

### III. Аутизм на поведенческом уровне

Во второй главе обсуждалось, как благодаря Лео Каннеру (1943) и Гансу Аспергеру (1943) аутизм был описан и получил свое название. В то время, как и теперь, аутизм определялся на основании поведенческих признаков. По Каннеру, необходимыми и определяющими симптомами аутизма являются «аутистическое одиночество» ребенка и «навязчивое стремление к постоянству» (Kanner и Eisenberg 1956). Хотя первые каннеровские описания очень красноречивы, и сегодня кажется, что многие дети с аутизмом в точности соответствуют нарисованной им картине, по мере того, как об аутизме становилось известно все больше и больше, диагностические критерии претерпели некоторые изменения.

#### Необходимые и достаточные признаки

Когда мы спрашиваем, каковы определяющие признаки какого-то нарушения, мы, по сути, задаем вопрос о симптомах, необходимых и достаточных для постановки диагноза. У любого нарушения есть основные признаки, наличие которых дает возможность поставить диагноз. Однако встречаются еще и необязательные признаки, которые у пациента могут наличествовать, а могут и отсутствовать. Основные признаки должны быть достаточны для постановки диагноза и давать возможность отличить данное нарушение от всех других.

Поскольку первоначальные взгляды Каннера были основаны на наблюдениях за ограниченным количеством детей, направленных в его клинику, естественно, в его описание вошли многие необязательные и даже не связанные с аутизмом признаки (например, социальное происхождение). Успех исследования природы и причин аутизма связан с обращением к многочисленным клиническим и эпидемиологическим данным, позволившим исключить те симптомы, которые, присутствуя у некоторых детей с аутизмом, не являются симптомами аутизма как такового. Без такой «чистки» попытки объяснить аутизм вряд ли были бы успешными, поскольку исследователи тратили бы время, пытаясь дать объяснение случайным и не специфичным для аутизма симптомам. К сожалению, в прошлом подобные случайные признаки порой рассматривались как важнейшие симптомы и даже причины аутизма, в результате чего исследования шли по ложному пути. Примером тому может служить «гипотеза сверхизбирательности», предложенная Lovaas и др. (1971), согласно которой причина аутизма – сферхсфокусированное внимание. Эта многообещающая теория пошатнулась, когда было обнаружено, что трудности распределения внимания между различными аспектами окружающей обстановки встречаются при задержке психического развития в целом и не специфичны именно для аутизма.

Обзоры эпидемиологических работ заставляют сделать вывод, что многие симптомы, которые встречаются у аутистов, не специфичны для аутизма. Так, например, L.Wing и J.Wing (1971) нашли, что хотя более 80% из обследованных ими аутистов предпочитали проксимальные ощущения (запахи, вкусы, прикосновения), такие же пристрастия были выявлены у 87% детей с частичной потерей зрения и слуха, у 47% пациентов с синдромом Дауна и у 28% обычных детей. Поскольку такие проявления, как трудности обучения, стереотипии и отставание когнитивного развития, можно встретить и у неаутичных детей, они не могут быть первичными и достаточными причинами аутизма. Желая выделить признаки, характерные и специ-

фичные именно для аутизма, обычно исследователи проводят сравнение аутистов с контрольной группой, состоящей из детей или взрослых с такой же степенью задержки когнитивного развития, но не страдающих аутизмом. Уравнивание групп по IQ и умственному возрасту<sup>1</sup> дает уверенность, что отличие групп обусловлено аутизмом, а не задержкой когнитивного развития, встречающейся в  $\frac{3}{4}$  случаев аутизма (см. гл. 4).

### *Аутистический спектр*

Первоначальное описание Каннера было со временем изменено, по мере того как выяснялось, что одно и то же нарушение может проявляться по-разному. Так, несмотря на то, что некоторые аутичные дети действительно избегают социального взаимодействия, как это было у каннеровских пациентов, другие просто пассивны или даже могут проявлять активность в социальном взаимодействии, но каким-то своеобразным образом (Wing и Gould 1979). Было замечено, что клиническая картина аутизма варьирует как между различными людьми, так и у одного и того же человека, в зависимости от интеллектуальных способностей и возраста. Поскольку проявления аутизма столь разнообразны, Wing (1988) ввела понятие «аутистический спектр», чтобы зафиксировать идею о том, что одно и то же нарушение может проявляться различным образом.

<sup>1</sup> Умственный возраст (mental age — MA) — балл, соответствующий возрасту; оценка психического развития, получаемая с помощью тестов интеллекта и тестов достижений, отражает тот возраст, которому соответствуют полученные результаты выполнения заданий. Отмечается, что в течение одного года MA может значительно изменяться, а к началу подросткового возраста эта характеристика вообще становится бессмысленной; более того, у двух детей с одинаковым MA может быть весьма различная школьная успеваемость, что подразумевает необходимость дополнительной информации для получения представления о когнитивном развитии ребенка. Изначально IQ рассчитывался как отношение умственного возраста к хронологическому, умноженное на 100.

Аутизм — верно ли, что это синдром?

С диагностикой на поведенческом уровне связана существенная проблема: совместное появление нескольких поведенческих особенностей может быть просто случайностью. Тогда говорить об аутизме как о синдроме (т.е. паттерне симптомов, образующих единое целое) — неправомерно. В этом случае аутизм следует рассматривать как досадное сочетание нарушений, не имеющих какой-то общей причины (точно так же, как другой ребенок в силу случайного совпадения может быть дальтоником, долговязым и рыжим). Основательная работа, посвященная именно этому вопросу, была выполнена Wing и Gould (1979), которые провели эпидемиологическое исследование всех детей, живущих в Камберуэлле — районе Южного Лондона. Из всех детей в возрасте до 15 лет (35 000 человек) обследование прошли те, кто обращался в социальные, медицинские и образовательные службы (всего 914 человек). Из этой группы были отобраны дети, у которых имелись трудности обучения или одна из следующих особенностей: нарушение взаимодействия, вербальные или невербальные нарушения языковых функций, стереотипные формы поведения.

В результате такого обследования была выделена группа из 132 детей в возрасте от 2 до 18 лет (на момент обследования), все они были прикреплены к специальным школам. Все дети прошли медицинское и психологическое тестирование, с их родителями было проведено стандартизированное интервью на основе Бланка нарушений, поведенческих проблем и уровня способностей (Handicap, Behaviour and Skills Schedule; Wing и Gould 1978). Группа по характеру социального поведения была разделена на подгруппы: одна — из 58 детей, у которых социальное взаимодействие соответствовало их умственному возрасту, и другая — из 74 детей с нарушениями социального поведения (поведение 17 детей характеризовалось теми особенностями, которые Kanner и Eisenberg (1956) рассматривали как критерии аутизма, — социальная изоляция и стремле-

ние к постоянству). Подгруппы не различались по возрасту, но мальчиков в подгруппе детей с нарушениями социального поведения было больше по сравнению с подгруппой детей без таких нарушений. Кроме того, подгруппы значительно различались в плане коммуникации и игры: 90% детей с нарушениями взаимодействия (по сравнению с 50% детей без нарушений социального поведения) во время обследования или вообще не говорили, либо эхολалировали, у 97% детей с нарушением взаимодействия (по сравнению с 24% детей без нарушений социального поведения) символическая игра<sup>1</sup> либо отсутствовала, либо имела характер стереотипа. В группе детей с нормальным развитием социального поведения символическая игра была у всех, за исключением тех, чей уровень понимания речи был ниже 20-месячного возраста (умственный возраст, до которого просто не приходится ждать какой-либо символизации, поскольку способность к замещению объекта у обычных детей появляется только на втором году жизни). У детей же с нарушениями социального поведения, напротив, даже если развитие понимания речи было выше 20-месячного уровня, коммуникация и символическая игра были обедненными. Wing и Gould (1978: 25) пришли к выводу, что «у всех детей с нарушением социального взаимодействия имеются стереотипные формы поведения, почти у всех искажены или отсутствуют символическая игра и речь. Таким образом, исследование показало наличие взаимосвязи между этими видами нарушений». Когда дети Камберуэлла делились на группы не по характеру социального взаимодействия, а в зависимости от типа игры, такая корреляция также имела место (Wing и др. 1977).

Корреляция между нарушениями социального взаимодействия, коммуникации и способности к воображению также была выявлена в группе из 761 взрослого пациента психиатрической клиники (Shat и др. 1982). Отклонения в речи были выяв-

<sup>1</sup> Символическая игра — игра, где реальные предметы выступают в роли других предметов (например, спичечный коробок — в роли машины).

лены у 75% пациентов с нарушениями социального поведения, в то время как у пациентов, чье социальное поведение соответствовало их умственному возрасту, нарушения речи и воображения имелись только в 14% случаев. Символическая активность (интерес к книгам и фильмам, игра, соответствующая умственному возрасту) отсутствовала у 73% пациентов с нарушениями социального взаимодействия, в то время как у социально-сохранных пациентов — только в 8% случаев. Таким образом, по видимому, нарушения социальных представлений, коммуникации и воображения взаимосвязаны, и их одновременное появление у людей с аутизмом нельзя рассматривать как простую случайность.

#### *Триада нарушений*

Проблемы в сферах социализации, коммуникации и воображения достаточны и необходимы для описания поведенческих проявлений, характерных и типичных для аутизма. У аутистов может полностью отсутствовать речь и жесты; у них могут быть только эхололии или же беглая речь, которой они пользуются особым образом; но все это можно рассматривать как проявления нарушения коммуникации. Аутичный ребенок может крутить колесики у игрушечной машинки вместо того, чтобы разыгрывать сцены парковки или мойки машины, в то время как взрослый аутист может проявлять повышенный интерес к телефонным справочникам вместо того, чтобы смотреть мыльные оперы по телевизору или читать романы; за обеими этими картинками поведения лежит снижение воображения. Точно так же аутист может активно или пассивно избегать ситуаций взаимодействия с другими людьми, или, напротив, допытывать людей своими вопросами и монологами; все эти формы поведения свидетельствуют об отсутствии каких-либо социальных представлений (Wing 1988).

Наряду с этими ключевыми признаками, характерными для всех детей и взрослых с аутизмом, существует множество

других проявлений, частых, но не характерных для всех аутистов без исключения. К ним относится поразительная разница в результатах при выполнении тестов интеллекта, когда невербальные задачи (например, головоломки-пазлы) решаются гораздо лучше вербальных (Lockyer и Rutter 1970). Приблизительно 1 из 10 аутистов обладает так называемыми особыми способностями (savant ability), которые в значительной степени определяют его суммарный IQ. Это могут быть музыкальные способности, умение рисовать или считать в уме (Rimland 1978; Rimland и Hill 1984). Для многих аутистов характерны стереотипные движения, такие, как раскачивание, ходьба на цыпочках, взмахи руками или перебирание пальцами у себя перед глазами. Такие формы самостимуляции, которые также иногда включают в себя самоагрессию, можно встретить и при других, неаутистических, психических нарушениях. Более специфично именно для аутизма отмечавшееся Каннером «стремление к поддержанию постоянства», которое может проявляться по-разному — от одевания каждый день одной и той же одежды до неизменного распорядка дня и расположения предметов, которые запрещается нарушать и родителям, и педагогам. В целом эти проявления, не относящиеся к сфере социального взаимодействия, остаются мало понятными, хотя в 10-й главе и обсуждается одна предварительная гипотеза, пытающаяся объяснить эти странные проявления аутизма.

### Диагностика

На сегодняшний день основу диагностики аутизма составляют три ключевых признака, известные как триада Лоры Винг (Rutter и Schopler 1987). Диагностика аутизма с применением обеих основных диагностических схем, используемых в современной практике (*Diagnostic and statistic manual of mental disorders, пятый пересмотр* — DSM-III-R, American Psychiatric Association 1987, и *International classification of diseases*, десятый пересмотр — ICD-10, World Health Organization 1990), опирает-

ся на оценку трех ключевых нарушений, охватываемых триадой Лоры Винг:

- качественное ухудшение в сфере социального взаимодействия;
- качественное ухудшение в сфере вербальной и невербальной коммуникации и в сфере воображения;
- крайне ограниченный репертуар видов активности и интересов.

Полный список диагностических критериев аутизма, приводимых в DSM-III-R, можно посмотреть в табл. 1.

Триада нарушений социализации, коммуникации и воображения образует основу для исследований в области аутизма, поскольку она очерчивает проблемы и вопросы, которые нуждаются в объяснении и решении. Таким образом, психологическая теория аутизма должна, как минимум, объяснять сочетание этих трех видов нарушений (см. гл. 5 и 6).

*Табл. 1. Диагностические критерии аутизма, согласно DSM-III-R*

---

Необходимо наличие по крайней мере 8 из 16 признаков, включая не менее двух признаков из раздела А, не менее одного признака из раздела В и одного из раздела С (*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 те, 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 социального взаимодействия, проявляющиеся следующим образом:**

1. Явно недостаточное осознание существования других людей и их чувств (например, обращение с человеком как с мебелью; игнорирование страдания другого человека; очевидное отсутствие представления о необходимости личного пространства).

2. Отсутствие или искаженный поиск утешения в момент страдания (ребенок не приходит за утешением, даже если он болен, ударился или устал; ищет успокоения стереотипным образом, например каждый раз, когда ударится, повторяет: «Улыбайся, улыбайся, улыбайся»).
  3. Отсутствие или нарушение подражания (например, не машет рукой в ответ на прощальный жест взрослого; не подражает действиям матери, работающей по дому; механическая имитация действий других вне 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 вербальной и невербальной коммуникации, а также воображения, что проявляется следующим образом:***
1. Отсутствие таких форм коммуникации, как лепет, жестикация, мимика, речевое общение.
  2. Значительные нарушения невербальных аспектов коммуникации, таких как зрительный контакт, мимическая экспрессия, поза, жесты, служащие 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 речи, высоту, употребление ударений, частоту, ритм и интонацию

(например, монотонность, вопросительный тон речи, «писклявый» голос).

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. Существенно ограниченный спектр деятельности и интересов, что проявляется следующим образом:*
1. Стереотипные движения: например ребенок трясет или крутит руками, кружится, бьется 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. Выраженное волнение при любых переменах в окружающем мире, 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. Значительно ограниченный круг интересов и занятий с преобладанием одного узкого интереса: например ребенок интересуется только обведением различных рисунков, собиранием метеорологических сводок или воображает себя сказочным героем.

**D. Нарушения проявляются в младенчестве или раннем детстве.**

Особо отмечается, если начало заболевания относится к детскому возрасту (после 36 месяцев).

---

*Источник: American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3-е издание, пересмотренное (DSM-III-R), Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.*

**Ранние проявления аутизма**

С какого возраста может быть поставлен диагноз «аутизм»? В настоящее время достоверный диагноз редко ставится раньше 3–4 лет. В основном это связано с тем, что те формы поведения, которые нарушаются при аутизме (согласно приведенным выше диагностическим критериям), у обычных детей еще не сформированы. Тем не менее в последние годы все больше возрастает интерес к возможности выявления достоверных признаков аутизма в раннем возрасте. Поиску самых первых признаков аутизма, которые позволили бы выявлять группу риска, способствуют два фактора. Врачи-практики проявляют заинтересованность в ранней диагностике в надежде, что терапевтическое вмешательство на самых ранних этапах может оказаться более эффективным. Однако до сих пор совершенно не ясно, каким же должно быть это терапевтическое вмешательство. С теоретической точки зрения ранняя диагностика аутизма интересна в связи с выявлением природы первичного дефекта и причинно-следственных закономерностей на протяжении развития (см. гл. 6) – например, снижение способности к подражанию является причиной или следствием нарушения социального взаимодействия? Хотя многие исследователи, включая Каннера и Аспергера, считали, что аутизм возникает с самого рождения, это, конечно, не означает, что проявления аутизма также должны возникать сразу после рождения. Многие врожденные конституциональные особенности ребенка не проявляются в младенческом возрасте, нужно время для их созревания

и развития (например, врожденно «запрограммированные» гормональные изменения в подростковом возрасте).

Существует два типа исследований ранних признаков расстройства – ретроспективные и прогностические. *Ретроспективные* исследования обращены в прошлое, рассматривают определенную популяцию и анализируют истории развития людей из этой популяции. Такие исследования подвержены критике, поскольку на воспоминания очевидцев могут влиять какие-то последующие события – например, слишком радужные воспоминания о том, как было раньше, могут не соответствовать действительности. Чтобы избежать таких непреднамеренных искажений событий, исследователи могут обратиться к документам, написанным в тот или иной момент развития ребенка, например к записям в медицинской карте или школьным отчетам. Эти записи не могут быть искажены последующими событиями, однако в них может содержаться очень мало информации или же она может касаться вопросов, которые совершенно не интересуют исследователя. В *прогностических* исследованиях исследователь сам решает, какую форму поведения он будет анализировать, и при этом освобождается от искажения, свойственного ретроспективным исследованиям. Однако, если исследователя интересует какое-то редкое нарушение, может понадобиться огромная исходная выборка, чтобы с уверенностью сказать, что у детей с определенными особенностями впоследствии разовьется то или иное нарушение.

Ранние признаки аутизма полезны только в том случае, если они специфичны именно для аутизма и встречаются у всех аутистов. Выявление признаков, которые также встречаются у многих неаутичных детей (например, нелюбовь к переменам), довольно бессмысленно – использование их в качестве диагностических критериев приведет к росту числа «ложных тревог», к приклеиванию ярлыков обычным здоровым детям. Вместе с тем выявление признаков, которые встречаются только у некоторых аутистов (например, избегание прикосновений), также бессмысленно – это приведет к большому количеству пропусков,

когда аутизм будет оставаться незамеченным. Хотя родители многих аутистов говорят, что они с первых месяцев стали подозревать, что что-то не так, у этих подозрений должны найтись другие причины, чем в случае опасений родителей обычных детей, у которых также могут быть какие-то трудности. Кроме того, вполне возможно, что родители скорее замечают выраженные когнитивные проблемы, нежели аутистические проявления. Поэтому при поиске ранних признаков аутизма раннее развитие таких детей нужно сравнивать как с ранним развитием обычных детей, так и с развитием неаутичных детей с выраженными когнитивными нарушениями.

В настоящее время множество исследований посвящено изучению способов как можно более раннего выявления аутизма. В лонгитюдном исследовании Lister ставился вопрос, являются ли проблемы развития в 12 месяцев (выраженность трудностей оценивалась социальными работниками путем заполнения специального бланка) предвестниками триады нарушений, имевшей место к 12 годам. Результаты показали, что среди выборки из 1208 младенцев, которых повторно обследовали в 6 и 12 лет, дети, которым впоследствии был поставлен диагноз аутизм, в возрасте 12 месяцев ничем не отличались от нормальных (Lister, 1992). Исследование не только не выявило у «будущих аутистов» никаких признаков аутизма: более того, проблемы развития в социальной и коммуникативной сферах в возрасте 12 месяцев далеко не всегда означали, что у ребенка и в дальнейшем будут иметь место нарушения в этих сферах.

Совсем другой подход представлен в исследовании Johnson с соавторами (1992). В нем сравнивались ранние медицинские записи о детях, у которых впоследствии был обнаружен аутизм, и о детях, которые выросли психически здоровыми или имели трудности обучения (не аутистического спектра) легкой или средней степени тяжести. Было обнаружено, что в группе детей с трудностями обучения в возрасте 12 месяцев отмечались нарушения во многих сферах (моторной, зрительной, слуховой, речевой). Напротив, у аутичных детей в этом же возра-

сте нарушения были незначительными. Однако, в возрасте 18 месяцев у детей, впоследствии получивших диагноз «аутизм», были обнаружены нарушения социального взаимодействия. В группе детей, имевших трудности обучения, только нарушения развития социальной сферы в возрасте 18 месяцев наблюдались лишь у некоторых, причем они являлись частью общей задержки психического развития. У аутичных детей, напротив, наличие нарушений в социальной сфере отмечалось на фоне отсутствия других проблем. Результаты этого исследования говорят о том, что до начала второго года жизни у аутичных детей не наблюдается нарушений в социальной сфере: в 12 месяцев эти дети были оценены социальными работниками как нормально развивающиеся в плане социального поведения (по таким параметрам, как улыбка и реакция на людей).

В других работах ранние признаки аутизма исследовались путем различных технологий. Описаны единичные случаи, когда ребенок по тем или иным причинам наблюдался с раннего возраста и до того, как возникли подозрения на наличие у него аутизма (например, Sparling 1991). Домашние видеозаписи также могут являться хорошим источником информации о раннем развитии аутичного ребенка (Adrien и др. 1991). В настоящее время результаты исследований обоих типов говорят о наличии ранних, но очень незначительных признаков, при этом из-за отсутствия контрольной группы трудно понять, есть ли среди этих признаков специфичные именно для аутизма, и если да, то какие именно. Остается вероятность, что ранние проблемы в развитии просто приводят к трудностям обучения, сопутствующим аутизму, или что подобные поведенческие проблемы могут возникать и в ходе развития многих «обычных» детей. Наиболее многообещающей работой по изучению ранних предвестников аутизма является исследование, находящееся в стадии разработки в Британии и Швеции. Вагон-Cohen с соавторами (1992) преодолел проблему проведения прогностического исследования редкого нарушения, выбрав группу младенцев, у которых имелась высокая степень вероятности наличия аутизма.

Поскольку, по-видимому, аутизм имеет генетические предпосылки (см. гл. 4), эти исследователи сосредоточивают свое внимание на братьях и сестрах аутичных детей. Они разработали инструмент для скрининговых исследований – Бланк для выявления аутизма в раннем возрасте (Checklist for Autism in Toddlers – СНАТ), основанный на современных представлениях о поведенческих и когнитивных признаках аутизма (см. гл. 5). В частности, в опроснике упоминаются символические игры, концентрация, указательные жесты, интерес к окружающим людям и играм с ними. СНАТ использовался врачами и социальными работниками для исследования 41 18-месячного ребенка – братьев и сестер аутичных детей. Также с его помощью исследовалась контрольная группа случайным образом отобранных 18-месячных детей. Более 80% 18-месячных детей из контрольной группы получили нормальные оценки всех показателей, касающихся развития воображения и социальной сферы. Ни у одного ребенка из контрольной группы не было проблем больше чем в одной из пяти ключевых сфер. Напротив, у 4 детей из группы риска, состоящей из 41 ребенка, отмечались нарушения по двум и более ключевым показателям. Последующее исследование в 30 месяцев показало, что у этих четырех детей, и только у них, был диагностирован аутизм. Таким образом, это исследование показывает, что аутизм может быть выявлен в 18 месяцев путем обнаружения слабости в областях социальных, коммуникативных способностей и воображения. Значение этих предварительных данных для психологических теорий аутизма будет обсуждаться далее в главе 6.

### Эпидемиология

Регистрируемая частота встречаемости аутизма в популяции в значительной степени зависит от того, как он определяется и диагностируется. В большинстве исследований указывается частота встречаемости порядка 4–10 аутичных детей на 10 000 новорожденных. Однако Wing и Gould в своей

работе (1979) указывают, что «триада социальных, речевых и поведенческих нарушений» встречается у 21 из 10 000 детей из района Камберуэлл. Gillberg с соавторами (1986) выявил такую же высокую частоту встречаемости триады и умственных нарушений среди шведских подростков. В других исследованиях указывается частота встречаемости 10 на 10 000 (Bryson и др. 1988, Ciadella и Mamelie 1989). Эти недавние исследования (проведенные в США, Японии и Франции соответственно) показывают, что аутизм встречается во всем мире и не является более характерным для какой-то одной культуры по сравнению с остальными. Увеличение частоты встречаемости аутизма в течение последних лет может объясняться лучшей информированностью и более широкими критериями аутизма.

Все эпидемиологические исследования показывают более высокую распространенность аутизма среди мальчиков, чем среди девочек. Соотношение мальчиков и девочек составляет от 2:1 (Ciadella и Mamelie 1989) до 3:1 (Steffenburg и Gillberg 1986). Доля мальчиков и девочек, похоже, варьируется в зависимости от умственных способностей: большинство аутичных девочек характеризуется низким уровнем способностей, тогда как среди аутистов с высоким уровнем способностей (синдром Аспергера) соотношение мальчиков к девочкам составляет 5:1 (Lord и Schopler 1987). Szatmary и Jones (1991) сделали предположение о возможных причинах более низкого IQ у аутичных девочек, чем у мальчиков: например, девочки могут в большей степени подвергаться воздействию гена аутизма, или может встречаться гетерогенность, когда более «мягкие» формы (неполная пенетрантность<sup>1</sup>) нарушения возникают в ситуациях, когда ген связан с X-хромосомой, и, таким образом, более часто встречаются у мальчиков.

Как Каннер (1943), так и Аспергер (1944) указывали на высокий уровень интеллекта и социальный статус семей, имею-

<sup>1</sup> Пенетрантность — вероятность фенотипического проявления гена. Неполная пенетрантность — наличие некоторого процента случаев, когда ген не проявляется на уровне фенотипа.

щих аутичных детей, что привело к возникновению представления о том, что аутизм более распространен среди классов, стоящих на более высоком социально-экономическом уровне. Такое представление малообоснованно — среди множества эпидемиологических и популяционных исследований к настоящему времени только в одном из них (Lotter 1966) выявлены некоторые признаки социально-классового влияния. Результаты большого количества исследований свидетельствуют о том, что связь с аутизма с социальным положением может быть случайным фактом, связанным, например, с тем, что родители, принадлежащие к среднему классу, с большей вероятностью покажут своего ребенка специалисту (Wing 1980, Gillberg и Schaumann 1982).

Связь аутизма со многими органическими поражениями, выраженными проблемами обучения и эпилепсией обсуждается в 4-й главе, где рассматриваются биологические основы аутизма.

#### ***Выводы***

Поведенческие особенности при аутизме можно наблюдать непосредственно, и работа терапевта должна быть направлена на них. Поэтому очевидно, что их необходимо изучать в первую очередь. Бихевиоральные техники могут быть очень эффективны в работе с аутизмом (см. Schreibman 1988). Однако, имея представление об аутизме на когнитивном уровне, мы сможем анализировать такие поведенческие нарушения и лучше понимать их причину и природу. Этот аспект понимания аутизма обсуждается в главах 5 и 6. В следующей главе рассматриваются биологические нарушения, лежащие в основе поведенческих и когнитивных проявлений аутизма.