

ИССЛЕДОВАНИЕ РАС
RESEARCH OF ASD

Клинические и психологические аспекты самодиагностики
синдрома Аспергера у взрослых

Бородина Л.Г.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3058-1569>, e-mail: bor111a@yandex.ru

Актуальность и цель. Диагностика аутистических расстройств во взрослом возрасте имеет неоспоримое значение ввиду возможной стертости проявлений их мягких вариантов в детстве. У вовремя не диагностированных взрослых имеется целый ряд особенностей неясного генеза, затрудняющих их функционирование в социуме. В амбулаторной психиатрической практике появился новый феномен: взрослые люди, проведя самодиагностику, обращаются за подтверждением наличия у них диагноза синдрома Аспергера (СА). Исследовались клинические и психологические аспекты самодиагностики СА взрослыми пациентами.

Методы и методики. Использовались: клиническая беседа, полуструктурированное интервью, качественный контент-анализ высказываний и интернет-отзывов о врачах; методы: экспериментально-психологический (методика «Исключение предметов») и статистический — точный критерий Фишера. Обследован 21 пациент (10 мужчин и 11 женщин).

Результаты. Диагноз СА был подтвержден у меньшинства обратившихся (4 чел., 19,1%). У остальных пациентов были диагностированы: шизотипическое расстройство (ШТР) (8 чел., 38,1%) и личностные расстройства. Выявлены различия в представленности жалоб и особенностей психического статуса между группой СА и группами ШТР, шизоидного расстройства личности (ШРЛ) и личностных расстройств. Некоторые симптомы аутизма агравировались пациентами. Обсуждаются возможные психологические защиты, способствующие самодиагностике СА. Выявлена роль семантического критерия в диагностических предпочтениях пациентов и значение широкого и нередко искаженного освещения СА средствами массовой информации в противовес другим расстройствам.

Выводы. Самодиагностика СА в ряде случаев оказалась эффективной. Тем не менее, наиболее представленным среди обратившихся был диагноз ШТР. Характерными для СА оказались субкататонические расстройства. Широко представленные в интернет-ресурсах проблемы людей с СА выступали в качестве характерных жалоб у пациентов с ШРЛ, ШТР и нарциссического личностного расстройства (НРЛ), тогда как в группе СА они были представлены в меньшей степени. Заинтересованность в диагнозе СА объяснялась чаще всего проблемами самооценки и мифами о психических расстройствах, не полностью соответствующими действительности. В самодиагностике СА существенную роль играло предпочтение диагноза по семантическому принципу. В дальнейшем предполагается продолжить исследование на большем числе наблюдений.

Ключевые слова: синдром Аспергера; взрослые; самодиагностика; психологические защиты; субкататония; агравация; шизотипическое расстройство

Для цитаты: Бородина Л.Г. Клинические и психологические аспекты самодиагностики синдрома Аспергера у взрослых // Аутизм и нарушения развития. 2024. № 2. С. 5–13. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2024220201>

Clinical and Psychological Aspects of Self-Diagnosed Asperger Syndrome in Adult Patients

Liybov G. Borodina

Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3058-1569>, e-mail: bor111a@yandex.ru

Objectives. The diagnosis of autistic disorders in adults has undeniable significance due to their possibly subtle presentation in childhood. Adults not diagnosed in time with Asperger syndrome often exhibit a range of traits of unclear origin, causing difficulties in their social functioning. A new phenomenon has appeared in outpatient psychiatric practice: adults seeking for the confirmation of Asperger syndrome after self-diagnosing. Present study explores the clinical features of adult patients and psychological aspects of Asperger syndrome (AS) self-diagnosis.

Methods. Clinical assesment, semi-structured interview, content-analysis of verbal production, psychological testing (“Exclusion of the Objects” test), and statistical analysis (Fisher’s criterion) were performed. 21 patients, (10 males) were assessed.

Results. A minority of patients recieved a diagnosis of AS. Other diagnoses included schizotypal disorder (StD) and personality disorders. Differences were noted between the AS group and StD and schizoid and personality disorders (SPD) groups in ratings of patients’ complaints and observed clinical features. Some of autistic traits were exaggerated by patients. The psychological defense strategies involved in self-diagnosing are discussed, as well as the semantic criteria in patients’ diagnostic preferences. The role of widespread and often distorted mass media and internet descriptions of ASD, in contrast to other psychiatric disorders are highlighted.

Conclusions. Thus, AS self-diagnosis was effective in some cases. Nevertheless, most frequently the StD diagnosis was made. Subcatatonic symptoms were charateristics of AS. The problems of adults with AS, as presented mostly in internet resources, formed the most characteristic complaints of patients with Std, SPD, and narcissistic personality disorder (NPD), while being less present in the AS group. The interest in AS diagnosis could be explained by the presence of self-esteem problems in patients and the existence of myths of psychiatric disorders that do not quite accord with reality. The semantic principle underlying the preference for the diagnosis played a significant role in self-diagnosing. Future research on a larger sample is supposed to be held.

Keywords: Asperger syndrome; self-diagnosis; psychological defenses; subcatatonia; aggravation; scyzotypal disorder; narcissic personality disorder

For citation: Borodina L.G. Clinical and Psychological Aspects of Self-Diagnosed Asperger Syndrome in Adult Patients. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2024. Vol. 22, no. 2, pp. 5–13. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2024220201> (In Russian; abstract in English).

Введение

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) широко обсуждается не только в научных, но и в популярных источниках [4; 10; 13; 17]. Распространенность у детей наиболее благоприятной формы РАС – синдрома Аспергера (СА) – составляет, по разным данным, от 0,02 до 1% и, по мнению М. Роу с соавторами (2009), должна оставаться такой же и во взрослой популяции [17]. Однако вследствие мягкости симптоматики, сохранности речи и интеллекта диагноз СА может быть не установлен в детстве. Соотношение диагностированных в детстве случаев СА к не диагностированным у взрослых, по данным F.G. Lehnhardt (2017), равняется 3:2 [14].

Зарубежные исследователи предлагают разные направления дифференциальной диагностики при решении вопроса о наличии СА у взрослого пациен-

та: исключение расстройств личности, тревожных и обсессивно-компульсивного расстройств, синдрома дефицита внимания и гиперактивности [14]; шизоидного и шизотипического расстройств личности (ШПЛ, ШТР), шизофрении гебефренической и простой [12; 17]. М. Роу с соавторами (2009) делают акцент на ограниченном диапазоне эмоций, социальной дистанцированности и ангедонии шизоидных личностей, считая, видимо, эти признаки отсутствующими при СА. Шизотипических личностей, по мнению этих же авторов, отличают от СА чудаковатость, подозрительность и магическое мышление при отсутствии стереотипности и узких специфических интересов, а гебефреническая и простая формы шизофрении, в свою очередь, имеют более поздний возраст начала [17]. L. Dell’Osso (2016) придерживается мнения, что при СА степень социальной нарушенности выше таковой при обсессивно-компульсивном расстройстве,

но ниже, чем при шизофрении, а умственная жвачка в случаях СА эго-синтонна. Наиболее трудным автор считает дифференциальную диагностику между СА и ШРЛ, в которой он опирается на большую тяжесть СА и более раннее начало [12]. При всей формальной правильности и выверенности подобной дифференциальной диагностики отечественным психиатрам — представителям традиционного феноменологического подхода — в ней может не доставать «клиничности», опоры на узнаваемые и несущие диагностическое, уровневое и прогностическое значение психопатологические синдромы [1].

Сравнивая выборки пациентов с СА и ШтР, A. Klang (2022) приходит к выводу, что качество жизни у пациентов с ШтР ниже за счет наличия большого количества коморбидных нарушений: депрессий, тревоги, обсессий и компульсий [13]. M. Nillson (2020) делает в этой связи акцент на расстройствах самосознания у больных ШтР, также значительно снижающих качество жизни [16]. К сожалению, в работе M. Nillson не раскрывается значение понятия расстройств самосознания («self-disorders»), которые можно трактовать и клинически узко как деперсонализацию, и психоаналитически широко как «незрелость самости».

F.G. Lehnhardt с соавторами (2013) обращают внимание коллег на то, что в настоящее время пациенты стали гораздо чаще активно обращаться к врачам общей практики, неврологам и психиатрам с предположением о наличии у них синдрома Аспергера [14]. В отечественной амбулаторной психиатрической практике также прослеживается такая тенденция. В интернет-сети ярко и эмоционально описываются случаи поздней диагностики СА и страдания пациентов, многие годы не понимавших причины их мучительных социальных трудностей [6]. L. Dell'Osso (2016) так описывает взлет популярности диагноза СА: «После включения синдрома Аспергера в DSM-IV в качестве отдельной диагностической единицы он приобрел медиагенную известность. Многие люди, обнаружившие у себя СА, создают интернет-сайты и блоги, а большое число лидеров, художников и гениев прошлого были посмертно признаны *Аспергерями*, так что, в то время как большинству психиатрических пациентов приходилось бороться со стигмой психической болезни, лица с СА оказались в ореоле *Аспергеров*» [12, с. 4]¹. В настоящее время интернет-ресурсы предлагают широкой публике самооценочные тесты для диагностики синдрома [9], неизбежно несущие погрешность и нередко используемые непрофессионалами не вполне корректно. Даже «золотой стандарт» тестовой диагностики РАС — «Шкала наблюдения для диагностики аутизма», вторая версия (ADOS-2), заполняемая интервьюером, — при всей её надежности не является полным исключением. Так, по мнению B. Maddox с соавторами (2017), четвер-

тый модуль ADOS-2 в 30% случаев давал ложноположительные результаты у больных с психозами без истории РАС [15].

Интересной важной и созвучной отечественной психиатрической школе является точка зрения итальянских авторов (L. Dell'Osso с соавторами, 2016) о существовании континуума между подпороговыми особенностями характера, аутизмом и другими психопатологическими состояниями [12]. Данный подход, описанный в рамках итало-американской «спектральной модели», нашел свое развитие в DSM-5 и МКБ-11 и призван, помимо прочего, сыграть свою роль в преодолении описанной исключительности и желательности того или иного диагноза, являющегося, по сути, лишь частью общего спектра.

Таким образом, перед психиатрами в настоящее время встает новая задача: подтверждение или опровержение желательного для пациента диагноза расстройства, наиболее специфичные проявления которого приходится на ранний детский возраст, и сведений о которых в большинстве случаев нет. При этом сами проявления СА во взрослом возрасте оказываются несколько смягченными наработанными адаптационными стратегиями пациентов, но уже отягощенными присоединившимися коморбидными нарушениями. Указанные особенности вкупе с действительной схожестью клиники СА и расстройств шизоидно-шизотипического континуума требуют от врача недюжинного клинического мастерства. Целью данного исследования было выявление клинических особенностей пациентов, обращавшихся за подтверждением у них диагноза СА, и психологических механизмов, лежащих в основе самодиагностики.

Методы

Использовались методы клинического диагностического наблюдения, полуструктурированное интервью, частично основанное на модуле 4-го теста ADOS-2 [15]; качественный контент-анализ реплик и интернет-отзывов; экспериментально-психологическая методика «Исключение предметов»; статистический метод критерий Фишера.

Полуструктурированное интервью включало 7 открытых вопросов и пункт 8, являющийся пробой на провокацию эмпатического отклика:

1. Что Вас беспокоит?
2. Вы учитесь, работаете? Расскажите о своей работе (учебе) и возможных трудностях в них.
3. Бывают ли у Вас трудности во взаимоотношениях с другими людьми? Не могли бы Вы рассказать о них?
4. Что Вы думаете о дружбе? Как Вы понимаете, что определенный человек — Ваш друг? Как он/она понимает, что Вы — его /её друг?

¹ Перевод автора.

5. Вы женаты/замужем? Состоите ли в отношениях? Были ли Вы ранее в браке или в отношениях? Как Вы думаете, почему некоторые люди решают жить совместно?

6. Испытываете ли Вы когда-нибудь радость/грусть/одиночество? Попробуйте описать это чувство, на что оно похоже?

7. Что раздражает Вас в людях? Есть ли что-то, что может раздражать людей в Вас?

8. Реплика врача в контексте беседы, отражающая его опыт и переживания, и оценка реакции на неё.

Результаты и обсуждение

За период 2021–2023 гг. в амбулаторный психотерапевтический центр ООО «Гранат МЦ» обратился 21 взрослый – 10 мужчин и 11 женщин в возрасте от 19 до 38 лет – с запросом на диагностику у них синдрома Аспергера. Подавляющее большинство пациентов жаловались на трудности в общении, некоторые – на трудности концентрации внимания, снижение настроения и работоспособности, на потребность совершать лишние движения и потребность фантазировать, а также на сенсорную гиперчувствительность.

Диагностика расстройств была основана на критериях МКБ-10 [8].

В результате клинической диагностики СА (F 84.5) был подтвержден у 4-х человек (19,1%). Остальным пациентам были поставлены диагнозы:

F 21. Шизотипическое расстройство (8 чел., 38,1%), F 60.1 Шизоидное расстройство личности (5 чел., 23,8%), F 60.8 Другое (нарциссическое) расстройство личности (НРЛ) (3 чел., 14,3%) и F 60.6 Тревожное (избегающее) расстройство личности (1 чел., 4,8%). Два пациента имели ранний анамнез, соответствующий синдрому Аспергера, с дальнейшей динамикой ШТР: присоединением obsессий и страхов необычного содержания с постепенным падением продуктивности и нарастанием волевого дефицита. Обоим пациентам был поставлен диагноз ШТР.

В дальнейшем анализе участвовали четыре диагностические группы: СА (4 чел.), ШРЛ (5 чел.), ШТР (8 чел.) и НРЛ (3 чел.). В соответствии с объемом выборки статистически были обработаны различия между группой СА и группами ШТР и ШРЛ. Были проанализированы: 1. Ответы на вопросы полуструктурированного интервью; 2. Особенности психического статуса пациентов в традиционных понятиях описательной психопатологии; 3. Психологические механизмы, возможно участвовавшие в самодиагностике СА.

Анализ ответов на вопросы полуструктурированного интервью показал, что диагностическую ценность у обследованных пациентов представляли 1-й, 3-й, 5-й вопросы и пункт 8.

При анализе распределения активно предъявляемых жалоб (1-й вопрос) по диагностическим группам были получены довольно неожиданные результаты (рис. 1).

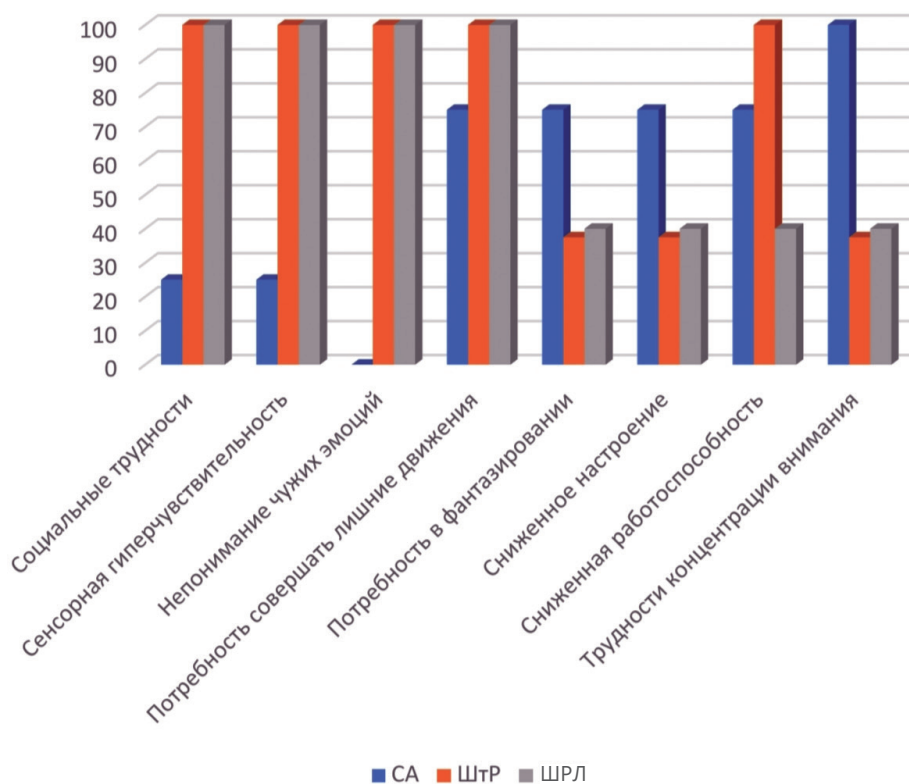


Рис. 1. Активно предъявляемые жалобы у пациентов диагностических групп

Жалобы на социальные трудности встречались в группе СА достоверно реже, чем в группах ШтР и ШРЛ (25% vs 100%, $p=0,0182$). Большинство пациентов с СА (75%) при расспросе подтверждали нежелание общаться с людьми, не приносящее дискомфорта («Трудности?.. Я просто не общаюсь»), но не жаловались активно на трудности при общении. Напротив, о субъективно тягостных трудностях (смущении и растерянности при необходимости начать разговор, поддержать диалог, убежденности пациента в своем непонимании подтекста реплик других людей) сообщали все пациенты групп ШРЛ и ШтР. Такое же распределение показали активные жалобы на сенсорную гиперчувствительность (25% в группе СА vs 100% в группах ШтР и ШРЛ, $p=0,0182$).

Никто из пациентов группы СА не жаловался на непонимание чужих эмоций, в то время как эти жалобы присутствовали у всех пациентов групп ШтР и ШРЛ.

Все пациенты с СА и примерно треть обследованных (37,5% и 40% соответственно) в группах ШтР и ШРЛ отмечали у себя трудности сосредоточения.

На потребность совершать лишние движения жаловались все обследованные групп ШтР и ШРЛ и большинство из группы СА (различия недостоверны, 100% vs 75%, $p=0,3333$).

Также не достигли уровня достоверности различия между группами СА, с одной стороны, и ШтР и ШРЛ, с другой, — в представленности жалоб на потребность в фантазировании (75% vs 37,5%, $p=0,9697$, 75% vs 40%, $p=0,9286$), сниженное настроение (75% vs 37,5%, $p=0,9697$, 75% vs 40%, $p=0,9286$) и сниженную работоспособность (75% vs 100%, $p=0,3333$, 75% vs 40%, $p=0,9286$).

Ответы на 5-й вопрос, касающийся личных отношений и брака, показал, что никто из пациентов с СА никогда не состоял в браке и не имел личных отношений. В группах ШРЛ и ШтР также никто не был в браке, однако большинство (80% в группе ШРЛ, 62,5% в группе ШтР) имели опыт близких и относительно длительных отношений.

Пункт 8 интервью довольно ярко выделил грубое отсутствие эмпатии у пациентов с СА. Никто из них не дал никакой реакции на сообщение врача о своем опыте и переживаниях; один пациент при обсуждении результатов консультации высказал мнение, что данные реплики были «нарушением процедуры обследования». Пациенты с другими диагнозами давали реакцию от краткой (кивок головы, междометия «да?», «угу») до более выраженной эмпатичной («Да что Вы! Я бы не знаю как это выдержал...», «Да-да, и у меня то же самое!»).

Анализ особенностей психического статуса в традиционных понятиях описательной психопатологии (рис. 2) показал, что в психическом статусе всех пациентов, получивших диагноз СА, присутствовали субкататонические проявления (малая кататония, [1]): парамимичность, гримасничание, своеобразие походки, неподвижность туловища и рук и их неучастие в общении (полное отсутствие жестов, связанных с речью движений головой и плечами, «застывшая» поза, моторные стереотипии). Именно субкататония, по-видимому, лежала в основе неинтегрированности вербальной и невербальной коммуникации МКБ-10 и ADOS-2. Данные проявления отсутствовали у пациентов других диагностических групп, несмотря на активно демонстрируемые ими лишние движения: пациенты теребили салфетки, ковыряли кожу пальцев,

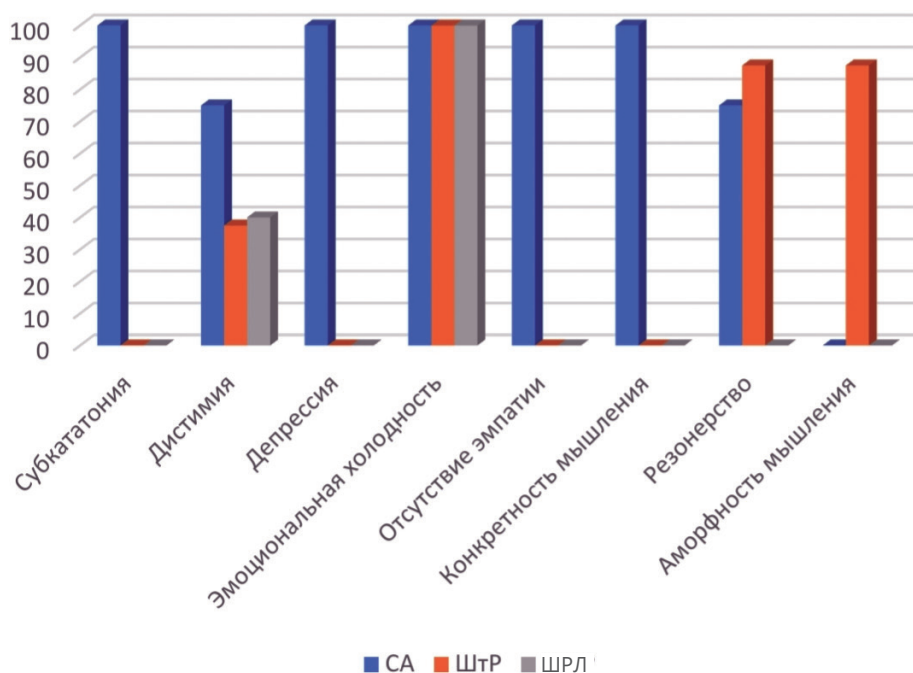


Рис. 2. Особенности психического статуса пациентов диагностических групп

дергали стопами, что, однако, не являлось характерными для РАС стереотипиями. Учитывая стопроцентную представленность субкататонических симптомов у пациентов с аутизмом, ее можно предварительно оценить как маркер аутистического расстройства.

Эмоциональная холодность/сглаженность в той или иной степени присутствовали у всех пациентов. Сниженный фон настроения выявлялся у большинства пациентов с СА (75%) и более чем у трети пациентов с ШТР (37,5%) и ШРЛ (40%), без достоверных различий между группами (75% vs 37,5%, $p=0,9697$; 75% vs 40% $p=0,9286$). У половины больных с СА сниженный фон настроения сочетался с ангедонией, идеомоторной заторможенностью и был расценен как симптом депрессии умеренной тяжести.

В сфере мышления у всех больных с СА в беседе выявлялись конкретность и обстоятельность, с одной стороны, и склонность к резонерству — с другой. У подавляющего числа (87,5%) больных с ШТР присутствовали резонерство и аморфность мышления. Достоверных различий в частоте встречаемости такого нарушения мышления как резонерство выявлено не было (100% vs 87,5%, $p=1,0000$). В группах ШРЛ мышление было оценено как продуктивное. В эксперименте с использованием методики «Исключение предметов» (4-й лишний) более 2-х примеров опоры на латентные признаки [5] дали подавляющее число пациентов с ШТР и четверть — с СА (87,5% vs 25%, $p=0,0666$, различия недостоверны). Конкретность мышления в эксперименте (более 3-х примеров опоры на конкретные признаки) продемонстрировали только пациенты с СА (75%).

В части случаев у пациентов с неподтвердившимся диагнозом СА обращала на себя внимание явная аггравация симптомов аутизма. Некоторые пациенты полностью избегали глазного контакта во время диагностической беседы, но начинали смотреть в глаза после озвучивания диагноза. Другие вздрагивали и озирались, услышав какой-то звук, но эта реакция была явно отставленной во времени. Одна пациентка на протяжении трех встреч каждый раз демонстрировала усиливающиеся повторяющиеся движения, вплоть до постоянных пересаживаний со стула на стол. Из отзыва пациентки с ШРЛ: «Про стимминг она вообще написала, что его не было: хотя я все время чесалась, щипала руку и потирала ладонь, теребила платок, дёргала ступней». Интересно отметить, что сообщения о диагнозах, не соответствовавших ожидаемому СА, вызывали более или менее выраженную негативную реакцию у большинства пациентов, что позволяло говорить о позитивном смысле болезни в этих случаях [11]. При качественном анализе ответов на вопрос «Что, по-Вашему, дал бы Вам диагноз синдрома Аспергера?» было выявлено, что желание получить диагноз диктовалось преимущественно проблемами самооценки [3]: потребностью объяснить социальную неуспешность официально признанным расстройством, снять идеи самообвинения, осуществив тем самым определенную регрессию. Так, пациентка

с тревожным расстройством личности была уверена в получении принятия окружающих после озвучивания диагноза: «Я раскачиваюсь на лекциях, а если я скажу, что у меня аутизм, ко мне не будет никаких вопросов», «Я, наконец, пойму, что все эти мучения — не моя вина или недостаток воли, а диагноз». В анализе ответов на вопрос, чем диагноз аутизма кажется более привлекательным, чем другие, были выявлены следующие мифы о расстройстве [11]: 1. Убежденность, что аутизм — это не психическое расстройство, а «иное», «особое» устройство психики; 2. «Положительная стигматизация» [2], некая исключительность и уверенность в принятии со стороны окружающих при сообщении им диагноза, вернее, названия этого особого психического устройства.

Также в ходе контент-анализа высказываний пациентов были выявлены преимущественно незрелые, в частности, нарциссические, защитные механизмы: идеализация-обесценивание, расщепление, проекция, отрицание, а также регрессия с вытеснением [7]. Диагноз СА идеализировался пациентами, другие диагнозы были менее знакомы, вызывали страх и включали защиты типа отрицания и обесценивания, проявлявшиеся категорическим несогласием с наличием другого расстройства и в презрительных нотках при упоминании других диагнозов: «Я достаточно хорошо рефлексирую, чтобы идентифицировать себя по внутреннему ощущению и общей истории с западными поздно диагностированными аутистками, а не пограничниками, биполярщиками, шизофрениками и прочими пациентами» (из отзыва пациентки). Механизм дихотомического расщепления реальности обеспечивал существование в сознании пациента «хорошего» и «плохих» диагнозов, причем «плохие» имели семантический признак — корень «schizo». Такие расхожие мифы о шизофрении как «сумасшествие», «распад личности» приписывались диагнозам и ШРЛ, и ШТР. Нарциссическая поляризация оценок приводила к известным идеализации-обесцениванию и фигуры врача: «Никому не порекомендую данного врача... потому другой психиатр, врач от Бога, всё-таки поставил мне синдром Аспергера! Да-да, поставил!». На психиатра проецировались собственные негативные эмоции: враждебность, высокомерие и агрессия: «Доктор доброжелательна... или снисходительна? Не поняла. Чувствую, что мне поставили опять не тот диагноз...»; «Врач прошла по всем моим особенностям, а потом победоносно заявила, что у меня шизотипическое расстройство, как будто она — истина в последней инстанции»; «Врач постоянно на меня раздражалась и психовала в тех местах, где в моем поведении прослеживался хоть намек на РАС (когда я теребила платок, она даже прикрикнула на меня: «Уберите платок!»). Слова врача в воспоминаниях пациентов искажались, обрывки фраз соединялись нарочито абсурдно: «Представления ее о РАС, скажем так, очень специфичны. Например, она мне сказала, что раз я в детстве не ходила на носочках и не кружилась, то я — явный шизоид!». Логичные объяснения, напротив, зачастую оказывались

вытесненными. Наиболее объемными по размеру, эмоционально нагруженными агрессией в виде особой «едкости», наличия негативного подтекста, насмешливой театральности стиля оказались отзывы пациентов с НРЛ («Итак, вернемся к блистательному исполнению диагностики этого психотерапевтического центра в тандеме с госпожой (фамилия врача)...»).

Пациенты, у которых диагноз синдрома Аспергера был подтвержден, реагировали внешне безразлично, иногда с оттенком удивления, что их ожидания оправдались. Ни один из них не оставил интернет-отзыва о консультации.

Результаты проведенного исследования зачастую были довольно неожиданными: небольшой процент пациентов с подтвердившимся диагнозом СА, малая представленность у них жалоб на социальные трудности, выраженная заинтересованность пациентов в диагнозе СА, проявлявшаяся даже аггравацией симптомов. Преобладание пациентов с ШТР и личностными расстройствами может свидетельствовать как об искажении, которое неизбежно несут в себе самооценочные тесты, так и о перекрываемости диагнозов СА, ШТР и ШРЛ, на что обращают внимание зарубежные авторы [14; 15; 17]. Кроме того, лица, страдающие СА, могли быть менее критичны и менее активны в плане обращения за помощью.

Малая представленность жалоб на социальные затруднения при СА, очевидно, объясняется их эгосинтонностью и невозможностью объективации [10].

Ложные результаты самодиагностики, кроме неминусовой погрешности тестов, можно попытаться умозрительно объяснить предложенной А.Ш. Тхостовым концепцией формирования мифа болезни [10], гипотетически распространив её с телесной на психическую сферу. Конкретное психическое переживание (например, смутный дискомфорт, а при первичном значении — тревога в социальных ситуациях) вторично означает как признак некой психической дефектности — нерешительности, слабости. Однако, будучи узнанным в описаниях определенной патологии (синдрома Аспергера), переживание подвергается третичному значению как симптом этой патологии, что снижает уровень фрустрации и недовольства собой и нейтрализует травмирующее вторичное значение. «Активная воспринимающая ткань» психического аппарата достраивает контекст болезни, проявляя на основе усилившейся и искаженной рефлексии незамечаемые/отсутствовавшие ранее особенности: например, сенсорную гиперчувствительность или потребность в лишнем движениях.

Аггравация симптомов и явная заинтересованность в диагнозе СА у пациентов с другими расстройствами свидетельствуют о существовании позитивных мифов о диагнозе аутизма, чему способствует широкое и не всегда верное освещение диагноза средствами массовой информации, в том числе, интернет-ресурсами. Выбор диагноза по семантическому принципу еще раз подтверждает существование со-

циальной стигмы диагнозов с корнем «schizo» и отсутствие таковой у диагноза «аутизм».

Выводы

В результате проведенного исследования были сделаны выводы:

1. Самодиагностика СА подтверждалась клинически, но в меньшинстве случаев. Наиболее представленным среди обратившихся оказался диагноз ШТР; также присутствовали личностные расстройства.

2. Наиболее широко представленные в интернет-ресурсах такие проблемы людей с СА как субъективные трудности в общении, сенсорная гиперчувствительность и непонимание чужих эмоций, выступали в качестве характерных жалоб у пациентов с ШРЛ и ШТР, тогда как в группе СА они были представлены в достоверно меньшей степени.

3. С точки зрения традиционной описательной психопатологии, самой характерной для СА оказалась субкататоническая симптоматика, а из особенностей контакта — грубое отсутствие эмпатии. Были выявлены различия в представленности некоторых видов расстройств мышления: конкретность мышления была характерна для СА, аморфность мышления — для ШТР.

4. Заинтересованность в диагнозе СА объяснялась чаще всего проблемами самооценки и существованием как положительных, так и отрицательных мифов о психических расстройствах, не полностью соответствующих действительности.

5. Психологически процесс ложной самодиагностики вполне соответствовал известной концепции рождения мифа болезни из симптома.

6. Наиболее представленными психологическими защитами при фрустрации, вызванной неоправданием диагностических ожиданий, оказались незрелые нарциссические защиты: идеализация-обесценивание, проекция, расщепление, отрицание, наряду с более зрелыми вытеснением и регрессией.

7. Целесообразность предложения самооценочных тестов на аутизм широкой аудитории интернет-пользователей при понятном отсутствии таковых, например, на ШТР, представляется весьма дискутабельной, поскольку может вести как к определенной ипохондризации одних пользователей, так и к отрицанию другими имеющегося, верного, диагноза. С другой стороны, сам факт активного обращения к психиатру в стигматизирующем социуме может быть оценен как весьма позитивное явление.

В дальнейшем представляется целесообразным продолжить данное исследование на большей выборке и оценить характер взаимоотношения между двумя диагностическими единицами: СА и ШТР, что могло бы привести к развитию и совершенствованию как дифференциальной диагностики, так и спектрального подхода к пониманию психических расстройств. ■

Литература

1. Бородина Л.Г. Особенности психопатологии у взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве // Психиатрия. 2019. № 81. С. 30–38. DOI:10.30629/2618-6667-2019-81-30-38
2. Бородина Л.Г., Фисунова А.С. Проблема толерантности к лицам с психическими расстройствами в современном российском мегаполисе // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 1. С. 49–53. DOI:10.17759/autdd.2017150105
3. Бриттон Р. Нарциссизм и нарциссические расстройства [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2008. № 4. URL: <https://psyjournal.ru/articles/narcissizm-i-narcissicheskie-rasstroystva> (дата обращения: 13.07.2023).
4. Дунаевский В.В., Кузнецов А.В. Кататония — эволюция взглядов и современные представления // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019. № 4-2. С. 29–40. DOI:10.31363/2313-7053-2019-4-2-29-40
5. Иванова М.М., Бородина Л.Г. Особенности мышления у взрослых с диагнозом РАС без умственной отсталости, поставленным в детстве // Аутизм и нарушения развития. 2021. Т. 19. № 1. С. 34–43. DOI:10.17759/autdd.2021190104
6. Лунёв И. Вся жизнь мне было сложно общаться с людьми, а оказалось — у меня синдром Аспергера [Электронный ресурс]. 29.03.2022. URL: <https://www.miloserdie.ru/article/vse-zhizn-mne-bylo-slozhno-obshhatsya-s-lyudmi-a-okazalos-eto-sindrom-aspergera> (дата обращения: 13.07.2023).
7. МакВильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. Москва: Класс, 2001. 474 с. ISBN 5-86375-096-0.
8. МКБ-10: раздел Психические и поведенческие расстройства [Электронный ресурс] // Российское общество психиатров. 20 ноября 2013. URL: <https://psychiatr.ru/news/181> (дата обращения: 13.07.2023).
9. Триморук Д. Тест на синдром Аспергера у взрослых [Электронный ресурс]. URL: <https://quizterra.com/ru/test-na-sindrom-aspergera-u-vzroslyh> (дата обращения: 13.07.2023).
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. Москва: Смысл, 2002. 287 с. ISBN 5-89357-111-8.
11. Breen J., Hare D.J. The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism // Journal of Intellectual Disability Research. 2017. Vol. 61. № 6. pp. 580–593. DOI:10.1111/jir.12362
12. Dell’Osso L., Luche R.D., Gesi C. et al. From Asperger’s *Autistischen Psychopathen* to DSM-5 Autism Spectrum Disorder and Beyond: A Subthreshold Autism Spectrum Model // Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. 2016. Vol. 12. pp. 120–131. DOI:10.2174/1745017901612010120
13. Klang A., Westerberg B., Humble M.B. et al. The impact of schizotypy on quality of life among adults with autism spectrum disorder // BMC Psychiatry. 2022. Vol. 22. Article № 205. 12 p. DOI:10.1186/s12888-022-03841-2
14. Lehnhardt F.G., Gawronski A., Preiffer K. et al. The investigation and differential diagnosis of Asperger syndrome in adults // Deutsches rzteblatt International. 2013. Vol. 110, № 8. pp. 755-763. DOI: 10.3238/wearztebl.2013.0755.
15. Maddox B., Brodtkin E., Calkins M. Et al. The accuracy of the ADOS-2 in identifying autism among adults with complex psychiatric conditions // Journal of Autism and Developmental Disorders . 2017. Vol. 47, № 5. pp. 2703-2709. DOI:10.1007/s10803-017-3188-z.
16. Nilsson M., Handest P., Carlsson J. et al. Well-Being and Self-Disorders in Schizotypal Disorder and Asperger Syndrome / Autism Spectrum Disorder // The Journal of Nervous and Mental Disease. 2020. Vol. 208. № 5. pp. 418–423. DOI:10.1097/nmd.0000000000001145
17. Roy M., Dillo W., Emrich H.M. et al. Asperger’s syndrome in adulthood // Deutsches rzteblatt International. 2009. Vol. 106. № 5. pp. 59–64. DOI:10.3238/arztebl.2009.0059

References

1. Borodina L.G. Osobennosti psikhopatologii u vzroslykh s diagnozom rasstroistv autisticheskogo spektra v detstve [Psychopathology in adults with child diagnosis of autism spectrum disorders]. *Psikhiatriya = Psychiatry (Moscow)*, 2019, no. 81, pp. 30–38. DOI:10.30629/2618-6667-2019-81-30-38
2. Borodina L.G., Fisunova A.S. The problem of tolerance to persons with mental disorders in the modern Russian megapolis. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*, 2017, vol. 15, no. 1, pp. 49–53. DOI:10.17759/autdd.2017150105
3. Britton R. Nartsissizm i nartsissicheskie rasstroistva [Narcissism and narcissistic disorders] [Web resource]. *Zhurnal prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza = Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis*, 2008, no. 4. URL: <https://psyjournal.ru/articles/narcissizm-i-narcissicheskie-rasstroystva> (Accessed 13.07.2023).
4. Dunaevskii V.V., Kuznetsov A.V. Katatoniya — evolyutsiya vzglyadov i sovremennye predstavleniya [Catatonia — evolution of views and current understanding (literature review)]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2019, no. 4-2, pp. 29–40. DOI:10.31363/2313-7053-2019-4-2-29-40
5. Ivanova M.M., Borodina L.G. Cognitive Features in Adults with Autism Spectrum Disorder, Diagnosed in Childhood without Intellectual Disabilities. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*, 2021, vol. 19, no. 1, pp. 34–43. DOI:10.17759/autdd.2021190104
6. Lunev I. Vsyu zhizn’ mne bylo slozhno obshchat’sya s lyud’mi, a okazalos’ — u menya sindrom Aspergera [My whole life I’ve had trouble communicating with people, then it turned out I have Asperger’s syndrome] [Web resource]. 29.03.2022. URL: <https://www.miloserdie.ru/article/vse-zhizn-mne-bylo-slozhno-obshhatsya-s-lyudmi-a-okazalos-eto-sindrom-aspergera> (Accessed 13.07.2023).

7. McWilliams N. Psikhoanaliticheskaya diagnostika: ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse [Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process]. Moscow: Publ. Klass, 2001. 474 p. ISBN 5-86375-096-0.
8. МКБ-10: razdel Psikhicheskie i povedencheskie rasstroistva [ICD-10: Mental and behavioural disorders section] [Web resource] // Russian Society of Psychiatrists. 20 November 2013. URL: <https://psychiatr.ru/news/181> (Accessed 13.07.2023).
9. Trimoruk D. Test na sindrom Aspergera u vzroslykh [Test for Asperger's syndrome in adults] [Web resource]. URL: <https://quizterra.com/ru/test-na-sindrom-aspergera-u-vzroslykh> (Accessed 13.07.2023).
10. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti [Psychology of corporeity]. Moscow: Publ. Smysl, 2002. 287 p. ISBN 5-89357-111-8.
11. Breen J., Hare D.J. The nature and prevalence of catatonic symptoms in young people with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2017, vol. 61, no. 6, pp. 580–593. DOI:10.1111/jir.12362
12. Dell'Osso L., Luche R.D., Gesi C. et al. From Asperger's *Autistischen Psychopathen* to DSM-5 Autism Spectrum Disorder and Beyond: A Subthreshold Autism Spectrum Model. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2016, vol. 12, pp. 120–131. DOI:10.2174/1745017901612010120
13. Klang A., Westerberg B., Humble M.B. et al. The impact of schizotypy on quality of life among adults with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry*, 2022, vol. 22, article no. 205. 12 p. DOI:10.1186/s12888-022-03841-2
14. Lehnhardt F.G., Gawronski A., Preiffer K. et al. The investigation and differential diagnosis of Asperger syndrome in adults // *Deutsches rzteblatt International*, 2013, vol. 110, pp. 755-763. DOI: 10.3238/wearztebl.2013.0755.
15. Maddox B., Brodtkin E., Calkins M. et al. The accuracy of the ADOS-2 in identifying autism among adults with complex psychiatric conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2017, vol. 47, pp. 2703-2709. DOI:10.1007/s10803-017-3188-z.
16. Nilsson M., Handest P., Carlsson J. et al. Well-Being and Self-Disorders in Schizotypal Disorder and Asperger Syndrome/Autism Spectrum Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2020, vol. 208, no. 5, pp. 418–423. DOI:10.1097/nmd.0000000000001145
17. Roy M., Dillo W., Emrich H.M. et al. Asperger's syndrome in adulthood. *Deutsches rzteblatt International*, 2009, vol. 106, no. 5, pp. 59–64. DOI:10.3238/arztebl.2009.0059

Информация об авторах

Бородина Любовь Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической и судебной психологии Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3058-1569>, e-mail: bor111a@yandex.ru

Information about the authors

Liubov G. Borodina, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Clinical and Judicial Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3058-1569>, e-mail: bor111a@yandex.ru

Получена 15.04.2023

Received 15.04.2023

Принята в печать 20.06.2024

Accepted 20.06.2024