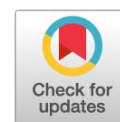


DOI: <https://doi.org/10.17816/nb677141>

EDN: QMELLK



Квазипсихотические феномены при расстройствах аутистического спектра

В.Д. Менделевич, М.К. Нестерина, В.Н. Коновалова

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

АННОТАЦИЯ

В статье приведён диагностически неоднозначный клинический случай пациента Якова, инвалида с детства по шизофрении (детский тип, олигофреноподобный дефект), который с трёхлетнего возраста неоднократно госпитализировался в психиатрические стационары, проходил антипсихотическую терапию. При специальном обследовании в возрасте 23 лет диагноз «шизофрения» не подтвердился, поскольку не соответствовал наблюдавшейся картине психопатологических симптомов. Констатируется, что диагноз «детская шизофрения» был выставлен пациенту на основании ошибочной интерпретации наблюдавшихся расстройств поведения и симптомов «эмоционально-волевого дефекта» — мальчик с детства был малообщительным, нелюдимым, безынициативным, безэмоциональным, был склонен к совершению «странных» поступков, отмечалась задержка психического и речевого развития. В дальнейшем отставание в интеллектуальном и речевом развитии было ликвидировано, однако сохранялись «странности» поведения, коммуникативные сложности, инфантилизм, а также склонность к фантазированию и жизни в вымышленной реальности. Отчётливой позитивной психопатологии не регистрировалось. При обследовании Якова в 23-летнем возрасте доминирующими оставались коммуникативные сложности, аутизация и расстройства речи, специфичные для расстройства аутистического спектра, что позволило выставить ему данный диагноз взамен диагноза «шизофрения». Обращено внимание на то, что обнаруживавшиеся у пациента симптомы, расценённые как бредовые, галлюцинаторные, а также разорванность и бессвязность мышления можно было трактовать как квазипсихотические, связанные с нарушением когнитивной переработки информации, а не как психотические. Проведён анализ литературы и привлечено внимание коллег к проблеме гипердиагностики шизофрении и игнорирования возможности сходной симптоматики, относящейся к расстройствам аутистического спектра.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра; шизофрения; шизофреноформный психоз; квазипсихотические расстройства.

Как цитировать:

Менделевич В.Д., Нестерина М.К., Коновалова В.Н. Квазипсихотические феномены при расстройствах аутистического спектра // Неврологический вестник. 2025. Т. 57, № 2. С. 100–112. DOI: 10.17816/nb677141 EDN: QMELLK

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb677141>

EDN: QMELLK

Quasipsychotic Phenomena in Autism Spectrum Disorders

Vladimir D. Mendelevich, Maria K. Nesterina, Veronika N. Konovalova

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

ABSTRACT

This article presents a diagnostically ambiguous clinical case of a patient, Yakov, who had been classified as disabled since childhood due to a diagnosis of childhood-onset schizophrenia with an oligophrenic-like defect. Since the age of 3 years, he has been repeatedly hospitalized in psychiatric facilities and received antipsychotic therapy. However, during a specialized psychiatric assessment at the age of 23 years, the diagnosis of schizophrenia was not confirmed, as the observed psychopathological symptoms did not align with the diagnostic criteria. The initial diagnosis of childhood schizophrenia had been based on a misinterpretation of behavioral disturbances and symptoms of emotional-volitional deficit: from early childhood, the patient exhibited low sociability, social withdrawal, lack of initiative, emotional flatness, and a tendency toward unusual behaviors, along with developmental delays in cognition and speech. Later, his intellectual and speech delays eventually resolved, but behavioral peculiarities, communication difficulties, infantilism, and a tendency to fantasize and live in an imagined reality persisted. No clear signs of positive psychotic symptoms were observed. At the time of assessment at the age of 23 years, communicative difficulties, autistic traits, and speech disorders characteristic of autism spectrum disorder remained predominant, which led to a revised diagnosis of autism spectrum disorder instead of schizophrenia. Attention is drawn to the fact that the symptoms observed in the patient—previously regarded as delusional, hallucinatory, or indicative of disorganized and incoherent thinking—could be interpreted as quasipsychotic, associated with impaired cognitive information processing rather than true psychosis. The published data were analyzed, and the attention of colleagues was drawn to the issue of overdiagnosis of schizophrenia and disregarding the possibility of similar symptoms related to autism spectrum disorders.

Keywords: autism spectrum disorders; schizophrenia; schizophreniform psychosis; quasipsychotic disorders.

To cite this article:

Mendelevich VD, Nesterina MK, Konovalova VN. Quasipsychotic phenomena in autism spectrum disorders. *Neurology Bulletin*. 2025;57(2):100–112. DOI: 10.17816/nb677141 EDN: QMELLK

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb677141>

EDN: QMELLK

Аутизм спектры тайпылышлары вакытындагы квазипсихотик феноменнар

В.Д. Менделевич, М.К. Нестерина, В.Н. Коновалова

Казан дәүләт медицина университеты, Казан, Россия

АННОТАЦИЯ

Мәкаләдә балачактан шизофрения буенча инвалидлыгы булган (балалар тибы, олигофрениясыман дефект) Яков исемле пациентның диагностик яктан төрлечә аңлатырга була торган клиник очрагы китерелә, Ул өч яшеннән берничә тапкыр психиатрия стационарларына госпитализацияләнгән, антипсихотик терапия узган. 23 яшендә махсус тикшерү вакытында "шизофрения" диагнозы расланмаган, чөнки күзәтелгән психопатологик симптомнар картинасына туры килмәгән. «Балалар шизофрениясе» диагнозы пациентка күзәтелгән тәртип бозуларын һәм «эмоциональ-ихтыяр дефекты» симптомнарын ялгыш интерпретацияләү аркасында куелган — малай балачактан ук аз аралашучан, кешеләрдән читләшүчән, инициативасыз, эмоцияләргә ярлы булган, психикасында һәм сөйләмдә дә тоткарлыктар күзәтелгән. Алга таба интеллектуаль һәм сөйләм үсешендәге артта калулар бетерелсә дә, үз-үзен тотышындагы «сәерлекләр», аралашудагы проблемалар, инфантилизм, шулай ук уйлап чыгарылган чынбарлыкта яшәү, фантазияләргә бирелү кебек билгеләр сакланып кала. Ачык чагылган позитив психопатология күзәтелми. 23 яшьлек вакытында тикшергәндә аралашудагы кыенлыктар һәм сөйләм тайпылышлары кебек аутизм спектрына хас булган тайпылышлар өстенлек итүе Яковка «шизофрения» диагнозы урынына әлеге диагнозны куярга мөмкинлек бирә. Саташулар, галлюцинацияләр, фикерләрнең өзеклеге, бәйләнешсезлеге дип бәяләнгән симптомнарны психотик дип түгел, ә мәгълүматны когнитив эшкәртүдәге тайпылышларга бәйле квазипсихотик билгеләр буларак аңлатырга мөмкин булганлыгы күрсәтелә. Фәнни хезмәтләргә анализ ясала, шизофрения гипердиагностикасы проблемасына, аутизм спектры тайпылышларына караган охшаш симптоматикага игътибар юнәлтелә.

Төп төшенчәләр: аутизм спектры тайпылышлары; шизофрения; шизофрения формасындагы психоз; квазипсихотик тайпылышлар.

Өземтәләр ясау өчен:

Менделевич В.Д., Нестерина М.К., Коновалова В.Н. Аутизм спектры тайпылышлары вакытындагы квазипсихотик феноменнар // Неврология хәбәрләре. 2025. Т. 57, № 2. 100–112 б. DOI: 10.17816/nb677141 EDN: QMELLK

Вопрос возможности возникновения шизофреноформных психозов в структуре расстройств аутистического спектра (РАС) остаётся дискуссионным на протяжении многих лет [1–12]. Тема стала ещё более актуальной в последние годы в связи учащением регистрации психотических симптомов у пациентов с РАС, трактуемых как проявления шизофрении, в особенности при высокофункциональном аутизме (синдроме Аспергера) [13–22]. По данным литературы, до 34,8% пациентов с РАС могут испытывать психотические симптомы, а аутистические черты у пациентов с шизофренией могут выявляться в 3,6–60,0% случаев [13]. Проблема заключается, во-первых, в сложностях дифференциации психотических и квазипсихотических симптомов, на основании которых возникают трудности дифференциации РАС и шизофрении, во-вторых, в обоснованности вынесения заключений о наличии или отсутствии у пациентов с РАС бреда и галлюцинаций на основании самоотчётов с учётом того, что для них типичны когнитивные искажения, дефициты когнитивной обработки переживаний, нарушения самопознания и познания реальности. Немаловажным остаётся вопрос о том, могут ли при РАС появляться специфические шизофреноформные психозы или же их регистрация указывает на коморбидность с шизофренией. Поставленные вопросы выходят за рамки академических, поскольку выбор психофармакотерапии может существенно влиять на судьбу пациентов, особенно в случаях, когда вместо РАС выставляется диагноз «шизофрения» и назначается антипсихотическая терапия. Ниже приведён диагностически неоднозначный клинический случай 23-летнего Якова¹, инвалида с детства по шизофрении (детский тип, олигофреноподобный дефект), у которого в анамнезе обнаруживались эпилептические абсанс-пароксизмы и который с трёхлетнего возраста неоднократно госпитализировался в психиатрические стационары, проходил антипсихотическую терапию. В возрасте 23 лет диагноз «шизофрения» был поставлен под сомнение. Проблема заключалась в том, что курировавшие мальчика психиатры были убеждены, что в клинической картине его заболевания, наряду с негативной симптоматикой, наблюдались позитивные психотические симптомы в виде галлюцинаций и бреда.

Яков, 23 года. На момент экспертного обследования и клинической конференции пациент находился в дневном стационаре психиатрической больницы по причине неадекватного поведения: после конфликтов с родителями и перенесённой пневмонии он начал разговаривать сам с собой, высказывал суицидальные мысли, выбрал парадоксальные способы ухода из жизни (собирался «замерзнуть на улице, съесть несъедобную пищу»).

Анамнез жизни и заболевания (по данным медицинской документации и со слов родителей). Родился

от второй беременности, протекавшей с осложнениями: с 20-й недели у матери отмечалось повышение тонуса матки. Роды первые, на сроке 40 недель путём экстренного кесарева сечения по причине узкого таза роженицы. Регистрировался длительный безводный период. Масса при рождении 4 кг, длина 57 см, оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. К груди был приложен на третьи сутки, выписан из роддома на восьмые сутки. На грудном вскармливании был до девятимесячного возраста. Мать сотрудник полиции, отец журналист. Наследственность по психическим заболеваниям отягощена: младшему брату (разница в полтора года) был выставлен диагноз «шизофрения, детский тип», кроме того, брат отца совершил суицид, но у психиатров не наблюдался. Яков рос и развивался с задержкой в психическом развитии. Зрительный контакт не устанавливал и не поддерживал, интереса к игрушкам не проявлял. На прогулках был преимущественно безучастным к происходящему вокруг, однако оживлялся в присутствии родных. Демонстрировал улыбку, смех только в ответ на щекотание. На мимику родителей не реагировал, внимание не привлекалось. Физически развивался соответственно возрасту, но был моторно неловким, часто спотыкался и падал. К году начал произносить отдельные слова, однако после перенесённой операции по поводу паховой грыжи под общим наркозом снова замолчал. Речь восстановилась к 2,5–3 годам. Посещал детские дошкольные учреждения, адаптировался тяжело. Посещать детский сад отказывался, плакал. В детской группе преимущественно находился в одиночестве, со взрослыми общался избирательно. Играл в одиночестве, в игровой деятельности преобладало манипулирование предметами: стереотипно катал машинку по полу или упирался головой в твёрдые предметы. Постепенно освоился в детском коллективе, стал соблюдать режим. На занятиях стал усваивать материал, но только по принципу подражания. Навыки самообслуживания были развиты слабо, нуждался в помощи воспитателя и родителей. Когда Якову был 1 год и 7 месяцев, родился брат Валерий². С этого времени в поведении мальчика усилились черты детскости, имитировал действия брата, появились моторное беспокойство, черты протестности («отбирал коляску, хлопал дверьми, отнимал игрушки»). В дальнейшем начал проявлять ревность по отношению к брату.

С двухлетнего возраста у него начали наблюдаться «отключения» (абсансы) в виде закатывания глаз, длившиеся нескольких секунд с частотой до десяти раз в день, отмечались кратковременные клонусы век и приступы застываний. В связи с этим лечился в детской больнице, где был выставлен диагноз «детская абсанс-эпилепсия с миоклоническим компонентом». На электроэнцефалограмме выявлялась медленно-волновая активность

¹ Имя изменено.

² Имя изменено.

и билатеральные вспышки пик-волн. После выписки находился на поддерживающей антиконвульсивной терапии (этосуксимид), состояние постепенно улучшалось, приступы стали редкими (до двух раз в день), но более продолжительными. Приступы купировались к трёхлетнему возрасту, после чего антиконвульсивная терапия была отменена. В детском возрасте получал неоднократные травмы, из-за которых нуждался в хирургической коррекции, в связи с чем перенёс восемь операций под общим наркозом.

Впервые к участковому психиатру обратились в возрасте 3,5 лет с жалобами на замкнутость, задержку речевого развития, странности поведения. С этого периода состоял на консультативном наблюдении в психоневрологическом диспансере с диагнозом **«задержка психического развития, синдром аутизма»**. Получал общеукрепляющую терапию. В возрасте четырёх лет у Якова сохранялось неполное понимание обращённой речи, собственная речь была представлена единичными слогами, мычанием. Пополнение словарного запаса совпало с появлением заикания. В этот период совершал «особые» движения руками (взмахи), передвигался на «носочках», постукивал по ушам, причмокивал, что-то «бормотал себе под нос». В возрасте пяти лет был осмотрен логопедом, выставлен диагноз **«задержка речевого развития»**, в связи с чем был переведён в логопедическую группу детского сада. С шестилетнего возраста стал более усидчивым, внимательным, выучил буквы, пытался складывать их в слоги.

В возрасте восьми лет был госпитализирован в неврологическое отделение детской больницы, где ему был выставлен диагноз **«резидуальное поражение головного мозга, астеноневротические состояния, задержка психического развития»**. Через 1,5–2 года с целью уточнения диагноза был впервые госпитализирован в психиатрический стационар. Со слов матери, у Якова отмечались повышенная утомляемость, плаксивость, навязчивые движения головой и руками и сохранялись пассивность, безынициативность, безэмоциональность, нелюдимость. По результатам обследования мальчику выставлен диагноз **«шизофрения, детская форма»** и установлена группа инвалидности. Для уточнения диагноза был проконсультирован в Научном центре психического здоровья РАМН с подозрением на шизофрению, начавшуюся в детском возрасте с ранним резидуально-органическим поражением ЦНС. По результатам психологического исследования отмечалось выраженное отставание в развитии основных мыслительных операций, сложное сочетание элементов ретардации и диссоциации познавательного развития, несформированность произвольной регуляции деятельности, мотивационные нарушения, стереотипность поведения, инфантилизм. В поведении значительная доля негативизма, недостаточность социальной адаптации. Был выставлен диагноз **«шизофрения, детский тип, олигофреноподобный дефект, астенический синдром, кататонический синдром. F20.8183»**. Получал следующее

лечение: трифлуоперазин 12,5 мг в сутки, флувоксамин 50 мг в сутки, клозапин 25 мг в сутки, перициазин 4 мг в сутки, хлорпромазин 50 мг в сутки, вальпроевая кислота 75 мг в сутки. На фоне лечения стал лучше адаптироваться к коллективу, купировалась тревога, к деятельности стал привлекаться не только при индивидуальном обращении, возрос темп работоспособности, улучшилось понимание обращённой речи, расширился словарный запас, начал разговаривать предложениями, принимать участие в жизни коллектива, нивелировалось возбуждение, улучшились навыки самообслуживания.

В восьмилетнем возрасте был представлен на городскую медико-педагогическую комиссию с целью определения условий образования. Со слов матери, предлагалось отдать Якова в общеобразовательную школу, но высказалось мнение, что мальчик сможет освоить программу только начальной школы, в дальнейшем возникнут трудности с адаптацией. Вследствие чего он пошёл в коррекционную школу, где учился удовлетворительно. Друзей в школе не было, был рассеянным, забывчивым, быстро утомлялся. *Характеристика на Якова (4 класс):* «Мальчик тихий, скромный, воспитанный, но очень обидчивый и плаксивый. Малообщительный, друзей из класса мало. Может рычать в сторону одноклассников, демонстрируя недовольство. Во время перемен и в группе продлённого дня старается уединиться, с детьми не играет, находит в кабинете безлюдное место, сидит там в одиночестве и шёпотом разговаривает сам с собой. На уроках пассивен. Создаётся впечатление, что мальчик всегда думает о своём, живёт в каком-то своём мире. Он может во время урока задавать вопросы, не относящиеся к теме урока. Но очень хорошо читает, пересказывает. Под диктовку пишет, но забывает, как правильно оформляется предложение, может после точки писать с маленькой буквы. Стихи заучивает быстро. Считает в пределах 100, таблицу умножения знает».

Повторная госпитализация в возрасте девяти лет была связана с появлением стереотипных движений руками, головой, подпрыгиваний, разговоров с самим собой шёпотной речью, плаксивостью, повышенной утомляемостью. В отделении общался только с братом, который был также госпитализирован, круг интересов сужен. Эпизодически был «эмоционально уплощён», мимика была скудной, навыки самообслуживания развиты недостаточно для его возраста. Мышление было аморфным, малопродуктивным, речь не всегда по существу. Интеллект оценивался как сниженный. По результатам обследования был подтверждён диагноз **«шизофрения, детский тип, олигофреноподобный дефект»**. Был проконсультирован логопедом. Диагноз: общее недоразвитие речи III уровня, осложнённое легким неврозоподобным заиканием тоникоклонического типа. Получал вальпроевую кислоту 300 мг в сутки, этосуксимид, рисперидон 0,5 мг, трифлуоперазин 2,5 мг. В дальнейшем наблюдался амбулаторно у участкового психиатра и продолжал получать антипсихотическую

терапию (рисперидон 0,5 мг два раза в день). В процессе лечения отмечалось улучшение психического состояния: наладился сон, упорядочилось поведение, в свободное время играл на компьютере, ходил в магазин за хлебом, выбрасывал мусор, но иногда неуместно пританцовывал, навязчиво рассказывал о мультиках. Со слов родителей, уменьшилась ранимость, стал реже плакать. В этот период на электроэнцефалограмме обнаруживались выраженные преобладания альфа-активности, медленных и острых волн в затылочной области справа, с периодическими вспышками острых потенциалов до 150 мкВ, больше справа; во время гипервентиляции появлялась билатерально синхронная замедленная активность в виде вспышек в лобной области, после гипервентиляции — вспышки полиморфных и острых потенциалов, с последующими нечёткими комплексами в правой затылочной области. Обнаруживались признаки патологической активности и возбудимости в области медиобазальных височных структур с акцентом изменений справа, особенно в затылочной области. Эксперты не исключали эпилептиформный характер изменений.

Из характеристики на Якова (9 класс коррекционной школы): «Ребенок часто бывает задумчивым, размышляет о своём, живёт в своём мире. Может задавать вопросы, не относящиеся к теме урока. Часто не отвечает прямо на поставленные вопросы, однако озвучивает чётко сформулированную «зазубренную» информацию, к примеру: «какие города России ты знаешь? — Российская Федерация — самая большая страна в мире, её протяжённость составляет...». Часто отвлекается. В коллективе сверстников держится отстранённо. На переменах ходит взад-вперед по коридору, говоря о чём-то сам с собой, размахивая руками. К детям, которые его чем-то раздражают, может проявить агрессивность, способен ударить. Критику в свой адрес воспринимает болезненно, может заплакать. Не проявляет брезгливости, может съесть еду, поднятую с пола, с земли».

В возрасте 18 лет Яков в очередной раз был госпитализирован в психиатрический стационар как для оценки психического состояния для прохождения МСЭ, так и в связи с тем, что родители продолжали жаловаться на рассеянность мальчика, повышенную утомляемость, необщительность, отсутствие эмоциональности, разговоры с самим собой, пересказывание содержания игр. Обращалось внимание на «тряску рук», беспричинные улыбки, несамостоятельность, избирательность в общении. Результаты экспериментально-психологического обследования: на фоне сниженной мотивации к исследованию выявляется лёгкое снижение памяти, неустойчивость внимания, а также нарушение операционного компонента мыслительных процессов, признаки стереотипии, снижение целенаправленности, искажения процессов обобщения, субъективизма в суждениях. Был консультирован логопедом, диагноз: **«органическая дислалия, фонастения»**. По результатам клинического обследования

Якову был подтверждён диагноз **«шизофрения, простая форма, непрерывный тип течения, выраженный эмоционально-волевой дефект»** и рекомендовано поддерживающее лечение с использованием рисперидона 2 мг в сутки и перфеназина 4 мг в сутки. После выписки лекарства принимал нерегулярно.

Характеристика Якова со слов матери (18 лет): «Физически без увечий и может без труда поддерживать личную гигиену, но он в этом не заинтересован, не заметит, что грязный или плохо пахнет. По своей инициативе не пойдёт и не станет мыться. Чистит зубы, купается, заправляет постель только после напоминаний, если и делает, то очень плохо. Во время купания может просто намочиться водой, без моющих средств. Иногда приходится оказывать ему помощь. В городе хорошо ориентируется только по постоянным маршрутам, небольшое отклонение вызывает затруднение в ориентировании. Не догадается воспользоваться навигатором из телефона или же попытается, но безуспешно. Круг интересов ограничен компьютерными играми. Слабо развита моторика рук, размашистый почерк. Движения неуклюжие и неуверенные. Выполняет работу по дому (протирает пыль, моет полы и посуду) после настоятельных требований и с явным недовольством. В магазин ходит, покупает только то, что просили, не отклоняясь от задания. Сдачу приносит. Самостоятельно выбрать в магазине продукты затрудняется, покупает только знакомые. Без внимания может оставить включёнными газ, свет, утюг, не закрыть холодильник. В период полового созревания возникла тяга к объятиям с матерью, до этого тактильных контактов категорически избегал».

В 18-летнем возрасте Яков поступил в колледж предпринимательства и малого бизнеса. *Из характеристики:* «Яков обучается в коррекционной группе по специальности «сборщик обуви». За время обучения проявил себя с хорошей стороны. Со сверстниками держится отстранённо, работоспособность низкая, уровень и темп не соответствуют норме, задания выполняет только под контролем или при помощи мастера. Программный материал усваивает, старается, но испытывает трудности. Быстро устаёт, может заснуть. Снижена активность мыслительных процессов. На перемене предпочитает уйти в сторону, имеется склонность к стереотипным движениям». За время обучения получил две специальности — «сборщик обуви» и «пекарь». В возрасте 22 лет трудоустроился в сеть ресторанов быстрого питания уборщиком, где работает до настоящего времени. С работой справлялся хорошо, нареканий не было. Однако, со слов пациента и его матери, случались следующие «странные эпизоды»: несколько раз ел объедки из компактера, так как, со слов пациента, «проникся сочувствием к бомжам». На работе, увидев это, сделали замечание, после чего перестал себя так вести. Проживал и проживает с родителями и младшим братом в благоустроенной квартире.

В течение пяти лет к психиатрам не обращался и не принимал никакого лечения. Последняя госпитализация

в дневной стационар психиатрической больницы произошла в связи с резким изменением психического состояния Якова. На фоне соматического неблагополучия (гипертермия, терапия антибиотиками) нарушился сон, стал разговаривать сам с собой («сорвало крышу, появились депрессия, суицидальные мысли, хотя до этого никогда ничего подобного не испытывал»). Считал себя незаслуженно обижаемым родителями, в связи с чем однажды ушёл из дома в лёгкой куртке (в ноябре), оставив телефон, деньги и документы, бродил по городу в течение шести часов, думая о том, что может и должен умереть. Дошёл до места жительства бабушки, сообщил ей, что «за нами следят», просил занавесить окна, спрятал ключи от квартиры. Речь в этот момент была хаотичной, говорил невпопад, был напуган, «возникало ощущение, что озвучивает дословно заученные совершенно не связанные между собой абзацы из Википедии, много говорил про монотеизм, политеизм, затем переходил на тему пересадки органов». «Потоком» высказывал многочисленные обиды на родителей, затем начинал винить себя, постоянно извинялся, плакал, что для него не было характерно, говорил, что ел отходы на работе для того, чтобы умереть. Затем резко замолкал, отвечал на вопросы односложно, «будто в нём было две личности». Был госпитализирован в терапевтический стационар, где ему выставили диагноз «внебольничная полисегментарная правосторонняя бронхопневмония средней степени тяжести». После выписки из больницы психическое состояние оставалось неустойчивым, сохранялась рассеянность, не выполнял простые просьбы родителей, например, на просьбу положить еду в холодильник мог выбросить её в мусор, часто держался за голову, в телефоне создал множество аккаунтов, доступ к которым потерял вследствие того, что забыл пароли, заходил на порносайты, периодически становился замкнутым, разговаривал сам с собой. За неделю до обращения к психиатрам стал хуже справляться с работой, был переведён на короткий день, иногда самовольно уходил с работы и бесцельно бродил по улицам.

Психический статус при поступлении. В поведении суетлив, выглядит опрятно. В глаза старается не смотреть, сидит опустив голову вниз, надавливая на переносицу пальцем, объясняя это тем, что «научился ловить свет в глазах... свет — это озарение... я научился видеть красоту в машинах». Мимика скудная, однако временами то беспричинно улыбается, то хмурится. Внимание к беседе привлекается достаточно, но удерживается непродолжительное время. На вопросы отвечает невпопад, чаще длительным монологом в виде заученного текста из комиксов, мультфильмов. Голос монотонный, без эмоциональной окраски. Речь скандированная. Фон настроения ровный. Критика к состоянию отсутствует. Мышление разорванное, разноплановое, с элементами резонёрства.

Отмечается наличие галлюцинаторных переживаний: говорит, что слышит «голоса» умерших родственников, «умершего дедушку Миньку и прабабушку Марусю». Объяснил, что слышит «голоса» во время открытия портала Богом, «но, когда портал закрывается, голоса пропадают». Эти голоса говорят следующее: «Свои сверхспособности используй с умом». Сообщал, что слышит также «голоса знакомых персонажей, реальных и мифических, например Люцифера, падших ангелов». Сообщает, что «голоса [его] утешают, подбадривают, они демоны, изгои, такие же, как я, но голоса не смогли взломать мой разум, не смогли ничего понять обо мне, я как Брюс Уэйн³».

В первый день госпитализации продолжал быть возбуждённым, суетливым, хватался за голову, метался из стороны в сторону, не находил себе места, ходил кругами, разговаривал сам с собой. Был назначен раствор галоперидола 0,5% 1,0 мл в/м, после чего состояние стабилизировалось. В последующем был переведён на рисперидон 4 мг в сутки. На фоне лечения рисперидоном упорядочилось поведение, но оставался обособленным, в отделении ни с кем не общался, в свободное время слушал песни, смотрел аниме, играл в игры, временами что-то шептал себе под нос, беспричинно улыбался.

Пример беседы:

- Объясни причины поступления в дневной стационар.
- На меня мусор плохо влияет, кровь начинает портиться, но я встал на путь исправления, когда раскрылся перед мамой. Также я срывался на тех, кто мне не безразличен, так как сам терпел унижения со стороны отца, я таким образом старался быть сильнее. Подлая часть меня напоминает мне о скверностях. Ещё я чудил, сбегал из дома, попытался выйти из цивилизации, так как было много обид на отца, но я тем самым вызвал у него депрессию.
- Расскажи о «голосах», которые ты слышал.
- Я слышал «голоса» под влиянием демона, который взломал мой разум. В голове бывают «голоса» знакомых персонажей, реальных и мифических, ангелов, демонов, мифологических персонажей, Люцифера, падших ангелов.
- Как ты понял, что это демон?
- Он смотрел на меня как ангел, спокойно, когда я гулял и сидел на качелях.
- Как он выглядел?
- Как мужчина.
- Как ты понял, что он ангел?
- Я отвернулся, и он исчез.
- Что говорил Люцифер?
- Подсказал, чтобы я шёл налево, потому что я сам был одержим антагонистом.
- Голос слышишь внутри головы или вне?
- Когда мне не с кем пообщаться, я разговариваю сам с собой (отворачивается и начинает что-то тихо шептать).

³ Брюс Уэйн (Бэтмен) — персонаж расширенной вселенной DC, основанный на одноимённом персонаже DC Comics.

– Ты в школе общался сам с собой, как ты это объяснишь?

– Я общался с «голосом разума».

– Какие темы обсуждал?

– Интересные темы игр, таких как Вархаммер⁴, тему злодеев и сорокатысячника. Все злодеи как антагонисты были очень интересны.

– Какие у тебя отношения с отцом?

– Я его уважаю, но он сам слабый и трусливый, потому что одновременно с этим brutальный. Он женился на маме, так как она солнечная оптимистка. Он пытался влезть в мой аккаунт, я делаю неправильные вещи, он сбросил всё до заводских настроек, мне нельзя доверять, я разочаровал маму, папу, брата Валерия.

– Как считаешь, тебе необходимо принимать лечение?

– Да, необходимо.

– Почему?

– Я прохожу реабилитацию.

– Почему ты уходил из отделения, не приняв дневные лекарства?

– Я спешил к бабуле.

Сравнительная характеристика братьев Якова и Валерия⁵. Со слов родителей, общее между братьями — это задержка психического развития (полноценная фразовая речь с восьми лет после совместной госпитализации на фоне лечения), замкнутость, снижение интеллекта, заикленность на своих интересах, болезненное восприятие незнакомых людей, смены обстановки (к примеру, истерики из-за смены учителя). Валерий копировал (зеркалил) движения и поведение брата. В раннем детстве друг с другом практически не играли, сидели в разных концах комнаты. В детском саду Валерий был очень привязан к старшему брату, защищал его, мог подраться с обидчиками. Яков же, наоборот, привязанности и теплоты к брату не проявлял. В школе Яков интересовался чем-то абстрактным, нереальным, мастерить не умел и не хотел, мелкая моторика всегда была слабой, шнурки завязать не мог. Валерий же любил мастерить руками красивые кораблики, поделки. В период обучения в колледже Яков мог раздражаться, проявлять агрессию в отношении брата. Валерий никогда не защищался, хотя физически крупнее и сильнее. Недавно Яков «переосмыслил отношение к Валерию, стал благодарить его за доброту и заботу». Стали больше общаться, могут адекватно вести спор. Совместно посещают спортивный зал, однако Яков там пассивен. На данный момент трудоустроены в одной и той же организации (комбинат быстрого питания), но работают в разные смены. Валерий более адаптирован, сосредоточен, лучше справляется с работой, воспринимает замечания. Яков же не признает своих

ошибок, проявляет упрямство. Оба считают себя психически здоровыми.

В связи с неоднозначностью клинической картины заболевания по поводу Якова был проведён консилиум (клиническая конференция) с участием нескольких десятков психиатров.

Психический статус (на момент проведения клинической конференции). Вошёл в аудиторию неровной походкой, шагал широко расставив ноги, не вполне координировал движения. Мимика скудная, за время беседы практически не менялась. С самого начала разговора обратила на себя внимание монотонная, «роботизированная» речь пациента. Он говорил громко, чётко произнося слова, но речь не сопровождалась каким бы то ни было эмоциональным окрасом. Каждая фраза заканчивалась неестественным повышением тона, что создавало впечатление раздражения на собеседника. Однако на прямой вопрос о том, обижали ли его вопросы профессора, Яков ответил, что не обижали, что он совершенно спокоен. Произнося слова, он не выделял специально отдельные слоги, то есть не было оснований утверждать, что речь носила скандированный характер. Возникало ощущение, что человек говорит какие-то хорошо заученные фразы, стараясь максимально полно ответить на поставленный вопрос. При этом Яков давал очень точные и облечённые в изысканную речевую форму ответы, используя взрослую, иногда научную терминологию. Подобный стиль изложения не соответствовал его внешней детскости поведения. При выборе ответов на вопросы он обычно не смотрел в глаза собеседника, взор был устремлён в пол.

Пример беседы:

– Что такое эмпатия?

– Эмпатия — это понимание, сочувствие, разделение чувств, когда проникаешься чувствами других, не только слушаешь, но и понимаешь их, чтобы не только утешить, но и принять, понять их раздражение, грусть, тоску.

– Откуда ты знаешь это определение?

– Я, скажем так, очень много общаюсь с умными интересными людьми, со школьным другом Ильязом, я особенно перенял ценный опыт слушать людей, принимать их, внимать всему, что они говорят, с Валерием и бабулей у меня бывают глубокие душевные беседы.

– У тебя есть эмпатия?

– Да, я слушаю внимательно, в ответ задаю вопрос или отвечаю, чтобы парировать, часто молчком соглашаюсь. В глаза смотреть могу, но с незнакомыми и чужими людьми особой уверенности не проявляю.

– Планы на будущую жизнь?

– На будущее у меня только ходить на работу весь срок, пока не уйду на пенсию, переехать в новую квартиру, чтобы начать новую жизнь ещё лучше прежней и прожить

⁴ Вархаммер (Молот войны) — военно-тактическая игра.

⁵ Валерию был выставлен тот же диагноз, что и Якову — детская шизофрения.

остатки времени с бабулей, пока она жива, а когда умрёт, её проводим, а с её квартирой как-нибудь разберёмся, решим вопрос.

– Что значит «показать себя во всей красе»?

– Например, когда ты хочешь озвучить своё мнение, тебя перебивают, тебя это раздражает. Терпишь, потом взрываешься. Но я спокойно на всё реагирую. А Валера предпочитает воспринимать всё как само собой разумеющееся.

Описывая себя, использует сложные речевые обороты, подходит к этому процессу крайне ответственно, стараясь ничего не упустить: «Всё, что со мной было — параноидальные назойливые мысли, если я умру — опозорю себя перед общественностью, запятнаю самого себя. Я их так назвал, потому что ввёл собственную паранойю, потом разубедился, когда папа не дал мне соврать, он про нашу советскую власть никогда не давал соврать, я спорил с папой, чтобы показать ему чувства». На вопрос о наличии «голосов» сообщает: «Я так долго общаюсь с самим собой, что голос разума обрёл свою личность, и это моё альтер эго предпочитаю называть Артём. У меня был одноклассник Артём, замечательный, и дедушку звали Артём, моё альтер эго начало жить своей жизнью, развиваться и вкрадчиво объяснять, как есть, как Саурон⁶ наглядно демонстрирует, что в кого бы он не превратился, он обладает властью, складывалось ощущение, что он мной управлял. Не хотел верить в чудеса, но начал видеть красоту в простых вещах, когда увидел чудо, поверил в него с лихвой. Я страдал шизофренией, то есть мне было сложно выйти из зоны комфорта, но, по сравнению с братом, мне это давалось на порядок легче. Валерий, несмотря на впечатляющую внешность, всегда излучал слабость и неуверенность. Хотел показать всем свой наглядный характер, вёл себя ужасно некрасиво. Я сам всегда наглядно демонстрировал Валере самый хороший пример, как надо игнорировать сверстников».

Сообщил, что хотел умереть из-за того, что возникли конфликты с отцом. Описывая эпизод, когда он ушёл из дома в холодную осеннюю погоду в лёгкой куртке, сообщил, что «это был мой коварный умысел о самоубийстве, я сам проникся вымышленными историями, стал вынашивать коварный умысел, потом передумал, когда подумал о бабуле, и признался, что заразил свою кровь, испортил её объедками, потом меня начали реабилитировать, думал, что мне было нечего терять. Я был в отчаянии настолько, что погрузился во тьму, моя жизнь была мрачной и ужасной из-за того, что моя семья страдала раздорами, нужно было преодолевать разногласия и мириться ради дружбы, мира и любви». Понятие «любовь» описал так: «Прежде всего любовь проявляется в искренней заботе, моральном утешении и искреннем переживании за близких людей. Любовь отличается от симпатии тем,

что когда в кого-то влюбляешься, то хочешь построить с ним отношения, ходишь на свидания, делишься чувствами, секретами, строишь с ним мосты, а симпатия — это просто положительные чувства, когда ты равнодушен к красивым и симпатичным девушкам. Я в детстве симпатизировал Диане в своём классе, очень милая, лёгкая и позитивная девушка, которая очень серьёзно относилась ко всему, поэтому я находил её симпатичной. У нас была такая дружба». На вопрос о том, как он поймёт, что равнодушен к кому-либо, ответил, что «если девушка будет соблазнять [его] или очаровывать, говорить по душам, подражать и слушать, будет равнодушной к [его] персоне, буду пытаться сблизиться с этим человеком. В общении я внимательный, настойчивый, умный, убедительный, честный, открытый, покладистый, невозмутимый, старательный, выносливый».

В беседе сообщил, что иногда «чудил» и вёл себя странно, в частности, считал, что со стороны ситуации, когда он ел объедки или собирался умереть, выглядели странно. При этом убеждён, что дважды стал свидетелем настоящих чудес: первый раз, когда видел «ангела», сидящего на скамейке на детской площадке. Чудо заключалось в том, что он испарился в момент, когда Яков отвернулся от него. Считает, что подобное «испарение образа» указывает на что-то необычное и «чудесное». Второй случай, который он считает «чудом», случился с ним в троллейбусе, когда также испарились пассажиры в тот момент, когда он на короткое время отвлёкся. В эти моменты страха не испытывал, было лишь изумление. С рациональным объяснением данных событий (человек-ангел ушел, пассажиры вышли на остановке) не соглашается.

Объясняя то, что он нередко шевелит губами, произносит какие-то слова, Яков сообщил, что он привык общаться с самим собой, задавать мысленно вопросы и отвечать на них. Это помогает ему точнее понять себя и происходящее. Когда он говорил, что в голове были голоса, то имел в виду тот же самый феномен — «разговор с самим собой». Однако подтвердил, что был эпизод (на фоне повышенной температуры), когда он считал, что за ним ведётся слежка, что его могут преследовать. Всё это длилось недолго и полностью прошло, как только вылечился от пневмонии. Во время беседы не обнаружилось расстройств мышления, не выявлялись ни бредовые идеи, ни галлюцинации.

Заключение психолога. На фоне специфических расстройств мотивационно-волевой сферы, влияющей на общую деятельность, выявляется расстройство личностно-мотивационных и операциональных сфер мышления в рамках шизофренического патопсихологического симптомокомплекса с коэффициентом интеллекта, соответствующим «лёгким когнитивным нарушениям» (IQ — 80 баллов), критические способности нарушены.

⁶ Персонаж романа Джона Р. Р. Толкина «Властелин колец».

В структуре личности черты эмоциональной незрелости, ригидности, выраженная эмоциональная неустойчивость и повышенная импульсивность со сниженным контролем, возможны иррациональные проявления, трудности социальной адаптации.

Заключение невролога. На момент осмотра клинических данных об очаговом поражении нервной системы не выявлено.

Электроэнцефалограмма: биоэлектрическая активность головного мозга в пределах возрастной нормы. Общемозговые изменения умеренные, в виде дезорганизации альфа-ритма с тенденцией к десинхронизации. На гипервентиляции без дополнительной информации. Очаговой медленно-волновой и эпилептиформной активности при записи не зарегистрировано. Реакция корковых клеток на афферентные раздражители сохранена. лабильность корковых структур снижена.

Ультразвуковая энцефалография: эхографических данных, указывающих на смещение срединных структур головного мозга не выявлено, ликворопроводящие пути не расширены.

Заключение эпиптолога (по результатам ЭЭГ сна в течение 4 ч): корковая ритмика сна и бодрствования соответствует норме, регионального замедления, межполушарной асимметрии не отмечалось. Эпилептиформной активности, эпилептических приступов не зарегистрировано. Диагноз: пароксизмальные состояния неуточнённого генеза. На момент осмотра убедительных данных о наличии эпиактивности не выявлено.

Представленный клинический случай 23-летнего Якова следует признать диагностически неоднозначным, поскольку имевшийся у него на протяжении многих лет диагноз «шизофрения с олигофреноподобным дефектом» не соответствовал наблюдающейся картине психопатологических симптомов. Диагноз «детская шизофрения» был выставлен пациенту на основании расстройств поведения и симптомов «эмоционально-волевого дефекта»: мальчик с детства был малообщительным, нелюбимым, безынициативным, безэмоциональным, был склонен к совершению «странных» поступков, отмечалась задержка психического и речевого развития. Никакой позитивной психопатологии не регистрировалось. При постановке диагноза «шизофрения» в возрасте восьми лет был проигнорирован тот факт, что с трёхлетнего возраста у Якова обнаруживались абсанс-припадки и была диагностирована эпилепсия, подтверждённая результатами электроэнцефалографического исследования. В дальнейшем отставание в интеллектуальном и речевом развитии было ликвидировано, однако сохранялись «странные» поведения, коммуникативные сложности, инфантилизм, а также склонность к фантазированию и жизни в вымышленной реальности. При обследовании Якова в 23-летнем возрасте доминирующими расстройствами оказались коммуникативные сложности, аутизация и расстройства речи, специфичные для РАС [23, 24]. Обращал на себя

внимание стиль речи — она носила механизированный, роботизированный характер и была похожа на речь человека с нарушениями слуха. Голос был высоким, слабо модулированным и монотонным. Кроме того, необычным представлялся стиль изложения — пациент, отвечая на вопросы, использовал развёрнутые определения и описания, более сходные с философскими, чем с бытовыми. Внешне это выглядело как поведение «маленького старичка» («эксцентричного профессора») [25]. Он, к примеру, дал следующее определение понятия «эмпатия» — «это понимание, сочувствие, разделение чувств, когда проникаешься чувствами других, не только слушаешь, но и понимаешь их, чтобы не только утешить, но и принять, понять их раздражение, грусть, тоску». При этом в мышлении Якова не обнаруживалось никаких расстройств — отсутствовало резонёрство, разорванность, соскальзывания и другие качественные нарушения мышления. Таким образом, клиническая картина заболевания к 23 годам укладывалась у Якова в диагноз **«расстройство аутистического спектра»**.

Дискуссионным в плане психопатологической квалификации при анализе клинической картины заболевания у пациента являлись симптомы, которые трактовались лечащими врачами как бредовые и галлюцинаторные. В частности, наличие вербальных галлюцинаций «подтверждалось» не только на основании слов пациента о том, что он слышал «голоса знакомых персонажей, реальных и мифических, ангелов, демонов, мифологических персонажей, Люцифера, падших ангелов под влиянием демона, который взломал [его] разум», но в большей степени на основании того, что пациент периодически «бормотал себе под нос — разговаривал сам с собой». Кроме того, он утверждал, что дважды становился свидетелем «чудес» — волшебного исчезновения («испарения») ангела в виде мужчины и пассажиров троллейбуса. Высказывания Якова о том, что он обладал сверхспособностями были расценены психиатрами как отрывочные бредовые идеи в структуре **«атипичной формы шизофрении»**. Следует отметить, что во время клинической конференции ни галлюцинаций, ни бредовых идей у Якова не регистрировалось. Он продолжал настаивать на том, что был свидетелем «чудес» («исчезновений людей-ангелов»), но утверждал, что «голосов не слышал, а лишь разговаривал сам с собой». К «странностям» поведения, в частности, к тому, что хотел умереть из-за ссор с отцом и выбрал необычные способы самоубийства (съесть несъедобное, замёрзнуть на улице), относился критично, называя это «начал чудить» («Всё, что со мной было — параноидальные назойливые мысли, если я умру — опозорю себя перед общественностью, запятнаю самого себя. Я их так назвал, потому что ввёл собственную паранойю, потом разуверился, когда папа не дал мне соврать, он про нашу советскую власть никогда не давал соврать, я спорил с папой, чтобы показать ему чувства»).

При последней госпитализации в дневной стационар на фоне соматического неблагополучия (пневмония с гипертермией) у него резко изменилось психическое состояние, мышление стало носить разорванный и даже бессвязный характер — говорил невпопад, сбивчиво («На меня мусор плохо влияет, кровь начинает портиться, но я встал на путь исправления, когда раскрылся перед мамой»). Такое состояние продолжалось в течение короткого времени и купировалось после нормализации соматического состояния и выздоровления.

Таким образом, принципиальным стал вопрос о том, имелись ли в клинической картине заболевания бредовые расстройства и галлюцинации (вербальные, зрительные), можно ли утверждать, что симптоматика отражала шизофренический процесс с периодической экзacerbацией или же обнаруживаемые феномены носили шизофреноформный, квазипсихотический характер и являлись продолжением РАС.

В современной научной литературе активно дискутируется вопрос о возможности формирования шизофреноформных психозов при РАС и коморбидности РАС и шизофрении [1]. Ряд авторов отстаивают позицию о том, что «гиперментализирующий мозг у пациентов с шизофренией исключает возможность наличия у них РАС» [26]. Другие исследователи убеждены, что коморбидность может иметь место. Возможность одновременного диагностирования РАС и шизофрении впервые появилась в МКБ-10 и DSM-4. На сегодняшний день классификация DSM-5 допускает коморбидность этих расстройств с некоторыми условиями: «Если в анамнезе есть расстройство аутистического спектра, дополнительный диагноз «шизофрения» ставится только в том случае, если прошло не менее одного месяца (или меньше, при успешном лечении), отмечаются бред или галлюцинации» [27]. Однако указывается, что для клинической практики более значима дифференциальная диагностика перечисленных психических расстройств, поскольку это напрямую влияет на выбор психофармакотерапии.

По мнению Bakken и соавт. [28, 29], бред можно легко спутать с аутистическими чертами — люди с РАС часто используют фразы, понятные только людям, которые хорошо их знают, это явление называют идиосинкразической речью. Разговоры с самим собой вслух часто наблюдаются у людей с РАС и по большей части отражают способ обработки переживаний в течение дня. Также известно, что люди с РАС имеют когнитивные нарушения и нарушения обработки информации, которые влияют на их мышление и речь. У них наблюдаются проблемы с чередованием и поддержанием тем с собеседником, принятием его точки зрения. При РАС в острой психотической фазе могут проявляться те же признаки дезорганизованной речи, что и при шизофрении: бессвязная речь («словесная окрошка») и речевой напор [30].

Таким образом, обнаруживавшиеся у Якова симптомы, расценённые как бредовые, галлюцинаторные, а также

разорванность и бессвязность мышления можно было трактовать либо как шизофреноформные, манифестировавшие в связи с экзогенной (гипертермия и пневмония), либо как квазипсихотические, связанные с нарушением когнитивной переработки информации, а не как психотические. «Испарение ангелов», которое Яков называл «чудом», можно трактовать как патологическое фантазирование, поскольку данный феномен носил характер интерпретации реальных событий, а не галлюцинаторно-бредового восприятия. Пациент реально видел в одном случае мужчину, сидевшего на скамейке, в другом — пассажиров троллейбуса. После того, как Яков отвернулся и вновь взглянул на место, где они находились, то их там не оказалось. Патологическое фантазирование и жизнь в вымышленной реальности являются типичными для мышления лиц с РАС [31]. Некоторые авторы, описывая психотические симптомы у лиц с РАС, обозначают их термином «аттенуированные психотические расстройства» [32]. Следует согласиться с мнением о том, что адекватнее и научно обоснованнее дифференцировать шизофрению и РАС на основании позитивных, а не негативных симптомов [15].

Представленный клинический случай пациента Якова позволяет привлечь внимание коллег к проблеме гипердиагностики шизофрении и игнорирования возможности рассмотрения внешне сходной симптоматики как относящейся к РАС [33]. Кроме того, следует обратить особое внимание на возможность манифестации шизофреноформных синдромов у лиц с РАС, что в настоящее время рассматривается как возможный вариант течения данной патологии.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. В.Д. Менделевич — клиническое обследование, анализ литературы, дифференциальная диагностика; М.К. Нестерина — клиническое обследование, подготовка рукописи, В.Н. Коновалова — клиническое обследование, подготовка рукописи. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Согласие на публикацию. Авторы получили письменное информированное добровольное согласие пациента и его законных представителей на публикацию персональных данных в научном журнале, включая его электронную версию (дата подписания 19.12.2024). Объём публикуемых данных с пациентом согласован.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Редакционная политика в отношении совместного использования данных к настоящей работе не применима.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали один внешний рецензент, член редакционной коллегии и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: V.D. Mendelevich — investigation, data curation, differential diagnosis; M.K. Nesterina — investigation, writing—review & editing; V.N. Konovalova — investigation, writing—review & editing. All authors confirm that their authorship meets the international ICMJE criteria (all authors made substantial contributions to the conceptualization, investigation, and manuscript preparation, and reviewed and approved the final version prior to publication).

Consent for publication: Written informed consent was obtained from the patient and his legal representatives for the publication of personal data in a scientific journal and its online version (signed on December 19, 2024). The scope of published data was approved by the patients.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: No previously published material (text, images, or data) was used in this work.

Data availability statement: The editorial policy regarding data sharing does not apply to this work.

Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this paper.

Provenance and peer review: This work was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The review process involved an external reviewer, a member of the editorial board, and the in-house scientific editor.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

- Ribolsi M, Fiori Nastro F, Pelle M, et al. Recognizing psychosis in autism spectrum disorder. *Front Psychiatry*. 2022;13:768586. doi: 10.3389/fpsy.2022.768586
- Ivanovic I. Psychiatric comorbidities in children with asd: autism centre experience. *Front Psychiatry*. 2021;12:673169. doi: 10.3389/fpsy.2021.673169
- Mishma SVS, Shanmugan A. The prevalence of psychiatric and behavioral comorbid among autistic adults. *Biotech Res Asia*. 2024;21(2). doi: 10.13005/bbra/3242
- Chien YL, Wu CS, Tsai HJ. The comorbidity of schizophrenia spectrum and mood disorders in autism spectrum disorder. *Autism Res*. 2021;14(3):571–581. doi: 10.1002/aur.2451
- Barlattani T, D'Amelio C, Cavatassi A, et al. Autism spectrum disorders and psychiatric comorbidities: a narrative review. *Journal of Psychopathology*. 2023;29:3–24. doi: 10.36148/2284-0249-N281
- Jutla A, Foss-Feig J, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder and schizophrenia: An updated conceptual review. *Autism Res*. 2022;15(3):384–412. doi: 10.1002/aur.2659
- Blackshaw AJ, Kinderman P, Hare DJ, Hatton C. Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*. 2001;5(2):147–163. doi: 10.1177/1362361301005002005
- Keller R, Bari S. Psychosis and ASD. In: Keller R, editor. *Psychopathology in adolescents and adults with autism spectrum disorders*. Springer Nature Switzerland AG; 2019. P. 51–65. doi: 10.1007/978-3-030-26276-1_4
- Keller R, Piedimonte A, Bianco F, et al. Diagnostic characteristics of psychosis and autism spectrum disorder in adolescence and adulthood. A case series. *Autism Open Access*. 2016;6:159. doi: 10.4172/2165-7890.1000159
- Craig JS, Hattona Ch, Craigb FB, Bentall RP. Persecutory beliefs, attributions and theory of mind: comparison of patients with paranoid delusions, Asperger's syndrome and healthy controls. *Schizophr Res*. 2004;69(1):29–33. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00154-3
- Mazzone L, Ruta L, Reale L. Psychiatric comorbidities in Asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Ann Gen Psychiatry*. 2012;11(1):16. doi: 10.1186/1744-859X-11-16
- Varcin KJ, Herniman SE, Lin A, et al. Occurrence of psychosis and bipolar disorder in adults with autism: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;134:104543. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104543
- Chisholm K, Lin A, Abu-Akel A, Wood SJ. The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: a review of eight alternate models of co-occurrence. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015;55:173–183. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.04.012
- Perlman L. Adults with Asperger disorder misdiagnosed as schizophrenic. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2000;31(2):221–225. doi: 10.1037//0735-7028.31.2.221
- Trevisan DA, Foss-Feig JH, Naples AJ, et al. Autism spectrum disorder and schizophrenia are better differentiated by positive symptoms than negative symptoms. *Front Psychiatry*. 2022;11:548. doi: 10.3389/fpsy.2020.00548
- Foss-Feig JH, Lurie S, Hubert MF. Schizophrenia and other psychotic disorders in autism spectrum disorder. In: White SW, Maddox BB, Mazefsky CA, editors. *The Oxford handbook of autism and co-occurring psychiatric conditions*. Oxford University Press; 2020. P. 53–72. ISBN: 9780190910761
- Nilsson M, Arnfred S, Carlsson J, et al. Self-disorders in asperger syndrome compared to schizotypal disorder: a clinical study. *Schizophr Bull*. 2020;46(1):121–129. doi: 10.1093/schbul/sbz036
- Vaquero-Serrano J, Salazar de Pablo G, Singh J, Santosh P. Autism spectrum disorder and clinical high risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2021;52(4):1568–1586. doi: 10.1007/s10803-021-05046-0
- Kincaid DL, Doris M, Shannon C, Mulholland C. What is the prevalence of autism spectrum disorder and ASD traits in psychosis? A systematic review. *Psychiatry Res*. 2017;250:99–105. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.017
- Mammarella V, Monducci E, Maffucci A, et al. Assessment of psychotic risk in a sample of children and adolescents with autism spectrum disorder compared to a group of "Clinical high risk" patients: a preliminary study. *Children*. 2024;11(3):372. doi: 10.3390/children11030372
- Licinio J, Wong ML. Psychosis and autism spectrum disorder: a special issue of Molecular Psychiatry. *Mol Psychiatry*. 2023;28(5):1830–1832. doi: 10.1038/s41380-023-02250-5
- Kiyono T, Morita M, Morishima R, et al. The prevalence of psychotic experiences in autism spectrum disorder and autistic traits: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin Open*. 2020;1(1):sgaa046. doi: 10.1093/schizbulopen/sgaa046
- Mamokhina UA. Speech features in autism spectrum disorders. *Autism and Developmental Disorders*. 2017;15(3):24–33. doi: 10.17759/autdd.2017150304 EDN: ZMIOPP
- Borodina LG. Psychopathology in adults with child diagnosis of autism spectrum disorders. *Psychiatry (Moscow)*. 2019;(81):30–38. doi: 10.30629/2618-6667-2019-81-30-38
- Volkmar FR, Klin A, Schultz RT, et al. Asperger's disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2020;177(2):262–267. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.262
- Zhou HY, Yang HX, Gong JB, et al. Revisiting the overlap between autistic and schizotypal traits in the non-clinical population using meta-analysis and network analysis. *Schizophren Res*. 2019;212:6–14. doi: 10.1016/j.schres.2019.07.050
- Moerlose SD, Degraeve G, Smul CD, Lemmens G. Autism spectrum disorder and schizophrenia: a challenging differential diagnosis. *Tijdschr Psychiatr*. 2023;65(1):46–49.
- Bakken TL, Eilertsen DE, Smeby NA, Martinsen H. The validity of disorganised behaviour as an indicator of psychosis in adults with autism and intellectual disability: A single case study. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*. 2009;12(1):17–22.
- Bakken TL. Behavioural equivalents of schizophrenia in people with intellectual disability and autism spectrum disorder. A selective review. *Int J Dev Disabil*. 2021;67(5):310–317. doi: 10.1080/20473869.2021.1925402

30. Bakken TL, Helverschou SB, Eilertsen DE, et al. Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: a representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*. 2010;31(6):1669–1677. doi: 10.1016/j.ridd.2010.04.009
31. West MJ, Somer E, Eigsti IM. Immersive and maladaptive daydreaming and divergent thinking in autism spectrum disorders. *Imagin Cogn Pers*. 2023;42(4):372–398. doi: 10.1177/02762366221129819

32. Maat A, Therman S, Swaab H, Ziermans T. The attenuated psychosis syndrome and facial affect processing in adolescents with and without autism. *Front Psychiatry*. 2020;11:759. doi: 10.3389/fpsy.2020.00759
33. Mendelevich VD. Overdiagnosis of schizophrenia as a cognitive distortion of the process of knowledge of clinical reality. *Neurology Bulletin*. 2023;55(1):5–14. doi: 10.17816/nb160308

ОБ АВТОРАХ

*** Менделевич Владимир Давыдович**, д-р мед. наук, профессор;
адрес: Россия, 420012, Казань, ул. Бултерова, д. 49;
ORCID: 0000-0002-8476-6083;
eLibrary SPIN: 2302-2590;
e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Нестерина Мария Кирилловна, ординатор кафедры
психиатрии и медицинской психологии;
ORCID: 0000-0001-6901-5903;
eLibrary SPIN: 5974-4048;
e-mail: mari.nesterina@mail.ru

Коновалова Вероника Николаевна, ассистент кафедры
психиатрии и медицинской психологии;
ORCID: 0000-0002-4043-0780;
eLibrary SPIN: 7579-4441;
e-mail: veronikaveronika.3103@mail.ru

AUTHORS' INFO

*** Vladimir D. Mendelevich**, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
address: 49 Butlerova st, Kazan, Russia, 420012;
ORCID: 0000-0002-8476-6083;
eLibrary SPIN: 2302-2590;
e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Maria K. Nesterina, Resident of the Department of Psychiatry
and Medical Psychology;
ORCID: 0000-0001-6901-5903;
eLibrary SPIN: 5974-4048;
e-mail: mari.nesterina@mail.ru

Veronika N. Konovalova, Assistant of the Department of Psychiatry
and Medical Psychology;
ORCID: 0000-0002-4043-0780;
eLibrary SPIN: 7579-4441;
e-mail: veronikaveronika.3103@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author