



Эпидемиология аутизма: в поисках биологических и психосоциальных детерминант роста

А. И. Авин, А. И. Мартыненко, М. Д. Аниськова

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Беларусь

Резюме

Цель исследования. Проанализировать причины роста расстройств аутистического спектра (РАС) в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Использованы данные полнотекстовых научных статей из международных научных баз данных, данные государственной статистической отчетности Республики Беларусь 1-психиатрия (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами, расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) и контингентах наблюдаемых пациентов», материалы базы данных Республиканской информационно-аналитической системы по медэкспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь. Относительные и интенсивные показатели рассчитаны с учетом демографических данных Национального статистического комитета Республики Беларусь.

Результаты. В 2025 г. в Республике Беларусь распространенность РАС среди детей достигла показателя один случай на 251 ребенка. Феномен роста показателей РАС является сложным и многокомпонентным. Авторами выделены три основные группы причин роста данной патологии: биологические факторы, методологические факторы, факторы социальной адаптации.

Заключение. Полученные данные показали почти семикратный рост заболеваемости и инвалидности по РАС за период 2016–2025 гг. при относительной стабильности общего числа пациентов в возрасте 0–17 лет с психическими расстройствами, зарегистрированных организациями здравоохранения, что указывает на специфический эпидемиологический подъем РАС. Этот рост обусловлен сочетанием биологических детерминант (генетические факторы, осложнения беременности, выхаживание глубоко недоношенных детей), а также методологических и психосоциальных факторов, расширяющих диагностические границы и усиливающих выявляемость РАС. В Республике Беларусь на этом фоне выявляется преобладание тяжелой степени инвалидизации. Кроме того, отмечается преобладание мужского пола среди детей с установленным диагнозом «Детский аутизм», а также прослеживается формирование государственной системы раннего скрининга и применение биопсихосоциальной модели оказания помощи, что создает условия для своевременного выявления РАС, снижения социальной нагрузки и повышения качества жизни людей с РАС и их семей.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, эпидемиология, заболеваемость, инвалидность, биопсихосоциальная модель, факторы риска, ранняя диагностика, скрининг, распространенность

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочитали и одобрили финальную версию для публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Авин АИ, Мартыненко АИ, Аниськова МД. Эпидемиология аутизма: в поисках биологических и психосоциальных детерминант роста. Проблемы здоровья и экологии. 2026;23(3):116–125. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2026-23-3-13>

Epidemiology of autism: in search of biological and psychosocial determinants of growth

Aliaksandr I. Avin, Aliaksandr I. Martynenka, Mayia D. Aniskova

Republican Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, Minsk, Belarus

Abstract

Objective. To analyse the causes of the increase in autism spectrum disorders (ASD) in the Republic of Belarus.

Materials and methods. The data from full-text scientific articles in international academic databases, as well as data of official statistical reports of the Republic of Belarus 1-Psychiatry (Ministry of Health) "Report on mental disorders, behavioural disorders (excluding disorders related to the use of psychoactive substances) and the number of patients under observation", and data from the database of the Republican Information and Analytical System for Medical As-

assessment and Rehabilitation of Persons with Disabilities of the Republic of Belarus. Relative and incidence rates were calculated taking into account demographic data from the National Statistical Committee of the Republic of Belarus were used.

Results. The prevalence of ASD in the Republic of Belarus reached a rate of 1 in 251 children in 2025. The phenomenon of rising ASD rates is complex and multifaceted. The authors have identified three main groups of causes for the increase in this condition: biological factors, methodological factors, and factors relating to social adaptation.

Conclusion. The data obtained showed an almost sevenfold increase in the incidence and disability rates for ASD over the period of 2016–2025, whilst the total number of patients aged 0–17 with mental disorders registered by healthcare organisations remained relatively stable, indicating a specific epidemiological rise in ASD. This increase is driven by a combination of biological determinants (genetic factors, pregnancy complications, and the care of extremely preterm infants), as well as methodological and psychosocial factors that broaden diagnostic criteria and enhance the detection of ASD. Against this backdrop, a predominance of severe disability is observed in the Republic of Belarus. Furthermore, there is a predominance of males among children diagnosed with «childhood autism», and the development of a national early screening system and the application of a biopsychosocial model of care are evident, which create the conditions for timely detection, a reduction in the social burden, and an improvement in the quality of life for people with ASD and their families.

Keywords: *autism spectrum disorders, epidemiology, morbidity, disability, biopsychosocial model, risk factors, early diagnosis, screening, prevalence*

Author contributions. All authors contributed substantially to the research and analysis work and preparation of the article, read and approved the final version for publication.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

For citation: Avin AI, Martynenka AI, Aniskova MD. *Epidemiology of autism: in search of biological and psychosocial determinants of growth. Health and Ecology Issues. 2026;23(3):116–125. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2026-23-3-13>*

Введение

За последние десятилетия во всем мире фиксируется устойчивый рост показателей, связанных с РАС. Согласно последним мета-анализам, глобальная распространенность РАС в общей популяции оценивается в пределах 1–2 % [1, 2]. Однако этот рост не является однородным феноменом. Он проявляется, как минимум, в трех взаимосвязанных тенденциях: в повышении регистрируемой заболеваемости, в увеличении распространенности инвалидности, а также в изменении структуры детской патологии. В связи с этим возникает резонный вопрос: что стоит за этим многокомпонентным ростом? Цель данной статьи — на основе анализа современных данных представить уровень, структуру и динамику РАС, а также рассмотреть комплекс факторов, объясняющих неуклонный рост этих расстройств, с разделением на три категории: этиологические (биологические), методологические (диагностические) и факторы социальной адаптации.

Проблема роста числа детей с РАС и его социальных последствий вызывает в Республике Беларусь растущую озабоченность профессионального сообщества и государства. Мировая статистика демонстрирует экспоненциальный рост выявляемости: если в середине 2000-х гг. распространенность РАС в развитых странах составляла около одного случая на 1000 де-

тей, то сегодня этот показатель достиг одного на 30–50 детей. Республика Беларусь следует общемировому тренду, но с временным лагом. В 2025 г. распространенность РАС в стране составляет один случай на 251 ребенка (7097 случаев). Этот показатель сопоставим с уровнем диагностики в странах Европы середины 2000-х гг. (1:200–250) и отражает ту же динамику роста, которую развитые страны прошли 15–20 лет назад. Учитывая мировые тенденции, в ближайшие годы Беларуси предстоит пройти путь от европейских показателей 2006 г. к современным европейским значениям (1:40–50), что требует системной подготовки отечественного здравоохранения и образования.

Цель исследования

Проанализировать причины роста РАС в Республике Беларусь.

Материалы и методы

Использованы данные полнотекстовых научных статей из международных научных баз данных, государственной статистической отчетности Республики Беларусь 1-психиатрия (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами, расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) и контингентах наблюдаемых пациентов», материалы базы данных Ре-

спубликанской информационно-аналитической системы по медэкспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь. Относительные и интенсивные показатели рассчитаны с учетом демографических данных Национального статистического комитета Республики Беларусь.

Результаты и обсуждение

За последние десять лет заболеваемость ($R^2 = 0,88$; $p < 0,001$) и инвалидность ($R^2 = 0,90$; $p < 0,001$) по РАС выросли почти в семь раз,

в то время как общее число детей с психическими расстройствами существенно не меняется ($R^2 = 0,25$; $p = 0,14$). Детям с РАС приблизительно в 90 % случаев устанавливается инвалидность, т. е. нарушения психических функций у них стойкие, носят умеренный, выраженный или даже резко выраженный характер, что переводит проблему роста аутизма и его последствий в плоскость важнейших социально-экономических вызовов (таблица 1).

Таблица 1. Динамика общей заболеваемости по причине психических расстройств, в том числе вследствие РАС у детей в возрасте 0–17 лет в Республике Беларусь (по данным формы 1-психиатрия (Минздрава)), 2016–2025 гг.

Table 1. Dynamics of overall morbidity due to mental disorders, including those due to ASD in children aged 0-17 years in the Republic of Belarus (according to form 1-psychiatry (Ministry of Health)), 2016-2025.

Год	Общее число пациентов в возрасте 0–17 лет с психическими расстройствами, зарегистрированных организациями здравоохранения		Численность контингента инвалидов на конец года в возрасте 0–17 лет
	всего	из них с расстройствами аутистического спектра (F84.0-F84.3, F84.5)	расстройства аутистического спектра (F84.0-F84.3, F84.5)
2016	77351	1098	931
2017	72853	1343	1058
2018	67929	1602	1294
2019	64054	1821	1548
2020	60320	2115	1928
2021	62853	2733	2536
2022	63576	3400	3115
2023	64512	3987	3931
2024	66987	5401	4942
2025	68292	7097	6327

Источник: составлено авторами.

Source: compiled by the authors.

Современная наука рассматривает РАС как сложные нарушения развития, для которых не существует какой-то одной единственной причины. Можно утверждать, что детерминанты РАС — сложное и неразрывное взаимодействие генетической предрасположенности и факторов окружающей среды, которое по своей сути является биопсихосоциальным [3]. Для понимания причин роста регистрируемых случаев в последние десятилетия необходимо четко разделить три блока факторов:

1. Этиологические факторы (биологические причины возникновения): генетика, пренатальные и перинатальные воздействия. Они отвечают на вопрос: «Почему возникает болезнь?».

2. Методологические факторы (развитие системы знаний и инструментов): прогресс медицины, совершенствование диагностических критериев, феномен «замещения» диагнозов,

повышение информированности врачей и населения. Они отвечают на вопрос: «Почему мы стали чаще и лучше выявлять болезнь?». Эти факторы не делают людей более аутичными, они делают аутизм более видимым для науки и статистики.

3. Факторы социальной адаптации (условия жизни с диагнозом): детско-родительские отношения, инклюзивная среда, поддержка государства, стигматизация. Они отвечают на вопрос: «Как качество жизни человека с РАС и тяжесть проявления симптомов зависят от окружения?».

Разберем каждую из этих групп факторов в отдельности:

1. Биологические детерминанты: этиология и предрасположенность. Современная наука объясняет предрасположенность к РАС через сложное взаимодействие генетических факторов и ранних биологических воздействий,

которые по своей сути являются факторами нейроразвития.

Генетический фундамент. Ученые идентифицировали уже более 100 генов, мутации или изменения в которых ассоциированы с повышенным риском развития РАС. Оценки наследуемости РАС достигают 80 % и выше [2, 4]. Эти гены играют ключевую роль в созревании нервной системы, формировании связей между нейронами и регуляции работы мозга. Типы мутаций вариативны: это могут быть как унаследованные от родителей варианты генов, так и новые (спонтанные) мутации, возникающие на ранних этапах развития плода. В частности, зрелый возраст отца (и в меньшей степени матери) на момент зачатия связывают с более высоким риском появления таких новых генетических мутаций у ребенка, хотя количественно этот вклад оценивается как относительно небольшой [5]. Исследование в США показало, что первые дети двух возрастных родителей (мать старше 35 лет и отец старше 40 лет) имели почти в 3 раза более высокий риск развития аутизма по сравнению с третьими или последующими детьми молодых родителей [6].

В Республике Беларусь в 2021–2025 гг. доля мальчиков с установленным диагнозом F84.0 (детский аутизм) составляет 71,5–76,1 % (в среднем около 74 %), что примерно в 2,8 раза больше доли девочек (26 %); это согласуется с мировыми данными о мужской доминантности и тоже свидетельствует в пользу генетической предрасположенности, связанной с полом ребенка.

Пренатальные и перинатальные факторы риска. Здоровье матери во время беременности играет важную роль. Перенесенные будущей матерью инфекции (например, краснуха или грипп с тяжелой лихорадкой), прием некоторых лекарственных препаратов, а также такие состояния, как гестационный диабет или ожирение, являются установленными факторами риска развития РАС [4]. Экологические токсины, такие как жизнь в районах с загрязненным воздухом, контакт с тяжелыми металлами (ртутью, свинцом), пестицидами и фталатами, также могут оказывать повреждающее действие на развивающийся мозг плода [7].

«Эпидемия выживших»: парадокс недоношенности. Отдельного внимания заслуживает феномен, который можно назвать «эпидемией выживших». В развитых странах наблюдается парадоксальная ситуация: снижение младенческой смертности происходит на фоне стабильно высокого или даже растущего числа преждевременных родов. Это не означает, что здоровье детей ухудшается. Напротив, это является следствием колоссального

прогресса в неонатологии и реанимации новорожденных. Сегодня в развитых странах выживают более 90 % детей, родившихся даже до 28-й недели беременности. То же касается и Республики Беларусь, где ежегодно рождается около 4–4,5 тыс. недоношенных детей, из них более 250 — с экстремально низкой массой тела (менее 1,5 кг). Выживаемость глубоко недоношенных детей в нашей стране находится на уровне развитых стран и составляет более 90 % [8].

Многочисленные крупные исследования и мета-анализы подтверждают: преждевременные роды являются значимым фактором риска развития РАС, при этом более низкий гестационный возраст ассоциирован с более высоким риском [2, 9]. В группе детей, родившихся до 24-й недели гестации, РАС диагностируется в 24 % случаев [2]. Медицинские осложнения, типичные для недоношенных (внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция), напрямую ведут к повреждению структур мозга, отвечающих за социальное познание и коммуникацию. При этом важно подчеркнуть, что современные исследования, такие как французское когортное исследование EPIPAGE-2, показывают: интенсивная терапия, направленная на выживание глубоко недоношенных детей, не приводит к увеличению частоты тяжелых нарушений развития по сравнению с менее интенсивными подходами, а скорее позволяет выжить большему числу детей с разным потенциалом здоровья [9].

Таким образом, благодаря достижениям медицины по спасению жизни самых уязвимых новорожденных формируется когорта детей с повышенным риском нарушений развития, что напрямую вносит вклад в рост показателей распространенности РАС.

2. Методологические факторы: диагностика, «расширение границ» и феномен замещения. Значительная часть наблюдаемого роста распространенности РАС связана не с тем, что дети стали «более аутичными», а с тем, что диагностические инструменты стали более чувствительными, а само понятие аутизма — более широким.

Эволюция диагностических критериев. Границы РАС значительно расширились за последние 30–40 лет. Ключевым моментом стало объединение ранее отдельных диагнозов (включая синдром Аспергера) в единую категорию «расстройства аутистического спектра». Это привело к тому, что люди с сохранным интеллектом и речью, которые раньше могли не получать диагноза РАС или получать иные диагнозы, теперь включаются в статистику РАС.

Повышение информированности врачей первичного звена и родителей о ранних при-

знаках аутизма способствует тому, что дети, которых ранее рассматривали как имеющих «задержку речи» или «трудный характер», теперь своевременно попадают под наблюдение психиатров. При этом в профессиональной среде активно обсуждается проблема гипердиагностики: расширение круга специалистов, ставящих предварительный диагноз РАС (неврологи, педиатры), привело к тому, что в эту категорию все чаще попадают дети с задержками речевого развития, умственной отсталостью (УО) и иными состояниями. Этот методологический сдвиг существенно влияет на статистику и меняет «портрет» среднего пациента, который теперь охватывает более широкий спектр когнитивных и речевых нарушений. Ключевую роль в выявлении симптомов РАС при наличии данных нарушений играют скрининговые тесты, внедряемые в рутинную практику.

Крен диагностики: от умственной отсталости к РАС. Существенным методологическим фактором, влияющим на статистику,

является высокая коморбидность РАС и УО и связанный с этим «крен» диагностики. Современные диагностические подходы рассматривают нарушения нейроразвития как широкий спектр симптомов, взаимосвязанных и специфически влияющих друг на друга [3]. Раньше ребенок с тяжелыми когнитивными и адаптивными нарушениями с высокой вероятностью получал диагноз «Умственная отсталость». Сегодня, благодаря пониманию специфики аутистических расстройств, того же ребенка с высокой вероятностью диагностируют как «РАС» (с уточнением об уровне интеллектуального развития). Происходит, по-видимому, своего рода «перетекание» пациентов из одной диагностической категории в другую, о чем дополнительно свидетельствует снижение в последние годы числа детей с диагнозом УО ($R^2 = 0,80$; $p < 0,001$) — $-15,1\%$, с одновременным ростом РАС ($R^2 = 0,88$; $p < 0,001$) — $+546,5\%$, или в 6,4 раза (рисунок 1).

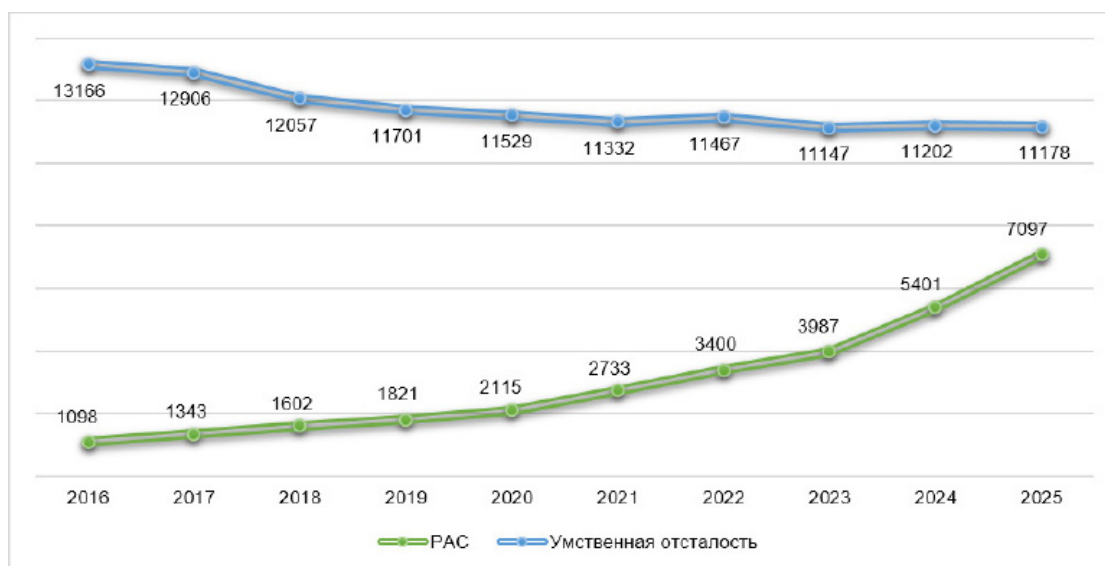


Рисунок 1. Динамика общей заболеваемости пациентов в возрасте

0–17 лет с РАС (F84.0-F84.3, F84.5) и УО (F70, F71-F79), зарегистрированных организациями здравоохранения Республики Беларусь (по данным формы 1-психиатрия (Минздрав)), 2016–2025 гг.

Figure 1. Overall morbidity dynamics in patients aged 0-17 years with ASD (F84.0-F84.3, F84.5) and mental retardation (F70, F71-F79) registered by healthcare organizations in the Republic of Belarus (according to Form 1-Psychiatry (Ministry of Health)), 2016-2025

Источник: составлено авторами.

Source: compiled by the authors.

Раньше пациентам с интеллектуальным недоразвитием и признаками аутизма чаще устанавливали диагноз «Умственная отсталость, торпидная форма». Сейчас же врачи ищут не просто факт сниженного интеллекта, а качественную структуру нарушений. Это не ошибка, а уточнение диагноза, позволяющее точнее подбирать коррекционную помощь, фокусируясь на

коммуникации и социализации у пациентов с интеллектуальной недостаточностью.

Рост благосостояния населения и развитие системы здравоохранения. Наблюдаемые различия в распространенности РАС между странами, а также в разных по социально-экономическому уровню развития регионах одной страны во многом обусловлены именно

методологическими и контекстуальными факторами, а не только истинными биологическими различиями [1]. В Республике Беларусь наблюдается высокий уровень первичной инвалидности (ПИ) вследствие РАС по Минской области относительно других регионов, что может объяс-

няться более высоким экономическим потенциалом области, близостью к столице с ее высокой материально-технической оснащенностью, а также более высоким доверием к столичной медицине (таблица 2).

Таблица 2. Региональные особенности ПИ среди детского населения вследствие РАС и УО, 2025 г.
Table 2. Regional characteristics of primary disability of the child population due to ASD and mental retardation, 2025

Регион	На 10 тыс. населения	
	умственная отсталость	расстройства аутистического спектра
Брестская область	4,17	8,99
Витебская область	2,15	8,07
Гомельская область	4,09	3,05
Гродненская область	2,44	4,97
Минская область	4,20	15,91
Могилевская область	1,69	8,95
г. Минск	1,43	7,60

Источник: составлено авторами.
Source: compiled by the authors.

Высокие показатели ПИ вследствие РАС в Минской области, достигающие 15,91 на 10 тыс. населения, на первый взгляд контрастируют с относительно низким уровнем в самом г. Минске (7,60 на 10 тыс. населения). Это различие во многом объясняется не столько истинной распространенностью РАС, сколько структурой доступной помощи. В столице развита сеть специализированных центров, предлагающих занятия по сенсорной интеграции 3–4 раза в неделю, а также регулярное тьюторское сопровождение, что позволяет родителям по крайней мере на первых порах эффективно корректировать состояние ребенка без оформления инвалидности. Для жителей г. Минска эти услуги доступны как территориально, так и по цене, что снижает мо-

тивацию к прохождению формальной медико-социальной экспертизы. В то же время родители, проживающие в области, сталкиваются с дефицитом доступных коррекционных услуг по месту жительства. В сложившихся обстоятельствах они чаще предпочитают официально установить психиатрический диагноз и определить степень утраты здоровья, чтобы через статус инвалидности получить гарантированный доступ к государственной системе поддержки и льготам.

Успехи государственной системы раннего выявления аутизма. Авторами статьи проведен анализ возрастного распределения случаев ПИ среди детского населения, обусловленной диагнозом F84.0 (детский аутизм), в Республике Беларусь в 2021–2025 гг. (таблица 3).

Таблица 3. Распределение случаев ПИ среди детского населения вследствие F84.0 (детский аутизм) в Республике Беларусь по возрастным группам в 2021–2025 гг.
Table 3. Distribution of cases of primary disability of the child population due to F84.0 (childhood autism) in the Republic of Belarus by age groups in 2021–2025

Год	1–4 года		5–9 лет		10–14 лет		15–17 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2021	225	44,5	268	53,0	8	1,6	5	1,0
2022	253	46,3	276	50,5	17	3,1	1	0,2
2023	337	47,9	343	48,7	23	3,3	1	0,1
2024	524	54,1	419	43,3	18	1,9	7	0,7
2025	646	53,0	529	43,4	37	3,0	7	0,6

Источник: составлено авторами.
Source: compiled by the authors.

В течение всего анализируемого периода (2021–2025 гг.) наибольший процент случаев ПИ приходится на две младшие возрастные группы: 1–4 года и 5–9 лет. В 2021 г. на категорию 1–4 года приходилось 44,5 % всех новых случаев, в то время как на категорию 5–9 лет — 53,0 %. Совокупно дети в возрасте 1–9 лет составили 97,5 % всех новых случаев ПИ по причине детского аутизма. Доля детей старших возрастных групп была незначительной: 10–14 лет — 1,6 %, 15–17 лет — 1,0 %.

В последующие годы отмечается последовательный рост абсолютного и относительного числа случаев в младшей возрастной группе (1–4 года): с 44,5 % в 2021 г. до 53,0 % в 2025 г. За тот же период несколько сократился процент детей 5–9 лет (с 53,0 % в 2021 г. до 43,4 % в 2025 г.). Хотя обе возрастные когорты остаются ведущими, тенденция к «омолаживанию» впервые признанных инвалидами по причине детского аутизма становится все более выраженной. Дети в возрасте 10–14 лет составляют в среднем лишь 2–3 % от общего числа новых случаев ПИ по годам наблюдения, а в возрастной группе 15–17 лет — менее 1 %. К 2025 г. наблюдается слегка увеличившаяся доля среди детей 10–14 лет (3,0 %) и стабильно низкие значения у детей 15–17 лет (0,6 %).

Данные свидетельствуют о том, что в Республике Беларусь создана и функционирует государственная система раннего выявления РАС и своевременного направления детей в центры раннего вмешательства (ЦРВ), детские поликлиники и центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР). Основой системы является четкий алгоритм, регламентированный на национальном уровне и начинающийся с обязательного скрининга в обозначенные возрастные периоды. Скринингу подлежат все дети в возрасте 18 месяцев (1,5 года) и 36 месяцев (3 года). Инструментом служит Информационная система расширенной диагностики РАС (ИС РАС), доступная на портале isras.by. Родитель самостоятельно регистрируется в системе и последовательно заполняет два опросника: первичный «Тест на наличие аутизма у детей раннего возраста» и при выявлении риска — углубленный «Тест для родителей на определение наличия и степени выраженности признаков РАС». С результатами скрининга родитель обращается к участковому врачу-педиатру. Врач анализирует данные в ИС РАС и при подозрении на РАС выдает направление в ЦРВ и/или к детскому неврологу для углубленной диагностики. Специалисты ЦРВ и неврологи проводят обследование, заполняя в системе «Тест для медицинских работников», и разра-

батывают индивидуальный план помощи, который может включать дополнительные обследования, индивидуальные и групповые занятия, а также консультирование и сопровождение семьи специалистами. Критерии направления в ЦРВ четко определены: помощь получают дети, имеющие риски развития нарушений или сами нарушения развития, независимо от конкретного диагноза, а также дети-инвалиды в возрасте до четырех лет (если программа помощи была начата до трех лет). Направление может быть выдано врачом либо родитель может обратиться самостоятельно.

Работу системы обеспечивают следующие документы: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Методических рекомендаций» от 12.02.2025 № 148 (утвердил методические рекомендации по раннему выявлению РАС с использованием ИС РАС); постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О порядке проведения мероприятий по раннему вмешательству» от 07.10.2025 № 139 (установило единый порядок работы, критерии направления и формы помощи); клинический протокол «Медицинская реабилитация, медицинская абилитация пациентов в возрасте до 18 лет с расстройствами аутистического спектра» от 03.06.2025 № 54 (регламентирует процессы абилитации и реабилитации, состав мультидисциплинарной бригады); совместное постановление Министерства здравоохранения, Министерства образования и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь «О порядке действий по направлению детей для оказания педагогической, медицинской, социальной и психологической помощи» от 13.06.2024 №101/69/41 (обеспечивает межведомственное взаимодействие при направлении детей для получения помощи разного профиля).

3. Психосоциальные детерминанты: от обвинения к поддержке. В этой сфере произошла, пожалуй, самая драматичная смена парадигм: от поиска «виноватых» среди родителей к пониманию семьи как главного ресурса поддержки.

Переосмысление роли среды: от причины к модулятору. Исторические психоаналитические концепции (Мелани Кляйн, Великобритания, 1946 г.; Грегори Бейтсон, США, 1956 г.), объяснявшие патологическую интроверсию нарушениями ранних отношений с матерью, отвергнуты современной наукой за отсутствием эмпирических доказательств. Вместе с тем современные исследования показывают, что семейная среда не является причиной РАС, но выступает значимым модулятором траектории развития болезни. Систематический обзор про-

спективных исследований подтверждает, что такие факторы, как родительский стресс и качество детско-родительских отношений, имеют значимые связи с последующим эмоциональным благополучием и поведенческими проблемами у аутичных детей [10]. Поддерживающая среда, ранняя коррекция и психообразование родителей способны максимально раскрыть потенциал ребенка, в то время как хронический стресс может усугублять трудности. Особенно актуален психологический фактор как модулятор дезадаптации при легких формах РАС, диагностируемых в более позднем возрасте. Нередко диагностика синдрома Аспергера, протекающего более мягко и благоприятно, происходит только после 20–25 лет, когда социальные требования (работа, семья) становятся непосильными, и компенсаторные механизмы дают сбой. Но таких форм не более 10 % от всех случаев РАС [11].

Социальная среда как фактор адаптации. Психолого-педагогическая запущенность или жестокое обращение не увеличивают риск возникновения РАС, но являются мощнейшими факторами, которые могут значительно ухудшить прогноз развития, усилить проблемное поведение и привести к глубокой социальной дезадаптации ребенка, у которого уже есть РАС.

Следует отметить, что в случаях крайней, тотальной социальной и сенсорной депривации может наблюдаться феномен так называемого «псевдоаутизма», или вторичного аутичного поведения, клинически имитирующего истинные расстройства аутистического спектра. Классическим примером здесь выступает синдром Маугли — состояние, при котором длительное отсутствие человеческого окружения, эмоциональной привязанности и речевой среды приводит к формированию симптомокомплекса, внешне идентичного тяжелому аутизму: отсутствие речи, стереотипные раскачивания, избегание взгляда, неспособность к социальному взаимодействию. В отличие от РАС в основе этих проявлений ле-

жит не генетическая поломка, а функциональное недоразвитие мозга вследствие упущенных сенситивных периодов, что в некоторых случаях (при раннем помещении в благоприятную среду) допускает частичную компенсацию.

В современном обществе случаи «псевдоаутизма», к сожалению, встречаются все чаще, хотя и не всегда в столь драматичной форме, как воспитание животными. Речь идет о скрытых формах депривации: длительная социальная изоляция (в том числе у хронически болеющих детей — госпитализм), пребывание детей раннего возраста в закрытых интернатных учреждениях с низким уровнем ухода, случаи жестокого обращения, когда взрослые сознательно изолируют ребенка. Отдельно стоит выделить так называемый цифровой аутизм — псевдоаутистическое состояние, обусловленное ранним переходом активного родительского участия в воспитании ребенка к постоянному взаимодействию с гаджетами, что ограничивает развитие эмоционального контакта, внимания и речи [12].

Эти условия могут приводить к формированию стойких нарушений социального поведения, которые ошибочно квалифицируются как РАС, но на самом деле являются следствием отсутствия необходимой стимуляции в критические периоды развития. Дифференциальная диагностика между истинным аутизмом и депривационным псевдоаутизмом становится принципиально важной, так как определяет стратегию помощи: в первом случае приоритетом выступает поведенческая и сенсорная терапия, во втором — немедленное обогащение окружающей среды и формирование надежной привязанности.

Специфика постсоветского пространства: стигма и недоверие. Родители детей с РАС часто сталкиваются с социальными предубеждениями и негативным опытом взаимодействия с равнодушным окружением, что формирует у них настороженность и желание изолировать ребенка от общества.

Таблица 4. Тяжесть первичной инвалидности вследствие РАС (F84.0) в 2021–2025 гг.
Table 4. Severity of primary disability due to ASD (F84.0) in 2021–2025

Степень утраты здоровья (СУЗ)	2021	2022	2023	2024	2025	2021–2025
СУЗ 1	0	5	4	8	8	25
СУЗ 2	98	147	236	350	492	1323
СУЗ 3	346	287	332	394	466	1825
СУЗ 4	62	108	132	216	253	771

Источник: составлено авторами.
Source: compiled by the authors.

Представленные в таблице 4 данные по тяжести первичной инвалидности у детей с диагнозом F84.0 (детский аутизм) за 2021–2025 гг. демонстрируют парадоксальную, на первый взгляд, картину: распределение по СУЗ не соответствует традиционному представлению о преобладании легких степеней утраты здоровья в общей массе инвалидов. Согласно ожидаемой модели, наибольшее количество детей должно приходиться на СУЗ 1 и СУЗ 2 (легкие и умеренные нарушения), а наименьшее — на СУЗ 4 (наиболее тяжелые). Однако реальные цифры показывают принципиально иную динамику.

За пятилетний период (2021–2025 гг.) мы наблюдаем устойчивое доминирование тяжелых степеней (СУЗ 3 — 1825 человек и СУЗ 4 — 771 человек) над легкой степенью (СУЗ 1 — всего 25 человек). Объяснение этого феномена кроется, вероятно, в совокупности социальных и системных барьеров, описанных в недавнем совместном российско-белорусском исследовании [13]. Авторы подтверждают, что на формирование родительских установок влияет не столько возраст или образование, сколько «ассоциированная стигма» и опыт интолерантного отношения со стороны окружающих.

Применительно к статистике инвалидности это работает следующим образом. Родители детей с легкими формами аутизма (СУЗ 1), сталкиваясь со стигматизацией и отсутствием понимания со стороны общества, часто отказываются от оформления инвалидности, чтобы избежать «ярлыка» психиатрического диагноза. В результате дети остаются вне официальной статистики и, что еще важнее, вне системы государственной поддержки, которая полагается при оформленной степени утраты здоровья. Родители вынуждены самостоятельно оплачивать большинство коррекционных занятий, что при легкой степени нарушений часто воспринимается как лучшее, чем «психиатрический учет».

В то же время дети с тяжелыми формами (СУЗ 3 и СУЗ 4) имеют настолько выраженные нарушения, что их родители не могут игнорировать необходимость оформления инвалидности — она становится надежным способом получить доступ к реабилитации, льготам и социальной поддержке. Кроме того, сама тяжесть состояния часто «защищает» семью от стигмы в том смысле, что окружающие визуально видят тяжесть нарушений и реже обвиняют родителей в «плохом воспитании», в отличие от ситуаций с высокофункциональными детьми, где поведенческие особенности могут восприниматься как капризы или следствие педагогической запущенности.

Таким образом, статистика СУЗ отражает не только реальную структуру распространенности

разных форм аутизма, но также искажающее влияние социальных факторов. Стигма, страх перед психиатрией и необходимость самостоятельно оплачивать занятия создают ситуацию, в которой дети с легкими нарушениями остаются в «серой зоне» — невидимые для статистики, но и не получающие необходимой поддержки. Это требует не только совершенствования диагностических процедур, но и системной работы по дестигматизации психиатрических диагнозов и информированию семей о возможностях ранней помощи детям с РАС.

Заключение

Феномен роста показателей РАС является сложным и многокомпонентным. Анализ трех выделенных групп детерминант позволяет прийти к следующим выводам:

1. Биологические детерминанты являются истинными этиологическими факторами. Именно они определяют предрасположенность к этому расстройству. Генетические мутации, осложнения беременности и, в особенности, успешное выхаживание глубоко недоношенных детей создают ту когорту, в которой риск развития РАС многократно возрастает.

2. Методологические факторы и факторы социальной адаптации не являются причинами РАС, но существенно влияют на его статистический учет, течение и качество жизни пациентов. Методологические факторы, расширение критериев, улучшение диагностики, скрининг, а также обоснованный задачами ранней реабилитации «крен» диагностики от УО к РАС у коморбидных пациентов объясняют эпидемиологический «бум», делая аутизм видимым для статистики там, где раньше ставили другие диагнозы или не ставили никакого.

3. Факторы социальной адаптации (поддержка семьи, инклюзивная среда, стигматизация, доступность помощи) определяют траекторию развития конкретного ребенка. Они могут либо выступить мощнейшим протектором, смягчая симптоматику и способствуя социализации, либо, напротив, стать дополнительным стрессором, усугубляющим трудности поведения и приводящим к социальной изоляции.

4. Современный подход к РАС требует отказа от поиска виновных и перехода к комплексной биопсихосоциальной модели, где медицинская помощь, психологическая поддержка семьи и государственная политика по дестигматизации и созданию доступной среды работают в едином ключе, обеспечивая людям с РАС возможность жить полноценной жизнью.

Список литературы / References

1. Muthuka JK, Onyango C, Nzioki JM, et al. Global prevalence and covariates of autism spectrum disorder: a meta-analysis of the past two decades (2004-2025). *medRxiv*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.64898/2025.12.06.25341750>
2. Yang B, Zaks N, Kajantie E, et al. Risk factors for autism spectrum disorder in individuals born preterm: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Biological Psychiatry: Global Open Science*. 2025;5:100535.
3. Michelini G, Carlisi CO, Eaton NR, et al. Where do neurodevelopmental conditions fit in transdiagnostic psychiatric frameworks? Incorporating a new neurodevelopmental spectrum. *World Psychiatry*. 2024;23(3):333-357.
4. Love C, Sominsky L, O'Hely M, Berk M, Vuillermin P, Dawson SL. Prenatal environmental risk factors for autism spectrum disorder and their potential mechanisms. *BMC Medicine*. 2024;22(1):393. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03617-3>
5. Taylor JL, Debost JCPG, Morton SU, et al. Paternal-age-related de novo mutations and risk for five disorders. *Nature Communications*. 2019;10(1):3043.
6. Durkin MS, Maenner MJ, Newschaffer CJ, Lee LC, Cunniff CM, Daniels JL, et al. Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. *American Journal of Epidemiology*. 2008;168(11):1268-1276. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwn250>
7. Van de Bor M. Environmental pollutants. In: Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM, et al., editors. *Swaiman's Pediatric Neurology*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026. p. 303-311.
8. Гнедько Т.В. Технологии выхаживания недоношенных детей: индикаторы эффективности внедрения. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2021;66(4):37-42.
9. Gnedko TV. Care technologies for premature infants: indicators of implementation effectiveness. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2021;66(4):37-42. (In Russ.).
10. Morgan AS, L'Hélias LF, Diguisto C, et al. Intensity of perinatal care for extreme preterm births and neurodevelopmental outcomes at age 5½: the EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ Paediatrics Open*. 2025;9(1):e003531. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2025-003531>
11. Fitzgerald B, McCusker C, Dempsey M, Dunn Galvin A. Family processes and the emotional and behavioural well-being of autistic children and youth: a systematic review of prospective studies. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025;12(2):197-223.
12. Шахова И.Ю., Самохина Л.В. Особенности диагностики аутизма во взрослом возрасте. *Молодой ученый*. 2025;36(587):174-177.
13. Shakhova IY, Samokhina LV. Features of autism diagnosis in adulthood. *Molodoy Uchenyy*. 2025;36(587):174-177. (In Russ.).
14. Nagel MC, Sharman R. Virtual autism and other screen disorders. 1st ed. Cham: Palgrave Macmillan; 2025. 233 p. (Palgrave Studies in Cyberpsychology). DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-032-00803-9>
15. Суслова Т.Ф., Айсина Р.М., Хитрюк В.В., Нестерова А.А. Отношение родителей к образовательной инклюзии детей с расстройствами аутистического спектра. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки*. 2020;(1):122-133.
16. Suslova TF, Aisina RM, Khitryuk VV, Nesterova AA. Parents' attitudes to educational inclusion of children with autism spectrum disorders. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Series: Psychological Sciences*. 2020;(1):122-133. (In Russ.).

Информация об авторах / Information about the authors

Авин Александр Иванович, к.м.н., заведующий лабораторией медицинской экспертизы и реабилитации при психических и поведенческих расстройствах, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2255-5280>

e-mail: avin-a@mail.ru

Мартыненко Александр Ильич, научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации при психических и поведенческих расстройствах, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3469-7247>

e-mail: M.a.y.alexandr@gmail.com

Аниськова Майя Денисовна, младший научный сотрудник лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации при психических и поведенческих расстройствах, ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9363-5821>

e-mail: aniskovamaja@gmail.com

Aliaksandr I. Avin, Candidate of Medical Sciences, Head of the Laboratory of Medical Assessment and Rehabilitation for Mental and Behavioral Disorders, National Science and Practice Center of Medical Assessment and Rehabilitation, Minsk, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2255-5280>

e-mail: avin-a@mail.ru

Aliaksandr I. Martynenka, Researcher at the Laboratory of Medical Assessment and Rehabilitation for Mental and Behavioral Disorders, National Science and Practice Center of Medical Assessment and Rehabilitation, Minsk, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3469-7247>

e-mail: M.a.y.alexandr@gmail.com

Mayia D. Aniskova, Junior Research at the Laboratory of Medical Assessment and Rehabilitation for Mental and Behavioral Disorders, National Science and Practice Center of Medical Assessment and Rehabilitation, Minsk, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9363-5821>

e-mail: aniskovamaja@gmail.com

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Авин Александр Иванович

e-mail: avin-a@mail.ru

Aliaksandr I. Avin

e-mail: avin-a@mail.ru

Поступила в редакцию / Received 14.04.2026

Поступила после рецензирования / Accepted 20.07.2026

Принята к публикации / Revised 04.09.2026