

## ИСТОРИЧЕСКИ СЛОЖИВШИЕСЯ И СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА

С. З. Ешимбетова, Н. И. Распопова, О. Ю. Кокшинова, К. Е. Халина \*,  
Э. Е. Бердибекова, З. Т. Мансурова, Ж. Е. Ергали, Н. А. Османова  
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы  
\* Корреспондирующий автор

### Аннотация

**Введение.** Рост регистрируемой распространенности расстройств аутистического спектра среди детей подчеркивает значимость раннего выявления и точной диагностики. Анализ развития представлений об аутизме позволяет проследить формирование клинических критериев и подходов к оказанию помощи.

**Цель.** Проанализировать развитие концепции аутизма и диагностических критериев расстройств аутистического спектра, рассматривая исторические изменения классификаций и современные подходы к диагностике у детей.

**Материалы и методы.** Проведен аналитический обзор литературы с поиском публикаций в ScienceDirect, MEDLINE/PubMed, CyberLeninka, eLibrary и Google Scholar. Рассмотрены публикации по истории изучения аутизма, его клиническим проявлениям и диагностике, документы Всемирной организации здравоохранения и эпидемиологические данные сети мониторинга аутизма и нарушений развития США. Сопоставлены диагностические подходы в различных редакциях Международной классификации болезней и Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам.

**Результаты.** Рассмотренные источники отражают переход от ранних клинических описаний аутизма к его выделению в самостоятельную диагностическую категорию и последующему формированию спектрального подхода. В DSM-5 и DSM-5-TR диагностика основывается на сочетании стойких нарушений социальной коммуникации и взаимодействия с ограниченными, повторяющимися формами поведения при соблюдении дополнительных диагностических требований. В международном классификаторе болезней-11 используются спецификаторы интеллектуального развития и функциональной речи. Неоднородность клинических проявлений и сопутствующие нарушения усложняют дифференциальную диагностику. Рост регистрируемой распространенности требует учета различий в методах выявления и обследуемых популяциях.

**Выводы.** Современная диагностика расстройств аутистического спектра требует оценки всех диагностических критериев, истории развития ребенка, интеллектуального и речевого функционирования, а также сопутствующих состояний. Спектральный подход способствует описанию клинической неоднородности, но не отменяет необходимости дифференциальной диагностики. Раннее выявление и индивидуализированная междисциплинарная помощь важны для адаптации и социального функционирования детей.

**Ключевые слова:** расстройство аутистического спектра; аутизм; синдром Аспергера; диагностика; массовый скрининг.

## Введение

Расстройства аутистического спектра (далее – РАС) относятся к нарушениям нейроразвития и характеризуются неоднородностью клинических проявлений. Рост их регистрируемой распространенности подчеркивает необходимость совершенствования диагностики и организации помощи детям [1; 2]. Эпидемиологические оценки следует интерпретировать с учетом возраста обследованных детей, географии исследования и методов выявления. В докладе Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) 2014 года приводилась оценка глобальной медианной распространенности РАС около одного случая на 160 детей [3]. Согласно отчету сети Autism and Developmental Disabilities Monitoring (далее – ADDM), опубликованному в 2023 году, в 2020 году РАС выявлялись приблизительно у одного из 36 восьмилетних детей на 11 территориях наблюдения в США [4]. Эти показатели получены для разных популяций и не составляют единого сопоставимого мирового временного ряда.

С 2008 года 2 апреля отмечается Всемирный день распространения информации о проблеме аутизма (World Autism Awareness Day), учрежденный Генеральной Ассамблеей ООН. В 2024 году мероприятие ООН было посвящено теме «От выживания к процветанию: люди с аутизмом обсуждают региональные перспективы». Обсуждение акцентировало внимание на опыте людей с аутизмом и условиях их полноценного участия в жизни общества [5].

По данным ADDM, РАС выявляются в различных расовых, этнических и социально-экономических группах. Среди детей с РАС, для которых в отчете за 2020 год имелась информация о когнитивных способностях, интеллектуальные нарушения были зарегистрированы у 37,9%; этот показатель относится именно к данной подвыборке [4]. РАС могут сочетаться с тревожными расстройствами, синдромом дефицита внимания и гиперактивности (далее – СДВГ) и другими психическими нарушениями [6]. В клинической практике также значимы нарушения речи, сенсорные особенности, нарушения сна и пищевого поведения, раздражительность, агрессия и самоповреждающее поведение. Их наличие и выраженность требуют индивидуальной оценки [7].

Изменение классификаций и диагностических подходов, разнообразие уровней интеллектуального и речевого функционирования, а также сопутствующие заболевания определяют сложность диагностики РАС. Для Республики Казахстан эти вопросы значимы в контексте раннего выявления, дифференциальной диагностики и организации доступной междисциплинарной помощи.

В 1911 году швейцарский психиатр Эйген Блейлер (Eugen Bleuler) ввел понятие «аутизм», первоначально рассматривая его в контексте шизофрении. Термин обозначал отгороженность от внешней реальности и преобладание внутреннего мира переживаний. Представления Блейлера об аутистическом мышлении и основных симптомах шизофрении отражены в его работах и последующих исследованиях [8; 9]. Такое историческое употребление термина следует отличать от современного понимания РАС как нарушения нейроразвития.

В 1925 году советский психиатр Г. Е. Сухарева опубликовала статью «Шизоидные психопатии в детском возрасте», в которой описала особенности детей с нарушениями социального взаимодействия, ограниченными интересами и своеобразием поведения [10]. В 1926 году работа была опубликована на немецком языке. Последующие исследования Сухаревой, включая статью 1930 года о структуре и динамике детских конституциональных психопатий, развивали представления о клинической неоднородности и возрастной динамике подобных состояний [11]. Исторические диагностические обозначения в этих публикациях не следует непосредственно отождествлять с современными категориями.

В 1943 году американский психиатр Лео Каннер (Leo Kanner) опубликовал работу «Autistic Disturbances of Affective Contact» («Аутистические нарушения аффективного контакта»). Он описал 11 детей (8 мальчиков и 3 девочек) с выраженными особенностями социального взаимодействия, стремлением к неизменности окружающей обстановки, повторяющимся поведением и своеобразием речевого развития [12]. Работа стала важным этапом выделения раннего детского аутизма как особого клинического состояния. При этом современные представления о РАС не предполагают обязательной сохранности или обязательного

нарушения интеллекта: интеллектуальное и речевое функционирование оцениваются отдельно [13].

В 1944 году австрийский педиатр и психиатр Ганс Аспергер (Hans Asperger) опубликовал исследование «Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter» («Аутистические психопаты» в детском возрасте). В описанных случаях отмечались трудности социального взаимодействия, своеобразие коммуникации и ограниченные интересы. У детей, способных участвовать в диалоге, наблюдались особенности интонации, мимики и моторики, а также неравномерность способностей и трудности обучения в обычных социальных условиях [14]. В дальнейшем соответствующее клиническое описание получило известность под названием «синдром Аспергера».

Каннер и Аспергер описали частично сходные особенности развития, однако их клинические наблюдения различались по речевым возможностям, возрасту и особенностям функционирования детей. Эти различия впоследствии учитывались при разработке диагностических категорий. Объединение ранних описаний в современную концепцию РАС стало результатом последующих исследований и пересмотра классификаций [13].

Таким образом, работы Блейлера, Сухаревой, Каннера и Аспергера отражают разные этапы формирования представлений об аутизме. Развитие концепции сопровождалось пересмотром его связи с шизофренией и уточнением особенностей развития, социальной коммуникации и поведения.

В середине XX века распространение получили психогенные объяснения аутизма, в том числе гипотеза о роли эмоциональной холодности родителей. В 1964 году американский психолог Бернард Римланд (Bernard Rimland) опубликовал книгу «Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior» («Детский аутизм: синдром и его значение для нейронной теории поведения»), в которой обосновывал биологический подход к пониманию аутизма [15]. Пересмотр психогенных концепций способствовал дальнейшему изучению механизмов нейроразвития. Исторические гипотезы о причинах аутизма и предложенные на их основе способы помощи необходимо оценивать с учетом последующих научных данных [13].

В 1960–1970-х годах исследования были направлены на разграничение аутизма, шизофрении и нарушений речевого развития. В 1975 году Лоуренс Бартак, Майкл Раттер и Энтони Кокс опубликовали первую часть сравнительного исследования детского аутизма и специфического расстройства развития рецептивной речи. Авторы сопоставили когнитивные, речевые и социальные особенности детей. При аутизме чаще наблюдались эхолалия, инверсия местоимений, стереотипные высказывания и нарушения коммуникативного использования речи; при специфическом речевом расстройстве клинический профиль отличался [16]. Эти результаты подчеркивали значение оценки социальной функции речи наряду с ее формальными характеристиками.

В 1971 году начал выходить «Journal of Autism and Childhood Schizophrenia» («Журнал аутизма и детской шизофрении»). Создание специализированного издания отражало рост исследовательского интереса к аутизму и необходимость накопления клинических и экспериментальных данных [13; 17].

В 1979 году журнал получил название «Journal of Autism and Developmental Disorders» («Журнал аутизма и нарушений развития»). Это изменение отражало смещение исследовательского акцента к нарушениям развития [13]. Параллельно развивались подходы к индивидуализированной образовательной помощи и структурированному обучению, представленные, в частности, в работах Эрика Шоплера (Eric Schopler) [18].

В DSM-III (1980) детский аутизм был выделен в самостоятельную диагностическую категорию, отдельную от шизофрении. Диагностическое описание включало начало проявлений до 30 месяцев, выраженные нарушения реагирования на других людей и речевого развития, своеобразные речевые паттерны при наличии речи, необычные реакции на окружающую среду и отсутствие характерных для шизофрении психотических симптомов. В DSM-III-R (1987) использовалось название «аутистическое расстройство», а диагностические критерии были пересмотрены [13].

Международное внимание к работе Аспергера значительно усилилось в 1980-х годах. В 1981 году британский психиатр Лорна Винг (Lorna Wing) предложила термин «синдром Аспергера»

[7]. В 1991 году Ута Фрит (Uta Frith) опубликовала английский перевод работы Аспергера, что способствовало ее более широкому обсуждению в научном сообществе [19].

В МКБ-10 общие расстройства развития объединены в рубрику F84. Она включает восемь под рубрик: F84.0 – детский аутизм; F84.1 – атипичный аутизм; F84.2 – синдром Ретта; F84.3 – другое дезинтегративное расстройство детского возраста; F84.4 – гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями; F84.5 – синдром Аспергера; F84.8 – другие общие расстройства развития; F84.9 – общее расстройство развития неуточненное [20]. Названия исторических рубрик здесь воспроизводятся в терминологии соответствующей классификации.

В DSM-IV (1994) к общим расстройствам развития относились аутистическое расстройство, синдром Аспергера, синдром Ретта, детское дезинтегративное расстройство и первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений. Последующие пересмотры классификаций изменили границы этих диагностических категорий [13; 21].

В DSM-5 (2013) диагностическая категория «расстройство аутистического спектра» объединила ранее выделявшиеся аутистическое расстройство, синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство и первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений. Диагностические критерии включают два основных блока: стойкие нарушения социальной коммуникации и взаимодействия, а также ограниченные, повторяющиеся формы поведения, интересов или деятельности [22; 23].

Блок А. Стойкие нарушения социальной коммуникации и социального взаимодействия в различных ситуациях. Требуется наличие всех трех признаков:

1. Нарушения социально-эмоциональной взаимности.
2. Нарушения невербального коммуникативного поведения, используемого в социальном взаимодействии.
3. Трудности установления, поддержания и понимания отношений.

Блок В. Ограниченные, повторяющиеся формы поведения, интересов или деятельности. Требуется наличие как минимум двух из четырех признаков:

1. Стереотипные или повторяющиеся движения, использование предметов или речь.
2. Стремление к неизменности, негибкое следование привычному порядку или ритуализированные формы поведения.
3. Крайне ограниченные, фиксированные интересы, необычные по интенсивности или направленности.
4. Повышенная или сниженная реактивность на сенсорные стимулы либо необычный интерес к сенсорным характеристикам окружающей среды.

Помимо блоков А и В, должны выполняться дополнительные условия: симптомы присутствуют в раннем периоде развития (блок С), вызывают клинически значимые нарушения функционирования (блок D) и не объясняются лучше интеллектуальными нарушениями или общей задержкой развития (блок E). РАС и интеллектуальные нарушения могут сочетаться; в таком случае нарушения социальной коммуникации должны превышать ожидаемые при данном уровне общего развития [23]. В DSM-5-TR (2022) уточнено, что для блока А необходимы все три группы признаков [24]. В Казахстане диагностические подходы представлены в клиническом протоколе «Общие расстройства психологического (психического) развития (расстройства аутистического спектра)», одобренном 30 июля 2021 года, протокол № 145 [25].

### Материалы и методы

Проведен аналитический литературный обзор. Поиск публикаций осуществлялся в ScienceDirect, MEDLINE/PubMed, CyberLeninka, eLibrary и Google Scholar. Рассматривались статьи, монографии, учебные и методические руководства на русском, казахском и английском языках, а также документы ВОЗ, материалы эпидемиологического мониторинга и диагностические классификации, опубликованные до декабря 2024 года. Использовались ключевые слова и сочетания: «аутизм», «детский аутизм», «история исследования аутизма», «расстройства аутистического спектра», «синдром Каннера», «синдром Аспергера», «теории возникновения аутизма», «скрининг аутизма», «абилитация и лечение детей с аутизмом». Для анализа исторических этапов привлекались оригинальные публикации, их переводы и исследования по истории концепции аутизма. Включались источники, касающиеся истории изучения РАС,

классификации, клинических проявлений, диагностики и подходов к помощи. Исключались дублирующиеся материалы и публикации, не соответствующие тематике обзора. Анализ был направлен на сопоставление изменений диагностических категорий и критериев; количественное объединение результатов исследований не проводилось.

### Результаты

Эволюция диагностических систем отражает изменение представлений об аутизме, однако МКБ и DSM имеют самостоятельные процедуры разработки и разные задачи. DSM-5 опубликовано в 2013 году, DSM-5-TR в 2022 году [23; 24]. МКБ-11 принято Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2019 году; переход к его применению зависит от национальных решений. Различия дат пересмотра сами по себе не означают клинического «отставания» одной системы от другой [26].

В МКБ-10 общие расстройства развития представлены рубрикой F84 и ее подрубриками [20]. Особенности атипичного аутизма в рамках этой классификации обсуждались отдельно [27]. В DSM-5 и DSM-5-TR используется единая категория РАС с указанием сопутствующих интеллектуальных и речевых нарушений, связанных состояний и необходимого уровня поддержки [23; 24]. Код 299.00, приводимый в DSM-5 в системе ICD-9-CM, не является кодом МКБ-11; в МКБ-10 детскому аутизму соответствует F84.0. В МКБ-11 РАС кодируется как 6A02; подрубрики учитывают наличие или отсутствие нарушения интеллектуального развития и степень нарушения функциональной речи [26]. Социальное (прагматическое) коммуникативное расстройство в DSM-5 является отдельным диагнозом. Его рассматривают при нарушениях социальной коммуникации, если критерии РАС не выполнены; включать его в РАС неправомерно [23]. Таким образом, спектральный подход расширяет возможности описания клинической неоднородности, сохраняя требования к дифференциальной диагностике.

Сопоставление классификаций показывает переход от отдельных клинических категорий к спектральной модели и использованию спецификаторов. При этом изменения диагностических границ не сводятся к их постоянному расширению: отдельные пересмотры уточняли

требования и изменяли соотношение категорий. Современное описание РАС должно включать основные диагностические признаки, уровень функционирования и потребность в поддержке [13; 23; 24; 26] (таблица 1).

### Обсуждение

Анализ литературы показывает, что рост регистрируемой распространенности РАС нельзя объяснять единственным фактором. На показатели влияют изменения диагностических критериев, расширение скрининга, повышение информированности специалистов и семей, а также доступность обследования [1; 2; 29]. Сопоставление результатов разных исследований требует учета возраста участников, территории наблюдения и методов установления диагноза [4]. Клиническая неоднородность РАС и сочетание с другими состояниями усложняют диагностику. Необходимо разграничивать основные признаки РАС, сопутствующие нарушения и проявления других заболеваний. Особое значение имеют оценка интеллектуального и речевого развития, выявление СДВГ, тревожных и аффективных расстройств, а также неврологических и соматических состояний [6; 7]. Скрининг служит основанием для углубленной оценки, но сам по себе не устанавливает диагноз. Диагностическое обследование должно учитывать историю развития, наблюдение за поведением и сведения от родителей или других лиц, участвующих в уходе. Возраст до двух лет не является универсальным основанием для отказа от оценки: раннее выявление риска и своевременное направление к специалистам важны для начала помощи [7; 25].

Сопоставление диагностических систем отражает переход от нескольких категорий к единой категории РАС с дополнительным описанием клинических характеристик. В DSM-IV и МКБ-10 отдельные категории различались, в частности, требованиями к возрасту начала и особенностям языкового и когнитивного развития. В DSM-5/DSM-5-TR и МКБ-11 интеллектуальное и языковое функционирование описываются отдельно от основных признаков РАС [13; 20; 23; 28]. Клиническое значение этого перехода заключается в необходимости дополнять диагноз характеристикой индивидуального профиля нарушений, сопутствующих состояний и повседневного функционирования.

Таблица 1. Изменение подходов к диагностике аутизма в классификациях DSM и МКБ

| Классификация                 | Диагностические категории                                                                                                                                                                    | Основные диагностические признаки                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Возраст начала проявлений                                                                                                                                                                                                   | Интеллектуальное и языковое функционирование                                                                                                                                                     | Описание клинической неоднородности                                                                                                                       |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DSM-III (1980)                | Детский аутизм в группе общих расстройств развития; предусмотрены оставшаяся форма и другие категории этой группы                                                                            | Недостаточная отзывчивость на других людей; выраженные нарушения речевого развития; своеобразные речевые паттерны при наличии речи; необычные реакции на окружающую среду. Требуется выполнение всех критериев, включая отсутствие характерных для шизофрении бреда, галлюцинаций, разрыхления ассоциаций и бессвязности | Для детского аутизма – начало до 30 месяцев                                                                                                                                                                                 | Нарушения речевого развития включены в критерии. Сохраненный интеллект не являлся обязательным условием диагноза                                                                                 | Отдельные категории, включая остаточную форму; современные спецификаторы РАС отсутствовали                                                                |
| DSM-IV (1994)                 | Аутистическое расстройство, расстройство Аспергера, расстройство Ретта, детское дезинтегративное расстройство, общее расстройство развития без дополнительных уточнений                      | Для аутистического расстройства – нарушения социального взаимодействия, коммуникации и ограниченные повторяющиеся поведение. Не менее 6 из 12 признаков: минимум 2 социальных, 1 коммуникативный и 1 поведенческий                                                                                                       | Для аутистического расстройства – задержка или отклонения функционирования до 3 лет хотя бы в одной области: социальное взаимодействие; использование речи для социальной коммуникации; символическая или воображаемая игра | Для расстройства Аспергера – отсутствие клинически значимой общей задержки языкового и когнитивного развития. При аутистическом расстройстве профили могли различаться                           | Неоднородность описывалась преимущественно через отдельные диагностические категории                                                                      |
| DSM-5 (2013); DSM-5-TR (2022) | Единая категория РАС объединяет прежние аутистическое расстройство, расстройство Аспергера, детское дезинтегративное расстройство и общее расстройство развития без дополнительных уточнений | Два блока: нарушения социальной коммуникации и взаимодействия – все 3 признака; ограниченные повторяющиеся формы поведения и интересов – минимум 2 из 4 признаков. Сенсорные особенности входят в один из четырех признаков второго блока. Обязательны условия C–E                                                       | Ранний период развития; симптомы могут стать полностью заметными позднее, когда социальные требования превышают возможности, либо маскироваться усвоенными стратегиями                                                      | Отдельно указываются сопутствующие интеллектуальные и языковые нарушения. При интеллектуальных нарушениях трудности социальной коммуникации должны превышать ожидаемые при общем уровне развития | Три уровня текущей тяжести через необходимую поддержку, отдельно для двух основных блоков; спецификаторы интеллектуальных, языковых и связанных состояний |

Продолжение таблицы

| Классификация | Диагностические категории                                                                                        | Основные диагностические признаки                                                                                                                                                                                      | Возраст начала проявлений                                                                                                                     | Интеллектуальное и языковое функционирование                                                                                                             | Описание клинической неоднородности                                                                                     |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| МКБ-10        | Общие расстройства развития F84: детский и атипичный аутизм, синдром Аспергера, синдром Ретта и другие категории | Для детского аутизма F84.0 – качественные нарушения взаимного социального взаимодействия и коммуникации, ограниченное стереотипное повторяющееся поведение                                                             | Для F84.0 – нарушения развития до 3 лет. При F84.1 возможны более поздние начало и/или неполное соответствие трём основным областям нарушений | Детский аутизм возможен при различных уровнях интеллекта. Для синдрома Аспергера существенно отсутствие общей задержки языкового и когнитивного развития | Отдельные подрубрики F84; сопутствующие интеллектуальные нарушения при необходимости кодируются дополнительно           |
| МКБ-11        | Единая категория РАС 6A02 в группе нарушений нейроразвития                                                       | Стойкие нарушения взаимного социального взаимодействия и социальной коммуникации в сочетании с ограниченными, повторяющимися и негибкими формами поведения, интересов или деятельности. Возможны сенсорные особенности | Начало в периоде развития, обычно в раннем детстве; проявления могут стать полностью заметными позднее при увеличении социальных требований   | Подрубрики учитывают наличие или отсутствие расстройства интеллектуального развития и степени нарушения функционального языка                            | Подрубрики учитывают интеллектуальное развитие и функциональный язык; они не эквивалентны уровням текущей тяжести DSM-5 |

\*Примечание. Приведено сокращённое сопоставление, а не полные диагностические требования. Для DSM-IV и МКБ-10 признаки и возрастные условия относятся к аутистическому расстройству и детскому аутизму соответственно. Функциональный язык включает устный или жестовый язык для практической коммуникации. В DSM-5-TR уточнена необходимость всех трёх признаков блока А, соответствующая исходному замыслу DSM-5.

Источник: составлено авторами по источникам [13; 20; 23; 24; 28].

Возраст установления диагноза следует отличать от возраста появления первых проявлений. Современные классификации допускают, что особенности, возникшие в периоде развития, становятся полностью заметными позднее, при увеличении социальных требований [23; 28]. Поэтому обследование старших детей и подростков должно включать анализ раннего развития, сведения от родителей и, при наличии, медицинские и образовательные документы. Позднее выявление само по себе не исключает РАС, однако не отменяет необходимости подтвердить начало проявлений в периоде развития.

Изменение структуры критериев имеет значение для клинического обследования. В DSM-5 социальные и коммуникативные нарушения объединены в один блок, а сенсорные особенности включены в блок ограниченных повторяющихся форм поведения [23]. Это предполагает оценку не только наличия речи, но и её использования во взаимном общении, невербальной коммуникации и понимании отношений. Сенсорные особенности могут дополнять диагностическую картину, однако изолированно не являются достаточным основанием для установления РАС.

Уровни текущей тяжести в DSM-5/DSM-5-TR и подрубрики МКБ-11 не являются взаимозаменяемыми. Первые характеризуют выраженность основных нарушений через необходимую поддержку, вторые учитывают интеллектуальное развитие и функциональный язык [23; 28]. Следовательно, языковые возможности или уровень интеллекта не должны использоваться как единственные показатели объёма необходимой помощи. Планирование поддержки требует отдельной оценки адаптивных навыков и трудностей в конкретных жизненных ситуациях.

Переход к спектральной модели также сохраняет вопрос о точности диагностических границ. В критической статье I. Kamp-Becker обсуждаются возможные трудности дифференциальной диагностики и сопоставления исследовательских выборок при разнообразии сочетаний признаков, допускаемых МКБ-11 [30]. Эти положения представляют авторскую оценку возможных последствий классификации, а не доказательство её меньшей диагностической точности. При сравнении эпидемиологических и клинических исследований необходимо учитывать редакцию классификации, применённые

диагностические требования и способы выявления случаев.

### Выводы

РАС представляют собой клинически неоднородные нарушения нейроразвития, проявляющиеся стойкими особенностями социальной коммуникации и взаимодействия в сочетании с ограниченными, повторяющимися формами поведения, интересов или деятельности. Историческое развитие концепции привело к переходу от отдельных клинических описаний и категорий к спектральному подходу.

Современная диагностика требует соблюдения всех критериев, анализа истории развития и оценки интеллектуального и речевого функционирования. Необходимы выявление сопутствующих психических и соматических состояний и их разграничение с основными проявлениями РАС. Эпидемиологические показатели следует интерпретировать с учетом методологии исследований, не отождествляя рост выявляемости с изменением заболеваемости.

Раннее выявление и своевременная индивидуализированная помощь важны для развития навыков, адаптации и социального функционирования детей. Дальнейшее совершенствование диагностики и организации помощи предполагает междисциплинарное взаимодействие и учет потребностей ребенка и его семьи.

### Список источников

1. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 3. – С. 96-101.
2. Елистратова Н. А., Штурбабин В. И., Хидирова Л. Д. Актуальные аспекты развития первазивных расстройств // Лечащий врач. – 2023. – Т. 26. – № 10. – С. 24-31. – DOI: <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.10.004>.
3. World Health Organization. Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders: report by the Secretariat [Электронный ресурс]. – Geneva: WHO, 2014. – Sixty-seventh World Health Assembly, document A67/17, 21 March 2014. – URL: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_17-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_17-en.pdf) (дата обращения: 05.03.2026).
4. Maenner M. J., Warren Z., Williams A. R. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism

- and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020 // *MMWR Surveillance Summaries*. – 2023. – Vol. 72(SS-2). – P. 1-14. – DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>.
5. United Nations. World Autism Awareness Day 2024: Moving from Surviving to Thriving: Autistic individuals share regional perspectives [Электронный ресурс]. – 2024. – URL: <https://www.un.org/fr/observances/autism-day/2024> (дата обращения: 05.03.2026).
6. Simonoff E., Pickles A., Charman T. et al. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2008. – Vol. 47(8). – P. 921-929. – DOI: <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>.
7. Осин Е., Устинова Н. Научно обоснованные подходы к ведению детей с расстройствами аутистического спектра в педиатрической практике: методическое руководство [Электронный ресурс] / науч. ред. А. Портнова. – [Б. м.: б. и.], 2020. – URL: [https://kpfu.ru/portal/docs/F1581133627/Vedenie.detei\\_.s.RAS.pdf](https://kpfu.ru/portal/docs/F1581133627/Vedenie.detei_.s.RAS.pdf) (дата обращения: 05.03.2026).
8. Блейлер Э. Аутистическое мышление // *Хрестоматия по общей психологии: психология мышления* / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. В. Петухова. – М.: Издательство Московского университета, 1981. – С. 113-122.
9. Пятницкий Н. Ю. Шизофреническая деменция: концепция Е. Bleuler // *Психическое здоровье*. – 2017. – Т. 15, № 6. – С. 72-75.
10. Сорокин В. М., Кац Е. Э., Щукин А. В. Феноменология детства в контексте психопатологии развития. К 130-летию со дня рождения Г. Е. Сухаревой // *Ананьевские чтения – 2021: материалы научной конференции*. – СПб.: Скифия-принт, 2021. – С. 611-612.
11. Сухарева Г. Е. К проблеме структуры и динамики детских конституциональных психопатий (шизоидные формы) // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 1930. – № 6. – С. 64-74.
12. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // *Nervous Child*. – 1943. – Vol. 2. – P. 217-250.
13. Rosen N. E., Lord C., Volkmar F. R. The diagnosis of autism: from Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2021. – Vol. 51(12). – P. 4253-4270. – DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>.
14. Аспергер Г. «Аутистические психопаты» в детском возрасте. Ч. 2 / пер. А. В. Челиковой; науч. ред. А. А. Северного // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. – 2011. – Т. 11. – № 1. – С. 82-109.
15. Rimland B. Infantile autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2015. – 352 p.
16. Bartak L., Rutter M., Cox A. A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. I. The children // *The British Journal of Psychiatry*. – 1975. – Vol. 126(2). – P. 127-145. – DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.126.2.127>.
17. Григоренко Е. Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс: учебное пособие для студентов. – М.: Практика, 2018. – 280 с.
18. Schopler E. Principles for directing both educational treatment and research // *Diagnosis and treatment of autism* / ed. by C. Gillberg. – New York; London: Plenum Press, 1989. – P. 167-183. – DOI: [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0882-7\\_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0882-7_12).
19. Викторук Е. Н., Гох А. Ф. Дефиниция аутизма: от диагноза до незавершенной медицинской истины // *Сибирский вестник специального образования*. – 2016. – № 1-2. – С. 35-39.
20. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99): класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
21. Корень Е. В. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. – 2017. – Т. 17. – № 2, приложение. – С. 122-123.
22. Пашковский В. Э., Макаров И. В. Расстройства аутистического спектра. – М.: МЕДпресс-информ, 2023. – 168 с.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
24. American Psychiatric Association. Autism spectrum disorder: DSM-5-TR [Электронный

ресурс]. – 2022. – URL: [https://www.psychiatry.org/getmedia/d48f7fa6-b6c8-4f6c-888b-b0adfeb9f5b6/APA\\_DSM5TR\\_AutismSpectrumDisorder.pdf](https://www.psychiatry.org/getmedia/d48f7fa6-b6c8-4f6c-888b-b0adfeb9f5b6/APA_DSM5TR_AutismSpectrumDisorder.pdf) (дата обращения: 05.03.2026).

25. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Общие расстройства психологического (психического) развития (расстройства аутистического спектра): клинический протокол: одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан 30 июля 2021 г., протокол № 145. – 2021.

26. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития: статистическая классификация / под ред. Г. П. Костюка. – М.: КДУ: Университетская книга, 2021. – 432 с. – DOI: <https://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0143>.

27. Башина В. М., Симашкова Н. В., Красноперова М. Г. Атипичный аутизм в свете ICD-10 (1992), МКБ-10 (1999) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – Т. 3. – № 1. – С. 97-101.

28. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders [Электронный ресурс]. – Geneva: World Health Organization, 2024. – 852 p. – ISBN 978-92-4-007726-3. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263/> (дата обращения: 05.03.2026).

29. Пашковский В. Э. 10 лекций об аутизме. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2023. – 136 с.

30. Kamp-Becker I. Autism spectrum disorder in ICD-11—a critical reflection of its possible impact on clinical practice and research // *Molecular Psychiatry*. – 2024. – Vol. 29(3). – P. 633-638. – DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02354-y>.

## References

1. Filippova, N. V., & Baryl'nik, Yu. B. (2014). Epidemiologiya autizma: Sovremennyy vzglyad na problemu. *Social and Clinical Psychiatry*, 24(3), 96-101.
2. Elistratova, N. A., Shturbabin, V. I., & Khidirova, L. D. (2023). Aktualnye aspekty razvitiya pervazivnykh rasstroystv. *The Attending Physician*, 26(10), 24-31. DOI: <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.10.004>.
3. World Health Organization. (2014, March 21). Comprehensive and coordinated efforts for the

management of autism spectrum disorders: Report by the Secretariat (Sixty-seventh World Health Assembly, Document A67/17). Retrieved March 5, 2026, from [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_17-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_17-en.pdf)

4. Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., et al. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*, 72(SS-2), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>.

5. United Nations. (2024). World Autism Awareness Day 2024: Moving from surviving to thriving: Autistic individuals share regional perspectives. Retrieved March 5, 2026, from <https://www.un.org/fr/observances/autism-day/2024>

6. Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929. DOI: <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>.

7. Osin, E., & Ustinova, N. (2020). Nauchno obosnovannye podkhody k vedeniyu detey s rasstroystvami autisticheskogo spektra v pediatricheskoy praktike: Metodicheskoe rukovodstvo (A. Portnova, Ed.). Retrieved March 5, 2026, from [https://kpfu.ru/portal/docs/F1581133627/Vedienie.detei\\_.s.RAS.pdf](https://kpfu.ru/portal/docs/F1581133627/Vedienie.detei_.s.RAS.pdf)

8. Bleyler, E. (1981). Autisticheskoe myshlenie. In Yu. B. Gippenreyter & V. V. Petukhov (Eds.), *Khrestomatiya po obshchey psikhologii: Psikhologiya myshleniya* (pp. 113-122). Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta.

9. Pyatnitskiy, N. Yu. (2017). Shizofrenicheskaya dementsiya: Kontseptsiya E. Bleuler. *Mental Health*, 15(6), 72-75.

10. Sorokin, V. M., Kats, E. E., & Shchukin, A. V. (2021). Fenomenologiya detstva v kontekste psikhopatologii razvitiya. K 130-letiyu so dnya rozhdeniya G. E. Sukharevoy. In *Ananevskie chteniya – 2021: Materialy nauchnoy konferentsii* (pp. 611-612). Skifiya-print.

11. Sukhareva, G. E. (1930). K probleme struktury i dinamiki detskikh konstitutsionalnykh psikhopatiy (shizoidnye formy). *S. S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry*, (6), 64-74.

12. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
13. Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (2021). The diagnosis of autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4253–4270. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>.
14. Asperger, G. (2011). “Autisticheskie psikhopatyy” v detskom vozraste. Ch. 2 (A. V. Chelikova, Trans.; A. A. Severnyy, Ed.). *Mental Health of Children and Adolescents*, 11(1), 82–109. (Original work published 1944)
15. Rimland, B. (2015). *Infantile autism: The syndrome and its implications for a neural theory of behavior*. Jessica Kingsley Publishers.
16. Bartak, L., Rutter, M., & Cox, A. (1975). A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. I. The children. *The British Journal of Psychiatry*, 126(2), 127–145. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.126.2.127>.
17. Grigorenko, E. L. (2018). *Rastroystva autisticheskogo spektra. Vvodnyy kurs: Uchebnoe posobie dlya studentov*. Praktika.
18. Schopler, E. (1989). Principles for directing both educational treatment and research. In C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism* (pp. 167–183). Plenum Press. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0882-7\\_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0882-7_12).
19. Viktoruk, E. N., & Gokh, A. F. (2016). Definitsiya autizma: Ot diagnoza do nezavershennoy meditsinskoy istiny. *Siberian Bulletin of Special Education*, (1-2), 35–39.
20. Kazakovtsev, B. A., & Golland, V. B. (Eds.). (1998). *Psikhicheskie rasstroystva i rasstroystva povedeniya (F00-F99): Klass V MKB-10, adaptirovannyy dlya ispolzovaniya v Rossiyskoy Federatsii*. Minzdrav Rossii.
21. Koren, E. V. (2017). Klassifikatsiya v detskoy psikhiiatrii v perspektive prinyatiya MKB-11. *Mental Health of Children and Adolescents*, 17(2, Suppl.), 122–123.
22. Pashkovskiy, V. E., & Makarov, I. V. (2023). *Rastroystva autisticheskogo spektra*. MEDpress-inform.
23. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
24. American Psychiatric Association. (2022). *Autism spectrum disorder: DSM-5-TR*. Retrieved March 5, 2026, from [https://www.psychiatry.org/getmedia/d48f7fa6-b6c8-4f6c-888b-b0adfeb9f5b6/APA\\_DSM5TR\\_AutismSpectrumDisorder.pdf](https://www.psychiatry.org/getmedia/d48f7fa6-b6c8-4f6c-888b-b0adfeb9f5b6/APA_DSM5TR_AutismSpectrumDisorder.pdf)
25. Ministerstvo zdavookhraneniya Respubliki Kazakhstan. (2021). *Obshchie rasstroystva psikhologicheskogo (psikhicheskogo) razvitiya (rasstroystva autisticheskogo spektra): Klinicheskiy protokol (Odobren Obedinennoy komissiey po kachestvu meditsinskikh uslug Ministerstva zdavookhraneniya Respubliki Kazakhstan 30 iyulya 2021 g., protokol № 145)*.
26. Kostyuk, G. P. (Ed.). (2021). *MKB-11. Glava 06. Psikhicheskie i povedencheskie rasstroystva i narusheniya neyropsikhicheskogo razvitiya: Statisticheskaya klassifikatsiya. KDU; Universitetskaya kniga*. DOI: <https://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0143>.
27. Bashina, V. M., Simashkova, N. V., & Krasnoperova, M. G. (2003). Atipichnyy autizm v svete ICD-10 (1992), MKB-10 (1999). *Mental Health of Children and Adolescents*, 3(1), 97–101.
28. World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Retrieved March 5, 2026, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263/>
29. Pashkovskiy, V. E. (2023). *10 lektsiy ob autizme* (2nd ed.). MEDpress-inform.
30. Kamp-Becker, I. (2024). Autism spectrum disorder in ICD-11—A critical reflection of its possible impact on clinical practice and research. *Molecular Psychiatry*, 29(3), 633–638. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02354-y>.

## АУТИЗМ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ТАРИХИ ДАМУЫ ЖӘНЕ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КРИТЕРИЙЛЕРІ (АНАЛИТИКАЛЫҚ ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)

**С. З. Ешимбетова, Н. И. Распопова, О. Ю. Кокшинова, К. Е. Халина \* ,  
Э. Е. Бердибекова, З. Т. Мансурова, Ж. Е. Ергали, Н. А. Османова**  
«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы

*\*Корреспондент автор*

### Аңдатпа

*Кіріспе.* Балалар арасында аутизм спектрі бұзылыстарының тіркелген таралу көрсеткішінің өсуі ерте анықтау мен дәл диагностиканың маңызын көрсетеді. Аутизм туралы түсініктердің дамуын талдау клиникалық критерийлер мен көмек көрсету тәсілдерінің қалыптасуын зерделеуге мүмкіндік береді.

*Мақсаты.* Жіктемелердің тарихи өзгерістерін және балаларды диагностикалаудың қазіргі тәсілдерін қарастыра отырып, аутизм тұжырымдамасы мен аутизм спектрі бұзылыстарының диагностикалық критерийлерінің дамуын талдау.

*Материалдар мен әдістер.* ScienceDirect, MEDLINE/PubMed, CyberLeninka, eLibrary және Google Scholar дерекқорларында жарияланымдарды іздеу арқылы әдебиеттерге аналитикалық шолу жүргізілді. Аутизмді зерттеу тарихы, оның клиникалық көріністері мен диагностикасы жөніндегі жарияланымдар, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының құжаттары және АҚШ-тағы Аутизм мен даму бұзылыстарын мониторингтеу желісінің эпидемиологиялық деректері қарастырылды. Аурулардың халықаралық жіктемесі мен Психикалық бұзылыстардың диагностикалық және статистикалық нұсқаулығының түрлі басылымдарындағы диагностикалық тәсілдер салыстырылды.

*Нәтижелер.* Қарастырылған дереккөздер аутизмнің ерте клиникалық сипаттамаларынан оны дербес диагностикалық санат ретінде бөліп көрсетуге және кейін спектрлік тәсілдің қалыптасуына көшуді көрсетеді. DSM-5 және DSM-5-TR бойынша диагноз әлеуметтік коммуникация мен өзара әрекеттесудің тұрақты бұзылыстарының шектеулі, қайталанатын мінез-құлық түрлерімен үйлесуіне және қосымша диагностикалық талаптардың орындалуына негізделеді. АХЖ-11-де зияткерлік даму мен функционалдық сөйлеу ерекшеліктерін сипаттайтын нақтылаушы белгілер қолданылады. Клиникалық көріністердің әркелкілігі мен қатар жүретін бұзылыстар дифференциалдық диагностиканы қиындатады. Тіркелген таралу көрсеткішінің өсуін бағалағанда анықтау әдістері мен зерттелетін топтар арасындағы айырмашылықтарды ескеру қажет.

*Қорытынды.* Аутизм спектрі бұзылыстарының қазіргі диагностикасы барлық диагностикалық критерийлерді, баланың даму тарихын, зияткерлік және сөйлеу қызметін, сондай-ақ қатар жүретін жағдайларды бағалауды талап етеді. Спектрлік тәсіл клиникалық әркелкілікті сипаттауға көмектеседі, бірақ дифференциалдық диагностиканың қажеттілігін жоймайды. Ерте анықтау және дара-ланған пәнаралық көмек балалардың бейімделуі мен әлеуметтік қызмет етуі үшін маңызды.

**Түйін сөздер:** аутизм спектрінің бұзылысы; аутизм; Аспергер синдромы; диагностика; жаппай скрининг..

## HISTORICAL AND MODERN CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF AUTISM (ANALYTICAL LITERATURE REVIEW)

S. Z. Eshimbetova, N. I. Raspopova, O. Y. Kokshinova, K. E. Khalina \*,  
E. E. Berdibekova, Z. T. Mansurova, Zh. E. Ergali, N. A. Osmanova  
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

\* *Corresponding author*

### Abstract

**Introduction.** The increasing recorded prevalence of autism spectrum disorders among children highlights the importance of early identification and accurate diagnosis. Examining the evolution of autism concepts helps trace the development of clinical criteria and approaches to care.

**Objective.** To analyze the development of autism concepts and diagnostic criteria for autism spectrum disorders, considering historical changes in classification and current approaches to diagnosis in children.

**Materials and methods.** An analytical literature review was conducted using ScienceDirect, MEDLINE/PubMed, CyberLeninka, eLibrary, and Google Scholar. Publications on the history of autism research, clinical manifestations, and diagnosis were examined alongside World Health Organization documents and epidemiological data from the US Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. Diagnostic approaches across editions of the International Classification of Diseases and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders were compared.

**Results.** The reviewed sources describe the transition from early clinical accounts of autism to its recognition as an independent diagnostic category and the subsequent development of a spectrum approach. In DSM-5 and DSM-5-TR, diagnosis requires persistent deficits in social communication and interaction combined with restricted, repetitive patterns of behavior and fulfillment of additional diagnostic requirements. ICD-11 uses specifiers for intellectual development and functional language. Clinical heterogeneity and co-occurring conditions complicate differential diagnosis. Interpretation of increasing recorded prevalence requires consideration of differences in identification methods and study populations.

**Conclusions.** Current diagnosis of autism spectrum disorders requires assessment of all diagnostic criteria, developmental history, intellectual and language functioning, and co-occurring conditions. The spectrum approach helps describe clinical heterogeneity while retaining the need for differential diagnosis. Early identification and individualized interdisciplinary care are important for children's adaptation and social functioning.

**Keywords:** *autism spectrum disorder; autistic disorder; asperger syndrome; diagnosis; mass screening.*

### АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

**Ешимбетова Саида Закировна** – медицина ғылымдарының докторы, профессор, «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕМБМ психиатрия және наркология кафедрасының меңгерушісі, Қазақстан, Алматы; e-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz; ORCID: 0000-0002-3477-2565.

**Распопова Наталья Ивановна** – медицина ғылымдарының докторы, қауымдастырылған профессор, «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕМБМ психиатрия және наркология кафедрасы, Қазақстан, Алматы; e-mail: raspopova.dis@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8456-1822.

**Кокшинова Оксана Юрьевна** – медицина ғылымдарының кандидаты, «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕМБМ психиатрия және наркология кафедрасының аға оқытушысы, Қазақстан, Алматы; e-mail: Okokshinova@gmail.com; ORCID: 0009-0001-7752-4027.

**Халина Камила Евгеньевна** – «Психиатрия (ересектер, балалар)» мамандығының резиденті, «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕМБМ психиатрия және наркология кафедрасы, Қазақстан, Алматы; e-mail: kamila.khalina@mail.ru; ORCID: 0009-0008-0996-1672.

**Бердибекова Эльвира Еркиновна** – «Психиатрия (ересектер, балалар)» мамандығының резиденті, «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕМБМ психиатрия және наркология кафедрасы, Қазақстан, Алматы; e-mail: eberdibekova@gmail.com; ORCID: 0009-0003-5431-2851.

**Мансурова Зульфия Турсунжановна** – «Психиатрия (ересектер, балалар)» мамандығының резиденті, «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕМБМ психиатрия және наркология кафедрасы, Қазақстан, Алматы; e-mail: mansurovazulfiya08@gmail.com; ORCID: 0009-0000-1008-7865.

**Ергали Жанерке Еркиновна** – «Психиатрия (ересектер, балалар)» мамандығының резиденті, «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕМБМ психиатрия және наркология кафедрасы, Қазақстан, Алматы; e-mail: zhanerkerqaly@mail.ru; ORCID: 0009-0008-3844-3284.

**Османова Надежда Аутжановна** – «Психиатрия (ересектер, балалар)» мамандығының резиденті, «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕМБМ психиатрия және наркология кафедрасы, Қазақстан, Алматы; e-mail: nadezhda.osman@icloud.com; ORCID: 0009-0004-3003-0216.

#### ОБ АВТОРАХ

**Ешимбетова Саида Закировна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы; e-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz; ORCID: 0000-0002-3477-2565.

**Распопова Наталья Ивановна** – доктор медицинских наук, ассоциированный профессор, кафедра психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы; e-mail: raspopova.dis@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8456-1822.

**Кокшинова Оксана Юрьевна** – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы; e-mail: Okokshinova@gmail.com; ORCID: 0009-0001-7752-4027.

**Халина Камила Евгеньевна** – резидент специальности «Психиатрия взрослая, детская», кафедра психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы; e-mail: kamila.khalina@mail.ru; ORCID: 0009-0008-0996-1672.

**Бердибекова Эльвира Еркиновна** – резидент специальности «Психиатрия взрослая, детская», кафедра психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы; e-mail: eberdibekova@gmail.com; ORCID: 0009-0003-5431-2851.

**Мансурова Зульфия Турсунжановна** – резидент специальности «Психиатрия взрослая, детская», кафедра психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы; e-mail: mansurovazulfiya08@gmail.com; ORCID: 0009-0000-1008-7865.

**Ергали Жанерке Еркиновна** – Резидент специальности «Психиатрия взрослая, детская», кафедра психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы; e-mail: zhanerkerqaly@mail.ru; ORCID: 0009-0008-3844-3284.

**Османова Надежда Аутжановна** – резидент специальности «Психиатрия взрослая, детская», кафедра психиатрии и наркологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы; e-mail: nadezhda.osman@icloud.com; ORCID: 0009-0004-3003-0216.

#### ABOUT AUTHORS

**Eshimbetova Saida Zakirovna** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty; e-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz; ORCID: 0000-0002-3477-2565.

**Raspopova Natalya Ivanovna** – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Psychiatry and Narcology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty; e-mail: raspopova.dis@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8456-1822.

**Kokshinova Oksana Yuryevna** – Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer, Department of Psychiatry and Narcology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty; e-mail: Okokshinova@gmail.com; ORCID: 0009-0001-7752-4027.

**Khalina Kamila Evgenyevna** – Resident in Adult and Child Psychiatry, Department of Psychiatry and Narcology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty; e-mail: kamila.khalina@mail.ru; ORCID: 0009-0008-0996-1672.

**Berdibekova Elvira Erkinovna** – Resident in Adult and Child Psychiatry, Department of Psychiatry and Narcology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty; e-mail: eberdibekova@gmail.com; ORCID: 0009-0003-5431-2851.

**Mansurova Zulfiya Tursunzhanovna** – Resident in Adult and Child Psychiatry, Department of Psychiatry and Narcology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty; e-mail: mansurovazulfiya08@gmail.com; ORCID: 0009-0000-1008-7865.

**Ergali Zhanerke Erkynovna** – Resident in Adult and Child Psychiatry, Department of Psychiatry and Narcology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty; e-mail: zhanerkerkaly@mail.ru; ORCID: 0009-0008-3844-3284.

**Osmanova Nadezhda Autzhanovna** – Resident in Adult and Child Psychiatry, Department of Psychiatry and Narcology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty; e-mail: nadezhda.osman@icloud.com; ORCID: 0009-0004-3003-0216.

**Вклад авторов:** концептуализация – Ешимбетова С. З., Распопова Н. И., Кокишинова О. Ю.; проведение исследования – Халина К. Е., Бердибекова Э. Е., Мансурова З. Т., Ергали Ж. Е., Османова Н. А.; написание первоначального текста – Ешимбетова С. З., Распопова Н. И., Кокишинова О. Ю., Халина К. Е., Бердибекова Э. Е.

**Конфликт интересов.** Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Финансирование.** Отсутствует.

**Авторы одобрили окончательную версию статьи и несут ответственность за её содержание.**

**Статья поступила:** 12.05.2026 год.

**Принята к публикации:** 19.06.2026 год