

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.896:004.81:159.942.52:616.071:615.214

Для цитирования: Созонов А.С., Свидерек Е.С., Диденко А.В., Чойнзонова Е.Е. Проблемы ранней диагностики расстройств аутистического спектра (анализ клинического случая). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 1 (122). С. 80-87. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-1\(122\)-80-87](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-1(122)-80-87)

## Проблемы ранней диагностики расстройств аутистического спектра (анализ клинического случая)

**Созонов А.С.<sup>1,2</sup>, Свидерек Е.С.<sup>1</sup>, Диденко А.В.<sup>2,3</sup>, Чойнзонова Е.Е.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»  
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

<sup>3</sup> НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук  
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>4</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»  
Минздрава России  
Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6/8

### РЕЗЮМЕ

На сегодняшний день в литературе присутствуют убедительные данные, свидетельствующие о низком уровне выявляемости расстройств аутистического спектра (РАС) в России, по сравнению с общемировыми показателями заболеваемости. Бесспорна востребованность углубленной разработки не только эпидемиологических аспектов распространенности, но и ранней диагностики РАС. Авторами были рассмотрены актуальные проблемы диагностики РАС в отечественной медицинской практике на примере частного клинического случая синдрома Аспергера. В качестве клинической иллюстрации описана и проанализирована история болезни пациентки с синдромом Аспергера (с ранее выставленным диагнозом «Шизотипическое расстройство личности»). Представлены анамнез и психический статус больной, описана диагностическая и персонифицированная терапевтическая тактика. Приводятся основные факторы, препятствующие своевременной диагностике и терапии, которые необходимо учитывать специалистам всех уровней и форм взаимодействия с пациентами с РАС (психиатры, клинические психологи, педагоги).

**Ключевые слова:** аутизм, синдром Аспергера, коммуникативное взаимодействие, речевое и когнитивное функционирование, диагностика, терапия.

### ВВЕДЕНИЕ

Ускоренный рост распространенности расстройств аутистического спектра (далее РАС) с начала 60-х по 90-е гг. XX века – с 4 до 40 случаев на 10 000 детского населения привлекло внимание исследователей из многих стран мира [1, 2, 3]. Предполагается, что увеличение эпидемиологических показателей не связано с реальным повышением заболеваемости [4, 5]. Было показано, что высокая распространенность РАС среди детей, родившихся с 1980 по 1991 г., по всей видимости, обусловлена расширением диагностических критериев и усовершенствованием средств диагностики [6]. Согласно данным ВОЗ за 2023 г., примерно 1 ребенок из 100 детей страдает этим расстройством [7]. По данным системы мониторинга аутизма и расстройств развития в США за 2018 г., преvalентность РАС составила 230 человек на 10 000 детей в возрасте 8 лет [8]. Согласно стати-

стике государственной психиатрической службы, в 2019 г. было зарегистрировано более 36 000 человек с аутизмом, что составляет 2,5 на 10 000 населения [9]. Этот показатель значительно (в 40 раз) отличается от мировой медианной преvalентности РАС [10], что свидетельствует о недостаточной диагностике, как компонента системы оказания помощи лицам с аутизмом в России. В контексте превенции выраженных нарушений социализации детей ключевой проблемой считается раннее выявление РАС. Однако в России это расстройство в большинстве случаев диагностируется на поздних стадиях, как правило, в возрасте 6-7 лет, хотя данный диагноз рекомендуется устанавливать в течение первых двух лет жизни [11, 12, 13]. Исследования показывают, что в раннем периоде развития ребенка (до двух лет) симптомы раннего детского аутизма (РДА) часто не вызывают беспокойства ни у родителей, ни у врачей.

В российских условиях педиатры и неврологи минимально участвуют в выявлении этого расстройства, в первую очередь в связи с недостаточным уровнем знаний о ранних признаках аутизма, необходимых для оказания своевременной медицинской помощи [13, 14]. Еще одной проблемой является низкая осведомленность населения в целом о симптомах РАС. Родители и близкие таких пациентов часто не осознают, что различные проблемы в самочувствии и поведении ребенка могут быть обусловлены психическими расстройствами. Это приводит к несвоевременному обращению родителей за специализированной помощью по поводу психического здоровья детей с клиническими проявлениями аутизма. Поздняя диагностика приводит к более тяжелому течению основного расстройства за счет нарастания коммуникативных и адаптационных трудностей, тем самым увеличивая риск развития сопутствующей патологии. При несвоевременной диагностике процесс сопровождения детей с аутизмом впоследствии требует значительных финансовых и социальных затрат. Выявление РАС на раннем этапе течения заболевания позволяет применить эффективные профессиональные вмешательства, что способствует более успешной социализации детей, это подтверждается установленной корреляцией между более ранним периодом начала терапии и низкой тяжестью симптомов РДА и поведенческих проблем во взрослом возрасте [13, 15].

В России помощь детям с аутизмом находится на стадии становления, её доступность зависит от наличия межведомственных программ в регионе. Отсутствие массового скрининга в определенных возрастных группах и недостаточное информирование специалистов о современных диагностических критериях и методах существенно ограничивают возможности медицинской помощи для лиц с аутизмом в России. Существующие программы лечения и реабилитации пациентов с РАС недостаточно универсальны и проработаны [16]. Часто серьезные препятствия возникают уже на этапе установления диагноза, когда пациенты наблюдаются не у психиатра, а у невролога, а иногда вообще не обращаются за медицинской помощью, предпочитая взаимодействовать с психологами или логопедами. Известно, что направление на психолого-медико-педагогическую комиссию сопряжено с рядом трудностей, в том числе с сопротивлением родителей, пытающихся избежать стигматизации, со сложностями в комплектовании самих комиссий и диагностике РАС [14]. Нормативное закрепление наиболее эффективных методик поможет обеспечить качество и доступность медико-психологической помощи пациентам с РАС на протяжении их жизни.

## **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучить актуальные проблемы диагностики расстройств аутистического спектра в отечественной медицинской практике на примере частного клинического случая синдрома Аспергера.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Исследование проводилось на базе отделения первого психотического эпизода № 2 Томской клинической психиатрической больницы. При выполнении работы соблюдались этические принципы Хельсинкской Декларации ВМА и «Правила клинической практики в Российской Федерации». От пациентки получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Научная новизна и значимость определяются сложностью диагностики РАС на ранних этапах развития патологии и необходимостью использования комплексного, интегративного реабилитационного подхода при РАС. Практическая новизна и значимость заключаются в возможности использования представленного клинического случая в качестве примера диагностики расстройств аутистического спектра, формировании прогноза дальнейшего течения состояния и индивидуального подбора терапии.

## **Объект исследования**

Пациентка У., 18 лет, славянской национальности. Проходила стационарное психиатрическое лечение со 14 августа по 7 сентября 2023 г. Диагноз: F84.5 Синдром Аспергера (по МКБ-10 рубрика F84).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ**

Анамнез: наследственность манифестными формами психозов не отягощена. Родилась вторым ребенком из трех детей. Имеет двух братьев, с которыми поддерживает формальные отношения. Родителей характеризует как заботливых, опекающих. Беременность и роды у матери протекали физиологично, без осложнений. В раннем периоде развития говорить начала своевременно, но ходить научилась с некоторой задержкой. В возрасте 2-3 лет страдала atopическим дерматитом, связанным с употреблением рыбы и продуктов, содержащих картофельный крахмал. С 4 лет стала крайне избирательна в питании, отказывалась от мясной продукции. По характеру была замкнутой и малообщительной, предпочитала проводить время в одиночестве, к контакту со сверстниками не стремилась. В дошкольном периоде посещала ясли-сад развивающего типа «Монтессори», в детском коллективе адаптировалась с трудом, друзей не имела, из-за несформированности коммуникативных навыков обращала на себя внимание воспитателей (например, начинала плакать, если что-то не нравилось или если была не согласна выполнять задание, при этом отказ не могла объяснить вербально).

Уже с детства отмечались проявления стереотипного поведения. В случайном разговоре, услышав от кого-то из взрослых, что девочки должны носить юбки, в любую погоду надевала исключительно юбки, на попытки родителей предложить другие варианты одежды реагировала негативно. К 7 годам стала испытывать страх, находясь в ситуации большого скопления людей. «Впадала в ступор», когда на неё обращали внимание окружающие, особенно при необходимости публичных выступлений на праздничных утренниках в детском саду. В школу пошла своевременно, училась на хорошие отметки. В начальных классах имела одну близкую подругу. Учителя характеризовали её как «странного» ребенка, в первую очередь в связи с повышенной плаксивостью (например, даже при незначительном повышении интонации учителя), отказывалась отвечать публично, говорила тихим голосом. На школьных мероприятиях, например во время церемонии награждения, отказывалась выходить на сцену для вручения грамоты. На занятиях физической культурой не участвовала в командных играх, в движениях была неуклюжа, с трудом участвовала в физических играх, требующих навыков крупной моторики.

К 4-му классу стала еще более замкнутой, отстраненной и скрытной, прекратила общаться даже с единственной подругой, успеваемость снизилась. В 5-м классе перешла в другой класс, с одноклассниками практически не коммуницировала, периодически заводила друзей. Читать стихи наизусть у доски категорически отказывалась, могла это сделать только наедине с педагогом. С её слов, подвергалась насмешкам со стороны сверстников. Дополнительно занималась английским языком. Свободное время проводила в одиночестве за чтением книг. В 8-м классе перешла в другую школу в связи с переездом семьи на другое место жительства. В новом классе со сверстниками так же практически не взаимодействовала, плохо запоминала расположение школьных кабинетов, нуждалась в направлении со стороны, однако самостоятельно никогда не прибегала к посторонней помощи, не могла вступить в диалог с незнакомым сверстником. В питании сохранялась избирательность, питалась ограниченным количеством продуктов (слайсы, булочки, гречневая каша на воде, макароны), пила только воду и соки, категорически отказывалась от других напитков. Услышав на занятии по природным ресурсам и экологии, что ненужную бумагу необходимо подвергать переработке после использования, стала навязчива в данном вопросе. От родственников требовала ежедневного сбора бумажных изделий для сдачи на утилизацию, при этом строго контролировала процесс.

В свободное время занималась творческой деятельностью: рисовала, писала стихи и рассказы, слушала музыку. В 2023 г. окончила 11 классов, успешно сдала ЕГЭ по трем предметам (английский, русский язык, математика), но в перспективе планов продолжать образование не имела. В настоящее время проживает с родителями, постоянных обязанностей не имеет, пишет рассказы на английском языке по мотивам известных песен, публикует их в интернете. С 15 лет переписывалась в социальных сетях с молодым человеком, проживающим за рубежом. С её слов, он рассказал, что страдает диссоциативным расстройством личности, что в его теле одновременно находятся несколько личностей. Проявила интерес и быстро увлеклась этой темой. Позднее, с её слов, у неё зародилась идея придумать сообщество воображаемых друзей и жить в обстановке доверия и понимания в их окружении, что она и попыталась сделать, однако, по её словам, у неё возникли «альтернативные личности». Общение с другом по переписке оборвалось летом 2022 г.

По настоянию матери в июне 2022 г. впервые обратилась на прием к участковому психиатру с жалобами на замкнутость, необщительность, плаксивость, избирательность в еде, странности в поведении. Был поставлен диагноз: F21.8 Шизотипическое расстройство личности. К приему рекомендованы рисперидон и эсциталопрам. В дальнейшем в беседах с родственниками выяснилось, что пациентка нуждается в постороннем побуждении к соблюдению личной гигиены, испытывает разные страхи (смерти, крови). В дальнейшем терапия была дополнена гидроксизинном. В августе 2022 г. при посещении психиатра сообщила о том, что в течение последнего года мысленно общалась с воображаемыми друзьями, которые являются её «альтернативными личностями». Далее в ходе лечения повышалась дозировка эсциталопрама, дважды отмечалось непроизвольное мочеиспускание, проводилась коррекция терапии, наращивалась доза рисперидона. На фоне антидепрессивной терапии то возобновлялась физическая и психическая активность, то вновь испытывала внутреннее напряжение и была замкнута. Продолжала в воображении общаться с «альтернативными личностями» в голове, каждая из которых имела своё имя и внешний образ, на рисунках детально изображала, как они выглядят, каждому из них подбирала любимый вид музыки. Основной фигурой в структуре «альтернативных личностей» считала молодого и привлекательного парня Максима. Перешла на спортивный стиль одежды, стала постоянно носить брюки. Однократно уверяла мать, что её игрушки на самом деле живые существа. К схеме лекарственной терапии был добавлен флупентиксол.

В феврале 2023 г. преобладали мысли о вреде от микроволновой печи, поняла, что превратилась в зомби. Временами становилась тревожна, как правило, после посещения многолюдных мест, справлялась с этим состоянием, совершая стереотипные прыжки на месте, закручивая пальцем пряди волос. Участковым терапевтом эсциталопрам была заменен на пароксетин. На фоне смены препарата однократно отмечался подъем активности, в дальнейшем стала спокойнее и менее напряженной. В апреле 2023 г. в беседе с врачом сообщила, что 4 года назад с ней произошла неприятная ситуация, которую якобы помнит её «альтернативная личность», но забыла она сама. Испытывала ощущение, что как будто бы снова находится в той неприятной ситуации, от чего парализует страх, сопровождающийся неприятными телесными ощущениями (в теле «щекочут вены»). К терапии был добавлен карипразин, но без эффекта. Участковый психиатр неоднократно предлагал родителям госпитализацию пациентки в круглосуточный стационар, от которой они категорически отказывались. В августе во время очередного осмотра участковым психиатром на фоне ухудшения состояния была направлена на стационарное лечение и обследование с целью уточнения диагноза. Госпитализирована в ТКПБ впервые.

Психическое состояние: в сознании. Ориентирована верно. Внешне несколько неопрятна, волосы неухоженные, сальные, бесформенно спадают на лицо. Сидит в однообразной позе сгорбившись. Эмоционально невыразительна, гипомимична. Зрительный контакт не поддерживает, смотрит в сторону. Голос монотонный, тихий, едва слышный. Во время разговора трясет ногой, покачивается на стуле, щелкает пальцами. В беседе пассивна, на вопросы зачастую отвечает односложно, после продолжительных пауз, часть вопросов оставляет без ответа.

Рассказала, что в течение примерно двух последних лет у неё в голове появились «альтернативные личности», которые по очереди занимают её тело. Уверена, что появляются они вслед за травмирующими событиями (например, после инъекций лекарственных средств или в ситуации, когда кто-то кричит на неё). Упоминает также, что однажды в интернет-переписке незнакомый мужчина прислал фото своего полового органа, после чего у неё в голове появилась новая сущность по имени Пират. Сообщила, что «альтернативных личностей» стало больше, чем было ранее, на данный момент около 10, перечисляет их имена: Мишель, Джей, Матвей, Софья, Соня (от слова «засоня»). Говорит, что непосредственно в данный момент с врачом беседует парень Максим.

Сообщает подробности о «личности» Мишеля, который является наполовину человеком, наполовину животным (лаской, «у него длинные волосы, шляпа, серьги, хвост»). Обстоятельно повествует как «альтернативные личности» (по-другому называет их «голоса») пугают её, поскольку они знают о неких неприятных событиях, которые произошли с ней в прошлом. Сама она давно забыла об этих неудачах, но когда кто-то из окружающих напоминает о произошедшем, то первыми начинают бояться «альтернативные личности», а затем свой страх передают ей. Утверждает, что последнее время внушают ужас кошмарные сновидения, где ей делают наносящую вред инъекцию. Поскольку это одно из негативных событий, вследствие которого возникла «личность» Мишель, считает, что именно он посылает ей мучительные сновидения с целью напомнить о неприятном событии. Замечает, что периодически «личности» могут объединяться в неразделимое целое, но зачастую одна часть их спит «в специальном спальном мешке», а другая часть бодрствует.

Говорит, что не имеет друзей и «ни к кому ничего не чувствует», «родители меня любят, а я их нет». Планов на будущее не строит, утверждает, что хотела бы только слушать музыку (не может уточнить какую конкретно), рассказывает, что прочитала недавно о ней книгу, подробности раскрывать отказывается, мотивируя уклонение от ответа отговоркой («вы будете смеяться»). Мышление аморфное, паралогичное, амбивалентное, низкой продуктивности. Суицидальные мысли, намерения на момент осмотра отрицает. Вместе с тем отмечает, что ранее задумывалась о самоубийстве, связывает размышления на тему смерти с конфликтами с родителями по поводу обучения, но в тот момент появилась очередная «личность» в голове и отговорила её.

Выполнено тестирование с использованием RAADS-R (17.08.2023). Результат 157 баллов.

Заключение психолога (29.08.2023): личность с избирательностью в контактах, замкнутостью, отгороженностью, преобладанием субъективного восприятия действительности, склонностью к погружению в мир мечтаний и фантазий, пассивной созерцательной позицией, затруднением в адаптации к окружающему миру, повышенной ранимостью и впечатлительностью, снижением продуктивной деятельности, тревожностью и неуверенностью в себе, самоуничижительными тенденциями, легким формированием чувства вины, страхов, фобий, эмоциональной неустойчивостью. Исследование показало повышенный уровень тревоги, субклинические проявления симптомов депрессии, повышенный уровень аутоагрессии.

Лечение: за период пребывания в стационаре получала оланзапин до 10 мг/сут, флуоксетин до 20 мг/сут. Проводилась психотерапевтическая коррекция коммуникативных нарушений (речевой и невербальный контакт, выработка сотрудничества в процессе общения). За период наблюдения в отделении по-прежнему оставалась отстраненной, в контакт с окружающими не вступала, самостоятельно ни с другими пациентами в палате, ни с медицинский персоналом не коммуницировала, даже в ситуациях необходимости, когда нужно было попросить воды или узнать, занята ли туалетная комната. Практически весь день проводила в палате, полностью погружившись в далекое от реальности фантазирование, на многочисленных рисунках изображала, как выглядят её «альтернативные личности». Во время передвижения по отделению обращала на себя внимание неуклюжестью походки. В беседах с врачом избегала зрительного контакта, мимика была маловыразительной, движения и жестикация отличались резкостью и угловатостью. В ходе лечения пользовалась режимом домашних отпусков, из которых возвращалась своевременно, находясь в стабильном психическом состоянии. Со слов родственников, стала менее тревожной и напряженной в процессе общения с посторонними людьми (например, побывала на дне рождения дальней родственницы, нахождением там заметно не тяготилась).

Выставлен диагноз «Синдром Аспергера». Из отделения была выписана с улучшением психического состояния.

#### **ОБСУЖДЕНИЕ**

В анамнезе прослеживается длительная история специфических нарушений в коммуникативной сфере в виде эмоциональной изоляции, отсутствия потребности в межличностном общении и социальной активности со сверстниками и членами семьи, ярко проявленного дефицита эмоционально окрашенной обратной связи. Кроме этого, выявлена стереотипная оторванная от социального контекста активность в виде непродуктивного творчества, погруженности в мир собственных фантазий аутистического характера. Обнаруженная симптоматика связана с фантазированием, включает элементы деперсонализации с выявленными нечеткими границами «Я» и чувством присутствия во внутреннем пространстве множества личностей. Указанные переживания не сопровождаются идеями воздействия, преследования и внешними поведенческими изменениями. Следует обратить внимание на стремление пациентки к сенсорной стимуляции в виде постоянного прослушивания музыки, застревающей стереотипной активности по поводу сбора и переработки мусора.

На передний план в актуальном психическом состоянии выходит дефицит социальной коммуникации и эмоционального резонанса при построении беседы. В целом речевая продукция активизируется только при обсуждении специфических внутренних интересов, связанных с фантазиями. Интересы, связанные с социальным функционированием и решением ежедневных задач, продуктивным планированием будущего, отсутствуют. Мимическое сопровождение и жестикация не сопровождают высказывания. Суицидальной настроенности не отмечалось. Согласно данным патопсихологического обследования интеллектуальные нарушения не выявлены. Однако в мышлении присутствуют элементы актуализации латентных признаков, стереотипии, аморфности. Согласно тесту RAADS-R набрала 157 баллов. Таким образом, имеют место психопатологические признаки для постановки диагноза синдрома Аспергера. В анамнезе следует исключить развитие расстройства шизофренического спектра (параноидная шизофрения).

Дифференциальная диагностика проводилась с шизотипическим расстройством, синдромом Каннера, шизоидным расстройством личности.

Шизотипическое расстройство (ШП): устойчивый дефицит навыков социально-эмоциональной коммуникации, проявляющийся неспособностью установить отношения со сверстниками, соответствующими возрастному уровню развития, нарушением использования невербальных форм поведения, склонностью к социально-эмоциональной изоляции, необычными и ограниченными интересами. Эти симптомы, представленные у пациентки с синдромом Аспергера, могут быть расценены как проявления ШП (уплощенный аффект, эксцентричность поведения, трудности в межличностной коммуникации, расстройства мышления, квази-психотические симптомы и др.). Прежде всего, отличительным признаком синдрома Аспергера от ШП является ранняя манифестация симптомов психического расстройства, начиная с детского возраста, стереотипные и повторяющиеся модели поведения и, как результат, трудности социальной коммуникации и социальная изоляция. Проблемы социализации при синдроме Аспергера обусловлены нарушением социальных когний и уходом в мир собственных фантазий аутистического характера. Причины социальной дезадаптации при ШП могут быть связаны с парадоксальностью эмоциональной экспрессии, недоверием, подозрительностью, неадекватной оценкой ситуации, более активной динамикой и коммуникацией в виде проявлений демонстративно-эксцентричного поведения, не совместимого с культурными и субкультурными нормами, возможными искажениями волевой активности.

Синдром Каннера (СК): одним из отличительных признаков является степень тяжести клинических проявлений. Для СК характерно наиболее тяжелое течение аутизма, оказывающее значительное влияние на общее развитие ребенка. При наличии данного расстройства рецептивная и экспрессивная речь развиваются с задержкой. В речевом развитии первые слова (в форме эхолалий, повторов последних и первых слогов слов) появляются на 2-4-м году жизни. Дети произносят их напевно, четкое произношение периодически сменяется плохо разборчивым. Индивидуальный лексикон у них пополняется медленно, после 3-5 лет часто встречаются короткие фразы-штампы, преобладает эгоцентрическая речь. Крупная моторика угловатая с двигательными стереотипиями, атетозоподобными движениями, ходьбой с опорой на пальцы ног, мышечной дистонией. С рождения отмечаются когнитивные нарушения, не формируется абстрактное мышление, к пубертатному возрасту интеллект диссоциированно снижен (IQ менее 70 баллов). Тогда как на примере представленного клинического случая следует отметить, что у пациентки с синдромом Аспергера наблюдается раннее речевое развитие (с имитацией звуков после полугода), обширный речевой запас, отсутствие грубых нарушений моторной сферы, а также развитие функций интеллекта в пределах нормальных значений.

Шизоидное расстройство личности (ШРЛ) характеризуется стремлением проводить время в одиночестве, отрешенностью от социальных отношений, сглаженностью эмоциональной экспрессии. Эти неспецифические симптомы, так же встречающиеся при синдроме Аспергера, могут быть расценены как проявления ШРЛ. Однако отличительным признаком синдрома Аспергера является ранняя манифестация симптомов психического расстройства, преимущественно с детства. Тогда как наиболее отчетливые проявления ШРЛ в основном приходятся на препубертатный и пубертатный периоды. При синдроме Аспергера может наблюдаться задержка развития моторной сферы, что нехарактерно для ШРЛ. Причина дефицита социальных контактов при ШРЛ обусловлена отсутствием желания к формированию и поддержанию близких отношений, которые в целом вполне сохраняются в узком круге близких лиц. В то время как при синдроме Аспергера избегание контактов и взаимодействия обусловлено глобальным дефицитом навыков коммуникации и социальных когниций.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, представленный клинический случай доказательно обозначил трудности, возникающие при диагностике и терапии РАС, а именно:

- влияние особенностей семейного функционирования на отношение к психопатологическим проявлениям ребенка, интерпретируемым в контексте варианта нормы, нежелание родителей и ближайшего социального окружения обращаться за помощью к специалистам психиатрического профиля из-за страха потенциальной стигматизации;

- отсутствие в ряде случаев межведомственной системы медико-психолого-педагогического взаимодействия при проведении ранней диагностики РАС в детских дошкольных учреждениях, а также практики использования инструментов раннего скрининга РАС;

- слабость феноменологического понимания и клинической оценки выявляемых расстройств врачами-психиатрами, их интерпретация исключительно как клиническая динамика расстройств шизофренического спектра, без учета ключевых нарушений, составляющих основу РАС, в виде дефицита навыков социальной деятельности, коммуникативного функционирования (с акцентом на автономность личности и отстраненность от окружающих), наличие стереотипий и манеризмов.

Указанные факторы необходимо учитывать специалистам всех уровней и форм взаимодействия с пациентами с РАС (психиатры, клинические психологи, педагоги) с целью своевременной и ранней диагностики, определения ведущих терапевтических и реабилитационных подходов, имеющих, несомненно, клиническую эффективность.

#### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### **ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования научно-практической деятельности ОГАУЗ ТКПБ.

#### **СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской Декларации Всемирной медицинской ассоциации, экспертизы этического комитета по обсуждению принципов диагностики заболевания в частном клиническом случае не требовалось.

#### **ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. Hallmayer J, Cleveland S, Torres A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, Miller J, Fedele A, Collins J, Smith K, Lotspeich L, Croen LA, Ozonoff S, Lajonchere C, Grether JK, Risch N. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Nov; 68(11):1095-102. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.76. Epub 2011 Jul 4. PMID: 21727249; PMCID: PMC4440679.
2. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, Kurzius-Spencer M, Zahorodny W, Robinson Rosenberg C, White T, Durkin MS, Imm P, Nikolaou L, Yeargin-Allsopp M, Lee LC, Harrington R, Lopez M, Fitzgerald RT, Hewitt A, Pettygrove S, Constantino JN, Vehorn A, Shenouda J, Hall-Lande J, Van Naarden Braun K,

- Dowling NF. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ.* 2018 Apr 27;67(6):1-23. doi: 10.15585/mmwr.ss6706a1. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 May 18;67(19):564. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 Nov 16;67(45):1280. PMID: 29701730; PMCID: PMC5919599.
3. Rice CE, Rosanoff M, Dawson G, Durkin MS, Croen LA, Singer A, Yeargin-Allsopp M. Evaluating changes in the prevalence of the autism spectrum disorders (ASDs). *Public Health Rev.* 2012;34(2):1-22. doi: 10.1007/BF03391685. PMID: 26236074; PMCID: PMC4520794.
  4. Miller JS, Bilder D, Farley M, Coon H, Pinborough-Zimmerman J, Jenson W, Rice CE, Fombonne E, Pingree CB, Ritvo E, Ritvo RA, McMahon WM. Autism spectrum disorder reclassified: a second look at the 1980s Utah/UCLA Autism Epidemiologic Study. *J Autism Dev Disord.* 2013 Jan;43(1):200-10. doi: 10.1007/s10803-012-1566-0. PMID: 22696195; PMCID: PMC4467195.
  5. Hansen SN, Schendel DE, Parner ET. Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA Pediatr.* 2015 Jan;169(1):56-62. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.1893. PMID: 25365033.
  6. Nassar N, Dixon G, Bourke J, Bower C, Glasson E, de Klerk N, Leonard H. Autism spectrum disorders in young children: effect of changes in diagnostic practices. *Int J Epidemiol.* 2009 Oct;38(5):1245-54. doi: 10.1093/ije/dyp260. Epub 2009 Sep 7. PMID: 19737795.
  7. World Health Organization. Autism spectrum disorders. 2019. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
  8. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Fitzgerald RT, Furnier SM, Hughes MM, Ladd-Acosta CM, McArthur D, Pas ET, Salinas A, Vehorn A, Williams S, Esler A, Grzybowski A, Hall-Lande J, Nguyen RHN, Pierce K, Zahorodny W, Hudson A, Hallas L, Mancilla KC, Patrick M, Shenouda J, Sidwell K, DiRienzo M, Gutierrez J, Spivey MH, Lopez M, Pettygrove S, Schwenk YD, Washington A, Shaw KA. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ.* 2023 Mar 24;72(2):1-14. doi: 10.15585/mmwr.ss7202a1. PMID: 36952288; PMCID: PMC10042614.
  9. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., А.В. Яздовская, Сидорюк О.В., Николаева Т.А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2019 году: Аналитический обзор. М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. 145 с. Kazakovtsev BA, Demcheva NK, AV Yazdovskaya, Sidoryuk OV, Nikolaeva TA. Psychiatric care to the population of the Russian Federation in 2019: Analytical review. Moscow: “V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2020:145 (in Russian).
  10. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022 May;15(5):778-790. doi: 10.1002/aur.2696. Epub 2022 Mar 3. PMID: 35238171; PMCID: PMC9310578.
  11. Мальтинская Н.А. История развития учения об аутизме. Концепт. 2017. № 11. С. 53-61. Maltinskaya NA. History of the development of the doctrine of autism. *Concept.* 2017;11:53-61 (in Russian).
  12. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему. Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 96-101. Filippova NV, Baryl'nik YuB. Epidemiology of autism: a modern view of the problem. *Social and Clinical Psychiatry.* 2014;24(3):96-101 (in Russian).
  13. Альбицкая Ж.В. Ранний детский аутизм – проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии. Медицинский альманах. 2016. № 2 (42). С. 108-111. Albitskaya ZhV. Early childhood autism – problems and difficulties of primary diagnosis in interdisciplinary interaction. *Medical Almanac.* 2016;2(42):108-111 (in Russian).
  14. Фесенко Ю.А., Шигашов Д.Ю. Ранний детский аутизм: медико-социальная проблема. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2013. Т. 8, № 1. С. 271-273. Fesenko YuA, Shigashov DYU. Early childhood autism: a medical and social problem. *Health is the basis of human potential: problems and ways to solve them.* 2013;8(1):271-273 (in Russian).
  15. Богдашина О.Б. Синестезия при аутизме. Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14, № 3. С. 21-31. Bogdashina OB. Synesthesia in autism. *Autism and Developmental Disorders.* 2016;14(3):21-31. doi: 10.17759/autdd.2016140302 (in Russian).
  16. Божкова Е.Д., Баландина О.В., Коновалов А.А. Расстройство аутистического спектра: современное состояние проблемы (обзор). Современные технологии в медицине. 2020. Т. 12, № 2. С. 111-120. Bozhkova ED, Balandina OV, Konovalov AA. Autism spectrum disorders: current state of the problem (review). *Modern Technologies in Medicine.* 2020;12(2):111-120 (in Russian).

Поступила в редакцию 02.10.2023  
Утверждена к печати 05.02.2024

Созонов Александр Сергеевич, врач-стажер ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»; ординатор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID iD 0000-0001-6310-0218.

Свидерек Екатерина Сергеевна, врач отделения первого психотического эпизода № 2 ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница». ORCID iD 0009-0002-3953-6489. sviderek442@gmail.com

Диденко Александр Владимирович, д.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID iD 0000-0001-9796-1673. SPIN-код РИНЦ 7933-9487. Author ID РИНЦ 773422.

Чойнзонова Елена Евгеньевна, студентка шестого курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России.

✉ Созонов Александр Сергеевич, sunscreen1@mail.ru

UDC 616.896:004.81:159.942.52:616.071:615.214

For citation: Sozonov A.S., Sviderek E.S., Didenko A.V., Choinzonova E.E. Problems of early diagnosis of autism spectrum disorders (case vignette). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2024; 1 (122): 80-87. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-1\(122\)-80-87](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-1(122)-80-87)

## Problems of early diagnosis of autism spectrum disorders (case vignette)

**Sozonov A.S.<sup>1,2</sup>, Sviderek E.S.<sup>1</sup>, Didenko A.V.<sup>2,3</sup>, Choinzonova E.E.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> *Regional State Autonomous Healthcare Institution "Tomsk Clinical Psychiatric Hospital"  
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University"  
of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation*

<sup>3</sup> *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

<sup>4</sup> *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "St. Petersburg State Medical University  
named after I.P. Pavlov" of the Ministry of Health of the Russian Federation  
L. Tolstoy Street 6/8, 197022, St. Petersburg, Russian Federation*

### ABSTRACT

To date, the literature contains convincing data indicating the low level of detection of autism spectrum disorders (ASD) in Russia, compared to global incidence rates. There is no doubt that there is a need for in-depth development not only of the epidemiological aspects of prevalence, but also the early diagnosis of ASD. The authors examine current problems of diagnosing ASD in domestic medical practice using the example of the particular clinical case of Asperger syndrome. As a clinical illustration, the case vignette of a patient with Asperger's syndrome, previously diagnosed with schizotypal personality disorder, is described and analyzed. The patient's medical history and mental status are presented, and diagnostic and personalized therapeutic tactics are described. The main factors that prevent timely diagnosis and therapy, which must be taken into account by specialists at all levels (psychiatrists, clinical psychologists, teachers), and forms of interaction with patients with ASD are given.

**Keywords:** autism, Asperger's syndrome, communicative interaction, speech and cognitive functioning, diagnosis, therapy.

Received October 02, 2023

Accepted February 05, 2024

Sozonov Alexander S., trainee doctor, Regional State Autonomous Healthcare Institution "Tomsk Clinical Psychiatric Hospital"; resident, Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-6310-0218.

Sviderek Ekaterina S., doctor of the Unit of the First Episode Psychosis no. 2, Regional State Autonomous Healthcare Institution "Tomsk Clinical Psychiatric Hospital", Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0009-0002-3953-6489. [sviderek442@gmail.com](mailto:sviderek442@gmail.com)

Didenko Alexander V., D.Sc. (Medicine), Associate Professor, lead researcher, Borderline States Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Professor, Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-9796-1673. SPIN-code RSCI 7933-9487. Author ID RSCI 773422.

Choinzonova Elena E., sixth year student of the Faculty of Medicine, St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov, St. Petersburg, Russian Federation.

✉ Sozonov Alexander S., sunscreen1@mail.ru