

В.Э.Пашковский

10 ЛЕКЦИЙ ОБ АУТИЗМЕ

2-е издание

 Москва
«МЕДпресс-информ»
2023

УДК 616.8
ББК 56.12
П22

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Рецензент:

Ю.А.Фесенко – доктор медицинских наук, профессор факультета клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, главный детский специалист-психиатр Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, заместитель главного врача Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина.

Пашковский, Владимир Эдуардович

П22 10 лекций об аутизме / В.Э.Пашковский. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2023. – 136 с. : ил.

ISBN 978-5-907632-32-5

Книга написана В.Э.Пашковским, доктором медицинских наук, ведущим научным сотрудником Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева, врачом-психиатром Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина (Санкт-Петербург). В основу книги положен более чем 25-летний опыт лечения детей с психическими расстройствами, а также лекции, прочитанные автором в системе дополнительного профессионального образования в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова.

В книге рассмотрены вопросы изучения детского аутизма в историческом аспекте. Кроме того, приведены и проанализированы данные отечественных и зарубежных ученых по вопросам морфологии и психофизиологии. Дана критическая оценка показателей распространенности расстройств аутистического спектра. В книге освещены такие недостаточно изученные аспекты, как высокофункциональный аутизм и аутизм у взрослых. Особое внимание уделено вопросам лечения и реабилитации детей с аутизмом. Автор сознает, что некоторые высказанные им положения разделяются не всеми, однако книга вовсе не имеет «протестной» направленности. Ее задача в другом: с одной стороны, информировать широкий круг читателей о современном состоянии проблемы аутизма, с другой – стимулировать дальнейшие исследования спорных вопросов.

Книга адресована детским психиатрам-практикам, педиатрам, неврологам. Она будет полезна клиническим психологам, коррекционным педагогам, а также всем специалистам, интересующимся проблемами аутизма.

УДК 616.8
ББК 56.12

ISBN 978-5-907632-32-5

© Пашковский В.Э., 2021
© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Лекция 1. Детский аутизм. Концептуальная история	7
Лекция 2. Аутистический мозг	15
Лекция 3. Психические процессы при аутизме. Ощущение, восприятие, моторика	23
Лекция 4. Психические процессы при аутизме. Интеллект, внимание, память, мышление, речь	31
Лекция 5. Классификации и распространенность аутизма	39
Лекция 6. Идиопатический аутизм. Синдром Каннера	48
Лекция 7. Симптоматический и криптогенный аутизм	55
Лекция 8. Возрастная динамика аутизма	66
Лекция 9. Синдром Аспергера, высокофункциональный аутизм и синдром саванта	73
Лекция 10. Лечение аутизма. Фармакология аутизма. Образовательные стратегии	85
Приложения	94
Литература	118

ПРЕДИСЛОВИЕ

Чаще всего предисловие к медицинской монографии начинается с указания на важность и значимость рассматриваемой проблемы. Не будем отступать от этой традиции и мы. На дату обращения, например 06.05.2020 г., поиск «расстройства аутистического спектра» в Национальном центре биотехнологической информации (NCBI) выдает 47 780 источников.

Написание книги требует определенной мотивации. Если автор – убежденный сединами, признанный гуру с твердыми убеждениями и непререкаемым научным мнением, то он создает книгу «всерьез и надолго», надеясь долгие годы определять траекторию развития проблемы.

Совсем иная мотивация двигала автором данной книги. Регулярно консультируя маленьких пациентов в Центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина, читая лекции в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова, а затем в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева, я столкнулся с рядом вопросов, на которые не находил ответа, и мне показалось, что сам процесс написания поможет структурировать эти вопросы и попытаться наметить некоторые пути ответов на них.

Еще несколько десятилетий назад выдающийся педагог и психолог Ивар Ловаас писал: *«Суть проблемы заключается в том, что само существование того, что определяется как “аутизм”, является гипотезой – это есть лишь попытка организовать имеющиеся данные, а не доказанный факт. Более того, аутизм остается плохо обоснованной гипотезой, невзирая на интенсивные исследования с целью ее подтверждения. Умозрительность этой гипотезы часто упускается из вида. Например, утверждение, что Лео Каннер был “первооткрывателем аутизма”, создает превратное представление, что существование аутизма доказано. Следует помнить, что, подобно другим гипотезам, аутизм есть конструкт, который может способствовать исследованиям, или может их тормозить, или направить поиск в неправильном направлении в отношении детей, к которым применяется этот термин»*. Много ли изменилось со времени написания этих строк?

В настоящее время в сознание читателя вместо термина «детский аутизм» (ДА) усиленно внедряется термин «расстройства аутистического спектра» (РАС); как существенное достижение подается положение о том, что РАС представляют собой сложные, распространяющиеся и многофакторные состояния нервного развития. В международной классификации МКБ-10 до сих пор применяется термин «общие расстройства развития»,

но в США переход на классификацию DSM-5 был отмечен расширением определения аутизма и снижением специфичности симптомов, связанных с ним, что стало предвестником существенных изменений диагностических критериев. Диагнозы «аутистическое расстройство», «синдром Аспергера» и «общее расстройство развития, неуточненное (PDD-NOS)» были удалены в качестве диагностических единиц и разделены на две категории: расстройство аутистического спектра и расстройство социальной коммуникации. Эта последняя модификация отразила растущую обеспокоенность по поводу достоверности диагноза синдрома Аспергера, учитывая доказательство того, что он часто сменял ранее установленный диагноз ДА. Легче всего, конечно, из-за ошибок в диагностике отменить ДА и синдром Аспергера как отдельные диагнозы. Представим себе, например, что наркологические диагнозы заменены термином «расстройство наркологического спектра». Отменены диагнозы «алкоголизм», «опийная наркомания», а в качестве лечения рекомендуется только промывание желудка. Но самый главный недостаток термина РАС, на мой взгляд, в том, что он тормозит дальнейшие исследования. Большинство связанных с РАС генетических нарушений, которые включают варианты числа копий (CNV) и мутации в генах риска РАС, составляют не более 1% случаев РАС. Столь высокий уровень генетической гетерогенности приводит к проблемам в интерпретации генетического тестирования в клинических условиях. Одна из задач настоящих лекций – обозначить клинический образ аутизма. Это невозможно сделать, пользуясь предельно широким и неопределенным термином РАС.

Второй спорный вопрос касается распространенности РАС. По данным ВОЗ, РАС диагностируется у 1 из 160 человек, а в США у 1 из 68. Если довериться этим цифрам, то в каждой российской школе, где количество учащихся достигает 1000 человек, должно обучаться 6,25 детей с РАС по общемировым или 14,7 по американским меркам. А так ли это на самом деле? Определение и характер аутизма были предметом широких дискуссий, которые, например, нашли отражение в нескольких пересмотрах критериев американских классификаций DSM (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV и DSM-5). Обычно в монографиях и методических разработках принято помещать международную классификацию в основном тексте. В предлагаемых лекциях главы об аутизме, включенные в международные классификации, даны в приложении. Так, на мой взгляд, читателю будет легче разобраться в эволюции взглядов на данную проблему. Эта эволюция сопровождалась постоянным увеличением распространенности этого заболевания. Введение понятия РАС, увеличивая его гетерогенность, может повлиять на результаты исследований. В частности, расширение популяции больных аутизмом может привести к снижению эффективности групповых сравнительных исследований.

И, наконец, третий спорный вопрос связан с лечением аутизма в широком смысле этого слова. Никто не сомневается, что лечение аутизма должна осуществлять мультимодальная команда, состоящая из врачей, клини-

ческих психологов, коррекционных педагогов. К сожалению, эти специалисты работают в разных ведомствах, и обмен информацией между ними часто затруднен. Самое сложное в проблеме аутизма – отношения врачей и других специалистов, работающих с детьми-аутистами, с родителями последних.

Попытки разъяснить, обозначить и поставить некоторые вопросы, связанные с аутизмом как наиболее сложной проблемой детской психиатрии, составляют содержание предлагаемых лекций.

ЛЕКЦИЯ 1. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ. КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ

Современное описание ДА принадлежит американскому психиатру австрийского происхождения Лео Каннеру (1894–1981). Л. Каннер родился в городе Клекотове (Австро-Венгрия, ныне Украина). В 1913 г. он поступил на медицинский факультет Берлинского университета. С началом Первой мировой войны Л. Каннеру пришлось прервать свое обучение, и диплом он получил только в 1921 г. В 1924 г. он переехал в США и с 1930 г. начал работать в медицинской школе Университета Джонса Хопкинса, где основал детскую психиатрическую клинику. В 1943 г., когда в Европе грохотала Вторая мировая война, он обследовал 11 маленьких пациентов, у которых нашел нечто общее: крайнюю социальную изоляцию, неспособность установить контакт с людьми, патологическую потребность в однообразии, некоммуникативную речь или мутизм.

Хотя по сравнению с другими психическими расстройствами ДА открыт сравнительно недавно, какие-то отдельные штрихи этого расстройства мы отмечаем у сказочных персонажей. Не случайно Каннер назвал лицо своего пациента, отличающегося красотой, отрешенностью, задумчивостью, «лицом принца».

Самый яркий пример отражения аутистического расстройства мы находим в сказке Г.-Х. Андерсена «Снежная королева»: *«В большом городе, где столько людей и домов, что не всем удается разбить маленький садик и где поэтому очень многим приходится довольствоваться комнатными цветами, жили двое бедных детей, у которых садик был чуть побольше цветочного горшка. Они не были братом и сестрой, но любили друг друга, словно родные...»*. Звали детей Кай и Герда. Но вот однажды произошло несчастье. Изготовленное злым троллем зеркало, искажавшее все вокруг, разбилось, один из осколков попал Каю в самое сердце, и оно превратилось в кусок льда. Кай исчез, а отправившаяся на его поиски Герда нашла своего друга в чертогах Снежной королевы. Он возился с остроконечными плоскими льдинками, укладывая их на все лады, в его глазах эти фигуры были чудом искусства, а складывание их – занятием первостепенной важности. И все потому, что в глазу у него сидел осколок волшебного зеркала.

Не только в сказках, но и в реальной жизни проявления, похожие на ДА, наблюдались с давних пор. В своей книге «История аутизма. Случай Хью Блэра», написанной британскими исследователями Рэбом Хьюстоном и Утой Фри, авторы анализируют материалы бракоразводного процесса в Эдинбургском суде в 1747 г. В роли истца выступил младший брат Хью

Блэра, потребовавший расторгнуть брак Хью с лишением наследства на том основании, что он ведет себя непонятно и странно. Свидетели показали, что Хью не замечает социальных условностей, ест, где придется и когда ему хочется, позволяет домашним животным вылизывать его тарелки. У него особый интерес к похоронам, и он часто преодолевает большие расстояния, чтобы участвовать в процессии. Во взаимоотношениях между людьми часто все делает невпопад, посещает знакомых в неподходящее время. Когда его прогоняют, он не обижается и слывет нежным и добрым человеком. Кроме того, он привлекает внимание окружающих странными движениями, коллекционированием перьев и палок. В доме он следит, чтобы предметы всегда лежали на одном месте. В общении с людьми Хью часто повторяет только что услышанное (эхолоалия?).

Заслуживает внимания и случай, приведенный в книге Дж.Хэзлема «Наблюдения за безумием и тоской», изданной в 1809 г. Пятилетний мальчик, поступивший на лечение в Вифлеемскую больницу в возрасте 1 года, перенес корь, ходить начал в 2 года, а разговаривать – в 4. В больнице, разлученный со своей матерью, он плакал недолго. Он был постоянно в движении и за короткое время приобрел поразительный талант к подражанию. Наблюдать за другими мальчиками доставляло ему большое удовольствие, но он никогда не присоединялся к ним и не привязывался ни к одному из них. Он играл в одиночестве с игрушечными солдатиками; запомнил несколько мелодий и умел их очень правильно насвистывать. Пациент всегда говорил о себе в третьем лице.

Очень часто в литературе упоминается мальчик Виктор из Авейрона – воспитанник знаменитого французского педагога и врача Жана Итара. О Викторе известно, что он якобы в младенческом возрасте был покинут родителями, жил вдали от людей. В 1798 г. ему было 11 или 12 лет. Когда Виктора нашли, он не умел говорить, общаться с другими людьми. В процессе обучения мальчик научился различать эмоции, сопоставлять буквы алфавита, у него обнаружилась хорошая память. Однако Виктор так и не научился разговаривать. Отнесение этого случая к аутизму представляется весьма сомнительным, хотя на этом настаивают британские исследовательницы Л.Винг и У.Фри.

В учебниках и руководствах, изданных в XIX веке, мы не находим заслуживающих внимания описаний аутистических признаков у детей. Связано это с тем, что до 1900-х годов психиатрия мало интересовалась детскими психическими расстройствами. Только в книгу Модсли, изданную в 1895 г., была включена глава, посвященная «безумию молодости», а Гринингер в 1867 г. отметил, что мания и меланхолия встречаются у детей. Лед тронулся в 1887 г., когда вышел учебник Германа Эмминхауза «Психические расстройства детства». Нозологический вклад в детскую психиатрию начала XX века внес итальянский психиатр Санте де Санктис. В его работе «Деменция прекоксиссима», опубликованной в 1906 г., у одного из описанных им трех детей умственная отсталость сочеталась с некоторыми признаками, которые впоследствии трактовались как аутистические.

Толчком к пониманию расстройства послужило введенное швейцарским психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 г. понятие «аутизм». Ряд психиатров в 1910–1940 гг. активно применяли термин аутизм по отношению к шизофрении и рассматривали его как одно из центральных проявлений болезни.

В начале 20-х годов прошлого столетия Эрнст Кречмер выдвинул гипотезу о том, что телосложение и личность тесно взаимосвязаны с проявлениями болезни. Аутизм Э.Кречмер рассматривал в рамках шизоидной психопатии. Под аутизмом он понимал не просто замкнутость, а «жизнь в самом себе». Первым детским психиатром, придавшим аутизму у детей современное значение социальной изоляции, была Г.Е.Сухарева. В 1926 г. она опубликовала в Германии на немецком языке статью «Шизоидные психопатии в детстве», которая, по мнению Е.Шотер (Канада) и Л.Е.Вотчал (США), была незаслуженно забыта на Западе. Значительно раньше Аспергера Г.Е.Сухарева описала психические расстройства, характеризующиеся социальной изоляцией, эксклюзивными интересами, высоким интеллектом, сильной тревожностью, обсессивно-фобическими расстройствами.

Дети, описанные Г.Е.Сухаревой, производили впечатление «странных», «не таких, как все». Они росли тихими, отгороженными, с боязнью всего нового, хотя некоторые любили ласкаться. Эти маленькие пациенты не проявляли никакого интереса к совместным играм со сверстниками, предпочитая общество взрослых. Ускоренное умственное развитие сочеталось у них с недоразвитием двигательной сферы.

В 1944 г. Г.Аспергер опубликовал статью «Аутистические психопаты в детском возрасте». Незадолго до этого, в 1943 г., появился труд Л.Каннера «Аутистические нарушения аффективного контакта». Несмотря на некоторое сходство в названиях, Л.Каннер рассматривал аутизм как болезненное проявление, а Г.Аспергер – как расстройство личности. До сих пор остается дискуссионным вопрос: являются ли аутизм Каннера и синдром Аспергера проявлениями одной аномалии или это разные сущности. Есть несколько общих черт между синдромом Аспергера и аутизмом, а именно нарушение социального взаимодействия и коммуникативных способностей, а также своеобразие интересов и видов деятельности. Различия прочерчиваются, прежде всего, в степени нарушения языка и когнитивного развития.

В литературе не утихают дебаты по поводу деятельности Г.Аспергера во времена нацистского режима. Венский историк Н.Чех в статье «Ганс Аспергер, национал-социализм и “расовая гигиена”» пишет, что Аспергер сумел приспособиться к нацистскому режиму и был вознагражден за подтверждение лояльности карьерными возможностями. Он присоединился к нескольким организациям, связанным с НСДАП (хотя членом НСДАП он не был), публично узаконил политику расовой гигиены, включая принудительную стерилизацию, и в некоторых случаях активно сотрудничал с программой эвтаназии для психически больных детей.

В России помимо упомянутого исследования Г.Е.Сухаревой следует остановиться на работах основателя Санкт-Петербургской школы детской психиатрии С.С.Мнухина. Вопросами ДА он занимался с 30-х годов

XX века. По С.С.Мнухину, ДА представляет собой своеобразную разновидность психического недоразвития, при которой на передний план выступают аффективно-волевые нарушения, шизоформный характер поведения, обусловленный преимущественным недоразвитием активирующих, «энергосаржающих» систем ствола головного мозга. В учение об аутизме С.С.Мнухин ввел понятие органического аутизма. Материалом для выделения органического аутистического синдрома ему послужили наблюдения над детьми, перенесшими ленинградскую блокаду.

В англоязычных странах после Второй мировой войны продолжались исследования каннеровского аутизма. К концу 60-х годов прошлого века благодаря работам Л.Каннера, Л.Эйзенберга, М.Раттера выяснилось, что в целом ДА имеет плохой прогноз, около 1/2 детей часто и подолгу находятся в психиатрическом стационаре, и только от 5 до 17% демонстрируют относительно благоприятный прогноз. В отличие от аутизма по определению Блейлера, главная особенность аутизма Каннера состоит не в потере контакта с реальностью, а в недостаточности контакта с людьми. Аутизм при этом приобретает более широкий смысл, расширяясь до самостоятельного понятия.

Роль повреждения головного мозга в генезе аутизма также неясна, но в некоторых случаях основное влияние имеют органические нарушения мозга. Самая многообещающая гипотеза о природе аутизма – это нарушение языка. Из 63 обследованных Л.Эйзенбергом (1956) 15-летних подростков только 1/3 достигли умеренной социальной адаптации. Было показано, что прогноз варьирует в зависимости от степени речевого развития к 5 годам жизни. У 1/2 тех подростков, кто к этому возрасту обладал возможностью речевого общения, наступило улучшение, в то время как только 1 из 31 пациента с отсутствием устной речи к 5 годам показал успехи в развитии.

В 1966 г. В.Лоттер провел первое эпидемиологическое исследование ДА. На основании отбора случаев по поведенческим критериям все 8–10-летнее население округа Мидлсекс было обследовано для выявления детей с аутистическим поведением. Отбор проводился с помощью анкетирования учителей или других участников образовательного процесса, изучения историй болезни и интервью с отобранными детьми и информаторами. Был установлен показатель распространенности 4,5 на 10 000. Мальчики встречались чаще, чем девочки, в соотношении 2,6:1. Ситуация со статистикой аутизма резко изменилась в связи с диагностическим пересмотром, осуществленным в 1981 г. Л.Винг. В известной статье «Синдром Аспергера: клинический учет» она постулирует включение синдрома Аспергера вместе с ДА в более широкую группу состояний, которые, как правило, ухудшают развитие социального взаимодействия, общения и воображения. Расширение диагностических критериев (никаких других причин в литературе не указано) привело к увеличению распространенности аутистического расстройства у 8-летних детей с 4,5/10 000 в 1966 г. до 146/10 000 в 2012 г. (данные Д.Л.Кристенсена). В статье Бонни Эванса «Основы аутизма: Закон

ЛЕКЦИЯ 9. СИНДРОМ АСПЕРГЕРА, ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АУТИЗМ И СИНДРОМ САВАНТА

Синдром Аспергера

В отличие от аутизма Каннера, представляющего собой форму психического недоразвития, синдром Аспергера с самого начала его описания рассматривался в рамках психопатии. Несмотря на то что синдром носит имя Ганса Аспергера, первое его описание было сделано Г.Е. Сухаревой. Работа Г.Е. Сухаревой была впервые опубликована на немецком языке в 1926 г. и содержала почти все признаки синдрома, вошедшие в международные классификации. И на сегодняшний день клинический образ синдрома (в интерпретации Г.Е. Сухаревой – аутистической психопатии) является самым точным. Расстройство становится заметным, когда ребенку исполняется 3–4 года. Бросается в глаза отчужденность ребенка от сверстников. Даже в том случае, когда другие малыши проявляют инициативу и пытаются принять дитя в свой круг, у них ничего не получается. В обычном массовом детском саду ребенок испытывает дискомфорт, но значительно лучше чувствует себя в саду, практикующем систему Монтессори, где ему предоставляется возможность выбирать занятия по собственному желанию и в любое время менять вид своей деятельности. В первых классах школы дети обычно пассивны и благодаря отличной механической памяти хорошо учатся. Но на переменах стоят в углу, а придя домой, ничего не могут сказать родителям о своих соучениках. Эксклюзивные интересы проявляются очень рано. Если ребенок интересуется динозаврами, то вся комната ребенка заполнена игрушками, картинками, книгами, посвященными этой тематике. Кажется, нет в интернете ни одного материала, который ребенок не изучил. Иногда интересы меняются, на смену одним приходят другие. Своими знаниями ребенок стремится поделиться со взрослыми, но никогда – со сверстниками. Таких детей иногда называют «вундеркиндами», «маленькими профессорами». Родителям не приходит в голову показать ребенка специалисту, поскольку избирательность и неопрятность в еде, несоблюдение правил личной гигиены, неуклюжесть, моторная неловкость, склонность к истерикам расцениваются как возрастные особенности. Родители полагают, что со временем ребенок выровняется, все негативные качества сгладятся, и у сына или дочери сохранится только высокая креативность. В начальных классах, где взаимоотношения между сверстниками

регулируются учителем, ученик с синдромом Аспергера чувствует себя относительно комфортно, но с 11–12 лет, в средних классах, когда надзор становится не таким строгим, он зачастую становится объектом насмешек, издевательств, агрессии (буллинг). Тогда ребенка направляют к специалистам, которые устанавливают диагноз и дают рекомендации. Родителям, при наличии у них средств, удается устроить ребенка в частную школу, но в большинстве случаев его переводят на домашнее обучение.

После Г.Аспергера наиболее полные клинические описания синдрома Аспергера были сделаны Г.Бошем и Л.Винг. Согласно Л.Винг, все особенности, которые характеризуют синдром Аспергера, могут быть найдены в различной степени и у нормальных людей. Все люди в той или иной степени различаются по уровню навыков социального взаимодействия и способностей читать невербальные социальные сигналы. Есть и вариабельность в становлении моторных навыков. У многих нормальных людей есть особые интересы, связанные с коллекционированием предметов, таких как марки, старые стеклянные бутылки или номера железнодорожных двигателей. Г.Аспергер говорил, что способность уйти во внутренний мир своих особых интересов доступна в большей или меньшей мере всем людям. Он подчеркнул, что эта способность должна присутствовать в значительной степени у людей, чей образ жизни связан с творчеством: художников или ученых. Разница между человеком с синдромом Аспергера и нормальным человеком, погруженным в свой внутренний мир, состоит во взаимоотношениях с окружающим. Последний действительно принимает участие в двустороннем социальном взаимодействии, а первый – нет.

Стоит остановиться на отдельных особенностях людей с синдромом Аспергера.

Речь

Как правило, речь формируется в том же возрасте, что и у нормальных детей. Имеются сложности с использованием местоимений, но к 5–6 годам ребенок пользуется местоимениями без ошибок. Чем выше интеллект, тем сложнее речевые обороты. Объем фраз зависит от ситуации. Если вопрос ребенка не интересует, то и развернутый ответ невозможен: «Как ты провел лето?» – «Лето я провел хорошо». В то же время в ответ на упрек ребенок говорит: «Если бы я знал, что у меня будет такой дедушка, я бы не родился». По описанию Тома Этвуда, у ребенка может развиваться очень впечатляющий словарный запас, включающий технические термины (обычно они связаны со специальным интересом) и выражения, которые обычно ассоциируются с речью взрослого, а не ребенка. Иногда ребенок говорит словно «маленький профессор», он может увлечь собеседника хорошо отработанным монологом на любимую тему. Тем не менее у подростка та же особенность может стать еще одним фактором, который способствует социальной изоляции. Интонационные характеристики необычны, иногда преобладает монотонный вокальный фон, иногда – речь взхлеб.

Социальное взаимодействие

В отличие от детей с ранним ДА, у детей с синдромом Аспергера потребность в контактах сохраняется, но отсутствует понимание социального контекста и ослаблена его регулирующая роль на последующее поведение. Героиня биографического фильма Тэмпл Грандин, например, везде, во всех ситуациях монотонно произносила одно и то же: «Здравствуйте, меня зовут Тэмпл Грандин, приятно было познакомиться». На вечеринке, когда ее представляли молодому человеку, она начала рассказывать о своей работе по улучшению содержания скота на бойне. Когда же молодой человек быстро ретировался, Темпл была очень раздосадована, что люди не понимают ее, а она их. Иногда ребенку с синдромом Аспергера удается подружиться с 1–2 сверстниками, и он очень дорожит этой дружбой. В последние годы, когда у детей появились смартфоны, наши пациенты пытаются преодолеть одиночество, совершая множество звонков, но, как правило, дальше этих разговоров отношения не идут и разочарование становится все более тягостным. Школьная успешность бывает различной. Подростки с математическими способностями, которые смогли поступить в спецшколы и математические лицеи адаптируются неплохо. У других успеваемость хуже, особенно у тех, кто пополняет знания за счет собственных интересов независимо от требований учителя. Наверное, стоит указать еще одну проблему: трудности на уроках литературы. Детям с синдромом Аспергера легче запомнить текст, чем его пересказать. Но особенно тяжело распознавать эмоциональные состояния героев, логику их взаимоотношений.

Таким образом, синдром Аспергера – это расстройство, включенное в рубрику расстройств аутистического спектра. Люди с синдромом Аспергера испытывают трудности в социальных взаимодействиях, вербальном и невербальном общении и могут проявлять странные поведенческие причуды со стереотипным поведением и ограниченными интересами. У них нет языковой задержки, и их когнитивное развитие характеризуется не общей задержкой, а специфическими нарушениями в определенных областях, таких как исполнительные функции. Клинические проявления очень неоднородны, варьируют в зависимости от возраста и сопутствующих психических заболеваний. Синдром Аспергера часто диагностируется с запозданием, в среднем в возрасте 11 лет, а в некоторых случаях даже у взрослых. Этот поздний диагноз оказывает существенное влияние на риск депрессии и низкого качества жизни. Тем не менее в зрелом или подростковом возрасте определенные ситуации, личностные особенности и когнитивные профили либо определенные сопутствующие заболевания должны способствовать постановке диагноза.

Высокофункциональный аутизм

Одним из достижений последовательного изучения проблемы аутизма является выделение такой его формы, как «высокофункциональный аутизм»

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Диагностические критерии аутизма в различных классификациях

Классификация DSM-III-R

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Third Edition, Revised (DSM-III-R). – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987

Необходимо наличие по крайней мере 8 из следующих 16 симптомов, включая не менее двух симптомов из раздела А, не менее одного из раздела В и одного из раздела С.

Примечание. Критерий учитывается, только если поведение является отклоняющимся с учетом общего уровня развития пациента. В разделах А (примеры в скобках) и В (пункты списка) ранжирование проведено так: первыми указываются симптомы, которые относятся больше к детям младшего возраста или с наиболее выраженными нарушениями, а далее следуют относящиеся к старшим детям и детям с менее выраженными проявлениями данного расстройства.

А. Качественные нарушения в социальном взаимодействии, проявляющиеся следующим образом.

1. Заметная неосведомленность о существовании или чувствах других (например, обращение с человеком как с мебелью; игнорирование страданий другого человека; очевидное отсутствие представления о необходимости личного пространства).

2. Отсутствие или искаженный поиск утешения в момент страдания (ребенок не ищет утешения, даже если он болен, ударился или устал. Ищет комфорт стереотипным образом, например говорит: «Сыр, сыр, сыр» всякий раз, когда больно).

3. Отсутствие или нарушение подражания (например, не машет рукой в ответ на прощальный жест взрослого; не подражает действиям матери, работающей по дому; бывает механическое подражание действиям других вне ситуативного контекста).

4. Отсутствие или нарушение игры с партнерами (например, ребенок избегает участия в простых играх; предпочитает играть в одиночестве; привлекает других детей к игре только в качестве «механических средств»).

5. Выраженное нарушение способности устанавливать дружеские связи (т.е. отсутствует интерес к установлению дружеских связей; несмотря

на заинтересованность в установлении дружеских связей, ребенок демонстрирует недостаточное понимание норм социального взаимодействия, например читает другому ребенку телефонную книгу).

В. Качественные нарушения в вербальном и невербальном общении, а также в воображении, проявляющиеся в следующем.

1. Отсутствие таких форм коммуникации, как лепет, жестикуляция, мимика, речевое общение.

2. Значительные нарушения невербальных аспектов коммуникации, таких как зрительный контакт, мимическая экспрессия, поза, жесты, слушающие для установления социального взаимодействия и изменения его стиля (например, избегает прикосновений, напрягается, застывает, когда его обнимают или берут на руки, не смотрит на партнера, не улыбается при взаимодействии с людьми, не здоровается с родителями и гостями, смотрит в одну точку в ситуациях социального взаимодействия).

3. Отсутствие воображения, например изображения в игре взрослых, сказочных персонажей или животных; слабость интереса к рассказам о вымышленных событиях.

4. Выраженные речевые нарушения, затрагивающие громкость, тон, употребление ударений, частоту, ритм и интонацию (например, монотонность, протяжность, фальцет).

5. Выраженные нарушения формы и содержания речи, включая стереотипии и повторы (например, непосредственные эхолалии или механическое повторение телевизионной рекламы); использование местоимения «ты» вместо «я» (например, «Ты хочешь печенье?») означает «Я хочу печенье»); особое использование слов и выражений (например, «Иди на зеленые карусели» означает «Я хочу пойти покататься»); частые неуместные замечания (например, ребенок начинает говорить о расписании движения поездов во время разговора о спорте).

6. Значительные нарушения способности вступать в беседу и поддерживать разговор с другими людьми, несмотря на наличие нормальной речи (например, ребенок произносит бесконечные монологи на какую-либо тему, не замечая реплик окружающих).

С. Заметно ограниченный репертуар деятельности и интересов, о чем свидетельствует следующее.

1. Стереотипные движения: например, ребенок трясет или крутит руками, кружится, бьетса головой о стену или мебель, совершает сложные движения всем телом.

2. Стойкий интерес к отдельным сторонам предметов (например, обнюхивание или облизывание предметов, постоянное ощупывание различных поверхностей, вращение колес игрушечной машинки) или пристрастие к необычным предметам (например, ребенок постоянно ходит с веревочкой).

3. Заметное беспокойство по поводу изменений в тривиальных аспектах окружающей среды, например, когда вазу, стоящую в комнате, убирают с ее обычного места.

4. Необоснованная привязанность к точному следованию определенным правилам: например, ребенок настаивает, чтобы родители всегда ходили с ним в магазин одним и тем же путем.

5. Заметно ограниченный круг интересов и озабоченность одним узким интересом, например заинтересованность только в выравнивании объектов, в накоплении фактов о метеорологии или представлении о себе как о фантастическом персонаже.

D. Начало в младенчестве или детстве.

Укажите, если у ребенка начало после 36 мес.

Классификация DSM-IV

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000. – 943 p.

Общие расстройства развития. Характеризуется аутистическим, атипичным поведением, значительной незрелостью, неадекватным развитием и невозможностью отделить свою личность от материнской. Подразделяется на аутистическое расстройство (стереотипное поведение, отказ от речевого общения), синдром Ретта (утрата речи и двигательных навыков одновременно с замедленным ростом головы), дезинтегративное расстройство детского возраста (утрата приобретенной речи и двигательных навыков до 10 лет), синдром Аспергера (стереотипное поведение с некоторой способностью к общению) и общее расстройство развития неуточненное.

Аутистическое расстройство

A. При наличии не менее 6 симптомов из перечисленных в рамках критериев 1, 2 и 3, не менее 2 симптомов из перечисленных в рамках критерия 1 и 1 симптома в рамках критериев 2 и 3.

1. Качественные нарушения в социальном взаимодействии, проявляющиеся как минимум двумя симптомами из следующих:

а) заметное нарушение в использовании множества невербальных действий, таких как взгляд «глаза в глаза», выражения лица, позы и жестов для регулирования социального взаимодействия;

б) неспособность развивать отношения со сверстниками, соответствующие уровню развития;

в) отсутствие спонтанного стремления делиться радостью, интересами или достижениями с другими людьми (например, показывать, приносить или указывать на предметы, представляющие интерес для ребенка);

д) отсутствие социальной или эмоциональной взаимности.

2. Качественные нарушения в общении, проявляющиеся как минимум одним из следующих симптомов:

а) задержка или полное отсутствие развития разговорной речи (не сопровождаемое попыткой компенсации с помощью альтернативных способов общения, таких как жест или пантомима);

б) у лиц с адекватной речью отмечается ухудшение способности инициировать или поддерживать разговор с другими;

с) стереотипное и повторяющееся использование речевых оборотов;

д) отсутствие разнообразной, спонтанной, воображаемой игры или социальной подражательной игры, соответствующей уровню развития.

3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и деятельности, которые проявляются по крайней мере в одном из следующих симптомов:

а) всепоглощающая озабоченность одним или несколькими стереотипными и ограниченными паттернами интересов, которые являются аномальными либо по интенсивности, либо по направленности;

б) не поддающееся изменению строгое соблюдение определенных нефункциональных процедур или ритуалов;

с) стереотипные и повторяющиеся двигательные действия (например, взмахи руками или пальцами, скручивание, сложные движения всего тела).

д) постоянная озабоченность частями объектов.

В. Задержки или ненормальное функционирование по крайней мере в одной из следующих областей, возникшие в возрасте до 3 лет: 1) социальное взаимодействие, 2) язык, используемый в социальном общении, 3) символическая или образная игра.

С. Нарушение нельзя отнести к синдрому Ретта или дезинтегративному расстройству детского возраста.

Классификация DSM-5

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Fifth edition (DSM-5TM). – Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013

Расстройство аутистического спектра

А. Постоянный дефицит социальной коммуникации и социального взаимодействия в контекстах, приведенных ниже, в настоящее время или в анамнезе (примеры приведены для иллюстрации и не являются исчерпывающими).

1. Дефицит социально-эмоциональной взаимности в диапазоне, например, от ненормального социального сближения и невозможности диалога, снижения способности разделить интересы, эмоции, чувства до невозможности инициировать социальные взаимодействия или реагировать на них.

2. Недостатки невербального коммуникативного поведения, используемого в социальных взаимодействиях, в диапазоне, например, от плохой интеграции вербальной и невербальной коммуникации, аномалий зритель-

ЛИТЕРАТУРА

- Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психических больных. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1981. – 496 с.
- Башина В.М.* Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999. – 236 с.
- Бородина Л.Г.* Лекарственная терапия расстройств аутистического спектра у детей: опыт зарубежных психофармакологов // Аутизм и нарушения развития. – 2012. – №4 (39). – С. 1–18
- Бурдаков А.Н., Макаров И.В., Фесенко Ю.А., Бурдакова Е.В.* Психофармакотерапия в детской психиатрии. Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 304 с.
- Веденина М.Ю.* Обзор основных зарубежных подходов к оказанию психолого-педагогической помощи детям с аутизмом // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2014. – №19. – <http://alldf.ru/ru/articles/almanah-19/obzorosnovnyh-zarubezhnyh-podhodov-k> (дата обращения: 06.05.2020).
- Воронков Б.В., Рубина Л.П., Макаров И.В.* Детский аутизм и смысловая наполненность термина «расстройства аутистического спектра» // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2017. – №1. – С. 62–64.
- Вроно М.Ш., Башина В.М.* Синдром Каннера и детская шизофрения // Журн. невропатол. и психиатр. – 1974. – Т. 74, вып. 1. – С. 112–115.
- Гольдфарб О.* Аутизм встречается все чаще. Почему? // Сноб. – <https://snob.ru/profile/29935/blog/137056> (дата обращения: 06.05.2020).
- Каган В.Е.* Аутизм у детей. – Л.: Медицина (Ленингр. отд.), 1981. – 208 с.
- Лебединская К.С.* Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления. – М.: Просвещение, 1991. – 97 с.
- Либлинг М.М.* Десять аргументов против АВА-терапии // Дефектология. – 2014. – №2. – С. 3–13.
- Макаров И.В.* Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей / Под общ. ред. И.В.Макарова. – СПб.: Наука и техника, 2019. – 992 с.
- Макаров И.В., Автениук А.С.* Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, №3. – С. 74–81.
- Макушкин Е.В., Макаров И.В., Паишковский В.Э.* Распространенность аутизма: подлинная и мнимая // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2019. – Т. 119, №2. – С. 80–86.
- Мамайчук И.И.* Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
- Мамохина У.А.* Особенности речи при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15, №3. – С. 24–33. – doi: 10.17759/autdd.2017150304.
- Манелис Н.Г.* Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы // Школа здоровья. – 1999. – №2. – С. 6–22.
- Менделевич В.Д.* «Система дел» и «проблема удерживания нуля» математика Артема: шизофрения или синдром Аспергера // Неврологический вестник. – 2017. – Т. XLIX, вып. 2. – С. 95–104.

- Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.И. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей // Журн. невропатол. и психиатр. – 1967. – №10. – С. 1501–1506.
- Мэи Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: ПРАЙМЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
- Никольская О.С. Изучение проблемы детского аутизма в России // Дефектология. – 2014. – №4. – С. 14–22.
- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. – М.: Теревинф, 2015. – 226 с. – <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785421202806.html> (дата обращения: 06.05.2020).
- Нодельман В., Крецул Р. Число детей с аутизмом в России занижено в 10 раз [Электронный ресурс] // Известия: сайт. Дата публикации: 18.12.2017. – <https://iz.ru/683643/valeriia-nodelman-roman-kretcul/chislo-detei-s-autizmom-v-rossii-zanizhenov-10-raz> (дата обращения: 06.05.2020).
- Пайн Ф., Малер М., Бергман А. Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация. Библиотека психоанализа. – М.: Когито-Центр, 2011. – 416 с.
- Паиковский В.Э. Высокофункциональный аутизм // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 2013. – №1. – С. 16–21.
- Реммидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. – М.: Медицина, 2003. – 120 с.
- Симашкова Н.В. и др. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Под ред. Н.В.Симашковой, Т.П.Клюшник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 288 с.
- Фесенко Ю.А., Макаров И.В., Колесников И.А., Фесенко Е.Ю. Аутизм: мифы, диагностика, коррекция. – СПб.: Алеф-Пресс, 2020. – 188 с.
- Шапошникова А.Ф. Скрининговая диагностика и динамический контроль детей с заболеваниями аутистического спектра с использованием рейтинговой шкалы для оценки детского аутизма // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, №2. – С. 63–68.
- Aman M., Rettiganti M., Nagaraja H.N. et al. Tolerability, Safety, and Benefits of Risperidone in Children and Adolescents with Autism: 21-Month Follow-up After 8-Week Placebo-Controlled Trial // J Child Adolesc Psychopharmacol. – 2015. – Vol. 25 (6). – P. 482–493. – doi: 10.1089/cap.2015.0005.
- Anderson L.T., Campbell M., Grega D.M. et al. Haloperidol in the treatment of infantile autism: effects on learning and behavioral symptoms // Am J Psychiatry. – 1984, Oct. – Vol. 141 (10). – P. 1195–1202. – doi: 10.1176/ajp.141.10.1195.
- Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. – 1944. – Т. 117. – P. 76–136 (см. пер. с нем.: Вопр. психич. здоровья детей и подростков. – 2010. – Т. 10, №2. – С. 91–117; Вопр. психич. здоровья детей и подростков. – 2011. – Т. 11, №1. – С. 82–109).
- Attwood T. The Complete Guide to Asperger's Syndrome. – London, UK: JESSICA KINGSLEY PUBLISHERS, 2008. – 416 p.
- Bangerter A., Ness S., Aman M.G. et al. Autism Behavior Inventory: A Novel Tool for Assessing Core and Associated Symptoms of Autism Spectrum Disorder // J Child Adolesc Psychopharmacol. – 2017. – Vol. 27 (9). – P. 814–822. – doi: 10.1089/cap.2017.0018.
- Baron-Cohen S. The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. – 2006, Jul. – Vol. 30 (5). – P. 865–872. – doi: 10.1016/j.pnpbp.2006.01.010.