ч а н и е: по оси абсцисс представлены уровни сформированности разных сфер функционирования по PEP: I – восприятие, II – мелкая моторика, III – когнитивные представления, IV – вербальная зона, V – общий балл когнитивных шкал, VI – общий балл аутистических шкал; по оси ординат приведены средние баллы в стенах (10-балльная шкала).



Р и с у н о к 2. Профили развития обследованных больных с расстройствами аутистического спектра и шизофренией в детском возрасте при разных видах когнитивного дизонтогенеза по комплексу (батарее) патопсихологических методик в сравнении с нормой

П р и м е ч а н и е: по оси абсцисс воспроизведены патопсихологические методики: I – фигуры Липера, II – идентификация формы, III – Классификация, IV – Конструирование объекта, V – Рисунок, VI – Жесты, VII – Международная система аффективных картин (IAPS), VIII – Распознавание ложных убеждений (тест Салли и Энн); по оси ординат показаны полученные интегративные баллы.

Следует уточнить, что неравномерность профилей психического развития пациентов по оцениваемым сферам социального функционирования в первую очередь связана с низкой продуктивностью познавательной деятельности в связи с эндогенными психическими заболеваниями – диссоциацией психического развития детей с когнитивным дизонтогенезом. Диссоциация отчетливо проявляется во всех группах обследованных детей, кроме нормативной группы с типичным (стандартным) психическим развитием. Из-за снижения показателя общего когнитивного балла и нарастания глубины и тяжести аутистических расстройств наблюдаются недостаток и спад в оцениваемых областях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патопсихологические профили больных составлялись (конструировались) на основе концепции видов когнитивного дизонтогенеза [3, 4]. Полученные данные, позволившие разработать клинико-психопатологические и патопсихологические подходы к диагностике расстройств аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте, углубляют представления о разнообразии и общности клинико-патопсихологических проявлений двух самостоятельных нозологических единиц. В процессе реализации задачи исследования использовался обширный арсенал психологического инструментария с применением отечественных патопсихологических методик и стандартизированных шкал (PEP) [6]. Характеристика когнитивных профилей больных с ориентиром на определение либо сохранности, либо степени нарушения психологических функций возможна с позиции концепции видов когнитивного дизонтогенеза. Обнаруженные различия можно не только соотнести с уже выделенными видами когнитивного дизонтогенеза [1, 9]: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды, но и присовокупить к ним дефицитарно-прогредиентный вид с постепенным нарастанием дефекта при приступообразно-прогредиентной шизофрении. Подобный подход позволяет одновременно охватить несколько важных функций: дифференциация выделенных групп между собой, индивидуальная оценка динамики психологического развития конкретного ребенка, тщательная и детальная разработка персонализированных подходов (дорожных карт), основная цель которых заключается в последующей адекватной абилитации/реабилитации пациентов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Совместное исследование не имело спонсорской поддержки.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением положений Хельсинкской декларации 1975 г. по вопросам медицинской этики и её пересмотренного варианта 2000 г., одобрено этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (протокол № 314 от 21.10.2016 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра. Психиатрия. 2021. Т. 19, № 1. С. 45-53. Simashkova NV, Koval-Zaitsev AA, Ivanov MV, Nikitina SG. Diagnostic, clinical, psychopathological, psychological aspects of the examination of children with autism spectrum disorders. *Psikhiatriya*. 2021;19(1):45-53. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-45-53> (in Russian).
2. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. Расстройства аутистического спектра. В книге: Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 11-43. Simashkova NV, Klyushnik TP. Autism spectrum disorders. In the book: *Clinical and biological aspects of autism spectrum disorders*. N.V. Simashkova, T.P. Klyushnik, eds. Moscow: GEOTAR-Media, 2016:11-43 (in Russian).
3. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. Т. 118, № 5-2. С. 3-11. Zvereva NV, Koval-Zaitsev AA, Khromov AI. Psychological diagnosis of cognitive dysontogenesis. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Special Issues*. 2018;118(5-2):3-11 DOI: 10.17116/jnevro2018118523 (in Russian).
4. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). М.: Изд-во МБА, 2014. 40 с. Zvereva NV, Koval-Zaitsev AA, Khromov AI. *Pathopsychological methods for assessing the cognitive development of children and adolescents with endogenous mental pathology (visual perception and thinking)*. Moscow: Publishing House ILA, 2014:40 (in Russian).
5. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: ГИЦ СиСП имени В.П. Сербского, 2010. 132 с. Churkin AA, Martyushov AN. *A practical guide to the application of the ICD-10 in psychiatry and narcology*. Moscow: "State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky", 2010:132 (in Russian).

6. Schopler E, Lansing M D, Reichler R J, Marcus, LM. Examiner's Manual of Psychoeducational Profile (3rd ed.). Austin, TX: Pro-ed Incorporation, 2005. <https://doi.org/10.1037/t52601-000>
7. Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и восприятие). М: Изд-во «Сам полиграфист», 2017. 48 с. Zvereva NV, Khromov AI, Sergienko AA, Koval-Zaitsev AA. Clinical and psychological methods for assessing the cognitive development of children and adolescents with endogenous mental pathology (memory and perception). Moscow: Publishing House "Sam Polygraphist", 2017:48 (in Russian).
8. Иванова М.М., Бородина Л.Г. Особенности мышления у детей с аутизмом без умственной отсталости. Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18, № 1 (66). С. 38-50. Ivanova MM, Borodina LG. Cognitive features in autistic children without intellectual disability. *Autism & Developmental Disorders*. 2020;18;1(66):38-50. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2020180105> (in Russian).
9. Коваль-Зайцев А.А. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра. Дети. Общество. Будущее: сб. науч. статей по материалам III конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». Т. 1. М.: Изд-во КНОРУС, 2020. С. 297-301. Koval-Zaitsev AA. Social perception in the context of types of cognitive dysontogenesis in children with autism spectrum disorders. *Children, Society and Future: Collected Research Papers of the III Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century*. V. 1. Moscow: Publishing House KNORUS, 2020:250-253 DOI: 10.37752/9785406029381-78 (in Russian).
10. Симашкова Н.В. Дизонтогенез. В книге: Психиатрия: Научно-практический справочник / под ред. А.С. Тиганова. М.: Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2016. С. 466-467. Simashkova NV. Dysontogenesis. In the book: *Psychiatry: Scientific and practical guide*. A.S. Tiganov, ed. Moscow: Publishing House "Medical Information Agency", 2016:466-467 (in Russian).
11. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Гусева И.Е. Задачи и методы коррекционной помощи ребенку с аутизмом. Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27, № 1. С. 140-152. Nikolskaya OS, Baenskaya ER, Guseva IE. Goals and methods of correctional aid to a child with autism. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2019;27(1):140-152. DOI: 10.17759/cpp.2019270109 (in Russian).
12. Schopler E, Reichler RJ, Renner BR. The Childhood Autism Rating Scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1988.
13. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(2):129-136. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x
14. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Apr;101(4):323-9. PMID: 10782554.
15. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1980. 248 с. Bashina VM. Early childhood schizophrenia (statics and dynamics). Moscow: Publishing House "Medicine", 1980:248 (in Russian).

Поступила в редакцию 10.03.2022
Утверждена к печати 27.05.2022

Никитина Светлана Геннадьевна, м.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 2245-7703, AuthorID РИНЦ 1045664. ResearcherID AAN-3145-2021. Scopus AuthorID 57205876434. ORCID iD 0000-0002-7775-1692.

Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич, к.п.н., в.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 5430-4202. AuthorID РИНЦ 685202. ORCID iD 0000-0001-5736-5519. ResearcherID H-7116-2017. Scopus AuthorID 51461586400. E-mail: koval-zaitsev@mail.ru

Балакирева Елена Евгеньевна, и.о. зав. отделом, к.м.н., в.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 7735-2143. ResearcherID C-5777-2018. AuthorID РИНЦ 705839. Scopus AuthorID 8292474300. ORCID iD 0000-0002-3919-7045. E-mail: balakirevalena@yandex.ru

Шушпанова Ольга Владимировна, м.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 8979-9700. Researcher ID S-3346-2016. ORCID iD 0000-0003-3484-3447. E-mail: sertraline@list.ru

Блинова Татьяна Евгеньевна, м.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». ORCID iD 0000-0001-8750-8824. E-mail: blinova.tania2015@yandex.ru

Куликов Антон Владиславович, к.м.н., с.н.с. отдела детской психиатрии. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 3736-8965, AuthorID РИНЦ 694890. ResearcherID C-6924-2016. Scopus AuthorID 35773365600. ORCID iD 0000-0002-9980-9226. E-mail: tstakul@mail.ru

✉ Никитина Светлана Геннадьевна, nikitina.svt@mail.ru

UDC 616.896:616.895.82:616-079.4:616-003.96-053|465*3/*15|

For citation: Nikitina S.G., Koval-Zaitsev A.A., Balakireva E.E., Shushpanova O.V., Blinova T.E., Kulikov A.V. Diversity and commonality of clinical and pathopsychological manifestations of autism and schizophrenia in childhood. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 16-24. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-16-24](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-16-24)

Diversity and commonality of clinical and pathopsychological manifestations of autism and schizophrenia in childhood

Nikitina S.G., Koval-Zaitsev A.A., Balakireva E.E., Shushpanova O.V., Blinova T.E., Kulikov A.V.

*Mental Health Research Center, Russian Academy of Sciences
Kashirskoe Highway 34, 115522, Moscow, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. Despite many years of studying endogenous mental pathology in childhood and adolescence, specialists working in the field of mental health of the younger generation still have not fully clarified a number of issues related to both the differential diagnosis of common nosologies and the development and implementation of further routes of escort and habilitation of patients. Early polyprofessional diagnosis of patients, treatment and psychological and psychotherapeutic correction significantly improve the prognosis of the disease and, as a result, the quality of life of patients and their relatives. Because of this, it is of particular importance to clarify the clinical and psychopathological characteristics and pathopsychological characteristics of patients in order to form a legitimate idea of the degree of impairment of each of the identified mental spheres and the possibilities of cognitive and social functioning of this category of patients. Based on the results of scientific research, it is planned to create pathopsychological profiles of patients with different forms of autism and schizophrenia in childhood for more accurate diagnosis of clinically similar conditions and predicting individual rehabilitation opportunities for each patient. **Objective:** to develop clinical-psychopathological, pathopsychological approaches to the diagnosis of autism spectrum disorders and schizophrenia in childhood. **Material and Methods.** The study sample included 115 patients aged 3 to 15 years (mean age 6.5 years) with ICD-10 diagnoses: 'children's autism' (F84.02), 'schizophrenia, childhood type' (F20.8xx3) [5]. Patients were examined by clinical-psychopathological, clinical-dynamic, clinical-catamnestic, pathopsychological methods. The results obtained were compared with a normative database that included data from a psychological examination of healthy children and adolescents. **Results.** Based on the clinical-psychopathological and pathopsychological positions, the profiles of four types of cognitive dysontogenesis were identified and described: distorted, deficient, deficient-progredient with a gradual increase in defect, regressive-defective. Along with solving the problem of polyprofessional differential diagnosis, this approach activated the understanding and creation of the most effective route for habilitation of patients.

Keywords: autism, schizophrenia, clinical-psychopathological and pathopsychological diagnostics, cognitive dysontogenesis, pathopsychological profile, psychological educational test.

Received March 10.2022

Accepted May 27.2022

Nikitina Svetlana G., Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Center". Moscow, Russia. SPIN-code RISC 2245-7703, AuthorID RISC 1045664. ResearcherID AAN-3145-2021. Scopus AuthorID 57205876434. ORCID iD 0000-0002-7775-1692.

Koval-Zaitsev Aleksey A., PhD, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. SPIN-code RISC 5430-4202. AuthorID RISC 685202. ORCID iD 0000-0001-5736-5519. ResearcherID H-7116-2017. Scopus AuthorID 51461586400. E-mail: koval-zaitsev@mail.ru

Balakireva Elena E., Head of the Department, PhD, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. SPIN-code RISC 7735-2143. ResearcherID C-5777-2018. AuthorID RISC 705839. Scopus AuthorID 8292474300. ORCID iD 0000-0002-3919-7045. E-mail: balakirevalena@yandex.ru

Shushpanova Olga V., Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. SPIN-code 8979-9700. Researcher ID S-3346-2016. ORCID iD 0000-0003-3484-3447. E-mail: sertraline@list.ru

Blinova Tatyana E., Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. ORCID iD 0000-0001-8750-8824. E-mail: blinova.tania2015@yandex.ru

Kulikov Anton V., PhD, Senior Researcher of the Department of Child Psychiatry Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 3736-8965, AuthorID RSCI 694890. ResearcherID C-6924-2016. Scopus AuthorID 35773365600. ORCID iD 0000-0002-9980-9226. E-mail: tstakul@mail.ru

✉ Nikitina Svetlana G., nikitina.svt@mail.ru