

**Министерство социального развития,
опеки и попечительства Иркутской области**

Областное государственное бюджетное учреждение дополнительного
профессионального образования
«Учебно-методический центр развития социального обслуживания»



В. А. ЖМУРОВ

**АУТИЗМ.
РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ**

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

*В рамках реализации регионального инновационного
проекта Социальный Технопарк «Качество Жизни»*

Иркутск
2018

Печатается по решению
редакционно-издательского совета

УДК 364
ББК 65.272

Жмуров В. А. Аутизм. Ранний детский аутизм. – Иркутск: Изд-во Учебно-методического центра, 2018. – 52 с.

Автор:

Жмуров В. А.

Научное редактирование:

Дичина Н. Ю

Рецензирование:

*Баширова Т. Б.,
Рудь Д. В.*

Пособие предназначено для педагогов, специалистов, руководителей комплексных центров социального обслуживания населения.

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. Аутизм	4
1. Определение понятия.....	4
2. История вопроса.....	4
3. Основные причины развития аутизма.....	9
4. Психологическая природа аутизма.....	12
5. Основные проявления аутизма.....	18
Глава 2. Ранний детский аутизм.....	25
1. Проявления раннего детского аутизма.....	25
2. Синдром Каннера.....	36
3. Синдром Аспергера.....	41
4. Психогенный аутизм (реактивное расстройство привязанностей).....	45
5. Аутизм коллективный.....	50
6. Аутизм органический.....	50
7. Аутизм процессуальный детский.....	50

ГЛАВА 1. АУТИЗМ

1. Определение понятия. *Аутизм* (греч. *autos* – сам, рус. «изм» – свойственный, присущий кому-, чему-либо) – оторванность от действительности, погруженность в субъективный мир, ограниченность активности границами собственного «Я» или, иными словами, ослабление или утрата контактов с внешней реальностью.

Кроме того, это отсутствие либо утрата переживания смысла и понимания значения происходящего в действительности, с одной стороны, а с другой – склонность принимать воображаемое за реальное, желаемое и пугающее, – за существующее на самом деле, а лелеемое в мечтах и надеждах, – за уже сбывшееся в действительности.

2. История вопроса. Как указывает автор термина и первого описания аутизма Е. Блейлер (1911), выдающийся швейцарский психиатр, аутизм есть потеря контактов с действительностью, состояние, при котором пациенты «живут в воображаемом мире, полном осуществленных желаний и идей преследования. Однако оба эти мира, реальный и воображаемый, представляются для них равнозначными, одинаково реальными; иногда они могут сознательно их различать... Аутистический мир может быть для больных более реальным, чем действительный и тогда последний воспринимается только как кажущийся...».

Е. Блейлер в приведенном фрагменте текста подчеркивает связь аутизма преимущественно с *продуктивной* психопатологической симптоматикой – мнимой, воображаемой реальностью, которая представлена в различных психических нарушениях, таких как бред, обманы восприятия, обманы памяти, патологическое фантазирование и др. (продуктивными в психиатрии считаются психические нарушения, вызванные раздражением нервных структур, *дефицитарными* – психические расстройства, вызванные угнетением функций нервной системы).

Аутизм Е. Блейлер рассматривает как один из кардинальных признаков шизофрении. Другой, столь же фундаментальный признак шизофрении, по его мнению, – расщепление психики, несогласованность психологических функций, например, эмоций и мышления, когда содержание мыслей противоречит эмоциональному состоянию пациента (например, он весел, всем доволен и одновременно хотел бы умереть). Отсюда столь популярный предложенный Е. Блейлером термин «шизофрения» – расщепление психики.

Согласно именитому немецкому исследователю психопатологии К. Ясперсу, аутизм есть «самозаточение в собственном изолированном мире». Он, ссылаясь на Е. Блейлера, указывает, что одна сторона аутизма – это концентрация «на собственных фантазиях, безотносительно к реальности», а другая – «неспособность различать реальность как таковую и должным образом ее учитывать». К. Ясперс, не останавливаясь на анализе другой, дефицитарной стороне аутизма, отмечает, что у «всех шизофренических личностей есть нечто такое, что ставит нашу способность к пониманию в тупик: странность, чужаковатость, холодность, недоступность, ригидность». Заметим, что именно последние характеристики зафиксированы в современных описаниях аутизма западной психиатрией.

Термин «аутизм» действительно имеет ряд смысловых оттенков (коннотаций) и в зависимости от клинического контекста неодинаково представляется различными авторами. В самом деле едва ли найдется и вполне адекватный индивид, который воспринимает реальность непосредственно, беспристрастно и как бы в обнаженном ее виде, т. е. минуя собственные ощущения и мысли либо эмоции и свое отношение к ней. Внешний мир всегда так или иначе преломляется во внутренней среде индивида прежде чем отразится в его сознании. Тем более это касается психиатрических, включая аутичных пациентов. В столь крайне расширенном понимании аутизм свойственен всем людям без исключения.

Сам Е. Блейлер, обеспокоенный слишком вольным толкованием аутизма, предложил поэтому заменить этот термин на другой – «дерезизм», т. е. утрату чувства реального, крайнюю степень субъективизма или полную утрату способности считаться с действительностью, свойственную некоторой части пациентов, страдающих шизофренией. До полной потери чувства реального дело обычно все же не доходит.

Именно с утратой способности считаться с действительностью, подтверждает позицию Е. Блейлера один из самых видных отечественных психиатров А. С. Тиганов, связаны «непонятность» аутичных пациентов, их странности, стойкость их болезненных переживаний и необычного поведения. В особенности это свойственно пациентам, у которых возникает бред, а также обманы восприятия. При этом пациенты абсолютно уверены в том, что им ничего не кажется, а реальность для них такова, какой она им представляется: они полностью погружены в мнимую реальность и теряют всякое представление о действительности, в том числе и о самих себе.

С течением заболевания, продолжает А. С. Тиганов, внутренний мир аутичных пациентов постепенно оскудевает. Иными словами, на смену продуктивным симптомам со временем приходит опустошение внутренней жизни, то есть дефицитарная симптоматика.

Ситуация с представлением аутизма в конце XX столетия существенно изменилась под влиянием американской психиатрии, в которой изучению симптомов психических расстройств уделяется сравнительно мало внимания, во всяком случае значительно меньше, чем в европейской и особенно отечественной психиатрии. Это нашло отражение и в международной классификации психических нарушений 10-го пересмотра (МКБ-10), не самой удачной систематике психических расстройств, в которой превалируют скорее статистические, нежели клинические и концептуальные подходы. Аутизм в ней представляется в прямо противоположном, чем у Е. Блейлера, понимании.

Так, во-первых, термин «аутизм» при описании шизофрении в этой классификации вообще не употребляется, как если бы этому заболеванию аутизм не был свойственен вообще. Скорее всего, ни Е. Блейлер, ни многие другие исследователи шизофрении согласиться с такой терминологической практикой не смогли бы.

Во-вторых, в такой интерпретации данный термин используется для обозначения исключительно дефицитарной симптоматики – признаков обеднения, опустошения психической деятельности, свойственных раннему детскому аутизму (синдрому Каннера) и в той или иной степени другим аутистическим расстройствам. Это достаточно одностороннее толкование понятия об аутизме, и принять его, не нарушая элементарных правил логики, нельзя.

Тем не менее, в действующей систематике психических расстройств сохраняется позиция Л. Каннера, который будто бы первым описал детский аутизм (на самом деле о последнем знали задолго до него, но чаще расценивали его как проявление какого-то другого расстройства, в особенности ранней шизофрении), согласно которой детский аутизм и шизофрения – это совершенно разные расстройства, никак не связанные друг с другом и не имеющие между собой ничего общего.

Л. Каннер, как известно, описал всего 11 случаев детского аутизма. При этом, как он сам пишет, он был очарован умственными способностями пациентов. Он не интересовался дальнейшей судьбой пациентов и не мог знать, что происходило с ними впоследствии. Для столь радикальных выводов этого числа наблюдений, мягко говоря, недостаточно.

Разумеется, аутизм не является признаком исключительно шизофрении, его симптомы могут быть выявлены при других заболеваниях и расстройствах, которым свойственны нарушения способности воспринимать действительность и взаимодействовать с ней. Например, при т. н. шизофреноподобных психозах другой природы, когда возникают обманы восприятия, бре-

довые убеждения и другие проявления болезненно обостренного воображения.

Можно по-разному относиться к мнению Л. Каннера и к тому, что в его описаниях детского аутизма фактически представлена лишь одна сторона аутизма: вялость, пассивность, эмоциональное оскудение, безучастность пациентов, их неспособность взаимодействовать с внешним миром, социальная дезадаптация. В настоящее время, между прочим, считается, что именно эти признаки наиболее характерны для шизофрении, а не галлюцинации или бред преследования.

Наряду с ними у пациентов, страдающих шизофренией, выявляются характерные расстройства мышления. Особенно типичны *утрата целенаправленности мышления*, когда, образно говоря, пациенты начинают за здравие и кончают за упокой, пустое и бесплодное рассуждательство с неспособностью опираться на факты и делать конкретные выводы (*резонерство*), игнорирование в суждениях социального содержания (*формализм мышления*).

Обращает на себя внимание тот факт, что и в последующих описаниях раннего детского аутизма других исследователей о расстройствах мышления обычно не упоминается. Какие нарушения мышления характерны для раннего детского аутизма, остается совершенно неизвестным.

Скорее всего, это происходит потому, что расстройства мышления у маленьких детей, страдающих различными психическими отклонениями, включая ранний аутизм, вообще мало изучены. Даже у пациентов в среднем и старшем детстве упоминаются обычно тяжелые расстройства мышления, представленные *разорванностью мышления* – утратой способности устанавливать логические связи между понятиями и суждениями. При этом речь пациентов напоминает «словесный салат» и для окружающих становится совершенно непонятной (например, пациент говорит: «Я не хочу есть, и вчера шел снег»).

Следует обратить внимание также на то, что в 1/3 случаев симптоматика детского аутизма развивается лишь на 2-3-м году жизни (Каплан, Сэдок, 1994). Между тем, чаще всего имеется в виду, что собственно детский аутизм является врожденным расстройством и первые его признаки могут быть обнаружены в младенческом возрасте и даже у детей на 2-3-м месяце жизни после рождения.

Как показали дальнейшие исследования, ранний детский аутизм представляет собой сборную группу патологических состояний и процессов, в том числе и имеющих отношение к шизофрении.

3. Основные причины развития аутизма. Нарушения деятельности головного мозга, которые обнаруживают себя симптомами аутизма, могут быть связаны с разными причинами. В целом их можно сгруппировать следующим образом.

1. Скорее всего, некоторая их часть носит *наследственный характер*. Дефекты генов приводят, как известно, к нарушениям обмена веществ в головном мозге и в первую очередь затрагивают химические вещества, которые обеспечивают контакты между нервными клетками. Эти вещества называют нейромедиаторами. К ним относятся адреналин, норадреналин, серотонин и мн. др. Но это всего лишь общая картина и в целом она верна. Каковы конкретно эти нарушения при аутизме, чаще всего остается неизвестным.

Примером аутизма, вызванного нарушением обмена веществ в головном мозге, может служить болезнь Феллинга или фенилкетонурия – заболевание, при котором, помимо прочих нарушений, не образуется ряд нейромедиаторов, необходимых для функционирования мозга. Около 1% таких пациентов обнаруживают симптомы аутизма, чаще он встречается в более старших возрастных группах детей.

2. Другая часть случаев аутизма связана с *нарушениями числа и структуры хромосом* – особых структур в ядрах клеток организма. Хромосомы («окрашиваемые тела»), как известно,

содержат гены – носители наследственной информации. Например, от 3 до 15% детей с умственной отсталостью, вызванной повреждением женской половой хромосомы («синдром ломкой X-хромосомы») обнаруживают признаки аутизма. Обычно это мальчики, у девочек отмечаются, в основном, легкое умственное недоразвитие. До 30% всех случаев умственной отсталости у мальчиков связаны с данным хромосомным нарушением.

3. Значительная часть случаев аутизма носит *врожденный характер*. То есть вызвана нарушениями развития головного мозга в период беременности, причем такие нарушения носят весьма неоднородный характер, поскольку могут быть связаны с множеством разных причин и возникать в разные периоды внутриутробного развития (интоксикации, инфекции, кислородная недостаточность головного мозга и др.). Например, известны случаи аутизма у детей, которые перенесли в первые три месяца беременности коревую краснуху.

4. Часть случаев аутизма связана с *повреждениями головного мозга во время родов* и в первые несколько лет жизни после родов. Это также большая группа разнородных расстройств, вызванных черепно-мозговой травмой, кровоизлияниями в головной мозг, гемолитической болезнью новорожденных и др. В частности, более 3% детей с синдромом Мебиуса обнаруживают признаки аутизма (синдром Мебиуса – результат повреждения лицевого и отводящего нервов во время родов; встречаются также врожденные формы такой патологии).

5. В случаях т. н. *психогенного аутизма* расстройство контактов с внешним миром вызвано нарушением формирования привязанности к близким людям вследствие недостаточного внимания к потребностям ребенка со стороны взрослых. Такие дети избегают общения и неспособны устанавливать близкие отношения с другими людьми либо, напротив, отличаются неразборчивой общительностью, а также поверхностными и непрочными отношениями, интересами, увлечениями. Американ-

ские психиатры развитие раннего детского аутизма связывают в основном с дефицитом родительского внимания к детям.

6. Широкое распространение получил в настоящее время *техногенный аутизм*, вызванный дефицитом объективной информации о происходящем в действительности. Сообщения средства массовой информации и сетей интернета ныне переполнены лживой информацией. В настоящее время создана мировая индустрия дезинформации, которая скрывает, искажает правдивую информацию, фабрикует ложную, подтасовывает факты, навязывает ложные ценности существования. Противостоять этому шуму в СМИ крайне сложно.

Зрелый и реалистически ориентированный индивид в такой ситуации не доверяет получаемой из СМИ и интернета информации. В поисках достоверной информации он сопоставляет получаемые сведения, оценивает информацию в зависимости от контекста, ее источников и в целом сохраняет способность судить о происходящем на данный момент, в прошлом и в возможном будущем более или менее объективно. Делать это становится однако все труднее: слишком велика конкуренция между обладателями или, точнее, заказчиками информации, ибо кто владеет информацией, тот владеет миром.

Большинство взрослых людей имеет поэтому достаточно превратное представление о действительности, и это обстоятельство рассматривается как опасная тенденция к разрушению коллективного и индивидуального сознания. Особенно сильно страдают дети и подростки, не владеющие технологией разграничения подлинных и ложных сведений. В результате они могут быть полностью дезориентированными, если теряют всякое представление о том, что было на самом деле и происходит в настоящее время. Тем самым все большее число людей пребывают в иллюзорном, выдуманном кем-то информационном мире. Многие из них даже не хотят знать суровой правды и хотят быть обманутыми, подобно тому, как психиатрические пациенты не стремятся расставаться с симптомами своей болезни.

7. Аутизм, связанный с различными психическими заболеваниями, болезненными процессами – *процессуальный аутизм*. Наиболее известен и изучен аутизм у пациентов, страдающих шизофренией.

8. Чаще, по-видимому, встречаются *случаи аутизма смешанной природы*, когда в его развитии принимают участие разнообразные комбинации упомянутых факторов.

Аутизма вообще в этом смысле не существует, есть множество его вариантов, которые сильно отличаются друг от друга как по своей природе, так и проявлениям.

4. Психологическая природа аутизма. Сравнивая столь разные позиции исследователей относительно внешних проявлений аутизма, нетрудно убедиться в том, что речь при разных формах аутизма идет, в сущности, об одном и том же нарушении, которое вытесняет пациентов за границы действительности и тем самым оставляет их наедине с собою в мире субъективного.

Но, как говорят, дьявол кроется в деталях. А эти детали таковы, что и в психологическом плане аутизм представляет собой ряд весьма неоднородных феноменов, причем в крайних своих вариантах он проявляется внешне совершенно противоположными нарушениями.

На одном полюсе он проявляется тем, что пациенты замыкаются в своем внутреннем мире, не устанавливают или порывают связи с реальностью, они недоступны контакту, необщительны, не способны к кому-либо привязываться. Кроме того, они эмоционально бедны, безучастны либо испытывают тревогу и страх в непривычной для них обстановке.

На другом полюсе, напротив, пациенты слишком близко принимают впечатления об окружающем мире, очень эмоциональны, чрезмерно общительны и обнажены, так как не скрывают и самых интимных сведений о себе. Этим пациентам свойственна склонность фантазировать, перевоплощаться в игры до самозабвения, а нередко и тенденция к развитию обманов восприятия и ложных суждений о внешнем мире и самом себе. В этом

иллюзорном мире они чувствуют себя как в комнате кривых зеркал Эймса, где действительность искажена до неузнаваемости.

Различие это не является однако принципиальным, оно глубоко поверхностное и существа дела не затрагивает. В каждом конкретном случае аутизма его внешне полярные проявления могут сочетаться в разных пропорциях, в результате чего аутизм представляет собой как бы пространство или континуум разных комбинаций продуктивных и дефицитарных его симптомов.

Кроме того, симптомы аутизма могут у одних пациентов нарастать, у других оставаться одинаковыми в течение длительного времени, у третьих колебаться в своей интенсивности или обнаруживать тенденцию к смягчению.

Подлинная проблема психологии аутизма состоит, полагаем, в том, чтобы установить, какие именно психические расстройства лежат в его основании. На этот счет в специальной литературе сведений обычно не приводится, отчего мы вынуждены ограничиться здесь следующим предположением.

Предлагаемая гипотеза состоит в том, что психологическую основу аутизма составляют нарушения самоосознавания – способности индивида осознавать собственное «Я», то есть активную, функциональную часть личности индивида. Самоосознавание – непосредственное, чувственное представление собственного «Я» в тот или иной момент времени.

Иными словами, это осознание психических актов, в которых представлены различные стороны действительности (в отличие от самосознания или известной из психологии «Я-концепции» – суммы знания о себе, а также самооценки).

Остановимся на этом несколько подробнее, поскольку это чрезвычайно важная тема.

Самоосознавание или *самовосприятие* – фундаментальная психологическая функция, результатом активности которой является непосредственный, чувственный образ собственного «Я», с одной стороны, и образ внешнего мира – с другой.

Оба эти образа являются для индивида единственной и достоверной реальностью.

Человек не может знать ничего, кроме того, что он воспринимает в данный момент времени, что он чувствует, видит и слышит. Что стоит за его ощущениями и восприятиями он способен понять лишь посредством своего мышления, путем долгих и далеко не всегда безошибочных размышлений, благодаря науке, но и то в малой степени. Обычно же его функционирование неразрывно связано с непосредственной чувственной данностью.

Человек, это можно смело утверждать по опыту психопатологии, есть то, кем он себя осознает здесь и сейчас. Живым, мертвым, ребенком, стариком, животным, трансгендером, Богом – это неважно, вести себя индивид всегда будет таким образом, какой диктует ему его осознание действительности. Покажем это следующим образом.

Осознание психических актов может быть нарушено, в основном, тремя способами.

1. *Утрата способности осознавать* собственные проявления психического – *психическая анестезия*. Если теряется способность осознавать психические акты, в которых представлено собственное тело, возникает *телесная анестезия* – тело или какие-то его области воспринимаются как отсутствующие, не существующими в реальности. Например, пациенты говорят: «Не чувствую руки, ее как будто нет... Мое тело исчезло, его нет совсем».

В тех случаях, когда не воспринимаются психические акты, в которых представлен внутренний мир индивида, его ощущения, мысли, воспоминания, эмоции, побуждения и т. д., возникает *внутриличностная анестезия*. Пациент не ощущает своих мыслей, чувств и др. В том числе собственного «Я» («мое «Я» исчезло, его не существует»), чувства собственной витальности или одушевленности («я мертв, труп, меня хоронить надо»), чувства своей активности («я – автомат, мое тело действует само по себе») и др.

Наконец, в тех случаях, когда не воспринимаются психические акты, представляющие внешний мир, возникает *дереализация* или *внеличностная анестезия* – чувство нереальности внешнего мира, вплоть до его исчезновения, а иногда и самого себя. Например: «Кажется, что я сплю и все вижу во сне... Мне все грезится, все вокруг какое-то не настоящее... Кажется, что я снюсь сам себе». Кто-то из китайских философов древности писал по этому поводу, что он никак не может понять, кто он: философ, которому снится бабочка, или бабочка, которой снится философ.

Некоторые пациенты говорят о безжизненности одушевленных объектов, например, ребенок воспринимает свою собаку как что-то неживое, пытается разломать, а со стороны это оценивается как жестокое обращение с нею. Другие пациенты сообщают об исчезновении внешнего мира, они ощущают себя при этом находящимися в полной пустоте, где ничего более, кроме них, не существует.

Имеет ли данное нарушение самовосприятия к аутизму какое-то отношение, неясно. Таких сведений в литературе нет, но, как показывают наблюдения за пациентами, некоторое отношение определенно имеет. Например, ребенок, как и взрослый пациент, может не осознавать своей привязанности к кому-либо, утратить сознание своих чувств к близкому человеку либо страха перед опасностью, может не воспринимать свои мысли об этой опасности. Он может не ощущать своего «Я» или даже утверждать, что его «Я» вообще не существует. У некоторых детей-аутистов встречается расстройство, при котором они одушевленные объекты воспринимают как неживые, так как и себя они ощущают лишенными жизни. Например, мальчик-аутист играет со своим отцом так, будто имеет дело с пылесосом или чайником.

Для такого рода пациентов это то же самое, как если бы всех тех объектов, которые стоят за упомянутыми переживаниями, не было или не существует на самом деле. Иными словами, он

будет оторван от действительности в том смысле, что какая-то часть реальности для него исчезла, ее просто нет.

2. *Отчуждение психических актов*, в которых представлены внутренний мир индивида и внешний мир – *деперсонализация* (греч. *de* – приставка, указывает на отделение, удаление, отмену; *persona* – личность). Отчуждение психических актов, в которых представлено тело индивида, субъективно ощущается как удаление собственного тела, в результате чего оно воспринимается, в итоге, как некий посторонний объект («Тело ощущается где-то сбоку или сзади, оно идет следом за мной... Тело не мое, я воспринимаю его как вот этот стол или стул»). Некоторые пациенты с ранним детским аутизмом, действительно, относятся к своему телу как к постороннему для них предмету. Например, кусают себя и как будто не ощущают при этом боли. Или играют частями своего тела так, будто для них это посторонние предметы.

Отчуждение психических актов, в которых представлен внутренний мир ощущается пациентами так, будто их собственные мысли, эмоции и побуждения им самим не принадлежат, а находятся где-то во внешнем мире. Например: «Мысли не мои, это чужие мысли, мне кто-то вкладывает их в голову... Меня кто-то заставляет так вести себя, это не мои желания, а чьи-то чужие, как будто они принадлежат другому человеку... Это не я смотрю, а какой-то другой человек».

У детей это может быть отказ от своего имени. Дети свое имя, как и названия предметов, долго считают свойственными им изначально, от природы. Когда ребенок отказывается от своего имени, это может означать, что это его свойство как бы отделяется от него, отчуждается, становится чем-то для него посторонним, неприятным или пугающим.

Крайне тяжелые проявления деперсонализации представляют собой бредовые убеждения и обманы восприятия. На самом деле бредовые суждения и галлюцинации это всего лишь фантазии пациента, которые кажутся ему воплотившимися в действительности. Он и в самом деле принимает плоды своего во-

ображения за реальные объекты и явления. Например, пациент слышит или видит то, чего на самом деле нет. Либо убежден в том, чего в действительности не существует, например, уверен, что кто-то за ним следит и делается при этом боязливым, подозрительным.

Встречаются ли столь тяжелые проявления деперсонализации у пациентов с ранним детским аутизмом как обманы восприятия, не установлено. Обычно считается, что таких симптомов у детей-аутистов не бывает. Но известно, тем не менее, что у многих из них отмечаются необъяснимые страхи обычных явлений либо незнакомых объектов и ситуаций. При этом выяснить у пациентов, отчего возникают такие страхи, испытывают ли они обманы восприятия или нет, практически невозможно.

Отчуждение психических актов, в которых представлены объекты и явления окружающего мира, воспринимаются таким образом, как будто эти объекты и явления воспринимаются как далекие от них, незнакомые, чужие. Например, близкого человека ребенок воспринимает как незнакомого, чужого ему, представляющего какую-то угрозу.

Так, у детей встречается иногда «бред чужих родителей». Например, пациент воспринимает своих родителей как посторонних, чужих ему людей, но в то же время мечтает, надеется или даже уверен в том, что у него есть, другие, настоящие родители, только они где-то скрываются либо не знают о его существовании. У пациентов с деперсонализацией нередко возникает чувство, будто все происходящее вокруг стало каким-то искусственным, инсценированным, кем-то специально подстроенным, а не является обычным, натуральным, естественным ходом событий. Это происходит, предположительно, потому, что распад собственной психики представляется пациентам как распад внешнего мира.

С деперсонализацией, возможно, связано расстройство, при котором свои внутренние качества пациенты переносят на внешние объекты. Так, пациент укладывается спать под кровать,

считая, что матрацу может быть также больно от металлической сетки кровати, как и ему. Он, таким образом, склонен наделять собственными ощущениями неодушевленные объекты. Дети с ранним детским аутизмом также могут разговаривать с какими-то предметами, видимо, считая, что и они живые.

3. Присвоение внешних впечатлений, когда внешние объекты и явления воспринимаются пациентами как принадлежащие их внутреннему миру, их личности, – *анперсонализация* (приставка *ап* от греч. *ad* – приближение, присоединение, *persona* – личность). Например, чужие мысли, о которых пациент прочитал или узнал от кого-то, он воспринимает как свои собственные. Чужого человека принимает за близкого, отца или мать, общается с ними так, будто давно их знает. Отождествляет себя с игрушкой, с придуманной игровой ролью, с персонажами кинофильма, прочитанного в книге, с образами своего сна. Странными кажутся привязанности пациентов: они, оставаясь безучастными к близкому человеку, могут не расставаться с одним каким-то предметом или игрушкой, остро реагируя, если его отнимают либо он теряется.

Такие пациенты крайне впечатлительны и происходящее с кем-то другим переживают так сильно, как будто это происходит с ними самими. Увидев, к примеру, как кто-то сломал ногу и страдает от боли, пациент чувствует боль в своей ноге и также сильно от нее страдает. Нередко пациенты чрезвычайно внушаемы и склонны кому-то подражать, вполне отождествляя себя с кем-либо.

Таким образом, есть некоторые основания предполагать, что психологическую природу симптомов аутизма образуют нарушения самоосознавания. У маленьких детей большее значение имеют, по-видимому, нарушения развития данной психологической функции, но сведений на этот счет в литературе нет.

5. Основные проявления аутизма. Основные проявления аутизма, согласно классической и современной литературе, можно разграничить на две группы. Одна их часть образует

проявления дефицитарного или бедного симптомами аутизма, другая часть – проявления продуктивного или богатого симптомами аутизма таковы. Далее покажем это на примерах конкретных признаков аутизма.

1. ***Социальные аспекты аутизма*** – это, с одной стороны, склонность индивида к самоизоляции, отгороженность, закрытость, недостаточная доступность продуктивному контакту, а также нежелание вступать в контакты с другими людьми в силу недоверия к ним, боязни таких контактов, безразличия или даже оппозиционного, негативистического отношения к окружающим.

С другой стороны – это чрезмерная общительность, склонность к многословию, тенденция к монологам, когда пациент говорит, не обращая внимания на реакцию собеседника. Кроме того, это крайняя степень искренности, воспринимаемая адекватными лицами как шокирующая откровенность, когда пациенты без тени смущения сообщают самые интимные подробности своей жизни. Этот признак получил разные названия: «обнаженность», «аутизм наизнанку» (А. С. Тиганов), «регрессивная синтонность» (Н. J. Varahona Fernandes).

Типична также тенденция к идеализации, обожанию, обожествлению кого-либо, когда кто-то становится культовой фигурой, «кумиром», объектом восхищения. С другой стороны, это тенденция к демонизации, очернению кого-либо из окружающих, глумлению над ними, особенно часто встречается низвержение, детронизация недавних кумиров и безусловных авторитетов.

2. ***Приоритет субъективного над объективным.*** Это, с одной стороны, тенденция принимать за нечто эквивалентное действительности, а порой даже более актуальное, нежели реально происходящее, субъективно-психологические феномены, такие как мечты, фантазии, сновидения. С другой стороны, реально происходящее с собою или в окружающем мире может отождествляться у пациентов с теми же мечтами, фантазиями

или сновидениями, представляться чем-то нереальным, не существующим в действительности.

3. **Неприятие или отторжение принятых в обществе ценностей, норм, традиций, обычаев**, что делает пациентов в глазах окружающих «чужаками», «иностранцами». Например, некоторые пациенты наделяют своих детей странными именами, нарушая принятые обществом традиции. В РФ принят даже закон, запрещающий это делать, – очень уж абсурдные имена получают дети пациентов.

С другой стороны, это одержимость, *фанатизм*, с которым пациенты добиваются неких целей вопреки их реальному значению и независимо от того, как это воспринимается в обществе. Это чаще всего религиозный фанатизм, превращающийся в некоторых регионах планеты в экстремизм и терроризм.

4. **Эмоциональные нарушения**. Безразличие, безучастность или *эмоциональная блокада* по отношению ко всему тому, что у здорового человека вызывает соучастие, сочувствие, непосредственный и адекватный эмоциональный отклик.

С другой стороны, это *чрезмерная эмоциональность* – патологическая вовлеченность в межличностные отношения, склонность к чрезмерному, болезненному сопереживанию (например, «за себя я переживаю меньше, чем за других»). При этом эмоции неестественны, им свойственны экзальтированность, неумеренный пафос.

5. **Отсутствие психологически понятных связей в отношениях со средой обитания**. Это, во-первых, необычное, странное, чудаковатое, обычно импульсивное и непредсказуемое поведение, которое не согласуется с принятыми нормами и реальными обстоятельствами, не принимает их во внимание, а часто вступает в непримиримое противоречие прежнему опыту собственной жизни.

С другой стороны, это неуклонное, безропотное и слепое следование в своем поведении идеальным социальным предписаниям – *ригоризм* (лат. *rigor* – твердость, суровость). При этом

индивид крайне прямолинеен, лишен гибкости, придерживается одной, «правильной», «образцовой» позиции. Обычно он не замечает своей неадекватности, не учитывает возможных последствий своего поведения и совершенно не обращает внимания на реакцию окружающих. Весьма характерно также, что аутист одинаково безразличен как к одобрению, так и к порицанию своего поведения.

6. *Нарушения в сфере воображения.* Склонность *фантазировать* и получать от этого удовлетворение порой едва ли не большее, чем от контактов с действительностью. Типичный пример такого рода аутизма – поведение известного из литературы Обломова, которые настолько удовлетворялся своими фантазиями, что предпочитал ничего другого не делать.

В таких случаях эмоционально насыщенные воображаемые успехи и осуществленные в своем воображении желания могут повлечь отказ от побуждений что-то реально менять в себе или вокруг себя. При этом порождаемые фантазиями эмоции служат, вероятно, стимулом, закрепляющим потребность предаваться фантазиям. В итоге фантазирование становится все более болезненным и отдаляющим пациента от участия в реальной жизни.

Некоторые аутичные пациенты, указывает Е. Блейлер, ограничивают свои контакты с реальностью лишь удовлетворением физиологических потребностей.

В крайнем варианте, как упоминалось, болезненно обостренное воображение порождает тяжелые психические расстройства, в частности, обманы восприятия.

Весьма характерной является склонность аутичных пациентов к *мистике, оккультизму, уфологии, парапсихологии* и тому подобным вещам, далеким от действительности. Реальный мир мало интересует таких лиц, аутизм как бы лишает его смысла, обесценивает его значение, выдавливает пациентов за границы действительности в мир несуществующего или виртуального,

даже если они где-то чувствуют, что такого не может и не должно быть, а некоторые пациенты пытаются этому сопротивляться.

С другой стороны, это *дефицит воображения*, крайняя негибкость (ригидность) и однообразие поведения, враждебное отношение ко всему новому, окаменелость представлений, склонность к догматизму, хождение по замкнутому кругу своих мыслей, страх и отторжение всего непривычного, оригинального, индивидуального.

6. Утрата естественной функции страха. С одной стороны, это фантазии, связанные с тревогой, страхами. Такие фантазии могут *проецироваться* на реальность таким образом, что пациенты предпочитают избегать контактов с действительностью, не представляющей никакой реальной угрозы. Именно это наблюдается при навязчивых страхах или фобиях, когда пациенты панически боятся самых обычных, повседневных объектов и ситуаций и обычно избегают контактов с ними, будучи не в состоянии преодолеть надуманные, воображаемые опасности. Например, пациент боится утонуть в ванне и отказывается в ней мыться, хотя это ничем ему не грозит – он *панически боится воображаемой, а не реальной опасности*.

С другой стороны, некоторые пациенты обнаруживают безрассудную храбрость, будучи неспособными учитывать реальные опасности, замечать действительные угрозы. Встречаются пациенты, которых, по их словам, притягивают ситуации, которые у большинства людей вызывают непреодолимый страх. Например, девочка одна ходит в полночь «гулять» на кладбище. Никто из ее знакомых, кого она приглашала с собой, на это не соглашался. Речь не идет здесь о личном мужестве, т. е. способности преодолеть страх. Пациенты обнаруживают серьезное отклонение в виде *отсутствия чувства опасности, естественного страха*.

7. Неадекватное отношение к влиянию окружающих людей. Это, с одной стороны, *негативизм* – упрямство, слепое про-

тивоедействие, отторжение влияния окружающих, отчего последнее не принимается, не включается в систему собственного «Я».

С другой стороны, это *повышенная восприимчивость к влиянию окружающих*: чрезмерная впечатлительность, сверхчувствительность и ранимость. Кроме того, нередко встречается чрезмерная мнительность, склонность переносить на себя проблемы других людей и переживать за них больше, чем за самого себя, а также патологическая внушаемость и самовнушаемость.

8. *Нарушения в сфере привязанностей.* Это, с одной стороны, неспособность к глубоким и прочным привязанностям или утрата последних, неспособность к отношениям товарищества, дружбы и любви, отсутствие интересов и увлечений, их поверхностность и недолговечность.

С другой стороны, это склонность попадать в слепую, бессмысленную и абсолютную зависимость от кого-либо.

9. *Расстройства в сфере мышления.* С одной стороны, это т. н. *аутистическое мышление*, контролируемое не логикой, а эмоциями, желаниями и опасениями. Кроме того, это искажения работы памяти, когда ложные воспоминания принимаются за подлинные.

С другой стороны, это *формализм мышления*, следование в своем мышлении сугубо формальным правилам, а не содержательным аспектам. Обычно при этом игнорируется социальное содержание мыслей. В частности, пациенты неспособны понимать скрытое социальное содержание пословиц и поговорок.

10. *Нарушения эмпатии.* Эмпатия – способность к сопереживанию. Аутичным пациентам эмпатия, с одной стороны, совершенно несвойственна – они абсолютно неспособны воспринимать душевное состояние других людей.

С другой стороны, они могут быть чрезвычайно эмпатичными, безошибочно угадывая самые тонкие колебания душевного состояния кого-то из окружающих и при этом переживая их необычайно остро.

11. *Нарушения в выразительной сфере.* С одной стороны, это обеднение мимики, жестикуляции и других актов *экспрессии* (лат. *expressio* – выражение). Аутичный ребенок, например, редко когда смеется или плачет, его выразительная сфера по большей части скованна и отражает крайнее обеднение душевной жизни. С другой стороны, выразительная сфера может быть слишком оживленной, при этом жестикуляция становится неумеренной, выражение лица, глаз, положение тела и тональность голоса постоянно меняются.

Типично также, что часть аутичных пациентов не может распознавать выразительные акты у других людей и узнавать по ним их душевное состояние, в то же время другие пациенты с аутизмом отличаются необыкновенной чуткостью в этом отношении.

Самое раннее описание аутизма в художественной литературе принадлежит, по-видимому, Ф. М. Достоевскому (роман «Братья Карамазовы», 1879-1880), где автор с научной достоверностью представляет аутистический, неправдоподобно «правильный» характер и образ мышления одного из главных своих героев, Алеши. Алеше, сказал бы психопатолог, свойственен ригоризм, как признак дефицитарного аутизма. Правда, в художественных целях писатель наделил Алешу замечательными душевными качествами, что аутичным пациентам с ригоризмом совершенно несвойственно. Антиподом Алеши является его отец, пациент с продуктивным аутизмом, циничный развратник, алкоголик и одержимый алчностью индивид.

ГЛАВА 2. РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

1. Проявления раннего детского или инфантильного аутизма. В общих чертах совпадают с упомянутыми выше признаками данного расстройства, но в деталях сильно от него отличаются множеством возрастных особенностей. Нередко первые проявления расстройства обнаруживаются в младенческом возрасте. Некоторое время они как будто нарастают в своей интенсивности, становятся более дифференцированными, после чего обнаруживают тенденцию к смягчению. В последние десятилетия отмечается учащение расстройства.

1. Отсутствие у младенца *позы готовности* при взятии его на руки. Он не тянется на руки, а на руках не принимает удобной позы, не прогибается, не старается прильнуть к телу матери, а лежит как кукла или в вытянутом положении – в «позе столбиком».

2. Отсутствие *комплекса оживления* при появлении в его поле зрения лица матери или заменяющего его заботящегося взрослого. В норме младенцы в возрасте 2-3 месяца при этом улыбаются, смотрят в глаза матери и начинают вокализировать. Комплекс оживления может быть парадоксальным, то есть выраженным в отношении какого-то другого, постороннего человека, животного или даже неодушевленного объекта, например, висящей на стене картины, пылесоса или холодильника.

3. К числу ранних проявлений расстройства относятся также нарушения физиологических функций, а именно *невротатия* или врожденная детская нервность. Спустя 2-3 месяца после рождения у младенцев появляются выраженные и стойкие нарушения сна, пищеварения, терморегуляции и многое другое. Например, ребенок спокойно спит только в светлое время суток, но по ночам бодрствует и при этом постоянно кричит так, что успокоить его невозможно. Нередко отмечаются явления иммунодефицита и склонность к инфекционным заболеваниям. При этом одна инфекция вскоре сменяется какой-то другой, в

результате чего возникает непрерывная «цепочка инфекций». К числу проявлений невропатии относятся также аффект-респираторные судороги, когда у плачущего ребенка наступает временная остановка дыхания и появляются судороги.

4. Младенцы с аутизмом не фиксируют взор на показываемых им предметах, не провожают их взглядом. Отсутствует также контакт глаз: пациенты не смотрят в глаза разговаривающему с ним человеку, они смотрят как бы «сквозь» него, куда-то вдаль либо мимо него, в сторону.

5. Трудности или необычный характер формирования навыков хождения, опрятности, самообслуживания, а впоследствии и других навыков. Так, переход от ползания к хождению может быть внезапным. При этом ходьба нередко перемежается подпрыгиваниями. Ходить и бегать пациенты могут начинать в одно и то же время. Походка отличается отсутствием плавности, координации движений, она, как говорят, «механическая», «деревянная», как «у робота». Типично, что усвоение навыков не означает, что пациент будет ими осознанно, регулярно и к месту пользоваться.

Вообще говоря, у большинства пациентов страдает общее двигательное развитие, отмечается неловкость, неуклюжесть, вследствие чего им трудно научиться бегать, выполнять гимнастические упражнения, кататься на коньках и лыжах, ловить и бросать мяч и т. п. Исключения из этого правила в виде гармоничного общего двигательного развития бывают, но редко. Наряду с общим моторным недоразвитием часто выявляется недоразвитие тонкой моторики, способность производить мелкие движения руками. Но и здесь встречаются исключения. Например, пациент легко может научиться искусно делать фокусы.

6. Необычной является реакция пациентов на внешние стимулы. Например, пациент подолгу может рассматривать рисунки обоев или ковра, но не обращает внимания на предметы, как будто их не существует. Не выносит некоторых звуков (шума пылесоса, фена и др.), но часами слушает, как грохочет ком-

прессор. Либо не реагирует на громкие звуки, но не переносит едва слышимых звуков. Не обращает внимания на речь кого-то другого, будто глухой, но выделяет некоторые слова и фразы и по многу раз, как зачарованный, их повторяет, хотя не понимает их смысла. Может вообще не замечать внешние впечатления, если они не причиняют ему боли.

Парадоксальной бывает и реакция на внутренние стимулы. Например, может не реагировать на ощущения голода, жажды или боли, но крайне болезненно воспринимает ощущение холода или тепла. Ощущения недомогания во время болезни побуждают его не к тому, чтобы уменьшить чувство дискомфорта, например, лежать в постели или принимать удобную позу. Напротив, он ищет самое неудобное место, где его самочувствие обычно ухудшается. Например, простудившись, старается лечь там, где сквозит.

7. Внимание детей-аутистов привлекают обычно не предметы и их функциональное назначение, а внешние и несущественные качества: форма, цвет, текстура, производимые ими звуки. Это расстройство обозначается термином *отклоняющееся внимание*, то есть его направленность на побочные, случайные явления и неспособность сосредоточиться на главном, существенном.

Например, девочка с утра до вечера стучит по бутылке и слушает, как она звучит. Когда ее лишают бутылки, она долго и безуспешно кричит. Или мальчик часами перебирает пальцы на руке матери, но к ней самой остается совершенно безучастным. Механические манипуляции осуществляются и с игрушками. Так, пациент не строит из кубиков башню или домик, а располагает их в каком-то порядке по цвету, выстраивает машинки по одной линии, но не катает их по полу, не изображает при этом сигналов, не делает остановок и т. п.

8. Отсутствие потребности в контактах, в общении со сверстниками, стремления к коллективным играм. Детям-аутистам изначально не свойственна также тенденция подражать ко-

му-либо из взрослых, хотя механически они повторяют звуки речи окружающих. Эти дети не вовлекаются в домашние дела, не интересуются ими, не пытаются помогать родителям, братьям, сестрам. Как правило, одиночество не тяготит их, более того, присутствие кого-либо поблизости может вызывать у них недовольство, гнев.

Пациенты не любят также домашних животных, не играют с ними, нередко проявляют по отношению к ним агрессивность, граничащую порой с живодерством. Так, мама мальчика рассказывает, что он постоянно мучает кота, пытается выдергивать ему усы, выковыривать глаза и т. п., а кот, едва завидев мальчика, убегает, прячется от него.

9. Нарушен процесс формирования привязанностей. По данным литературы, обычно преобладает *симбиотическая*, как бы неразрывная связь с матерью (греч. *symbiontos* – сожительство-ющий). Даже кратковременная разлука вызывает у пациентов бурную реакцию с возбуждением, громким и непрекращающимся криком. Нередко в это время возникают психосоматические расстройства, такие, как повышение температуры тела, рвота, учащение стула, затруднения или остановка дыхания и др. Между тем пациенты остаются безучастными к матери, в их отношениях с нею отсутствует теплота, нежность. Более того, увидев, как мать плачет, пациент не присоединяется к ней, не погладит ее, не пожалеет и не заплачет сам, напротив, он может шипать, кусать ее, причинять ей боль. Мать воспринимается не как близкое существо, а как бездушный и безразличный механизм, обеспечивающий ощущение комфорта и безопасности.

В других случаях отсутствуют какие бы то ни было признаки привязанности пациентов к близким людям. Такие дети маленькими не грустят, когда мать уходит, не радуются по ее возвращении, не ползут ей навстречу, не оживляются в ее присутствии. Это равнодушие сохраняется у них и впоследствии. Надежной привязанности к матери, а затем и к другим заботящимся людям у пациентов не формируется вообще, а возникающие при-

вязанности относятся к числу ненадежных (в основном, это дезорганизованная привязанность и сопротивляющаяся привязанность). Нередко возникают «странные» привязанности – к какому-то предмету, животному, постороннему человеку.

10. Отсутствие социальной улыбки, то есть выражения радости при появлении в поле зрения лица матери или другого близкого человека. Типичны застывшее, ничего не выражающее лицо, пустой и не мигающий взгляд, устремленный куда-то в бесконечность, – «лицо принца». Жестикуляция бедная, однообразная и обычно никому не понятная, более напоминающая механические сокращения мускулатуры. Лицо может искажаться гримасами, в которых трудно увидеть какое-то определенное и понятное выражение. Голос, как правило, монотонный, лишенный мелодичности, эмоциональной окраски, а крики пациентов скорее напоминают насильственные, в них не чувствуется боли, страдания.

11. Долгое отсутствие способности у ряда пациентов различать живые и неодушевленные объекты (до 4-5 лет и более). Например, девочка 5 лет разговаривает с включенным пылесосом или холодильником. Обычные дети уже к двум годам начинают понимать различие между живыми и неодушевленными объектами. Например, их удивляет, когда движется стул, который отец незаметно передвигает за веревочку.

По-видимому, адекватные дети очень рано начинают осознавать себя живыми существами. Когда это происходит с аутичными пациентами, сказать трудно. Иногда это случается очень рано, в других случаях, вероятно, этого не происходит никогда.

12. Слишком раннее или запоздалое развитие речи. В первом случае фразовая речь с четкой артикуляцией и сложными грамматическими оборотами появляется к 2 годам, а в отдельных случаях и значительно раньше (иногда к годовалому возрасту). Столь же рано развивается *импрессивная* речь – способность понимать речь окружающих (фр. *impression* – впечатление).

В последующем такие пациента рано и с большой легкостью осваивают чтение, письмо.

Особенно обращает внимание то, что спонтанная речь пациентов не обращена к кому-то из окружающих, а представляет собой механическое воспроизведение услышанного ранее, – *фонографизмы*. Так, мать рассказывает, что девочка в точности и с теми же интонациями воспроизвела бранный монолог отца, который тот произнес месяц назад, перед отъездом в командировку.

Чаще встречается позднее начало речи, замедленное ее развитие, а также наличие различных расстройств развития речи (экспрессивной и/или импрессивной речи, нарушения развития артикуляции, а в дальнейшем трудности в овладении чтением и письмом). Некоторые пациенты длительное время не реагируют на речь и одновременно с тем проявляют *мутизм*, так что родители долго считают их «немыми» (лат. *mutus* – немой).

В целом речь аутичных детей долго остается эгоцентричной, как бы предназначенной для себя, а не для общения с кем-либо. Особенности такой речи – это наличие эхολалии, монолога и упомянутых фонографизмов. *Эхολалия* – механическое повторение слов и фраз кого-то из окружающих. Иногда повторение может быть неоднократным (эхо + греч. *lalos* – речь). *Монолог* – ни к кому не обращенная речь в присутствии других людей. У аутичных пациентов в последующем эта особенность речи проявляется в том, что в беседе они не обращают внимания на реакцию собеседника и говорят не останавливаясь, обычно отклоняясь от существа дела.

Навыки диалога при этом отсутствуют либо развиты недостаточно. Так, дети не могут усвоить такие навыки социальной речи, как умение слушать, спрашивать, просить, выражать свое согласие или несогласие, сообщать о своих проблемах, потребностях и др. До 60-70% аутичных пациентов оказываются не в состоянии овладеть удовлетворительной речью. Некоторые

из пациентов вообще не разговаривают и не реагируют на речь окружающих до 6-7 лет.

13. *Неофобия* или «феномен тождества» (термин Л. Каннера), то есть страх нового или раздражение, недовольство при переменах во внешней обстановке, появлении новой одежды или незнакомой пищи, а также при восприятии незнакомых звуков, появлении непривычных (греч. *neos* – новый, *phobos* – страх). Так, пациент остро реагирует недовольством, если мать поет ему новую колыбельную песню, либо в прежней опускает какой-то ее фрагмент. Иногда всего одно слово.

Или ребенок предпочитает одну и ту же, почти донельзя изношенную одежду или ест только два-три привычных для него вида пищи, протестуя, когда родители предлагают ему что-то новое. Не любят такие дети и новых слов, и фраз, к ним надо обращаться только в тех выражениях, которые им понятны и знакомы. Описаны случаи выраженной реакции возмущения детей, если в комнате появляются новые предметы или исчезают прежние либо родители переставляют мебель с места на место.

14. Однообразное, механически повторяющееся поведение. Например, пациент десятки раз подряд вбегает с первого на второй этаж своего дома и столь же стремительно спускается вниз, не преследуя при этом какой-то понятной для окружающих цели. Время от времени он делает в точности то же самое.

Нередко совершаются стереотипные действия (многократное, как бы навязчивое повторение бессмысленных звуков, движений, действий). Предполагают, что пациенты делают это с целью самостимуляции. Однообразие поведения сохранится и в последующем, жизнь таких пациентов будет построена по некоей жесткой программе, всякое отступление от которой неизбежно порождает тревогу и страхи.

15. «Странные» и однообразные игры, лишённые социального содержания. Чаще всего это механические и бессмысленные манипуляции с предметами неигрового назначения: спичками, стаканами, книгами, нитками, частями своего тела и т. п. Так,

бабушка рассказывает, что ее внука в течение 2-х лет играет исключительно своими пальцами, составляя из них различные конфигурации. При этом она проявляет обычно несвойственные ей живые эмоции: смеется, сердится, плачет. Что означают фигуры из пальцев, остается совершенно непонятным.

Обычно пациенты предпочитают играть в одиночестве и всякий раз, если кто-то вмешивается в их игру или даже при этом присутствует, проявляют недовольство, вплоть до ярости и агрессии. Если они при этом пользуются игрушками, то игры также носят отвлеченный от социальной действительности характер, а игрушки используются не по назначению. Например, мальчик, играя с машинками, выстраивает их в ряд, по одной какой-то линии, составляет из них квадраты, треугольники.

16. Иногда детей-аутистов отличает превосходная, на первый взгляд, память. Они могут надолго запоминать и воспроизводить с фотографической точностью стихи, рассказы, мелодии. На самом деле это механическая или произвольная (имплицитная) память, которая функционирует как бы самостоятельно, пациенты не могут ее контролировать, не умеют ею пользоваться, когда это нужно.

В то же время произвольная или эксплицитная память у пациентов развита крайне недостаточно. Их трудно научить самым элементарным вещам, например, закрывать за собой двери, складывать вещи, заправлять постель и т. п.

Встречаются аутисты, обладающие выдающимися счетными способностями. Так, воспитатели в детском доме рассказали, что мальчик 4-х лет в уме производит арифметические действия с 4-значными числами. Когда его попросили назвать, какой был день недели 13 июля десять лет назад, он правильно назвал его спустя всего 10 секунд. Станет ли он когда-нибудь прекрасным математиком, сказать нельзя. Для этого необходимо обладать стремлением заниматься математикой, ставить перед собой соответствующие творческие цели, то есть обладать высоким интеллектом, а этого у аутистов обычно не наблюдается.

17. Отказ пациентов от щадящих условий во время болезни или поиск патологических форм комфорта во время недомогания, усталости, страдания. Например, ребенка с высокой температурой невозможно уложить в постель, он находит для себя в комнате как раз то место, где более всего он может простудиться.

18. Аффективная блокада: скудость эмоциональных проявлений, преобладание ограниченного числа эмоций, обычно при этом доминируют страх, тревога и озлобленность. Других эмоциональных проявлений не встречается либо их почти нет. Например, радости, удивления, удовольствия, веселости и т. п. Это также неспособность распознавать душевное состояние другого человека, например, мальчик не понимает, что матери плохо, почему она плачет или что она рада, весела. Более того, встречается парадоксальность эмоциональных проявлений. Так, вместо того, чтобы пожалеть или приласкать, пациенты причиняют боль. Отсутствуют зачатки юмора, способности видеть что-то забавное в словах, фразах и вообще в происходящем.

Обычно очень трудно определить, какое настроение преобладает у аутичных пациентов. Чаще всего и большую часть времени они равнодушны, безучастны. Тем не менее, у некоторых из них выявляются отчетливые колебания настроения. Так, мать рассказывает, что ее девочка вдруг и без видимых причин становится иногда необычно возбужденной. Последний раз в течение месяца девочка все время обрывала обои и рвала их на мелкие кусочки. Либо становилась вялой, бездеятельной, апатичной. У некоторых пациентов повышенная агрессивность сменяется склонностью к самоповреждениям. Трудно сказать, правильно ли называть такое поведение агрессивным или самоповреждающим. Соответствующих намерений у пациентов, скорее всего, нет, целенаправленное поведение едва ли им свойственно вообще.

19. Нарушения самоосознавания: отсутствие сознания себя как действующего агента. Пациенты не выделяют себя из окружающей среды, относятся к себе как некоему постороннему для себя объекту. Например, называют себя во втором лице: «он»,

«она». В то же время местоимением «я» называют кого-то другого. Когда они совершают какие-то действия, что-то ощупывают, обнюхивают, они это делают механически, рефлекторно, не преследуя определенной цели.

Не выделяют, скорее всего, и окружающих людей из мира неодушевленных предметов. Кто общается с аутистом, отмечает Б. В. Воронков (2012), не может не почувствовать, что пациент воспринимает его как механическое устройство, но не как человека. Похоже на то, что действительность, они сами и окружающий их мир представляется пациентам безжизненным, мертвым.

20. Нарушения умственной деятельности, то есть способности совершать умственные действия. Так, аутичный пациент не может составить простейший рассказ по картинкам, то есть не может объединить одно изображение с другим. Это указывает на то, что отсутствует способность выполнять операцию синтеза. Выявляется неспособность выделять связи, существующие между различными предметами и явлениями. Это означает, что пациент лишен способности выполнять операцию абстрагирования. Отсутствует способность анализировать, различать части целого, в сознании пациента эти части сливаются в одно целое, не разделяются. Это называют *синкретизмом* мышления (греч. *synkretismos* – соединение, объединение). Например, пациент не может понять, что выполнение задания и оценка учителя за него – это разные вещи.

Страдают и другие умственные операции. Так, сравнивая разные объекты, пациент опирается на поверхностные, а не существенные признаки. Из-за неспособности обобщать он не может составить однородные группы объектов. Точно также имеющиеся знания пациенты совершенно не способны применять на практике, то есть не могут выполнять операцию конкретизации.

При исследовании умственных способностей психологическими тестами пациенты оказываются несостоятельными во многих отношениях, в том числе и в тестах, рассчитанных на

т. н. вербальный интеллект (собственно мышление, опирающееся на речь).

21. Нарушения интеллекта. Типичным является дефицит воображения – способность составлять новые комбинации из известных элементов. Воображение в норме функционирует под влиянием эмоций, потребностей, вследствие чего плоды воображения всегда представляют некую ценность, так как являются результатом творческой деятельности. Среди врожденных потребностей у маленьких детей самой выдающейся является, пожалуй, познавательная потребность, жажда нового знания, необыкновенная пытливость. Такие дети в возрасте 3-4 лет задают в день около 400 вопросов и требуют исчерпывающих ответов со стороны взрослых.

Дети-аутисты вопросов почти не задают либо задают странные, «заумные» вопросы. При этом не слушают ответов, а иногда много раз задают один и тот же вопрос, как если бы забывали ответ на него. Главным результатом дефицита воображения является однообразие поведения пациентов или, другими словами, неспособность к творческой активности.

Крайне ограниченным может быть запас знаний пациентов. Но более важной проблемой для них является другая. Даже располагая большим запасом знаний при отличной памяти, пациенты неспособны использовать эти знания в повседневной деятельности. Они лишены также способности планировать свою деятельность, предвидеть возможные его последствия.

Наконец, у детей-аутистов страдает понимание значения различных социальных ситуаций. Понимание всегда предполагает не только наличие достаточного запаса знаний, но и наличие особых программ интерпретации информации, позволяющих связывать отдельные впечатления в целостную картину происходящего. Когда индивид чувствует, что у него это не получается, у него появляется ощущение непонимания, чувство недоумения, которое побуждает его к исследовательской активности. У аутистов нет не только понимания значения текущих ситуа-

ций, им незнакомо и ощущение того, что происходящее им непонятно.

22. Достаточно типичным проявлением аутизма является двойственность, противоречивость поведения пациентов – *амбивалентность* (лат. *ambo* – оба, *valentia* – сила). Страх в безопасных ситуациях нередко сочетается с полным отсутствием страха в ситуациях реальной угрозы, безразличие к дискомфорту – с активным сопротивлением при кормлении, купании или одевании; непереносимость некоторых звуков с отсутствием реакции на другие звуки, избирательность в пище – с неразличением съедобного и несъедобного, агрессивность – с отсутствием оборонительной защиты в опасных ситуациях, симбионтическая связь с матерью – с враждебностью к ней. Амбивалентность особенно часто встречается также при шизофрении.

23. Нередко у аутичных пациентов выявляются неврологические симптомы, такие, как насильственные движения (гиперкинезы), нарушения чувствительности, асимметрия рефлексов, расстройства мышечного тонуса и др. Более чем у трети пациентов (до 40%) наблюдаются эпилептические припадки. Выявляются также аномалии строения внутренних органов, частей тела, свидетельствующие о нарушениях развития в период беременности.

2. **Синдром Каннера.** Описан в 1943 году. Распространенность синдрома Каннера, по разным данным, колеблется от 2 до 20 случаев на 10 000 детей (приводятся и такие данные: 1 на 100–1 000 новорожденных). У мальчиков расстройство встречается в 3-5 раз чаще, чем у девочек. Отмечается тенденция к его учащению. *Этиология* (греч. *aitia* – причина; *logos* – наука) не установлена. Некоторые авторы предполагают связь расстройства с шизофренией, другие усматривают его причину в повреждении женской половой хромосомы, других наследственных дефектов (аутосомно-рецессивной патологии), внутриутробных инфекциях.

Понятие «аутизм» характеризует значительная степень неопределенности. Так, согласно DSM-4, под аутизмом понимают тяжелые и специфические ограничения в способности к взаимному социальному взаимодействию, общению и фантазированию и особенное, в первую очередь, стереотипное поведение. (Л. Гиллберг и К. Гиллберг 2014) указывают, что большинство диагностических моделей аутизма укладывается в *триаду Уинга* (L. Wing):

1) значительное понижение способности к нормальному социальному взаимодействию, которое рано проявляется неумением контактировать, относительной потерей интереса к окружению, односторонностью в контакте, пониженной способностью регулировать социальное взаимодействие с помощью взгляда, мимики, жестов и языка тела, предпочтением одиночества;

2) значительный недостаток общения с поздним отстающим речевым развитием (различным лепетом), который не заменяется мимикой; недостаток понимания жестов, игры слов; неумение привлечь внимание к себе; повтор последнего услышанного предложения или части его – эхолалия. Если есть понимание речи, то оно конкретное и вначале без понимания ее социального коммуникативного значения. Способность к пониманию символов значительно понижена. Половина всех детей с аутизмом так никогда и не пользуется речью;

3) выраженное ограничение моделей поведения – с ритуалами, сопротивлением всему новому, установкой на определенные вещи, детали, людей. Узкая область интересов, часто – двигательные стереотипии (прежде всего стереотипные движения рук, пальцев) и повторяющиеся, возможно даже самодеструктивные движения тела. Чаще всего возникают также странные реакции на свет, звук, боль, запах, тепло, холод. Гиперактивность сменяется пассивностью либо потерей инициативы. Иногда возникает желание поедать несъедобное (землю, цветы, бумагу).

Ранние признаки синдрома Каннера обнаруживаются у 2/3 младенцев в первые 3-4 месяца после рождения. Отсутствуют

контакт глаз, социальная улыбка, комплекс оживления, коммуникативный лепет, ориентировочный рефлекс, новые впечатления вызывают у ребенка реакцию недовольства или страха. Младенцы не просятся на руки, не гоняются за матерью, плохо берут грудь, рано отказываются от груди. При взятии на руки не принимают удобной позы. Часто выявляются признаки невропатии.

Отмечается, что у трети пациентов развитие в первые 2-3 года жизни после родов может быть нормальным, симптомы аутизма появляются к концу раннего детства.

Наиболее ярко признаки синдрома Каннера проявляются в возрасте пациентов от 2 до 4-5 лет. Выявляются отсутствие интереса к окружающему, погруженность в себя, неспособность формировать привязанности, склонность к уединению. Задерживается развитие эмоций, у пациентов преобладают безразличие, страхи, недовольство, агрессивные и аутоагрессивные тенденции. Обнаруживается обеднение мимики, жестикуляции, эмпатии, пациенты не понимают значения выразительных актов. Отмечаются задержка развития речи, социального мышления, самоосознавания, трудности в овладении местоимениями, наблюдаются странные, однообразные и лишённые социального содержания игры, дети играют преимущественно в одиночку, игры носят манипулятивный характер.

Характерны стереотипные телодвижения, напоминающие гиперкинезы. Типичным является феномен тождества: потребность в неизменности окружающей обстановки. Временами дети становятся возбужденными, сильно кричат, периоды возбуждения сменяются состояниями вялости, аспонтанности, сонливости. Пациенты до 3-4 лет и позже не различают одушевленные и неодушевленные объекты. Выявляются различные симптомы органической неполноценности головного мозга, у 25-40% пациентов наблюдаются эпилептические припадки.

После 4-5 лет симптоматика расстройства постепенно сглаживается. Дети лучше говорят, становятся более общительными, в той или иной степени усваивают навыки самообслужива-

ния, личной гигиены, научаются выражать свои потребности и желания. Однако основные симптомы расстройства, такие как аутизм, эмоциональная блокада, неспособность формировать привязанности, развивать стойкие просоциальные интересы и увлечения не преодолеваются, нарушения межличностных контактов и трудности социализации сохраняются неопределенно долгое время.

Специфического лечения расстройства не существует, используются в основном симптоматическая терапия (транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики, ноотропы, мягкие нейролептики), уход, специфические методы обучения, воспитания под руководством специально обученных психологов. Об эффективности работы с пациентами судить сложно. Публикаций, в которых сообщалось бы о значительных успехах, крайне мало, если они есть вообще, но заметного, если не значительного улучшения состояния пациентов удается добиться практически всегда.

Динамика. До 3-4 лет наблюдается постепенное нарастание, усложнение симптоматики расстройства. До 5-6 лет состояние становится стабильным, затем отмечается постепенное улучшение в поведении, контактах, речи.

Прогноз. Приблизительно 2/3 пациентов остаются с тяжелым дефектом, неспособными к адаптации, зависимыми либо от своих родственников, либо от лиц, заботящихся о них в специализированных учреждениях. Большинству пациентов в возрасте 6-7 лет выставляется диагноз умственной отсталости, в отдельных случаях – шизофрении.

Известны случаи сочетания раннего аутизма с особой формой эпилепсии (синдромом Леннокса-Гасто).

Иллюстрации (Комер, 2002; Карсон и др., 2004):

1. Р., первый ребенок в семье. Роды трудные, с асфиксией (греч. *asphyxia* – удушье). Последующее физическое развитие, моторика, навыки самообслуживания соответствовали возрасту (со слов родителей). Родителей беспокоило, что у Р. были нарушены общение, а также то, что он не играл в обычные игры. Некоторое время родители думали, что Р. глухой, так как он не обращал внимания на то, что ему говорили. Р. предпочитает одиночество, старается держаться вдали от других людей. Он не приветствует мать или отца по утрам и когда они возвращаются домой, равнодушен к младшему брату. В его лепете отсутствовали интонации разговора с другими.

В возрасте 3 лет он научился понимать простые практические просьбы, но до сих пор не может выразить свои нужды. Например, вместо того чтобы сообщить о своей жажде, он спрашивает: «Ты хочешь пить?» В его речи много повторений слов и фраз, которые он слышал ранее, при этом сохранены оригинальные интонации. Он не может общаться посредством жестов и мимики. Р. любит яркие цвета и вращающиеся предметы, подолгу на них смотрит, при этом смеется, хлопает в ладоши, танцует или ходит на цыпочках. То же делает, когда слушает музыку.

Ему нравится играть с маленькой машинкой, с которой он не расстается, расставляет на полу кухонную посуду, а также периодически бегать по кругу. Все попытки взрослых изменить или расширить его интересы наталкиваются на его сопротивление. Например, если у него забирают машинку, он сердится, кричит, дерется, старается укусьить себя или других. Тестирование показало, что Р. отстает в развитии в том, что связано с речевыми навыками.

2. Обращаясь к прошлому, С., мать Марка, припоминает некоторые вещи, которые уже тогда казались ей странными. Например, вспоминает, что, когда она подходила к Марку, он, казалось, никогда не предчувствовал, что его возьмут на руки.

Кроме того, несмотря на его привязанность к соске, он проявлял мало интереса к игрушкам. Всякий раз, когда соску клали не на место, он выражал недовольство. Марк редко указывал на что-нибудь и, казалось, не обращал внимания на звуки. Большую часть времени мальчик проводил, ритмично постукивая по планкам кровати и был глубоко погружен в собственный мир.

Когда Марку исполнилось 2 года, его поведение стало серьезно беспокоить родителей. Марк, рассказывают они, обычно всегда «смотрел сквозь» человека или мимо него, но очень редко прямо на человека. Он мог произносить несколько слов, но не похоже было, чтобы он понимал человеческую речь.

Фактически он не реагировал даже на собственное имя. Все свое время мальчик тратил на исследование знакомых предметов, которые он крутил и вертел в руках, держа их прямо перед своими глазами. Особую озабоченность родителям внушали странные движения Марка (он мог внезапно прыгнуть, начать размахивать руками, тискать или крутить свои пальцы, корчил самые странные гримасы, особенно когда был взволнован), а также то, что отец мальчика описывал как ригидность Марка.

Марк любил укладывать предметы ровными рядами и громко кричал, когда этот порядок нарушали. Он настойчиво требовал, чтобы все вещи оставались на одних местах, и всякий раз очень расстраивался, когда его мать предпринимала попытку переставить по-новому мебель в гостиной. После 5 лет состояние Марка начало медленно улучшаться.

3. Синдром Аспергера. Расстройство впервые описано в 1944 году под названием «детская аутистическая психопатия». Справедливости ради, расстройство следовало бы обозначить термином *синдром Сухаревой* (Груня Ефимовна Сухарева описала его в 1933 году, задолго до Л. Аспергера).

Причины развития синдрома Аспергера не установлены. Достоверная статистика его распространенности отсутствует. Недавние исследования в Швеции показали, что его частота – при-

мерно 3-7 случаев на 1 000 новорожденных. Чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

Среди ранних признаков расстройства фигурируют симптомы детской нервности (невропатии), нарушения общего двигательного развития (неуклюжесть, моторная неловкость), трудности формирования привязанностей, снижение потребности в контактах. Наряду со среднестатистическими показателями развития в части случаев наблюдаются ускоренное развитие речи, воображения, самосознания, мышления и необычные, не соответствующие возрасту интересы и увлечения. Реже встречается замедленное психическое развитие.

В возрасте после 2-3 лет и позже выявляется «неуклюжесть» в общении, трудности в усвоении навыков диалогической речи. Медленно преодолевается эгоцентризм: детям трудно представить себя на месте кого-то другого, понять, что чувствуют и думают другие. Они редко бывают агрессивными, но эмоциональной теплоты, участия, ласковости им явно недостает.

Эмоциональная холодность, равнодушие, монотонность часто сочетаются с эмоциональной сверхчувствительностью, чрезмерной ранимостью, впечатлительностью, обидчивостью. Безучастность по отношению к реальным событиям нередко сопровождается повышенным интересом к виртуальным событиям: к тому, что изображается в книгах, представляется на экранах монитора или телевизора.

Некоторые дети задают заумные вопросы, встречаются игровые перевоплощения, в занятиях и играх проявляются необычные интересы. Увлечения и интересы отличаются также односторонностью, стереотипией. Школьных проблем обычно не бывает, дети неплохо учатся, но редко с кем завязывают дружеские отношения или включаются в детские и подростковые группы. Временами совершают неожиданные, импульсивные поступки.

В юношеском возрасте у некоторых из них возникают кратковременные психотические состояния (с галлюцинациями, бредом, возбуждением или ступором).

Главные отличия синдрома Аспергера от синдрома Каннера:

1. Обычно нормальное или даже ускоренное развитие речи, мышления, интеллекта.
2. Отсутствие врожденных нарушений развития мозга, анатомических его дефектов.
3. Отсутствие эпилептических припадков и иной неврологической патологии.
4. Лучшие показатели социализации, отчего пациенты способны обучаться в коррекционных классах или по программам обычной школы.

Иллюстрация

Девушка К., 19 лет. Поступила на судебно-психиатрическую экспертизу. Находясь в местах лишения свободы, совершила убийство. В ходе обследования установлено следующее. Единственная дочь в семье. Родители – научные сотрудники, отец в беседе оставляет впечатление неадекватности: вступает в дискуссию с врачом, оспаривает диагноз, не согласен с оценками некоторых особенностей развития дочери как признаков психического дизонтогенеза. Наследственность по линии психических расстройств не отягощена. Беременность и роды нормальные, раннее развитие ускоренное, ничем серьезным не болела. Стала ходить в 8 месяцев, первые слова появились к году, фразовая речь появилась в год и четыре месяца.

Росла «самостоятельной», подолгу могла оставаться одна, без матери не скучала, не ждала возвращения родителей, не радовалась их приходу. Помнит себя с 11 месяцев, сообщает о некоторых ранних впечатлениях, родители подтверждают, что такие события были. Рассказывает, что в возрасте около года ее заинтересовали часы с кукушкой и что она много о них «думала».

В возрасте около 3 лет заинтересовалась анатомией. Родители покупали ей мелких животных, которых она вскрывала и

«изучала, что там у них внутри». В 5-летнем возрасте научилась читать, родители, по их словам, ей помогли в этом, но немного, она оказалась на редкость способной ученицей. В возрасте 6-7 лет много читала, предпочитала А. П. Чехова, Д. Лондона, У. Шекспира, книги по философии, «пробовала читать «Капитал» К. Маркса, но ничего не поняла».

В школе с 6,5 лет. Училась легко, ровно, была лучшей ученицей в классе. Окончила школу с золотой медалью, намеревалась стать филологом. Предпочитала одиночество, друзей не имела, общественных занятий избегала. В старших классах нравилась соседскому мальчику, но взаимностью ему не отвечала, сама никем и никогда не увлекалась. В возрасте 15 лет стала внезапно, не предупреждая родителей, исчезать из дома и отсутствовать по несколько дней. Находили ее иногда в другом городе, куда она уезжала, договорившись о встрече с кем-то по интернету. Однажды совершила суицидальную попытку: налила в ванну воды, легла в нее и перерезала вены на обеих руках. Спасли ее случайно и в самый последний момент. Ничем эту попытку не объяснила.

В 17-летнем возрасте услышала разговор родителей, в котором отец сказал жене, что давно оставил бы ее, если бы этому не мешала дочь. Решила покинуть родителей, чтобы не быть им помехой. Ушла из дома, связалась с компанией малолетних воровок, участвовала с ними в ограблениях квартир. Жила с ними в частном доме на окраине города. Во время ограблений обычно стояла «на часах» на случай появления жильцов или милиции. Девочки пили, курили, матерились, водили «мальчиков», она их интересы не разделяла, держалась от девочек на расстоянии, общение с ними считала неприятным, вынужденным и временным, о себе им обычно не рассказывала. Спустя некоторое время всех арестовали, ее осудили на несколько лет с отбыванием заключения в колонии общего режима, остальные получили условные сроки, так как всю вину она взяла на себя и ее признали организатором воровской шайки. В колонии адаптировалась без

большого труда, работала, много читала, держалась от осужденных в стороне, нарушений порядка не имела, у администрации была на хорошем счету. Писем домой не писала, после осуждения просила родителей ее не навещать и писем не писать, их передачи не принимала, выбрасывала или отдавала другим женщинам. К моменту освобождения решила совершить серьезное преступление – чтобы получить длительный срок заключения. Хладнокровно убила старика-сторожа. Хотела сразу заявить на себя, но «шел дождь», на это время спрятала труп в подполье. Через 3 дня сделала признательное заявление. Следователю рассказала все сама, ничего не скрывая. Направлена на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Неврологической, соматической патологии при обследовании не выявлено. В отделении ведет себя адекватно. Опрятна, выглядит интеллигентной, несколько отчужденной, высокомерной. Избирательно общительна, немногословна. Подолгу о чем-то думает, читает, что попадаетея под руку. В контакт с врачом вступает легко, на вопросы отвечает по существу, лаконично. Инициативы, интереса к беседе не проявляет, на темы о личном предпочитает много не говорить. Внимание без патологии, память, мышление не нарушены. Интеллект выше среднего, очень начитана, может свободно разговаривать на разнообразные темы. Речь правильная, даже изысканная, в ней нет ничего вульгарного, блатного. Наколок не имеет, хотя знает о них, составила по просьбе врача большой их список с подробной расшифровкой значений. Настроение ровное. Эмоционально сдержанна, несколько монотонна, аффективные реакции вялые. Гипомимична, жестикуляция скупая, маловыразительная. Продуктивных расстройств (обманов восприятия, бреда и др.) не выявляется. Не жалеет о содеянном. Планы на будущее неопределенны. Сообщила, что года 2-3 тому назад несколько раз слышала оклики по имени. Установлен диагноз: шизоидная психопатия.

4. Психогенный аутизм (реактивное расстройство привязанности). Распространенность расстройства не установлена,

но предположительно весьма велика. Основной причиной его развития считается недостаточная забота о детях. Предполагается, что дефицит заботы, в том числе эмоциональная депривация, нарушает процесс формирования привязанностей, а в связи с этим нарушается развитие социальных отношений (симпатий, солидарности, уважения, признательности, благодарности, дружбы, любви), интересов, увлечений и просоциальных моделей поведения.

Как считают некоторые психологи, формирование привязанностей происходит в основном в первые 3-4 года жизни после родов. В последующем, по окончании этого критического периода, привязанности если и формируются, то оказываются ненадежными: поверхностными, непрочными, амбивалентными.

Главным признаком реактивного расстройства привязанности является отсутствие глубоких эмоциональных связей с родителями, близкими людьми. В клинически значимых случаях это приводит к тому, что в дальнейшем не формируются близкие отношения и с другими людьми. Общим результатом дефицита привязанностей становится неспособность пациентов принимать просоциальные воздействия и превращать их в качества своей личности. Тем самым развитие личности замедляется, искажается, особенно если дети попадают под влияние неблагоприятных социальных обстоятельств.

Часть таких пациентов (вероятно, их около половины) в детстве обращает внимание чрезмерной заторможенностью, замкнутостью, недоверчивостью, стремлением избегать общения с окружающими людьми, а также противоречивостью реакций на заботящихся о них людях. Предположительно, происходит это потому, что у детей глубоко укоренились тревога, страх общения, социальных ситуаций.

Другая часть пациентов, напротив, отличается «диффузной привязанностью» или «неразборчивой общительностью». Такие дети очень легко вступают в контакт даже с незнакомыми людьми, ведут себя с ними так доверчиво, будто давно и хорошо

их знают. При этом они не испытывают беспокойства, опасений, не обнаруживают естественной осторожности. Они могут быть, пожалуй, несколько обнажены – рассказывают о себе все без утайки, даже о своих неблагоприятных поступках, как бы не понимая границ того, что можно и чего не следует делать и говорить. Пациенты, кроме того, могут быть назойливыми, фамильярными, не способными считаться ни с возрастом, ни с социальным положением людей. Несмотря на внешнюю общительность, признаков надежных привязанностей у них не обнаруживается.

Обе категории пациентов никому из окружающих их взрослых не подражают, ни с кого не берут пример, чаще всего они не знают, кем и какими они хотели бы быть в будущем. Их трудно чему-то научить, даже если они умны и сообразительны, поскольку их интересы ограничены, поверхностны и нестойки. Пациентов трудно приобщить к дисциплине, аккуратности, порядку, к тому, чтобы чувствовать ответственность за свое поведение. Они необязательны, не выполняют своих обещаний, могут обманывать, не испытывая при этом угрызений совести.

Поведение пациентов нередко отличается импульсивностью, зависимостью от сиюминутных импульсов и случайных внешних обстоятельств. Кроме того, они нетерпеливы, неспособны контролировать свои побуждения и непосредственные реакции. Обычно они любопытны, но стойкие и глубокие интересы им несвойственны. Иногда они могут легко чем-то или кем-то увлечься, но это бывает ненадолго, обычно же они неспособны увлечься чем-то надолго и серьезно, к кому-то привязаться, не умеют завязывать и поддерживать прочные межличностные отношения.

Серьезных просоциальных увлечений у многих из них не формируется, а это в свою очередь препятствует профессиональной ориентации, овладению трудовыми навыками. Вряд ли они окажутся способными к отношениям дружбы, уважения и тем более любви в зрелом возрасте, не свойственно им и самоуважение, хотя их самолюбие может быть болезненно обострен-

ным. Существуют сложности в формировании нравственных норм, нередко даже у взрослых пациентов выявляется значительный моральный дефицит.

Многие из них, воспитываясь в детских учреждениях, привыкают к праздному образу жизни, к тому, что педагоги и воспитатели их опекают, оберегают от трудностей жизни, отвечают за них, принимают за них решения, всегда готовы помочь советом, ободрением, участием. Воспитатели и педагоги сообщают, что им запрещают привлекать детей и подростков к труду, заставлять работать, так как действующими инструкциями, по их словам, это приравнивается к жестокому обращению. Внутренняя неготовность принимать опыт жизни других людей и поощрение иждивенчества приводят в итоге к тому, что дети не развиваются эмоционально и интеллектуально так, как это свойственно их сверстникам из благополучных семей.

Терапия. Могут быть рекомендованы психотерапия в разных ее вариантах, психологическая коррекция, совершенствование методов воспитания, в частности приучение к труду, дисциплине, формирование просоциальных потребностей и т. п., но лучшим, если не единственно радикальным выходом из ситуации является как можно более раннее помещение в хорошую приемную семью. В противном случае прогноз для большинства таких пациентов чаще всего неблагоприятный, поскольку у многих из них задерживается развитие не только привязанностей, но и эмоций, чувств, волевых качеств, в какой-то мере интеллекта, навыков социального поведения. По сведениям учителей и воспитателей школ-интернатов, успешно социализируются в последующем не более 10-20% пациентов.

Иллюстрация

Молодой человек Б., 25 лет. Находится на лечении по поводу алкогольной зависимости («заставили, я и сам давно хотел»). Не женат, некоторое время состоял в гражданском браке, но семья вскоре распалась. Сын остался с матерью, отношений с ними не поддерживает. В армии не служил из-за ряда хрониче-

ских болезней. В последнее время часто меняет места работы, по профессии сантехник, работает в ЖЭКе. Живет в общежитии. Отца не помнит, мать лишена родительских прав, будто бы давно умерла. С 3 лет воспитывался в детдоме, затем в школе-интернате, окончил профессионально-техническое училище.

Рассказал, что в последние 2-3 года с товарищами по работе и проживанию пьет пиво, предпочитает крепкое, до 2 л за вечер. Употребляет также вино, водку. Пьет по несколько дней подряд, пока есть деньги. В пьяном виде делается обидчивым, конфликтным, драчливым. Вот уже как год стал опохмеляться. Имел приводы в полицию за драки, мелкие кражи. Курит с 13 лет, пробовал и травку. В свободное от дел время ничем не занимается, интересов, увлечений не имеет, «книгу последний раз видел в школе». Не может сказать, чем любит заниматься, есть ли у него надежные друзья, чаще всего, говорит, ему скучно, нечем себя занять, «от скуки некуда деться». Сожительствует со случайными женщинами, знакомится с ними «по пьянке». Несколько раз болел гонореей. После лечения намерен «завязать» с выпивкой, думает «заняться бизнесом, машину купить». На лечение поступил под нажимом начальства на работе под угрозой увольнения.

Выглядит неряшливо, одежда помятая, рваная, в пятнах, волосы грязные, спутанные, под ногтями черная кайма, ощущается запах немытого тела, дурной запах изо рта. Ведет себя несколько развязно, даже фамильярно, не соблюдает дистанции в общении с врачом, но после строгого внушения становится подобострастным, угодливым. Ориентируется правильно. Речь несколько невнятная, с бедным лексиконом, аграмматизмами, словесными штампами, жаргонизмами. Внимание концентрирует недостаточно, при последовательном отсчете из 100 по 7 допускает много ошибок, не замечает их, не пытается исправить. Таблицу умножения знает наполовину. Не может разъяснить смысл простых пословиц («не все то золото, что блестит», «не в свои сани не садись» и т. п.). Например, «шила в мешке не

утаишь» понимает так: «оно острое, колется». Не знает столицу Франции, путает Африку с Австралией, не видит отличия между рекой и озером, заливом и проливом.

Не понимает, отчего день сменяется ночью. На вопрос, что такое дружба, отвечает «пила», а что такое любовь – «неудобно выражаться». Звезду отличает от планеты тем, что первая – на фуражке, а вторая – на небе. Президентом страны считает В. Жириновского. Из артистов ему более других нравится Ф. Киркоров, особенно «под пиво». Не может описать свой характер, назвать сильные и слабые стороны своей личности. Считает себя здоровым и нормальным в психическом отношении человеком, «я – как все», увлечение алкоголем не расценивает как болезненное: «хочу – пью, не захочу – никто не заставит».

5. Аутизм коллективный – в социальной психологии – тенденция обособленной группы маргинальных индивидов принимать, поддерживать, развивать противоестественные убеждения и предаваться занятиям, которые противоречат принятым в обществе нормам поведения, ценностям и идеалам. Например, это деструктивные секты, клубы самоубийц, ассоциации гей-активистов, сообщества наркоманов, нацистов, педофилов и редко извращенцев иного рода, «фанатов спорта», уголовников, культуристов, анонимных алкоголиков, посетители салонов с демонстрацией топ-моделей и причудливых «модных» одежд, занимающиеся психологическим тренингом лица, если их «тренер» преследуют цели, далекие от личностного роста, и т. д. Термин обычно используется в негативном контексте.

6. Аутизм органический – проявления аутизма, вызванные, как предполагается, органической патологией мозга, включает и ряд наследственных патологий.

7. Аутизм процессуальный детский (Башина, 2012) – эндогенное заболевание неустановленной этиологии (конкретные сведения о генетической и/или конституциональной природе отсутствуют). Начинается в возрасте до 3 лет с появления вялости, пассивности либо двигательного возбуждения (со стере-

отипией, гримасничанием, манерностью, негативизмом и другими симптомами). Началу заболевания может предшествовать нормальное, искаженное или задержанное развитие, развивается спонтанно, без видимых причин, или провоцируется психической травмой, заболеванием внутренних органов.

В дальнейшем, в течение 6-38 мес., периоды заторможенности и возбуждения перемежаются, затем следует постепенный выход из психоза со смягчением симптоматики, несколько сглаживается аутистическая отрешенность. Возможны тревожные состояния со страхом, беспокойством, элементарными зрительными обманами.

Возможные исходы заболевания: остановка развития, формирование выраженной личностной патологии, глубокий интеллектуальный дефицит с резидуальными продуктивными кататоническими) симптомами. Достоверных отличий от ранней шизофрении, по-видимому, не существует.

В. А. ЖМУРОВ

**АУТИЗМ.
РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ**

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

*В рамках реализации регионального инновационного проекта
Социальный Технопарк «Качество Жизни»*

Подписано в печать 18.06.2018

Формат бумаги 60×84 1/16

Объем 3,25 усл. печ. л.

Заказ 06-199. Тираж 200 экз.

Отпечатано в оперативной типографии

Учебно-методического центра

664056, г. Иркутск, ул. Академическая, 74.

Тел./факс: 8(3952) 42-95-96.