

## ДИАГНОСТИКА ДЕТСКОГО АУТИЗМА: ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ

И.В. Макаров<sup>1,2</sup>, А.С. Автенюк<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

*<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова*

Ошибки диагностики могут вести как к ее недостаточности, так и к ее явной избыточности. Дискуссии, касающиеся детского аутизма (его распространенности, классификаций, терапии, понимания его феноменологии и мн. др.), не утихают до сих пор, что свидетельствует об актуальности темы и необходимости дальнейших исследований. Камнем преткновения для специалистов стал вопрос о том, каково количество детей с аутизмом в России и в мире. Как отмечают Б.В.Воронков и соавт. [9], в последние годы в специальной литературе, материалах конференций и съездов, на высоких совещаниях звучит тревога, переходящая в панику, в связи с буквально захлестнувшим научное сообщество и особенно околонаучные круги (вплоть до медийных) «наступлением» детского аутизма, носящим почти всепоглощающий характер. Тенденция наращивания «борьбы» с аутизмом подкрепляется мнениями российских ученых о недостаточной и неадекватной диагностике детского аутизма в России, в сравнении с эпидемиологическими данными из европейских стран и США [1, 14, 21]. В европейских странах распространенность детского аутизма в среднем колеблется от 52 на 10 000 населения в Швеции [33] до 116 на 10 000 населения в Великобритании [25]. В среднем ВОЗ оценивает показатель заболеваемости аутизмом в мире как 30–60 на 10 000 человек [34]. В то же время в ряде стран распространенность этого заболевания оценивается значительно ниже: например, 17 на 10 000 в Венесуэле [32], 16,8 на 10 000 в Китае [40], 1,9 на 10 000 в Израиле [35], 18 на 10 000 в Саудовской Аравии [22]. В Российской Федерации распространенность детского аутизма в возрасте от 0 до 14 лет составила 53,53 на 10 000 в 2014 году и 68,56 на 10 000 в 2015 году; при этом наивысшие показатели были зарегистрированы в ЦФО (85,31 в 2014 г. и 110,29 в 2015 г.) и в Крыму (66,22 в 2014 г. и

77,71 в 2015 г.), наименьшие – в СКФО (23,69 в 2014 г. и 32,34 в 2015 г.) и СЗФО (29,97 в 2014 г. и 39,38 в 2015 г.); по числу зарегистрированных диагнозов детского аутизма по данным за 2014–2015 годы лидируют Москва (136,02) и Московская область (165,86) [18].

С учетом современных тенденций интересны не столько сами масштабы распространенности заболевания, сколько внезапное увеличение числа детей-аутистов за последние 30 лет. Так, например, в Калифорнии, было обнаружено, что зарегистрированная заболеваемость детским аутизмом выросла с начала 1990-х годов по 2007 год в 7–8 раз [29]. Подобный рост заболеваемости был отмечен также в других штатах США и странах Европы. В России рост заболеваемости с 2014 по 2015 годы отмечен во всех областях страны вплоть до увеличения в 6,9 раз за один год в Липецкой области [18]. А ведь еще 40 лет назад детский аутизм в самых разных странах встречался в 0,6–4,8 случаях на 10 тысяч детей [12]. С чем связано такое колоссальное увеличение числа детей-аутистов? Нужно ли бить тревогу и объявлять о начале «эпидемии» детского аутизма? Универсальным эпидемиологическим порогом считается заболеваемость 5% жителей территории, но эпидемиологический порог может быть равен и 1%, если так посчитают медицинские ведомства. Напомним, что Национальная служба здравоохранения Великобритании определила распространенность расстройств аутистического спектра (РАС) у взрослых примерно как 1% населения [28]. Решение о том, преодолен ли при этом эпидемиологический порог, оставим эпидемиологическим службам, если их участие вообще уместно в рамках психиатрической патологии.

Крайне сложно объяснить внезапный рост заболеваемости детским аутизмом в мире естественными причинами, поэтому чаще об эпидемии говорят

именно в кавычках. Среди возможных предпосылок «эпидемиологического всплеска» в том числе указывается изменение диагностических критериев с расширением границ заболевания и включение в нозологию других психических расстройств, схожих с аутизмом по второстепенным признакам. Так, например, аналитическое исследование 2006 года показало, что увеличение распространенности детского аутизма в США в 1994–2003 годы было связано с изменением в некоторых случаях диагноза умственной отсталости на аутизм [36]. Другое исследование 2008 года показало, что в будущем 40% людей с диагнозом “pragmatic language impairment” («нарушения практического использования речи») в детском возрасте будут иметь диагноз аутизма [26]. На основании изученных 23 исследований S.Woolfenden [41] установил, что 14–61% детей, у которых ранее были диагностированы синдромы Каннера или Аспергера, в будущем не соответствовали диагностическим критериям аутистического расстройства, что автор в первую очередь связывал с ранней диагностикой и наличием когнитивных нарушений, осложнявших дифференциацию заболевания. L.M.Turner [38] оценивает диагностическую стабильность для диагностики РАС в 63%, а для диагностики аутизма Каннера – 68%. Другие катамнестические исследования [31, 37] выявили несоответствие диагностическим критериям РАС у 18–19% детей. Это далеко не единственные исследования, касающиеся достоверности выставленных диагнозов детского аутизма, проводимые в настоящее время в мире, и, видимо, в ближайшем будущем диагностические модели этой нозологии претерпят значительные изменения в связи с явным несоответствием классических критериев детского аутизма и тех нарушений, при которых в настоящее время детский аутизм диагностируют. В России одной из ведущих причин выража распространённости детского аутизма в последние десятилетия по-прежнему считается серьёзная гипердиагностика данного заболевания [4–11, 13, 19].

Вероятно, подобных дискуссий не возникало, если бы мнение об аутизме было единым и однозначным. Научный поиск этиопатогенетических основ и клинического оформления аутистических проявлений привел к безмерному расширению диагностических границ детского аутизма и появлению так называемых «расстройств аутистического спектра», что не только поставило в один ряд пациентов с ранним детским аутизмом, атипичным аутизмом, органическим аутизмом и аутизмом Аспергера, но и позволило включать в круг данной патологии детей с умственной отсталостью, нарушениями речи, любыми «странностями» в поведении, синдромом Ретта, деменцией Геллера и синдромом Дауна. Если с причинами увеличения числа «аутистов» не все однозначно, то последствия «эпидемии» вполне очевидны: увеличение финансирования именно этих

исследований, появление многочисленных фондов, создание специальных образовательных программ и специальных условий обучения и лечебной коррекции и т.д. Следует заметить, что такой подход оказывается дискриминационным по отношению к детям с другой психической патологией, например, с умственной отсталостью, задержками психического развития, шизофренией.

**Диагностические критерии.** В России общепринятыми и наиболее востребованными в настоящее время остаются критерии диагностики, представленные в МКБ-10 [16], несмотря на то, что данный рубрификатор не позиционировался его создателями как диагностический справочник. Авторы клинических рекомендаций по диагностике и лечению расстройств аутистического спектра Н.В.Симашкова и Е.В.Макушкин [20] также предлагают использовать диагностические критерии МКБ-10. Интересными как с научной, так и с практической точки зрения являются диагностические критерии, представленные в руководстве DSM-IV-TR [23] и DSM-5 [24], отличающиеся в некоторых ключевых моментах от МКБ-10. Отечественные современные классификации и диагностические рекомендации во многом повторяют международные, и на настоящий момент их нельзя назвать исчерпывающими. В данном исследовании наряду с диагностическими рекомендациями детского аутизма МКБ-10, DSM-IV-TR и DSM-5, мы также использовали рекомендации 2005 года В.М.Башиной и А.С.Тиганова [3].

По классическим представлениям, определяющим в симптоматике аутизма является качественное нарушение социального взаимодействия, включая эмоциональную составляющую контакта, вербальное и невербальное общение. Данный критерий содержится в определении детского аутизма и был впервые описан L.Kanner [30] как врожденная неспособность к формированию аффективных взаимодействий с другими людьми. Утверждение о том, что нарушение эмоционального взаимодействия с другими людьми является врожденным, вызывает сомнение до сих пор, несмотря на усилия генетиков всего мира в поиске генов-кандидатов детского аутизма. Общение и взаимодействие – то, чему ребенок учится, находясь в обществе людей. Со временем по мере взросления многие пациенты, у которых ранее были выявлены нарушения общения, в некоторой степени все же овладевают навыками коммуникации и развивают аффективную сферу, что скорее свидетельствует не об отсутствии врожденной способности, а о задержке формирования данного навыка. Для того, чтобы научиться общению с людьми в полной мере, должны иметься множество предпосылок – сохранный интеллект и внимание, отсутствие сенсорных нарушений, нормальное социальное окружение и др. Разумеется, при отсутствии этих предпосылок контакт будет нарушен. В детской психиатрической практике практически не встречается заболеваний, при которых бы

общение с другими людьми не страдало. Поэтому нарушение контакта всегда нуждается в уточнении его качественных и количественных характеристик, а также факторов, способствовавших нарушению взаимодействия с окружающими. Например, если ребенок не реагирует на обращенную речь, на окружающих людей и на попытки взаимодействия с ним, то это в первую очередь может являться проявлением нарушенного внимания – апрозексией (гипопрозексией), которое, тем не менее, ухудшает возможность взаимодействия и может создать ложное впечатление того, что ребенок игнорирует или избегает общения. Разделение нарушений контакта на качественные и количественные весьма условно: количественная оценка взаимодействий с другими людьми (мало общается) становится качественной оценкой – малообщительный (замкнутый) человек. Не каждое нарушение контакта является проявлением аутизма или даже проявлением психического расстройства, поэтому необходимо уточнять, как именно должно быть нарушено общение, чтобы его можно было считать аутистическим.

При диагностике детского аутизма крайне важно учитывать важный на наш взгляд критерий, который отражен в DSM-5 пункт E (ранее в DSM-IV содержался в немного другой формулировке в критерии «b» первого раздела), но отсутствует в МКБ-10 и редко принимается во внимание российскими психиатрами: нарушения социального взаимодействия при детском аутизме не объясняются ограниченными интеллектуальными возможностями (умственной отсталостью) или общей задержкой развития. Умственная отсталость и расстройства аутистического спектра часто сосуществуют. В связи с этим для дифференциальной диагностики РАС и умственной отсталости социальная коммуникация должна быть ниже ожидаемой для общего уровня развития. Другими словами, если общий уровень развития пациента соответствует, к примеру, уровню годовалого ребенка, то и его способность к социаль-

ному взаимодействию нужно оценивать на уровне годовалого ребенка, а для постановки диагноза детского аутизма способность к взаимодействию в таком случае должна быть развита хуже, чем у годовалого ребенка.

В критериях диагностики детского аутизма МКБ-10 [16] указано, что нарушения социального взаимодействия должны быть качественными, но не количественными. От ребенка-аутиста следует ожидать определенной специфики во взаимодействии с окружающими (табл. 1), проявляющейся как в отсутствии эмоций при общении, так и в недостаточной эмоциональной взаимности, то есть такие дети не способны воспринимать и соответствующе реагировать на эмоции других людей. При взаимодействии с аутистом может создаться впечатление, что он эмоционально холоден, что его эмоции не направлены на других людей. Критерии диагностики, описывающие социально-эмоциональный контакт в DSM-5 (параграф A1), согласуются с современными тенденциями «спектрализации» детского аутизма, а формулировка «начиная с... до...» позволяет находить данное нарушение практически у любого человека с психическими отклонениями или без, что вероятно осложнит дифференциальную диагностику аутистического расстройства.

Нарушения эмоционального взаимодействия мы нередко наблюдаем и у детей без аутизма. Например, эмоции ребенка с умеренной умственной отсталостью в принципе мало дифференцированы, трудно контролируемы, а вариативность эмоциональных реакций крайне скудна. Возможность проявления высших эмоций, таких как сочувствие, сострадание, эмпатия и др., при умственной отсталости неполноценна, в связи с чем нарушение социо-эмоциональной взаимности для них также будет характерно. Кроме того, чтобы вообще вступить с таким ребенком хоть в какое-то взаимодействие нужно наличие относительно сохранных предпосылок для общения, таких как внимание (наличие

Таблица 1

Нарушение эмоционального контакта

МКБ - 10	DSM-IV	DSM-5	В.М.Башина, А.С.Тиганов, 2005
<p><b>A:</b> всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия, выступающие в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что проявляется как:</p> <p><b>A 1:</b> отсутствие социо-эмоциональной взаимности (особенно характерно);</p> <p><b>A 2:</b> отсутствие реакций на эмоции других людей и/или отсутствие модуляций поведения в соответствии с социальной ситуацией.</p>	<p><b>1 в:</b> отсутствие спонтанного желания поделиться своей радостью, интересами или достижениями с другими людьми (ребенок не показывает пальцем на объекты своего интереса, не приносит и не протягивает их).</p> <p><b>1 г:</b> отсутствие социальной и эмоциональной взаимности.</p>	<p><b>A 1:</b> дефициты в социально-эмоциональной взаимности; начиная, например, с аномального социального сближения и неудач с нормальным поддержанием диалога; к снижению обмена интересами, эмоциями, а также воздействию и реагированию; до неспособности инициировать или реагировать на социальные взаимодействия.</p>	<p>Аутистические формы взаимодействия с окружающим миром.</p>

апрозекии может свести все попытки установить контакт к нулю), сносный контроль за двигательной активностью (выраженная гиперактивность крайне затрудняет взаимодействие), отсутствие сильных негативных эмоций на момент осмотра и многое другое – все это может создать ложное впечатление о том, что у ребенка отсутствует реакция на эмоции других людей и что он не регулирует свое поведение в зависимости от ситуации. Также нельзя исключать нежелание ребенка взаимодействовать в данный момент времени или с данным человеком. В очень редких случаях на первичном приеме можно увидеть сочетание этих предпосылок контакта у пациента с выраженным отставанием психического развития, в связи с чем объективно оценить возможности эмоционального взаимодействия ребенка при первом осмотре часто невозможно. В этом случае могут помочь сведения родителей, в том числе их ответы на следующие вопросы: «Может ли ребенок проявить ласку к маме?», «Что может рассмешить ребенка?», «Как ребенок взаимодействует с другими детьми, тянется ли он к ним, наблюдает ли со стороны?». Для оценки возможности эмоционального контакта психиатр на осмотре может поздороваться с ребенком за руку, посмотреть, как ребенок проявляет свои эмоции в подвижных игровых взаимодействиях. Если ребенок может быть ласковым, если он проявляет положительные эмоции во время подвижных игр, то мы уже можем констатировать наличие адекватных эмоций при взаимодействии, и диагноз детского аутизма в таком случае вызывает серьезное сомнение.

Нарушение вербальной коммуникации как проявление нарушенного взаимодействия с другими людьми также является диагностическим критерием детского аутизма, но не каждое нарушение речевого контакта является аутистическим: в МКБ-10 (табл. 2) на этот счет имеется важное уточнение – у ребенка-аутиста должны быть выявлены не речевые нарушения как таковые, а отсутствие использования имеющихся речевых навыков при коммуникации. Следовательно, для того, чтоб этот критерий можно было считать верным, речь ребенка должна быть

развита настолько, чтобы можно было констатировать отсутствие ее использования при общении. Нередко это интерпретируется следующим образом: если у ребенка не развита речь, значит он аутист. Данное утверждение, на наш взгляд, не верно, поскольку задержка речевого развития является неотъемлемой частью задержки психического развития как такового. Таким образом, отсутствие экспрессивной речи не позволяет ни подтвердить, ни исключить детский аутизм.

Чаще всего некоммуникативное использование речевых навыков проявляется в наличии эхолалий. Несмотря на то, что эхолалии нередко воспринимаются как признак детского аутизма, следует учитывать, что аутизм не имеет монополии на эхолалии. Способность механически повторять слова и фразы характерна для многих детей с задержками психического развития. Этап повторения услышанных слов является нормальным этапом развития речи, но у детей с умственной отсталостью этот этап может затягиваться на многие годы. Если в норме ребенок запоминает не только звучание слова, но и его смысл, то при интеллектуальной недостаточности осмысления услышанного не происходит, слово так и остается набором звуков. Речь окружающих в таком случае значит не больше, чем речь иностранца или звуки, издаваемые птицами и животными. Так же как мы можем запомнить и воспроизвести некоторые из этих звуков, не понимая, что они могут означать, так и человеческая речь для некоторых умственно отсталых не несет смысла. Подтверждением этого является то, что при умственной отсталости лучше понимается речь, подкрепленная жестами. Из непонимания речи следуют наблюдаемые у детей с психической задержкой «псевдоаутистические» проявления: механическое бездумное повторение услышанного (мгновенные или отсроченные эхолалии), неожиданное и неуместное воспроизведение сложных по структуре слов, неправильное использование местоимений и др. В то же время, в некоторых ситуациях наличие эхолалий можно воспринимать как неумелую попытку установить контакт с окружающими.

Таблица 2

#### Нарушение вербального контакта

МКБ-10	DSM IV	DSM-5	В.М.Башина, А.С.Тиганов, 2005
А 3: отсутствие социального использования имеющихся речевых навыков, недостаточная гибкость речевого выражения.	2 а: задержка или полное отсутствие разговорной речи (не сопровождающаяся попытками компенсировать ее отсутствие с помощью альтернативных модусов коммуникации, таких как мимика и жесты). 2 б: у лиц с нормальным развитием речи ярко выраженные проблемы, связанные со способностью начинать или поддерживать разговор с другими людьми.	-	Недостаточное развитие или отсутствие экспрессивной речи.

При отсутствии вербальной коммуникации важно учитывать использование ребенком невербальных навыков. Критерий, описанный в МКБ-10, – нарушенное использование тональностей и выразительности голоса для модуляции общения (табл. 3), – достаточно сложен и не всегда определяем даже у взрослых. У маленького ребенка с задержкой развития максимум из предложенного, что мы можем оценить – это зрительный контакт, мимику и жестовую речь. Предполагается, что ребенок с детским аутизмом не станет компенсировать отсутствие речи жестами. При этом сложность жестовой речи не учитывается, важен именно сам факт использования. Для зрительного контакта справедливы те же предпосылки общения, о которых писалось выше: в первую очередь отсутствие апрозексии и выраженной гиперактивности. В противном случае ребенок не то что на лице обращающегося к нему человека не сможет сосредоточиться, он вообще вокруг ничего не будет замечать – не потому что не хочет, а потому, что не может. Возможности невербального взаимодействия во многом будут зависеть от уровня психического развития и возраста ребенка. Чем младше ребенок и чем выраженнее задержка психического развития, тем примитивнее будут

невербальные знаки. Жестовая речь может отсутствовать, но если ребенок способен взять за руку и подвести к предмету, который ему необходим, если он может мимикой и поведением показать желаемое, то в таком случае необходимо заключить, что невербальное взаимодействие осуществимо.

Еще один клинический признак, который наряду с эхолалиями с подачи МКБ-10 стал восприниматься как специфический симптом детского аутизма, – наличие стереотипных действий и движений (табл. 4). Под этим термином понимается довольно большое разнообразие повторяющегося поведения начиная от простых движений (раскачивания взад-вперед, прыжки на месте, бег по кругу, загибания пальцев по типу атетоза, и др.) до более сложных действий с использованием предметов (открывание-закрывание дверей, мельтешение кусочками бумаги или веревочки перед глазами, выстраивание предметов в ряд и др.). Несмотря на продолжающиеся дискуссии о природе стереотипий – являются ли они эквивалентом кататонического возбуждения или средством выражения аффекта [2], проявлением несовершенства контроля за двигательной активностью или нарушением влечений [15] – фактом остается то, что стереотипии – это неспецифический

Таблица 3

#### Нарушение невербального контакта

МКБ-10	DSM-IV	DSM-5	В.М. Башина, А.С. Тиганов, 2005
А 4: нарушенное использование тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; такое же отсутствие сопровождающей жестикуляции.	1 а: ярко выраженные проблемы при использовании различных форм невербального поведения, таких как зрительный контакт, мимика, позы и жесты, служащие для регулирования социальных взаимодействий.	А 2: дефициты в невербальном коммуникативном поведении, используемом в социальном взаимодействии; начиная, например, с плохой интегрированности вербальной и невербальной коммуникации; к аномалии зрительного контакта и языка тела или дефицитов понимания и использования невербальной коммуникации; до полного отсутствия мимики или жестов.	-

Таблица 4

#### Стереотипное поведение

МКБ-10	DSM-IV	DSM-5	В.М.Башина, А.С.Тиганов, 2005
В: характеризуется также ограниченными, повторяющимися и стереотипными поведением, интересами и активностью, что проявляется: В 3: моторными стереотипиями.	2 в: стереотипный или повторяющийся характер использования речи или речевая идиосинкразия. 3 в: стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы (в частности, вращение или хлопки руками, или пальцами либо сложные телодвижения).	В 1: стереотипные или повторяющиеся моторные движения, речь или использование объектов (например, простые моторные стереотипии, выстраивание игрушек или махание объектами, эхолалия, идиосинкратические фразы).	Стереотипии по типу атетоза в пальцах рук.

симптом, который может проявляться у пациентов с различной психической патологией, в том числе без аутистической симптоматики.

Феномен тождества, описанный L.Kanner [30] также нашел отражение в МКБ-10 (табл. 5). Изначально данное нарушение определялось как настойчивое стремление к поддержанию одинаковости происходящего и выраженное беспокойство, если что-то в окружающей обстановке изменилось. К этому же феномену Каннер относил ритуальность в поведении детей и их непреклонность в требовании к окружающим поступать по определенному шаблону. Среди одиннадцати описанных Каннером «аутистов» данный феномен был отмечен только у трех. В настоящее время представление феномена тождества упростилось до наличия в клинической картине стремления следовать определенными маршрутами, употреблять в пищу только определенные продукты и носить только определенную одежду. При этом не всегда принимается во внимание специфичность подобной приверженности. Предполагается, что ребенок-аутист станет выбирать еду не по вкусовым предпочтениям, как это часто бывает даже у психически здоровых детей, а по необычным и незначимым обыкновенно качествам, например таких, как цвет или консистенция пищи. Данное отношение к выбору будет отмечаться во всем и всегда, а не ситуативно. Если мы пытаемся выявить тождественность в следовании по определенным маршрутам, то следует уточнять, нет ли для ребенка выгоды в данном выборе: например, не привык ли ребенок заходить в магазин по этому маршруту, где мать регулярно покупала ему сладости. Если что-то происходит непривычно, у пациента с детским аутизмом проявляется аффект страха, который мгновенно пропадает, как только все возвращается к шаблону, а не банальная капризность.

Описанные выше симптомы в определенных случаях могут быть весьма специфичны для паци-

ентов с детским аутизмом. Кроме них, МКБ-10 также предлагает использовать в диагностике и ряд неспецифических критериев. В частности, параграф А5 указывает на нарушение в ролевых играх, что само по себе, во-первых, может быть проявлением отставания в психическом развитии, во-вторых, даже в норме навыки сюжетно-ролевой игры начинают формироваться не ранее четырех-пятилетнего возраста, что значительно осложняет использование данного критерия в ранней диагностике детского аутизма. Параграф В4 МКБ-10 предлагает учитывать особый интерес пациентов к нефункциональным элементам предметов (запах, тактильные ощущения). Однако склонность обнюхивать окружающие предметы скорее характерна для пациентов с выраженной интеллектуальной недостаточностью, как способ познания окружающего мира. Критерий С МКБ-10 (аномалии развития должны отмечаться первые 3 года жизни), являющийся обязательным для диагностики детского аутизма, в равной степени справедлив и для олигофрении без аутистической симптоматики.

### Заключение

Таким образом, для диагностики детского аутизма необходимо наличие особых нарушений социального взаимодействия, а именно качественных нарушений эмоционального, вербального и невербального общения, которые нельзя объяснить интеллектуальной недостаточностью. Характерным для детского аутизма также является истинный феномен тождества, который может как присутствовать, так и отсутствовать в клиническом оформлении болезни. Ряд диагностических критериев, таких как стереотипность поведения, эхолалии, несформированность ролевой игры, разнообразные страхи, речевые нарушения, стремление обнюхивать предметы и др., являются неспецифическими и необязательными в диагностике детского аутизма, а также могут свидетельствовать о наличии иного психического

Таблица 5

Феномен тождества

МКБ-10	DSM-IV	DSM-5	В.М.Башина, А.С. Тиганов, 2005
В 2: особый порядок выполнения ритуалов нефункционального характера. В 1: тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни.	3 б: неизменное следование специфическим и нефункциональным ритуалам, либо выполнение однообразных рутинных действий.	В 2: чрезмерная потребность в неизменности, негибкое следование правилам или схемам поведения, ритуализованные формы вербального или невербального поведения (например, резкий стресс при малейших изменениях, трудности с переключением внимания, негибкие шаблоны мышления, поздравительные ритуалы, настаивание на неизменном маршруте или еде).	Феномен тождества.

расстройств. Недостаточная конкретизация диагностических критериев с последующим расширением границ нозологии является одной из причин якобы значительного и резкого роста заболеваемости детским аутизмом за счет включения в рамки данной патологии различных других психических расстройств детского возраста.

Размытость диагностических критериев детского аутизма позволяет врачам (и не только) довольно свободно трактовать их, подчиняясь не столько здравому смыслу, сколько тенденциям, господствующим на данный момент в психиатрии. Несмотря на огромный опыт, множество исследований и изучения умственной отсталости на протяжении 150 лет в Европе и России, многие диагностические критерии умственной отсталости за последние двадцать лет «перекочевали» в феноменологию детского аутизма. Сам факт того, что в МКБ-10 существует диагноз аутизма с умственной отсталостью, но при этом нет диагноза умственной отсталости с аутизмом, говорит о том, что социализации человека придается большее значение, нежели умственному развитию. Это кажется парадоксальным, так как первично именно от возможностей интеллекта во многом зависят возможности взаимодействия с окружающими, и поэтому в 60-70-е годы господ-

ствовали точки зрения, согласно которым синдром Каннера относили к олигофрении [17, 27, 39]. Развитие психиатрии в США шло своим путем, в частности умственная отсталость не рассматривалась как самостоятельное заболевание, и чаще являлась неким фоном для других психических заболеваний. В связи с этим в американской психиатрии не было необходимости разделения аутизма и умственной отсталости. Это не значит, что детская психиатрия Европы и России, опыт и история которых несколько богаче американского, должна с легкостью и на веру перенимать образ мыслей и взгляды на психические феномены коллег из США. Обширные мировые исследования в области детского аутизма в последние десятилетия уже позволяют сделать вывод о том, что данный диагноз часто ошибочно выставляется пациентам с различными задержками психического и речевого развития, что закономерно может приводить к неверным терапевтической тактике и реабилитации пациентов. Эту проблему могло бы решить возвращение к предложенному В.В.Ковалевым [15] пониманию раннего детского аутизма как группы синдромов в рамках разных нозологических форм, в том числе – в рамках умственной отсталости или других задержек психического развития.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкая Ж.В. Ранний детский аутизм – проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии // Медицинский альманах. 2016. Т. 42, № 2. С. 108–111.
2. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1974. Т. 74, № 10. С. 1538–1542.
3. Башина В.М., Тиганов А.С. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2005. № 8. С. 4–13.
4. Волгина Т.Л., Щедрина О.В. Ошибки диагностики и лечения в детской психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 2. (Приложение). С. 47–48.
5. Воронков Б.В. Детская и подростковая психиатрия. СПб.: Наука и Техника, 2009. 240 с.
6. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. СПб.: Наука и Техника, 2017. 288 с.
7. Воронков Б.В. Психиатрия детского и подросткового возраста. СПб.: Наука и Техника. 2012. 288 с.
8. Воронков Б.В., Рубина Л.П. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики аутизма. Учеб. Пособие. СПб.: РИЦ Национального ун-та «Горный», 2014. 66 с.
9. Воронков Б.В., Рубина Л.П., Макаров И.В. Детский аутизм и смысловая наполненность термина «расстройства аутистического спектра» // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. 2017. Т. 19, № 1. С. 62–64.
10. Датушвили М.Т., Корень Е.В. Основные тенденции динамики показателей распространенности расстройств аутистического спектра по г. Москва // Психическое здоровье детей страны – будущее здоровые нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4–6 октября 2016 г.) / Под ред. Е.В.Макушкина. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. С. 126–127.
11. Иовчук Н.М., Северный А.А. Современные проблемы диагностики аутизма [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. — 2013. С. 91–98. URL: [http://psyedu.ru/journal/2013/5/lovchuk\\_Severniy.phtml](http://psyedu.ru/journal/2013/5/lovchuk_Severniy.phtml) (дата обращения: 09.04.2018).
12. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981. 208 с.
13. Каган В.Е. Эпидемия детского аутизма? // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2003. № 1. С. 7–10.
14. Касимова Л.Н., Альбицкая Ж.В., Дворянинова В.В. Трудности диагностики аутизма у детей на ранних этапах (анкетирование родителей) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 1. С. 79–83.
15. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. С. 33–41.
16. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л.Нуллера и С.Ю.Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.
17. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма» или синдроме Каннера у детей // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1967. № 10. С. 1501–1506.
18. Пронина Л.А., Николаева Т.А. Показатели распространенности аутизма у детей 0–14 лет в Российской Федерации и федеральных округах в 2014–2015 гг. // Психическое здоровье детей страны – будущее здоровые нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4–6 октября 2016 г.) / Под ред. Е.В. Макушкина. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. С. 322–323.
19. Северный А.А., Иовчук Н.М. Диагностическая дифференциация и комплексная коррекция шизофрении и аутизма у детей // XV Мнухинские чтения «Комплексный подход к терапии психических расстройств / Под общей редакцией Ю.А.Фесенко, Д.Ю.Шигапова. СПб.: ОфсетПринт, 2017. С. 136–142.
20. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2015. 50 с.
21. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 96–101.
22. Al-Salehi S.M., Al-Hifthy E.H., Ghaziuddin M. Autism in Saudi Arabia: presentation, clinical correlates and comorbidity // Transcult. Psychiatry. 2009. Vol. 46, N 2. P. 340–347.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000. 943 p.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.

25. Baird G., Simonoff E., Pickles A. et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP) // *Lancet*. 2006. Vol. 368. P. 210–215.
26. Bishop D.V.M., Whitehouse A.J.O., Watt H.J., Line E.A. Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder // *Dev. Med. Child. Neurol.* 2008. Vol. 50, N 5. P. 341–345.
27. Bosch G. Der frühkindliche Autismus. Eine klinische und phänomenologisch-anthropologische Untersuchung am Leitfaden der Sprache. (Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Heft 96) // *Psyche – Z Psychoanal.* 1962. Vol. 17, N 4. P. 774–778.
28. Harris J., Brugha T., McManus S., Meltzer H. et al. Autism Spectrum Disorders in adults living in households throughout England: Report from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 [Электронный ресурс] // NHS Information Centre for health and social care. 2009. URL: <https://digital.nhs.uk/catalogue/PUB01131> (дата обращения: 09.04.2018).
29. Hertz-Picciotto I., Delwiche L. The rise in autism and the role of age at diagnosis // *Epidemiology*. 2009. Vol. 20, N 1. P. 84–90.
30. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943. N 2. P. 217–250.
31. Kleinman J.M., Ventola P.E., Pandey J. et al. Diagnostic stability in very young children with an autism spectrum disorder // *Autism Dev. Disord.* 2008. Vol. 38. P. 606–615.
32. Montiel-Nava C., Pena J.A. Epidemiological findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan study // *Autism*. 2008. Vol. 12, N 2. P. 191–202.
33. Nygren G., Cederlunds M., Sandberg E., Gillstedt F., Arvidsson T. The prevalence of autism spectrum disorders in toddlers: A population study of 2-year-old Swedish children // *J. Autism & Developmental Dis.* 2012. Vol. 42, N 7. P. 1491–1497.
34. Plan autisme 2008–2010. Dossier de presse. Vendredi 16 mai. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.autisme-france.fr/offres/file\\_inline\\_src/577/577\\_P\\_21070\\_4.pdf](http://www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_21070_4.pdf) (дата обращения: 09.04.2018).
35. Senecky Y., Chodick G., Diamond G. et al. Time trends in reported autistic spectrum disorders in Israel, 1972–2004 // *Isr. Med. Assoc. J.* 2009. Vol. 11, N 1. P. 30–33.
36. Shattuck P.T. The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US special education // *Pediatrics*. 2006. Vol. 117, N 4. P. 1028–1037.
37. Suter S., Pandey J., Esser E.L. et al. Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with autism spectrum disorder // *Autism Dev. Disord.* 2007. Vol. 37. P. 98–107.
38. Turner L.M., Stone W.L. Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2 // *Child Psychol. Psychiatry*. 2007. Vol. 48. P. 793–802.
39. Van Krevelen D.A. Autism infantum // *Acta Paedopsychiat.* 1960. Vol. 27, N 3. P. 97–107.
40. Wong V.C.N., Hui S.L.H. Epidemiological study of autism spectrum disorder in China // *J. Child. Neurol.* 2008. Vol. 23, N 1. P. 67–72.
41. Woolfenden S., Sarkozy V., Ridley G., Williams K.A. Systematic Review of the Diagnostic Stability of Autism Spectrum Disorder // *Res. Autism Spectrum Dis.* 2012. Vol. 6, N 1. P. 345–354.

## ДИАГНОСТИКА ДЕТСКОГО АУТИЗМА: ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ

**И.В. Макаров, А.С. Автенюк**

Проблемная статья затрагивает вопросы трудностей диагностики детского аутизма и принятого ныне в североамериканской классификации диагноза «расстройства аутистического спектра». Авторы анализируют эпидемиологию детского аутизма в разных странах, имеющиеся диагностические критерии в европейской, американской и российской классификациях, приводят результаты катamnестических исследований. Высказывается мнение о том, что в целом ряде случаев диагноз аутистического расстройства является преждевременным и приводит к гипердиагностике детского аутизма, так как основан на неспецифических признаках, встречающихся при разных психических

заболеваниях в детском возрасте. Авторы говорят о том, что недостаточная конкретизация диагностических критериев с последующим расширением границ нозологии является одной из причин якобы значительного и резкого роста заболеваемости детским аутизмом за счет включения в рамки данной патологии различных других психических расстройств детского возраста.

**Ключевые слова:** детский аутизм, умственная отсталость, расстройства аутистического спектра, ранний детский аутизм, задержки психического развития, шизофрения, диагностика, когнитивный дефицит.

## DIAGNOSTICS OF CHILDHOOD AUTISM: MISTAKES AND DIFFICULTIES

**I.V. Makarov, A.S. Avtenuk**

The problem article focuses on difficulties in the diagnosis of childhood autism and diagnosis of “Autism Spectrum Disorders”, which is accepted now in the North American classification. The authors analyze the epidemiology of childhood autism in different countries, the existing diagnostic criteria in the European, American and Russian classifications, give the results of follow-up studies. It is suggested that the diagnosis of autistic disorder in some cases is premature and leads to overdiagnosis of childhood autism, as it is based on nonspecific signs that may occur in different mental disorders

in childhood. The authors say that inadequate specification of diagnostic criteria with subsequent expansion of the nosology boundaries is one of the reasons for the allegedly significant and dramatic increase in the incidence of childhood autism due to the inclusion of various other mental disorders of childhood in the framework of this pathology.

**Keywords:** childhood autism, mental retardation, Autism Spectrum Disorders, Early Infantile Autism, delay in psycho-speech development, schizophrenia, diagnostics, cognitive deficits.

---

**Макаров Игорь Владимирович** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им.В.М.Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им.И.И.Мечникова, главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном ФО, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров; e-mail: [ppsy@list.ru](mailto:ppsy@list.ru)

**Автенюк Антон Сергеевич** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им.В.М.Бехтерева; e-mail: [anonim-box@list.ru](mailto:anonim-box@list.ru)