

НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А.А. Портнова¹, Э.Е. Сединкина²

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

²БУЗОО «Детская городская больница №1», Омск

Расстройство аутистического спектра (РАС) [7] или ранний детский аутизм (РДА) [3] относится к общим нарушениям развития и представляет собой группу расстройств, характеризующихся качественными отклонениями в социальных взаимодействиях и моделях общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся репертуаром интересов и действий. Эти качественные отклонения являются характерной особенностью функционирования человека во всех ситуациях [3, 51].

За последние десятилетия распространённость данного расстройства заметно увеличивается [9]. По данным ВОЗ, РАС встречается у одного из 160 детей [35]. Систематические обзоры и мета-анализы свидетельствуют о зависимости эпидемиологических показателей по РАС от времени, региона проведения и используемых диагностических подходов [37]. Например, в США РАС выявляется у одного из 68 детей [8]. В то же время по последним данным одного из американских исследований с охватом 11 штатов РАС диагностируется у одного из 54 детей [31]. Согласно другому систематическому обзору и мета-анализу общемировых эпидемиологических данных с 1990 по 2010 годы, РАС устанавливается у одного из 132 детей [16]. В Российской Федерации выявляемость РАС остается крайне низкой. По официальным данным, в нашей стране страдают аутизмом 0,1% детского населения [2, 5]. Статистические данные по отдельным регионам РФ могут отличаться в силу различных причин, в том числе из-за различия диагностических подходов [2, 6].

Большое клиническое значение для комплексной диагностики РАС имеют коморбидные психические нарушения, усложняющие клиническую картину и значительно затрудняющие помощь пациентам. По сравнению с нормотипичной популяцией у людей с РАС значительно чаще встречаются психические расстройства [10, 21, 41]. Показано, что почти у 70% людей всех возрастов с РАС диагностировано по крайней мере одно коморбидное психическое

расстройство, а почти 40% пациентов могут иметь два или более сопутствующих психических расстройств [18, 21, 23, 26, 28]. Обнаружено, что у детей с РАС встречаемость коморбидных психических расстройств выше, чем у детей с умственной отсталостью [41].

С наибольшей частотой у детей с РАС встречаются нарушения сна и трудности поведения [22, 40].

Практически все виды проблемного поведения нарушают адаптацию ребенка, вызывают значительные трудности у родителей или ухаживающих лиц при воспитании, а у педагогов и психологов – при обучении [10, 12]. К нарушениям поведения относят такие проявления как повышенная возбудимость, агрессия, аутоагрессия, стереотипии, гиперактивность, избегание общения. Возбудимость, проявляющаяся в виде тяжёлых истерик, легкости возникновения агрессивных реакций и самоповреждающего поведения, является одной из частых и наиболее разрушительных форм отклоняющегося поведения [43]. Агрессивное поведение у детей с РАС наблюдается по разным данным у 16,6–78,5% [25].

Нарушения поведения у детей с РАС могут служить «фасадом» для других психических или соматических патологических состояний. Серьезную проблему для клинической практики представляет невозможность получить у ребенка с РАС достоверных сведений о наличии болевых или иных дискомфортных ощущений в случае наличия физических страданий. Когда ребенок не может сообщить о своём состоянии, то отклоняющееся поведение служит единственным способом сообщить окружающим о своем плохом самочувствии. Например, если ребенок бьёт себя по голове, это может быть связано с головной болью. Также следует рассмотреть другие источники боли, довольно часто встречающиеся в детстве, такие как фарингит, синусит, отит, зубная боль. Врач в случае необъяснимых нарушений поведения должен с высокой вероятностью подозревать очевидные и неочевидные источники боли или других неприятных ощущений [14, 24, 33, 45].

Одной из распространенных, но в то же время несвоевременно диагностируемых причин нежелательного поведения детей с аутизмом являются заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Расстройства ЖКТ встречаются у 9–70% детей с аутизмом [11, 13, 33]. Симптомы нарушения работы ЖКТ могут вызывать физический дискомфорт, болевые ощущения и, как следствие, отклоняющееся поведение. Например, боль и спазмы в животе, гастроэзофагеальный рефлюкс и/или запор могут сопровождаться вокальными проявлениями (покашливание или сглатывание, вокализмы и/или крики, плач, постанывания без очевидной причины); моторными проявлениями (гримасничанье, скрежет зубами, жевание одежды и других предметов, надавливание на живот, агрессивное или самоповреждающее поведение) и общими проявлениями (нарушения сна, аппетита, раздражительность) [11]. Таким образом, при получении жалоб от родителей об изменившемся поведении ребенка важно учитывать историю состояния здоровья со стороны пищеварительной системы ребенка, в том числе информацию о симптомах гастроэзофагеального рефлюкса, частоте стула и его консистенции, провести тщательное обследование ЖКТ, удостовериться, нет ли вздутия или непроходимости [32].

Тревожные расстройства и высокий уровень тревожности рассматриваются в современных исследованиях как факторы, вызывающие или усугубляющие нарушения поведения как у детей, так и у взрослых с РАС [50]. Отмечается не только большая частота встречаемости тревожных расстройств у детей с РАС, но и более высокий уровень тревожности в целом по сравнению с нормотипичной популяцией [48, 49]. По крайней мере одно тревожное расстройство имеют 39,6% пациентов с РАС молодого возраста. К спектру тревожных расстройств можно отнести и наиболее часто диагностируемые специфические фобии (29,8%), обсессивно-компульсивное расстройство (17,4%) и социальное тревожное расстройство (16,6%) [47].

Подходы к оценке тревожности у детей в исследованиях значительно разнятся [49]. Существующие психометрические методы изучения тревожности в подавляющем большинстве разработаны для детей без нарушений развития, и их использование у детей с РАС дает большой разброс показателей. Исследования показывают, что распространенность тревожных расстройств у детей с РАС значительно различается – от 42 до 84%, причем почти 40% соответствуют диагностическому критерию тревожных расстройств [38, 49]. Обнаружено, что высокая тревожность ассоциирована с агрессивностью, чувствительностью к внешним и внутренним раздражителям [39, 49], с более тяжёлыми случаями повторяющегося поведения, с более низкой степенью функциональности [30, 49], а также с нарушениями сна [34], с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью [1, 49].

Нарушения сна являются распространенной проблемой у детей с РАС. У 40–80% детей с аутизмом

встречаются нарушения сна в виде проблем с засыпанием и частых ночных пробуждений [19, 27]. Несколько исследований показали, что нарушения паттернов сна имеют связь с проблемным поведением в течение дня, в частности, у низко функционирующих людей с РАС [34, 17], а также ассоциируются с более низким функционированием основных психических функций, прежде всего речи и коммуникации [42, 46].

В последние годы в центре научных интересов оказались поведенческие нарушения, причина которых лежит в иммунной дисрегуляции. Синдром PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections) – заболевание, которое может приводить к внезапному возникновению обсессивно-компульсивного синдрома, тикам, раздражительности, немотивированному крику, регрессу развития, страхам, кататонии [20]. Хотя диагностика иммунных нарушений, в том числе и PANDAS, в настоящее время не находит специфических маркеров при внезапном начале указанных нарушений у детей с РАС, рекомендован ряд лабораторных тестов, таких как общий анализ крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок, биохимический анализ крови, анализ мочи, мазок из глотки и анализ на антитела к стрептококкам. При этом ни мазок из глотки, ни наличие антител не являются маркерами синдрома PANDAS, а только указывают на перенесенную или текущую стрептококковую инфекцию [15, 20, 36].

Заключение

Таким образом, исследования показывают, что нарушения поведения у детей с РАС в значительном количестве случаев связаны с наличием сопутствующей соматической патологии (гастроэнтерологические, стоматологические и пр.) и психиатрическими проблемами (тревожные расстройства, нарушения сна). Стратегия оказания помощи детям с РАС при нарушениях поведения должна учитывать причины появления и закрепления такого поведения. Значение нарушений поведения зачастую недооценивается специалистами, которые не принимают во внимание имеющуюся у ребенка коморбидную соматическую или психиатрическую патологию. Обследование детей с РАС должно проводиться в соответствии со стандартам медицинской помощи, разработанным на основе современных клинических рекомендаций [4]. Поведенческие нарушения, не связанные с основными симптомами РАС, недостаточно изучены, особенно в плане междисциплинарного подхода к диагностике и лечению. Распознавание этих заболеваний позволит правильно курировать пациента и давать соответствующие направления к специалистам. С учётом растущего количества детей с РАС, важно, чтобы специалисты первичной медицинской помощи имели чёткие представления как проводить диагностику у детей с РАС и какие сопутствующие РАС заболевания следует рассмотреть.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григоренко Е.Л. Расстройства аутистического спектра. Издательский дом «Практика», 2018. С 80.
2. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая // Журнал неврологии и психиатрии. 2019. Т. 119. №. 2. С. 80–86.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр, 1992.
4. Расстройства аутистического спектра. Клинические рекомендации. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/594_1
5. Статистика аутизма в 2020 году [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/6287169>
6. Чуприкова А.П. Цунами детского аутизма. М.: «Гнозис», 2017. С. 37–43.
7. American Psychiatric Association et al. DSM-5 // American Psychiatric Association, 2013. Т. 70.
8. Baio J. et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014 // MMWR Surveillance Summaries. 2018. Т. 67. N6. С. 1.
9. Baxter A.J. et al. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders // Psychol. Med. 2015. Vol. 45. N 3. P. 601–613.
10. Belardinelli C., Raza M., Taneli T. Comorbid behavioral problems and psychiatric disorders in autism spectrum disorders // J. Childhood Develop. Dis. 2016. Vol. 2. N11. P. 2472–1786.
11. Buie T. et al. Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report // Pediatrics. 2010. Vol. 125. N 1. P. S1–S18.
12. Baghdadli A. et al. Impact of autism in adolescents on parental quality of life // Quality Life Res. 2014. Vol. 23. N6. P. 1859–1868.
13. Chaidez V., Hansen R.L., Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development // J. Autism Develop. Dis. 2014. Vol. 44. N5. С. 1117–1127.
14. Chakraborty P. et al. Gastrointestinal problems are associated with increased repetitive behaviors but not social communication difficulties in young children with autism spectrum disorders // Autism. 2021. Vol. 25. N2. P. 405–415.
15. Chang K. et al. Clinical evaluation of youth with pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome (PANS): recommendations from the 2013 PANS Consensus Conference // J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2015. Vol. 25. N1. P. 3–13.
16. Christensen D.L. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 4 years – early autism and developmental disabilities monitoring network, seven sites, United States, 2010, 2012, and 2014 // MMWR Surveillance Summaries. 2019. Vol. 68. N2. P. 1.
17. Cohen S. et al. The relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): a review // J. Neurodevelopmental Dis. 2014. Vol. 6. N1. P. 1–10.
18. DeFilippis M. Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder // Children. 2018. Vol. 5. N9. P. 112.
19. Devnani P.A., Hegde A.U. Autism and sleep disorders // J. Pediatric Neurosci. 2015. Vol. 10. N4. P. 304.
20. Dop D. et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections // Exp. Therapeutic Med. 2021. Vol. 21. N 1. P. 1–11.
21. Doshi-Velez F., Ge Y., Kohane I. Comorbidity clusters in autism spectrum disorders: an electronic health record time-series analysis // Pediatrics. 2014. Vol. 133. N 1. P. e54–e63.
22. Elrod M.G., Hood B.S. Sleep differences among children with autism spectrum disorders and typically developing peers: a meta-analysis // J. Develop. Behav. Pediatr. 2015. Vol. 36. N3. P. 166–177.
23. Forde J. et al. Health Status of Adults with Autism Spectrum Disorder // Rev. J. Autism Develop. Dis. 2021. P. 1–11
24. Gandhi R.P., Klein U. Autism spectrum disorders: an update on oral health management // J. Evidence Based Dental Practice. 2014. Vol. 14. P. 115–126.
25. Hill A.P. et al. Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: Prevalence and correlates in a large clinical sample // Res. Autism Spectr. Dis. 2014. Vol. 8. N9. P. 1121–1133.
26. Joseph L., Soorya L., Thurm A. Autism spectrum disorder. Hogrefe Publishing, 2014. Vol. 29.
27. Krakowiak P. et al. Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays // Res. Autism Spectr. Dis. 2014. P. 67–76.
28. Lecavalier L. Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification // J. Autism Develop. Dis. 2006. Vol. 36. N8. P. 1101–1114.
29. Leyfer O.T. et al. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders // J. Autism Develop. Dis. 2006. Vol. 36. N7. P. 849–861.
30. Liew S.M. et al. The relationship between autistic traits and social anxiety, worry, obsessive-compulsive, and depressive symptoms: specific and non-specific mediators in a student sample // J. Autism Develop. Dis. 2015. Vol. 45. N. 3. P. 858–872.
31. Maenner M.J. et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016 // MMWR. Surveillance Summaries. 2020. N 4. P. 1–12.
32. Manning-Courtney P. et al. Autism spectrum disorders // Curr. Probl. Pediatric Adolesc. Health Care. 2013. Vol. 43. N1. P. 2–11.
33. Mansour R. et al. ADHD severity as it relates to comorbid psychiatric symptomatology in children with Autism Spectrum Disorders (ASD) // Res. Develop. Disabilities. 2017. Vol. 60. P. 52–64.
34. Mazurek M.O. et al. Course and predictors of sleep and co-occurring problems in children with autism spectrum disorder // J. Autism Develop. Dis. 2019. Vol. 49. N5. P. 2101–2115.
35. Meeting Report. Autism spectrum disorders & other developmental disorders: From raising awareness to building capacity (Geneva, 16–18 September 2013). Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, 2013. P. 50
36. Muskens J.B., Velders F.P., Staal W.G. Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 2017. Vol. 26. N9. P. 1093–1103.
37. National Survey of Children’s Health. <https://mchb.hrsa.gov/data/national-surveys>
38. Perihan C., Bicer A., Bocanegra J. Assessment and Treatment of Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder in School Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis // School Mental Health. 2021. С. 1–12.
39. Pugliese C.E. et al. Social anxiety predicts aggression in children with ASD: Clinical comparisons with socially anxious and oppositional youth // J. Autism Develop. Dis. 2013. Vol. 43. N5. P. 1205–1213.
40. Qin D. et al. Sleep disorders in children with autism spectrum disorder: Insights from animal models, especially non-human primate model // Fron. Behav. Neurosci. 2021. Vol. 15. С. 92.
41. Romero M. et al. Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis // Int. J. Clinical Health Psychol. 2016. Vol. 16. N3. P. 266–275.
42. Schreck K.A., Schreck R.E. The unique association of autism spectrum disorder with sleep problems // Sleep Difficulties Dis. Autism Spectr. Dis. 2020. N 1. P. 12.
43. Steinfeldt-Kristensen C., Jones C.A., Richards C. The prevalence of self-injurious behaviour in autism: A meta-analytic study // J. Autism Develop. Dis. 2020. Vol. 50. N11. P. 3857–3873.
44. Stigler K.A. Psychopharmacologic management of serious behavioral disturbance in ASD // Child Adolesc. Psychiatric Clin. 2014. Vol. 23. N 1. P. 73–82.
45. Summers J. et al. Self-injury in autism spectrum disorder and intellectual disability: Exploring the role of reactivity to pain and sensory input // Brain Sciences. 2017. Vol. 7. N11. P. 140.
46. Taylor M.A., Schreck K.A., Mulick J.A. Sleep disruption as a correlate to cognitive and adaptive behavior problems in autism spectrum disorders // Res. Develop. Disabilities. 2012. Vol. 33. N5. P. 1408–1417.
47. Van Steensel F.J.A., Bögels S.M., Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis // Clin. Child Family Psychol. Rev. 2011. Vol. 14. N3. P. 302.
48. vanSteensel F.J.A., Heeman E.J. Anxiety levels in children with autism spectrum disorder: A meta-analysis // J. Child Family Studies. 2017. Vol. 26. N7. P. 1753–1767.
49. Vasa R.A. et al. A scoping review of anxiety in young children with autism spectrum disorder // Autism Res. 2020. Vol. 13. N. 12. P. 2038–2057.
50. Wood J.J., Gadow K.D. Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders // Clin. Psychol. Sci. Practice. 2010. Vol. 17. N4. P. 281.
51. World Health Organization et al. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization, 1993. Т. 2.

НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А.А. Портнова, Э.Е. Сединкина

Проанализированы современные научные данные по распространенности нарушений поведения и другой коморбидной патологии при расстройстве аутистического спектра (РАС) у детей, особенности клинических проявлений, виды проблемного поведения. Показано, что, по данным литературы, почти у 70% пациентов с РАС встречаются коморбидные психические расстройства, из которых чаще всего наблюдаются нарушения поведения и расстройства сна. Приведены факторы, вызывающие и закрепля-

ющие проблемное поведение у детей с РАС, а также патофизиологическая роль сопутствующей патологии, из-за которой возникают диагностические ошибки и как следствие – недостаточная эффективность помощи.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, распространенность, проявления проблемного поведения, классификация проблемного поведения, факторы риска, диагностика проблемного поведения, роль коморбидной патологии.

BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

A.A. Portnova, E.E. Sedinkina

The article analyzes modern scientific data on the prevalence of behavioral disorders and other comorbid pathology in children with autism spectrum disorder (ASD), features of clinical manifestations, types of problem behavior. It has been shown that, according to the literature, almost 70% of patients with ASD have comorbid mental disorders, of which behavioral disorders and sleep disorders are most often observed. The factors that

cause and perpetuate problem behavior in children with ASD, as well as the pathoplastic role of concomitant pathology, due to which diagnostic errors occur and, as a consequence, insufficient effectiveness of care, are presented.

Key words: autism spectrum disorder; prevalence; manifestations of problem behavior; classification of problem behavior; risk factors; diagnostics of problem behavior; the role of comorbid pathology.

Портнова Анна Анатольевна – доктор медицинских наук, руководитель отделения детской и подростковой психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; email: aapserbsky@yandex.ru

Сединкина Эльвира Евгеньевна – врач-психиатр детского психиатрического отделения БУЗОО «Детская городская больница №1», Омск; e-mail: ela-ela.90@list.ru