

## **KOMORBIDITET U PSIHIJATRIJI RAZVOJNOG DOBA - SLUČAJNOST ILI REALNOST**

**Smiljka Popović-Deušić<sup>1,2</sup>, Milica Pejović-Milovančević<sup>1,2</sup>,  
Olivera Aleksić-Hil<sup>1</sup>, Emina Garibović<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

<sup>2</sup>Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

**Apstrakt:** Razvojnu psihijatriju karakterišu specifičnosti u prezentaciji simptoma, koje su u velikoj meri razvojno uslovljene i u visokoj zavisnosti od sredinskih faktora. Zbog toga dijagnostikovanje i klasifikacija u dečjoj i adolescentnoj psihijatriji treba da prepoznaju ove posebnosti i da razvijaju pristup koji će biti na ličnost orijentisan a ne samo na dijagnozu. Postojanje komorbiditeta u razvojnoj psihijatriji više je pravilo nego slučajnost. Najviše izučavani hiperkinetski sindrom sa poremećajem pažnje (ADHD) ima značajan komorbiditet sa poremećajem ponašanja, depresivnošću i anksioznošću. Prevalenca komorbiditeta mentalnih poremećaja kod dece sa mentalnom retardacijom je visoka i kreće se od 25-70%, što zavisi od metodologije, dijagnostičke definicije i ispitivane populacije. Spektar autističnih poremećaja često je udružen sa mentalnom retardacijom, ADHD-om, tikovima, gastrointestinalnim poremećajima, shizofrenijom. Shizofrenija sa ranim početkom često koegzistira sa ADHD-om, poremećajem ponašanja, depresijom. Prepoznavanje komorbiditeta olakšava izbor terapije i utiče na tok i prognozu problema mentalnog zdravlja.

**KLjučne reči:** *razvojna psihijatrija, komorbiditet, ADHD, autizam, shizofrenija*

## Uvod

Termin “*komorbiditet*” uveo je u medicinu Feinstein 1970. godine da bi označio one slučajeve kod kojih poseban klinički entitet postoji istovremeno u pacijenta tokom kliničkog toka njegove osnovne bolesti [1]. Kada su u pitanju psihijatrijski poremećaji, oni mogu postojati istovremeno sa somatskim poremećajima i/ili sa drugim psihijatrijskim poremećajima kada govorimo o “psihijatrijskom komorbiditetu”.

Termin “*dualna dijagnoza ili dualni poremećaj*” – u psihijatriji se takođe odnosi na istovremeno prisustvo dva različita poremećaja. Međutim, on se skoro isključivo upotrebljava da označi istovremeno prisustvo zloupotrebe supstancija (na pr. alkoholizam) sa nekim drugim psihijatrijskim poremećajem. Među pacijentima koji imaju dijagnostikovan težak psihijatrijski poremećaj kao što je shizofrenija, veoma često postoji i ozbiljan problem sa zloupotrebom alkohola ili supstancija.

Različiti uzroci mogu dovesti do nastanka komorbiditeta. Komorbiditet može biti slučajna pojava ili posledica udruženosti različitih faktora rizika; ili dva poremećaja mogu da imaju iste ili preklapajuće riziko-faktore kada jedan poremećaj prouzrokuje drugi; ili može da postoji multiformno ispoljavanje jednog od dva osnovna poremećaja kada nastaje treći – nezavistan poremećaj. Postavlja se pitanje zbog čega se dva različita poremećaja pojavljuju istovremeno. Termin “mešovite dijagnostičke kategorije” je najprikladniji u slučaju kada komorbidni poremećaj predstavlja treće nezavisno stanje, koje se razlikuje od oba osnovna poremećaja. U protivnom, mešovite dijagnoze ne bi bile od pomoći [2]. Hijerarhijski pristup klasifikovanju je koristan kada komorbidno stanje predstavlja multiformno ispoljavanje jednog od osnovnih poremećaja. Na primer: velika depresivna epizoda je skoro stalna komplikacija distimije ali se ne dijagnostikuje kao komorbidni veliki depresivni poremećaj u osoba koje imaju distimiju [3]. Iako dimenzionalni pristup ima mnogo dobrih strana, on može pre da komplikuje nego da pojednostavljuje klasifikacioni sisteme, osim u situaciji kada je broj dimenzija veoma mali. Umesto procene jedne ili više dijagnoza u pacijenta, svaki pacijent dobija skor na svakoj dimenziji tog klasifikacionog sistema. Iako je veći broj informacija veoma koristan, on često može da poveća složenost prilikom klasifikovanja [4].

## Mane postojećih klasifikacionih sistema

Zbog nedovoljnog poznavanja etiopatogeneze psihijatrijskih poremećaja, savremeni klasifikacioni sistemi (DSM i MKB) pri klasifikovanju poštuju ateorijski pristup i primenjuju deskriptivni, kategorijalni sistem koji odvaja psihijatrijske simptome i ponašanja u veliki broj različitih dijagnoza. To pokreće mnoge dileme. Na primer, ako u pacijenta istovremeno postoje anksioznost i depresivnost postavlja se pitanje da li su to dva odvojena entiteta ili pak dve komponente jednog poremećaja [5,6]. Postojeći klasifi-

kacioni sistemi ustvari podstiču prepoznavanje komorbiditeta i multiplih dijagnoza koji podrazumevaju da je kliničar registrovao maksimalan broj dijagnostičkih informacija, čime se ističe kompleksnost kliničke prezentacije. Ipak, savremena strategija dijagnostikovanja “maksimalnog” komorbiditeta ne mora da znači i “optimalni” komorbiditet. Podaci ukazuju da kliničari često u rutinskom radu ne dijagnostikuju komorbidni poremećaj, za razliku sa procenama prilikom sprovođenja istraživanja kada se upotrebljavaju strukturisani psihijatrijski intervjui [7,8].

### **Šta se očekuje od novih klasifikacija u odnosu na komorbiditet**

#### *a) Dimenzionalni pristup*

Ovaj pristup je alternativa dosadašnjem kategorijalnom pristupu i pacijentovu psihopatologiju shvata kao skup većeg broja osnovnih dimenzija ispoljene psihopatologije

#### *b) Veće uspostavljanje dijagnostičke hijerarhije*

Postojeći klasifikacioni sistemi imaju mali broj hijerarhijskih pravila među dijagnostičkim kategorijama. To bi značilo da ako postoji psihotični poremećaj, mogući prisutni neurotski poremećaj ne bi bio posebno dijagnostikovano, jer se smatra delom psihotične kliničke slike. To su isključujuće hijerarhije koje su bazirane na konceptu da vodeći poremećaj preuzima preimućstvo nad podređenom dijagnozom. Uspostavljanjem dijagnostičke hijerarhije smanjio bi se broj komorbidnih dijagnoza [9].

#### *c) Mešovite dijagnostičke kategorije*

Postoje primeri kada istovremeno postojanje dva poremećaja predstavlja jedan zaseban klinički entitet koji ima svoju patogenezu, strategiju lečenja i prognozu [10,11]. Primer takvog poremećaja je “*hiperkinetski poremećaj ponašanja*” koji se razlikuje i od poremećaja ponašanja i od ADHD-a (po nastanku, IQ, neurološkom pregledu, odgovoru na medikaciju itd) [12]. Ili kombinacija depresivnog poremećaja i generalizovanog anksioznog poremećaja, kada je nastao nov dijagnostički entitet – “*mešoviti anksiozno-depresivni poremećaj*”.

#### *d) Rearanžman postojećih klasifikacija*

Nadovezujući se na prethodno, alternativa ali ne i kontradikcija komorbiditetu je da se psihopatologija sastoji od *diskretnih kliničkih entiteta*, ali da ti entiteti nisu adekvatno prikazani u sadašnjim dijagnostičkim kategorijama [9]. To bi usmerilo dalja klinička istraživanja ka otkrivanju “pravih entiteta poremećaja”, što bi doprinelo dugoročnom rearanžmanu postojeće klasifikacije [13].

## Na ličnost centrirana dečja i adolescentna psihijatrija

Dosadašnji klasifikacioni sistemi u veoma maloj meri prepoznaju specifičnosti i potrebe dečje i adolescentne psihijatrije. Dijagnostički proces i u razvojnoj psihijatriji ostaje “na dijagnozu centriran” kao u adultnoj psihijatriji, što znači da je baziran na deskriptivnim činjenicama koje određuju vrstu poremećaja, uz upotrebu komorbiditeta da ispravi nedostatke ovog dijagnostičkog procesa i da približi dijagnostičke kategorije realnoj kliničkoj situaciji. Ograničeni pristup postojećih klasifikacioni sistema potrebama dečje i adolescentne psihijatrijske kliničke prakse je u suprotnosti sa mnogobrojnim specifičnostima dijagnostičke procedure u ovoj oblasti. Te specifičnosti su: simptomatske, razvojne, sredinske i prognostičke.

### 1) Simptomatske specifičnosti

U dečjoj i adolescentnoj psihijatriji postoje specifična ograničenja u spoljašnjoj manifestaciji simptoma, kao i u mogućnosti uvida u postojanje zavisnih simptoma. Odnos između vidljivih simptoma i postojeće psihološke organizacije je specifičan u ovoj oblasti. Mnogo češće nego u adultnoj psihijatriji, specifičan set bihevioralnih deskriptivnih simptoma može da se odnosi na sasvim različite postojeće psihopatološke organizacije. Stoga u ovom uzrastu, razmatranje dinamskih mehanizama odbrane i strukturne organizacije kao podloge bihevioralnim simptomima – često vodi do potpune modifikacije dijagnostičke evaluacije i terapijskog plana. Određena psihopatološka stanja mogu da imaju veoma različita ispoljavanja simptomatologije. Na primer, depresivnost u adolescenciji može da se ispolji na različite načine: kroz “acting-out” simptome ili pak psihotične simptome, što se mnogo češće dešava nego u adultnoj psihijatriji.

### 2) Razvojne specifičnosti

Razvojna razmatranja u dečjoj i adolescentnoj psihijatriji su od mnogo većeg značaja nego u adultnoj. Ona su neophodna da bi se razlikovali patološki simptomi i razvojni konflikti, uočili razvojni slomovi, regresije i fiksacije, da bi se prepoznale disharmonije na različitim razvojnim linijama i najzad da bi se planirao terapijski pristup. Uzimajući u obzir sve ove razvojne dimenzije tim francuskih dečjih psihijatarata je usvojio termin “*razvojna disharmonija*” ističući mogućnost neujednačenog razvoja osnovnih razvojnih linija (kognitivni, emocionalni i socijalni) tokom ranog detinjstva. Prihvatajući ovu činjenicu dolazimo do toga da u ranom detinjstvu mogu da postoje mnogobrojne kliničke slike koje podsećaju na pervazivne razvojne poremećaje, na kašnjenja u razvoju, na emocionalne poremećaje, a koje se ne uklapaju ni u jedan postojeći klasifikacioni sistem. Međutim, u realnosti takve kliničke slike postoje.

U našoj sredini, profesionalci koji se bave dečjom psihijatrijom poštuju ovakav pristup koji dozvoljava detetu da u jednom trenutku razvoja

ima različita psihopatološka ispoljavanja, a da je razvojni period taj koji će usloviti njihov dalji razvoj ka patologiji ili normalizaciji. Mi ovakav poremećaj svrstavamo prema MKB-10 u kategoriju F83 (Mešoviti specifični razvojni poremećaj), što sigurno nije adekvatno razumevanje i svrstavanje ove grupe poremećaja [14,15,16]. Francuska klasifikacija dečjih i adolescentnih mentalnih poremećaja uvrstila je ovaj poremećaj u klasifikacioni sistem pod nazivom “*Psihotična disharmonija*” [17]. Ovaj poremećaj je sličan poremećaju u DSM klasifikaciji pod nazivom Multipli razvojni poremećaji kako bi se razlikovali od Pervazivnih razvojnih poremećaja koji nisu drugačije specifikovani (PDD-NOS) [18].

### 3) Sredinske specifičnosti

U detinjstvu postoji jasna zavisnost od prošlih i trenutnih sredinskih uslova. Njihova međuzavisnost u velikoj meri određuje i ispoljavanje mentalnog poremećaja na ovom uzrastu. Stoga, u mnogim slučajevima razvojnog doba postoji veliki rizik da je davanje psihijatrijskih dijagnoza zapravo reformulacija socijalnih poremećaja/oštećenja, kada dijagnostičko etiketiranje nema dovoljan značaj za socijalni kontekst. I suprotno od toga, kod dece koja su hiperadaptirana na socijalne zahteve i norme – njihova psihopatologija često ostaje zanemarena (na pr. kod visoko funkcionišućih pervazivnih razvojnih poremećaja (PRP) ili nedijagnostikovanog opsesivno kompulzivnog poremećaja (OKP). Najzad, u svakodnevnoj kliničkoj praksi postoji veliki rizik od izbora između socijalne i psihijatrijske dijagnoze poremećaja. To dalje dovodi do situacije u kojoj će dijagnoza biti manje zasnovana na simptomima samog poremećaja, a više na njenom socijalnom kontekstu i na vrsti interakcija između deteta i njegove okoline.

### 4) Prognostičke specifičnosti

Prognoza poremećaja ima poseban značaj u dečjoj i adolescentnoj psihijatriji, jer nas ne interesuje samo trenutni status poremećaja, već njen nastavak i ishod u odraslom životnom dobu. Perspektiva razvojne psihijatrije nas upućuje na neophodnost da se u budućnosti prilikom dijagnostikovanja i klasifikovanja mentalnih poremećaja uzima u obzir celokupna ličnost deteta, a ne samo ispoljeni simptomi [19]. Da bi se ovo postiglo, klasifikacija i proces dijagnostikovanja zahtevaju određene konceptualne modifikacije, kao što su: a) bolja integracija individualnih, relacijskih i sredinskih dimenzija; b) veća upućenost na razvojne dimenzije i longitudinalne aspekte poremećaja; c) posvećivanje više pažnje mehanizmima odbrane i psihičkom funkcionisanju uopšte.

Drugim rečima, ovi konceptualni modeli moraju obratiti posebnu pažnju na detetov subjektivni svet i njegovu unutrašnju dimenziju kao i na njegov kontekst (socijalni i razvojni), odnosno na način na koji on utiče na dete objektivno i subjektivno. Mora se uvesti veća složenost u klasifikacioni sistem kako bi se više približili realnoj kliničkoj situaciji sa kojom se susre-

ćemo u dečjoj i adolescentnoj psihijatriji. Pristup subjektivnim dimenzijama deteta i adolescenta zahteva više subjektivnosti od strane psihijatra što je u suprotnosti sa idealom objektivnosti koji je suštinski u trenutno važećim klasifikacionim sistemima.

### **Komorbiditet pojedinih kliničkih entiteta**

#### *Hiperkinetički poremećaj (ADHD)*

ADHD je jedan od najviše istraživanih i opisivanih poremećaja u dečjoj psihijatriji. Prevalenca poremećaja se kreće od 3-10% kod školske dece, pri čemu je poremećaj 3-4 puta češći kod dečaka. Dosada sprovedena istraživanja jasno ukazuju na postojanje visokog komorbiditeta između ADHD i ostalih psihijatrijskih poremećaja u detinjstvu. Najbolji uvid u prevalencu poremećaja se dobija putem terenskih istraživanja. Pokazatelji komorbiditeta u velikoj meri zavise od: definicije slučaja, metodologije procene i kontrolne grupe. Angold je dao ekstenzivan pregled terenskih istraživanja i pokazao visok komorbiditet između ADHD i: poremećaja ponašanja u vidu protivljenja i prkosa (10.7%), depresije (5.5%) i anksioznosti (3.0%). Poremećaji raspoloženja su učestaliji u preadolescentnom dobu [20].

Istraživanje grupe autora iz 2008. godine, koje je obuhvatilo 342 ispitanika uzrasta od 6-18 godina ukazuje da su najčešće komorbidne dijagnoze sa ADHD-om poremećaj ponašanja u vidu protivljenja i prkosa – 40.6%; distimija – 21.6%; generalizovani anksiozni poremećaj – 15.2%. Oko 50% dece sa ADHD-om nastavlja da ispoljava bar jedan od simptoma poremećaja i u odraslom životnom dobu; pojavljuje se kod 4-5% odraslih [21,22].

Postoje podaci da je komorbiditet čak viši kod odraslih nego kod dece. Kod njih se najčešće kao komorbidni poremećaj javlja zloupotreba supstancija (oko 50% netretiranih ADHD u odraslom dobu zloupotrebljavaju supstancije), zatim bipolarni afektivni poremećaj, generalizovani anksiozni poremećaj, poremećaji ponašanja, opsesivno kompulzivni poremećaj i poremećaji ličnosti [22].

#### *Komorbiditet ADHD i bipolarnog poremećaja (manija):*

Poseban problem dijagnoze, diferencijalne dijagnoze i lečenja je istovremeno postojanje ADHD-a i manije u dece. ADHD se pojavljuje kod oko 8-12% dece, češće dečaka; bipolarni (manija) kod svega 1%, češće dečaka, naročito mlađih od 13 godina [23]. Upoređujući simptome manije i ADHD-a upadljiv je visok procenat grandioznosti kod manije (85%), dok je kod ADHD samo 6.7%. Takođe se povišeno raspoloženje i smela ponašanja javljaju u visokom procentu kod manije (87%, 79%), a u veoma niskom kod ADHD. Sličnost između ova dva poremećaja je visoka u simptomima povišene energije i distraktibilnosti, gde je procentualna zastupljenost skoro ista [24].

Diferencijalna dijagnoza ADHD i manije takođe uključuje sledeća poređenja: a) iritabilnost je kod manije veoma izražena, povremeno postoji kod ADHD; b) euforija je kod manije ekscitativna, a kod ADHD je situaciono uslovljena; c) deca sa ADHD-om imaju nisko samopoštovanje, dok je kod manije izražena grandioznost; d) manična deca imaju smanjenu potrebu za spavanjem, dok je decu sa ADHD-om se teško privoleti da legnu u krevet, ali posle dobro spavaju; e) deca sa manijom imaju ubrzan misaoni tok, dok kod ADHD toga nema [25].

ADHD i bipolarni poremećaj (manija) su različite dijagnostičke kategorije, koje kada koegzistiraju predstavljaju dijagnostički problem. U slučaju komorbiditeta prednost u lečenju daje se simptomima povišenog raspoloženja i terapija se primarno usmerava na maniju (stabilizatori raspoloženja ili antipsihotici). Simptomi ADHD-a leče se sekundarno, tek kada dođe do stabilizacije raspoloženja.

#### *Spektar autističnih poremećaja – Autism Spectrum Disorders (ASD)*

U kliničkoj praksi sve više se koristi termin autistični spektar koji se odnosi na širu definiciju autizma, uključujući klasičnu formu poremećaja kao i veoma slične poremećaje koji imaju mnoge od njegovih osnovnih karakteristika. Spektar autističnih poremećaja (ASD) je zapravo termin koji kao kišobran nadkrijuje nekoliko neurorazvojnih poremećaja u okviru kojih postoje značajna odstupanja u socijalnom razvoju i razvoju socijalnih veština, neobična ponašanja i interesovanja. ASD nije posebna dijagnostička kategorija, ali se široko upotrebljava sa ciljem da označi tri od pet dijagnoza u okviru kategorije *pervazivni razvojni poremećaji*. Te tri kategorije su: autistični poremećaj, Aspergerov sindrom i pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije označen (PDD-NOS) [26].

Nazivi koji se odnose na različite ASD mogu izazivati konfuziju, jer se mogu čuti nazivi kao: a) autizam, klasični autizam, visoko funkcionalni autizam; b) autistični poremećaj; c) Aspergerov sindrom ili Aspergerov poremećaj; d) pervazivni razvojni poremećaj (PDD), i/ili autistični spektar poremećaja (ASD)-autistični poremećaj stanja (ASC). Svi ovi termini su u upotrebi i mogu da se na različite načine interpretiraju u različitim situacijama. Termin autizam se obično upotrebljava u dva slučaja: a) da označi baš autistični poremećaj (Kanerov sindrom) b) i češće uopštenije – da označi sve ASD.

Termin spektar se odnosi na kontinuum ozbiljnih razvojnih poremećaja [27]. Deca i odrasli sa ASD-om obično imaju sličnosti u specifičnim obrascima komunikacije i socijalnih interakcija, ali ova stanja obuhvataju širok spektar poremećaja, sa individualnim razlikama u: a) broju i specifičnoj vrsti simptoma; b) težini ispoljenih simptoma – laka do teške; c) uzrastu kada nastaju; d) nivou funkcionisanja; e) oblicima socijalnih interakcija [28].

Profesor Christopher Gillberg (Univerzitet Geteborg, London) je 2009. godine predložio novije i šire kriterijume za spektar autističnih stanja (autism spectrum conditions – ASC/ASD) u koji spadaju najmanje 4 široko

prihvaćene kliničke prezentacije autizma (autism/autism spectrum conditions) plus jedna “neklinička” [29]:

1. Autistični poremećaj (Kanerov sindrom-AD)
2. Aspergerov poremećaj (Aspergerov sindrom-AS)
3. Dečji dezintegrativni poremećaj (Helerov sindrom)
4. Pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specifikovan (PDD-NOS; atipični autizam, druga autizmu slična stanja)
5. Najmanje jedna *subklinička* prezentacija (širi fenotip, “shadow syndrome”, lesser variant, autistični simptomi)

Do skora je ASD obuhvatao 3 kliničke prezentacije iz oblasti PRP- te je ovo još širi koncept. U realnosti postoje stotine autizama, stotine različitih poremećaja u socijalnim komunikacijama – a samo jedan autizam u DSM-IV [30].

#### *Psihijatrijski komorbiditet sa ASD*

ADHD je kontroverzni koegzistirajući poremećaj sa ASD-om. Malo se zna o toj udruženosti zbog toga što studije o ADHD isključuju subjekte sa ASD i što MKB-10 i DSM-IV isključuju ASD pri dijagnostikovanju ADHD-a. Problemi pažnje često postoje i kod dece sa ASD. Poznato je da autistična deca imaju problema sa procesuiranjem informacija, što doprinosi njihovim socijalnim deficitima. U kliničkim uzorcima bar 10% pacijenata koji se ispituju zbog ADHD imaju komorbidni i ASD. Simptomi ADHD-a kod pacijenata sa ASD-om karakterišu hiperaktivnost i impulsivnost koji su van okvira za autizam. Ti simptomi su često pomešani sa oprečno nepokornim ponašanjem i nestabilnošću raspoloženja. Dijagnoza ADHD u okviru ASD postavlja se samo ako su simptomi veoma izraženi i stalni. Neophodno je isključiti medicinski stanja (npr. obolenja tireoidne žlezda) i ostala psihijatrijska stanja koja mogu da imitiraju simptome ADHD-a. Pri dijagnozi ADHD-a kod pacijenata sa ASD pomaže upotreba odgovarajućih rejting skala, pri čemu pacijenti moraju da ispunjavaju kriterijume i za ADHD i za ASD. Terapija ADHD-a u okviru ASD-a je zasnovana na tome da se tretiraju simptomi oba poremećaja. Uz lekove neophodna je primena bihejvioralnog tretmana i edukacija. Stimulansi su osnov u terapiji i pored vladajućeg uverenja da oni nemaju dejstva u autizmu i da izazivanju više neželenih dejstava.

Anksiozni poremećaji su česti su među decom sa ASD, ali ne postoje sigurni podaci. Prevalenca anksioznih poremećaja kod dece i mladih s ASD se kreće od 11% do 84%, što zavisi od metodologije istraživanja [31]. Poremećaji raspoloženja kod dece sa ASD postoje, ali nema sigurnih podataka.

Fragilni X sindrom predstavlja najčešći nasledni oblik mentalne retardacije i javlja se kod oko 2% – 5% osoba sa ASD. Mentalna retardacija (MR) se često sreće kod autističnih osoba: 25% – 70% je široka varijacija, koja ukazuje na teškoće procene inteligencije osoba sa ASD. Britanska studija iz 2001. godine ispitivala je inteligenciju kod autistične dece i dece sa ASD. U grupi autistične dece 30% je imalo normalnu inteligenciju (IQ iznad

70), 50% laku do umerene MR, i oko 20% tešku i duboku. Deca sa ASD (isključuje se autizam) imala su bolje rezultate – oko 94% je imalo normalnu inteligenciju [32].

Motorna nespretnost (dispraksija) sreće se kod dece sa ASD, jer mogu sporije da usvajaju motorne veštine, da budu loše koordinacije, da loše pišu, da imaju probleme sa vizuo-motornom koordinacijom [33]. Prevalenca tikova među decom sa ASD je oko 6.5%, što je više nego u opštoj populaciji 2% – 3% [34,35]. Kod ASD postoji i komorbiditet sa epilepsijom, pri čemu pojava epilepsije zavisi od uzrasta i kognitivnog nivoa. Jedno od četvoro autistične dece će dobiti epi napad, najčešće u adolescenciji [36].

Kod oko 50% dece sa autizmom postoje stalni gastrointestinalni problemi, koji se kreću od blagog do umerenog stepena inflamacije i gornjeg i donjeg intestinalnog trakta. Često pate od opstipacije ili dijareje, enkopreze – koje je teško razrešiti [37].

Dugo je postojalo uverenje da autizam i shizofrenija nisu u međusobnoj zavisnosti. Novija istraživanja ukazuju da osobe sa autizmom imaju povećani rizik za razvoj shizofrenije i da su ta dva poremećaja u većoj zavisnosti nego što se verovalo. Istraživanje Volkmar i Koena koje je obuhvatilo 163 adolescenata i odraslih sa dobro dokumentovanim istorijama autizma, utvrdilo je da je učestalost shizofrenije među autističnim pacijentima 0.6%, što je blizu učestalosti shizofrenije u opštoj populaciji [38].

#### *Psihijatrijski komorbiditet kod dece kod koje se tek pojavila epilepsija*

Studija sprovedena 2007. godine sa decom uzrasta 8-18 godina kod koje se tek pojavila epilepsija ukazuje na to da ona imaju izraženiju depresivnost (22%, kontrolna grupa 4%), anksiozne poremećaje (35% prema 22%) i ADHD (26.5% prema 10%) u odnosu na kontrolnu grupu dece [39].

#### *Tikovi*

Tikovi kod dece, a naročito Turetov sindrom (TS) su u velikoj povezanosti sa istovremenom pojavom raznih drugih psihijatrijskih poremećaja. Oko 50% pacijenata sa TS imaju i opsesivno kompulzivni poremećaj (OKP), koji obično nastaje nekoliko godina nakon pojave tika. To može biti posledica iste genetske vulnerabilnosti kao podloge za nastanak poremećaja. OKP uz istovremeno postojanje tikova, tipično uključuje simptome agresivnih, seksualnih i religijskih opsesija i odgovarajućih kompulzija, kao i kompulzije koje podrazumevaju simetriju i nameštanje stvari. Mada slični u mnogim aspektima ostalim OKP poremećajima, tikovi povezani OKP-om se razlikuju po tome što: a) počinju ranije u životu b) postoji dominacija simptoma kao što su: ritualno dodirivanje, tapkanje, trljanje c) refraktarniji su na terapiju antidepresivima, uz bolji odgovor na augmentaciju tipičnim ili atipičnim neurolepticima [40,41].

ADHD se dijagnostikuje kod dece sa TS čak u 70% slučajeva [40]. Ovaj komorbiditet je udružen sa nasilnim ponašanjima kao što su agresija,

neadekvatno ispoljavanje ljutnje, niska tolerancija na frustracije [41]. Nasilno ponašanje u TS pacijenata se javlja u 25 – 75%, zavisno od uzorka. Ovaj komorbiditet dovodi do dodatnih problema koji se sastoje u problemima sa učenjem, odbacivanjem od strane vršnjaka i porodice [42,43].

Depresivnost i anksioznost kao komorbidni poremećaji sa TS mogu da predstavljaju kumulativno psihološko opterećenje zbog ispoljavanja tika. Četvorostruko povećanje incidence migrene u pacijenata sa TS, sugerišu mogućni isti mehanizam kod ova dva poremećaja koji uključuje serotonin i bazalne ganglije [44].

### **Mentalna retardacija**

Prevalenca komorbiditeta mentalnih poremećaja kod dece sa MR je visoka i kreće se od 25 – 70%, što zavisi od metodologije, dijagnostičke definicije i ispitivane populacije [45]. Epilepsija postoji kod 15 – 30% populacije sa umerenom i teškom MR, a motorna i senzorna oštećenja kod 10 – 20% pacijenata sa mentalnom retardacijom [46]. Oko 75% autistične dece je i mentalno retardirano, dok obrnuti odnos ne mora da postoji [47]. ADHD postoji kod oko 18% mentalno retardiranih osoba.

Približno trećina adolescenata sa mentalnom retardacijom ispoljava i poremećaj ponašanja. Važno je uzeti u obzir njihovu sposobnost da shvate socijalna pravila kao i posedovanje sposobnosti korektnih socijalnih interakcija [48]. Što se tiče poremećaja raspoloženja češća je depresija, koja ostaje mnogo puta neprepoznata. Bipolarne poremećaje je teže prepoznati; češće su prezentovani disforijom, agresivnošću, samopovređivanjem – pre nego tipičnim maničnim epizodama. Anksiozni poremećaji su visoko zastupljeni, ali se teško se dijagnostikuju. Simptomi su: akutne epizode ljutnje i besa, plač, repetitivna i ritualistička ponašanja. Incidenca shizofrenije kod dece sa MR je viša nego u opštoj populaciji. Svi oblici psihotičnih ispoljavanja su identifikovani i kod MR osoba [49]

### **Shizofrenija**

Shizofrenija sa ranim početkom (COS – *Childhood Onset Schizophrenia*) postoji kod oko 1 na 10.000 dece. Manje od 1% pacijenata sa shizofrenijom dobije ovu dijagnozu u detinjstvu. COS se 50 puta ređe javlja nego shizofrenija u adolescenciji. Na osnovu istraživanja Ross-a i sar. iz 2009 godine pojavi jasnih simptoma COS prethode razni razvojni poremećaji, najčešće iz grupe ASD (34%), poremećaja govora i jezika (60%), poremećaja pažnje i raspoloženja. I ne samo to, 99% dece sa COS ima bar još jedan komorbidni poremećaj. Najčešći komorbidni poremećaji su bili: a) ADHD – 84%; b) oprečno nepokorni poremećaj ponašanja – 43%; c) depresija – 30%; d) separaciona anksioznost – 25% [50].

### **Specifični razvojni poremećaji**

Specifični razvojni poremećaji (govora i jezika – disfazija; školskih veština – disleksija; motorne funkcije– dispraksija) su najčešće u međusobnoj zavisnosti pri čemu deca ispoljavaju probleme u više sfera (ali retko baš u svim). Uz to, kod dece često postoje i simptomi ADHD i ASD. Smatra se da ovi neurorazvojni poremećaji postoje kod oko 20% dece sa posebnim potrebama. Udružene smetnje nastavljaju da perzistiraju i u odraslom životnom dobu, sa velikim uticajem na pojedince, njihove porodice i društvo u celini. Sem što koegzistiraju, ovi poremećaji imaju tendencu pojave u istim porodicama, što ukazuje da dele elemente genetske predispozicije. I pored posebnog dijagnostičkog označavanja pri klasifikovanju, kliničko preklapanje između disleksije, dispraksije, ADHD i ASD je vrlo značajno, i “izolovani/čisti” slučajevi su više slučajnost nego pravilo. Oko polovine disleksične populacije je i dispraksično i vice versa. Dispraksija i ADHD koegzistiraju u oko 50% slučajeva, disleksija i ADHD u oko 30 – 50%. Svi ovi poremećaji pokazuju donekle preklapanje i sa autističnim spektrom, mada u teškim slučajevima dijagnoza autizma ima prvenstvo [51].

### **Poremećaj ponašanja**

Pretpostavlja se da oko 60% dece sa poremećajem ponašanja ima jedan ili više udruženih poremećaja. Kompleksnost ovog poremećaja je više pravilo nego izuzetak. U odraslom dobu može da se razvije u antisocijalni poremećaj ličnosti [52]. Postoji izražen komorbiditet između poremećaja ponašanja i buntovno prkosnog poremećaja ponašanja, ADHD 80%, depresije 50%, anksioznih poremećaja 40%, slabog uspeha u školi, zloupotrebe supstancija.

### **Zaključak**

U razvojnoj psihijatriji, za razliku od adultne, postoje specifičnosti u prezentaciji simptoma, koji su u velikoj meri razvojno uslovljeni, razvojno specifični i u visokoj zavisnosti od sredinskih faktora. Zbog toga dijagnostikovanje i klasifikacija u dečjoj i adolescentnoj psihijatriji moraju da prepoznaju ove specifičnosti, i da u budućnosti razviju pristup koji će biti orijentisan na ličnost (dece i mladih) i na potrebe same razvojne psihijatrije.

Komorbiditet u psihijatriji razvojnog doba je sasvim sigurno realnost, a ne slučajnost. Međutim, razvojno doba i specifičnosti kliničke slike u ovom životnom periodu, kao i nedovoljna preciznost postojećih klasifikacionih sistema (MKB-10 i DSM-IV) otežavaju dijagnostikovanje komorbidnih poremećaja i uspostavljanje jasne hijerarhije među njima. Očekuje se da će novi klasifikacioni sistemi u značajnoj meri doprineti prevazilaženju ovih problema.

## COMORBIDITY IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY - COINCIDENCE OR REALITY

Smiljka Popovic-Deusic<sup>1,2</sup>, Milica Pejovic-Milovancevic<sup>1,2</sup>,  
Olivera Aleksic-Hil<sup>1</sup>, Emina Garibovic<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

<sup>2</sup>Belgrade University School of Medicine, Belgrade, Serbia

**Abstract:** Child and adolescent psychiatry has specific symptom presentation, largely caused by development and high dependence on environmental factors. Therefore diagnostic procedures and classification in child and adolescent psychiatry must recognize this uniqueness and develop an approach that will be person-oriented rather than diagnosis. Presence of comorbidity in developmental psychiatry is more rule than coincidence. The most studied Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has significant comorbidity with conduct disorder, depression and anxiety. Prevalence of comorbid mental disorders in children with mental retardation is high and ranges from 25-70%, depending on the methodology, diagnostic definitions and the investigated population. Autism Spectrum Disorder is often associated with mental retardation, ADHD, tics, gastrointestinal disorders, schizophrenia. Early onset schizophrenia often coexist with ADHD, conduct disorders, depression. Recognition of comorbidity facilitates the choice of therapy and has great influence on the prognosis and outcome of mental health problems in children and adolescents.

**Key words:** *developmental psychiatry, comorbidity, ADHD, autism, schizophrenia*

## Literatura

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970;23:455-68.
2. Klein DN. Different reasons for comorbidity require different solutions. *World Psychiatry* 2004;3(1):28-31.
3. Klein DN, Schwartz JE, Rose S. Five-year course and outcome of dysthymic disorder: a prospective, naturalistic follow-up study. *Am J Psychiatry* 2000;157:931-39.
4. Widiger TA, Clark LA. Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychol Bull* 2000;126:946-63.
5. Svetska zdravstvena organizacija. MKB-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Zimmerman M, Mattia JI. Principal and additional DSM-IV disorders for which outpatients seek treatment. *Psychiatr Serv* 2000;51:1299-304.
8. Basco MR, Bostic JQ, Davies D, et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157:1599-605.
9. May M. Psychiatric comorbidity: an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005;186:182-4.
10. Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl* 1991;32:1063-80.
11. Rutter M. Comorbidity: concepts, claims and choices. *Criminal Behav Ment Health* 1997;7:26585.
12. Taylor EA, Schachar R, Thorley G, et al. Conduct disorder and hyperactivity: I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1986;149:760-7.
13. Pincus HA, Tew J, First M. Psychiatric comorbidity: is more less? *World Psychiatry* 2004;3(1):18-23.
14. Ispanovic-Radojkovic V, Nikolic S, Curcic V, Popovic-Deusic S, Zivkov M. Etude de l'application de la Classification Francaise des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'Adolescent en Yugoslavie *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1990;38(10-11):582-4.
15. Aleksić O, Rudić N, Popović-Deušić S, Pejović-Milovančević M, Karović-Banjac M. Mogućnosti primene klasifikacionih sistema u oblasti pervazivnih razvojnih poremećaja. *Psihijatrija danas* 2002;34(3-4):319-26.

16. Popović-Deušić S. Klasifikacija psihičkih poremećaja dece i omladine u svetlu nove MKB-10 klasifikacije. *Psihijatrija danas* 1992;24(3-4):317-28.
17. Misses R, Quemada N, Botbol M et al. French classification for child and adolescent mental disorders. *Psychopathology* 2002;35:176-80.
18. Tordjman S, Ferrari P, Golse B et al. Dysharmonie psychotique et multiplex developmental disorder: histoire d'une convergence. *Psychiatr Enfânt* 1997;2:473-504.
19. Johnson JG, Cohen P, Skodol A et al. Personality disorders in adolescence and risk factors for major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:805-11.
20. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(1):57-8.
21. Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008;2:15.
22. Van Praag HM. Over the mainstream: diagnostic requirements for biological psychiatric research. *Psychiatry Res* 1997;72(3):201-12.
23. Joshi G, Wilens T. Comorbidity in pediatric bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2009;18:291-319.
24. Geller B, Zimmerman B. Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *J Affect Disord* 1998;51(2):81-9.
25. Scheffer RE, Apps JN. ADHD or bipolar disorder? Age specific manic symptoms are key. *Current Psychiatry* 2005;4(5):42-52.
26. Newschaffer C, Croen L, Daniels J et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health* 2007;28:21-4.
27. Dosreis S, Weiner CL, Johnson L, Newschaffer CJ. Autism spectrum disorder screening and management practices among general pediatric providers. *J Dev Behav Pediatr* 2006;27:88-94.
28. Turner LM, Stone WL, Pozdol SL, Coonrod EE. 2006. Follow-up of children with autism spectrum disorders from age 2 to age 9. *Autism* 2006;10:243-65.
29. Gillberg C. Autism spectrum disorders. In: Gillberg C, Harrington A, Steinhausen HC (eds). *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent*. London: Cambridge University Press; 2006. p. 447-51.
30. Coleman M, Gillberg C. *The Autisms*. London: Oxford University Press; 2010.
31. White SW, Oswald D, Ollendick T, Scahill L. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clin Psychol Rev* 2009;29(3):216-29.
32. Dawson M, Mottron L, Gernsbacher MA. Learning in autism. In: Byrne JH, Roediger HL (eds.). *Learning and Memory: A Comprehensive Reference*. Academic Press; 2008. p. 759-72.

33. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA* 2001; 285 (24): 3093–9.
34. McPartland J, Klin A. Asperger's syndrome. *Adolesc Med Clin* 2006;17(3):771-88.
35. Zafeiriou DI, Ververi A, Vargiami E. Childhood autism and associated comorbidities. *Brain Dev* 2007;29(5):257-72.
36. Tuchman R, Rapin I. Epilepsy in autism. *Lancet Neurol* 2002;1(6):352-8.
37. Erickson CA, Stigler KA, Corkins MR et al. Gastrointestinal factors in autistic disorder: a critical review. *J Autism Dev Disord* 2005; 35 (6): 713–27.
38. Volkmar FR, Cohen DJ. Comorbid association of autism and schizophrenia. *J Psychiatry* 1991;148:1705-7.
39. Jones JE, Watson R, Sheth R et al. Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 2007;49(7):484-8.
40. Spencer T, Biederman J, Coffey B, et al. Tourette disorder and ADHD. *Adv Neurol* 2001;85:57-87.
41. Snider LA, Seligman LD, Ketchen BR, et al. Tics and problem behaviors in schoolchildren: prevalence, characterization, and associations. *Pediatrics* 2002;110:331-6.
42. Hoekstra PJ, Steenhuis MP, Troost PW, et al. Relative contribution of attention-deficit hyperactivity disorder, obsessive-compulsive disorder, and tic severity to social and behavioral problems in tic disorders. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25(4):272-9.
43. Sukhodolsky DG, Scahill L, Zhang H, et al. Disruptive behavior in children with Tourette syndrome: association with ADHD comorbidity, tic severity, and functional impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(1):98-105.
44. Kwak C, Vuong KD, Jankovic J. Migraine headache in patients with Tourette syndrome. *Arch Neurol* 2003;60(11):1595-8.
45. Bregman, J.D. Current developments in the understanding of mental retardation, part II: psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;31:861-6.
46. Szymanski LS, King BH. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:5-31.
47. Fombonne E. Epidemiology of autism and related conditions. In: Volkmar FR (ed.). *Autism and Pervasive Developmental Disorders*. London: Cambridge University Press; 1997. p. 32-63.
48. Masi G. Psychiatric illness in mentally retarded adolescents: clinical features. *Adolescence* 1998;33:425-35.
49. Heaton-Ward A. Psychosis in mental handicap. *Br J Psychiatry* 1997;130:525-33.

50. Ross R, Heinlein S, Tregellas H. High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. Schizophr Res 2009;88:90-5.
51. Richardson A. Fatty acids in dyslexia, dyspraxia, ADHD and autistic spectrum. Nutrition Practitioner 2001;3:18-24.
52. Ollendick TH, Jarret MA, Grills-Tauche et al. Comorbidity as a predictor of treatment outcome in youth with anxiety, affective, ADHD and oppositional/conduct disorders. Clinical Psychological Review 2008;28(8):447-71.

---

**Dr Smiljka Popović DEUŠIĆ**, neuropsihijatar, doktor medicinskih nauka, docent Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, načelnik Klinike za decu i omladinu Instituta za mentalno zdravlje, pomoćnik direktora IMZ-a

**Dr Smiljka Popovic-DEUSIC, MD, PhD**, neuropsychiatrist; Associate Professor Belgrade University School of Medicine,; Head, Clinic for Children and Adolescents of IMH; Deputy director, IMH

E-mail: s.popovicdeusic@imh.org.rs