

Tony Attwood

The Complete Guide to Asperger's Syndrome

With a new introduction on the DSM-5[®] diagnostic criteria



Jessica Kingsley Publishers
London and Philadelphia

Тони Эттвуд

Полное руководство по синдрому Аспергера

С новым предисловием
о диагностических критериях DSM-5®

Баку, Ганун, 2022

Тони Эттвуд **ПОЛНОЕ РУКОВОДСТВО ПО СИНДРОМУ АСПЕРГЕРА**
Баку, Издательство Ганун, 2022, 592 стр.

«*Полное руководство по синдрому Аспергера*» — это одно из наиболее авторитетных руководств и справочников для людей, затронутых темой синдрома Аспергера. Дополненное новым введением, объясняющим влияние DSM-5 на диагностику СА и подход к нему, оно собирает воедино разнообразную информацию по всем аспектам этого синдрома, начиная с детства и заканчивая зрелостью.

Основанная на клинических случаях и личных историях из обширного клинического опыта Эттвуда, а также на его переписке с людьми с СА, эта книга одновременно авторитетна и очень доступна.

Являясь абсолютно необходимой литературой для людей с СА и их семей, равно как и для учителей, специалистов и работодателей, контактирующих с людьми с СА, эта книга должна быть на полке у любого, кому она нужна или кто просто заинтересован в знаниях об этом сложном состоянии.

Тони Эттвуд, PhD (доктор философии) — клинический психолог из Брисбена, Австралия, с более чем 30-летним опытом работы с людьми с расстройствами аутистического спектра. В настоящее время он — адъюнкт-профессор в Университете Гриффита в Квинсленде. Он — автор бестселлера «Синдром Аспергера: руководство для родителей и профессионалов» и многих других книг по синдрому Аспергера. Веб-сайт доктора Тони Эттвуда доступен по адресу www.tonyattwood.com.au.

Формат: 165×235 мм

Обложка: мягкая

Подписано к печати: 31.03.2022 г.

Компьютерная верстка: Алексей Восков, Гюнай Сеидова

Автор обложки: Айша Маммадли

Оформление обложки: Рафаэль Гасым

Перевод на русский язык: Антонина Стейнберг, Алексей Восков

Редактор: Вера Жибуль

Книга отпечатана в издательстве Ганун

Баку, AZ 1102, пр. Тбилиси, 76

Тел: (+994 12) 431-16-62; 431-38-18

e-mail: info@qanun.az

www.qanun.az

Моб: (+994 55) 212-42-37

www.fb.com/Qanunpublishing

www.instagram.com/Qanunpublishing

ISBN 978-9952-38-141-2

Copyright © Издательство Ганун, 2022

Copyright © Tony Attwood, 2006

This translation of 'The Complete Guide to Asperger's Syndrome' is published by arrangement with Jessica Kingsley Publishers Ltd

www.jkp.com

Энциклопедия о синдроме Аспергера, написанная доступным и не перегруженным специальными терминами языком. Она будет особенно полезной для помощи людям с синдромом Аспергера, родителям и профессионалам в понимании социальных трудностей. В ней удачно соединены научные данные, отчёты от первого лица и клиническая информация. Превосходен раздел о сенсорной гиперчувствительности. Сенсорные проблемы зачастую не дают людям в спектре аутизма/синдрома Аспергера участвовать во многих социальных мероприятиях из-за того, что стимулы, не беспокоящие большинство людей, оказываются непереносимыми.

Тэмпл Грандин
автор книги «Думая картинками» (Thinking in Pictures) и «Животные в переводе» (Animals in Translation)

Десять лет назад мне попался экземпляр книги Тони Эттвуда «Синдром Аспергера: руководство для родителей и профессионалов» (Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals). Тогда я понятия не имела, как он изменит меня, мою семью и нашу совместную жизнь. Эта простая, понятная и серьёзная книга сделала для меня то, что никогда и никому не удавалось за всю мою жизнь. Проще говоря, она ответила на все мои «почему» о том, кем я была, и в итоге дала «кирпичики», которые позволили мне стать той, кто я сегодня: счастливая и уверенная, с хорошей работой, замужняя мать троих детей. Я понимаю, что не похоже на выдающуюся биографию, но для человека вроде меня — у кого синдром Аспергера был выявлен только после 30 лет — это просто потрясающе. Пока я не прочитала книгу доктора Эттвуда, всё, что касалось меня, было под постоянной угрозой исчезновения, через которую мне приходилось продирааться всю жизнь. Мой брак, моя самооценка, моя идентичность, моё умение строить отношения и сохранять работу — во всём этом я тыкалась как слепой котёнок, в то время как окружающие думали, что мне это далось легко и непринуждённо. Доктор Эттвуд, или святой Тони, как я называю его, дал мне силы открыться миру и признать, что я только притворяюсь нормальной. Эти силы спасли мне жизнь, в этом я совершенно уверена. И сейчас святой Тони написал новую книгу, и она замечательная. «Полное руководство по синдрому Аспергера» — это всеобъемлющее руководство, наполненное полезной информацией, современными исследованиями, и что самое важное — полезными советами и воодушевлением для тех, у кого есть синдром Аспергера, и тех, кто стремится поддержать нас.

Лиан Холлидей Уилли (Liane Holliday Willey), EdD (доктор педагогики)
автор книги «Притворяясь нормальной. Жизнь с синдромом Аспергера» (Pretending to be Normal: Living with Asperger's Syndrome)

Основываясь на исследованиях последних 30 лет и личном опыте, но при этом в очень доступной манере, доктор Эттвуд выводит понимание синдрома Аспергера на новый уровень. Оживляя изложение личными историями и понятными объяснениями, Тони показывает читателю практические решения бесчисленных сложностей, с которыми сталкиваются люди с синдромом Аспергера, и позволяет им максимально использовать свои сильные стороны для того, чтобы жить насыщенной и продуктивной жизнью. Эта книга незаменима для всех, особенно людей с синдромом Аспергера.

Стивен Шор, AbD (профессор)
автор книги «За стеной. Личный опыт: аутизм и синдром Аспергера»

Тони Эттвуд исследует во всей глубине и сложности загадочную группу клинических картин, в совокупности известную как синдром Аспергера — часть более широкого спектра аутизма. Он описывает головокружные и зачаровывающие аспекты этих состояний и красочно иллюстрирует их воплощение в жизни примерами из личных историй. Он подчёркивает тот факт, что у рассматриваемых индивидуумов есть как особые умения, так и дисфункции. И самое важное — он даёт творческие, но всегда практичные предложения относительно помощи людям с этим синдромом, их семьям и другим причастным. Автор достиг настоящего эмпатического понимания детей и взрослых, чья основная проблема — это биологически обусловленный недостаток эмпатии по отношению к другим людям. Книга может быть рекомендована в первую очередь людям с синдромом Аспергера, а также их семьям, опекунам, сопровождающим и другим профессионалам в этой области.

Лорна Уинг

«Полное руководство по синдрому Аспергера» Тони Эттвуда — благо для всех, кто сталкивается с этим непростым состоянием в своей повседневной жизни. Книгу отличают здравый смысл и мудрость, приобретённые годами клинического опыта, и полные сочувствия советы для множества проблемных ситуаций, живо проиллюстрированные клиническими случаями. Это полный, всеобъемлющий и прекрасно написанный современный обзор того, что в настоящее время известно о синдроме Аспергера. Я бы рекомендовала эту книгу в качестве важнейшего источника не только тем, кто хочет узнать о синдроме Аспергера или расширить свои знания, но и профессионалам, которые получают более полное, компетентное и глубокое представление о синдроме, чем может в настоящее время дать какой-либо другой источник.

Ута Фрум

Эту книгу следует считать важнейшим ресурсом для специалистов, имеющих дело с детьми, подростками и взрослыми с синдромом Аспергера.

British Journal of Occupational Therapy (Британский журнал эрготерапии)

Это — блестящая книга, остающаяся моим верным помощником в работе с клиентами с синдромом Аспергера. Пользуйтесь ею!

Speech and Language Therapy in Practice (Практическая логопедия)

«Бесценная» и «важнейший источник информации» — эти слова часто можно встретить в обзорах, но они действительно применимы к этой книге. Кроме того, слова «полное руководство» слишком часто встречаются в названиях книг, но в этом случае название оправдано и совершенно точно.

www.familyonwards.com

Благодарности

Мне хотелось бы поблагодарить следующих людей за ободрение, предложения и поддержку, которые позволили мне собрать информацию для написания этой книги. Мою жену Сару, которая также редактировала черновик каждой главы, чтобы мои предложения были понятными и грамматически правильными. Это всегда было нелёгкой задачей. Множество людей с синдромом Аспергера и их родителей, описавших трудности, с которыми они сталкиваются ежедневно, и успешные стратегии их преодоления. Они — мои наставники. Моих друзей и коллег, которые прокомментировали черновики глав и дали ценные советы и поддержку. В особенности я хочу поблагодарить, в алфавитном порядке: Kari Dunn (Кари Данн), Michelle Garnett (Мишель Гарнетт), Carol Gray (Кэрол Грей), Isabelle Hénault (Изабель Эно), Kathy Hoopmann (Кати Хупманн), Janine Manjiviona (Джанин Манживиона), Stephen Shore (Стивена Шора) и Liane Willey (Лиан Уилли). В заключение хочу выразить признательность моим клиентам, друзьям и членам семьи, у которых есть синдром Аспергера. Вы приносите свет и радость в мою жизнь.

- Отрывки из Asperger, H. (1991) [1944] “Autistic psychopathy in childhood”. In U. Frith (ed) *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press. Воспроизведены с разрешения Springer-Verlag.
- Отрывки из Asperger, H. (1938) “Das psychisch abnorme Kind”. *Wiener klinische Wochenschrift* 51(49), 1314–1317. (“The mentally abnormal child”. *Viennese Clinical Weekly* V.49, N 49). Воспроизведены с разрешения Springer-Verlag. Отрывки переведены [на английский язык] Brit Wilczek.
- Отрывки из Jackson, N. (2002) *Standing Down Falling Up: Asperger’s Syndrome from the Inside Out*. Bristol: Lucky Duck Publishing. Воспроизведены с разрешения Sage Publications Ltd, Thousand Oaks, London and New Delhi. Copyright © Nita Jackson 2002.

- Отрывки из Williams, D. (1998) *Nobody Nowhere: The Remarkable Autobiography of an Autistic Girl*. London: Jessica Kingsley Publishers. Воспроизведено с разрешения Jessica Kingsley Publishers. Copyright © Donna Williams 1998.
- Отрывки из Willey, L.H. (1999) *Pretending to be Normal: Living with Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers. Воспроизведено с разрешения Jessica Kingsley Publishers. Copyright © Liane Holliday Willey 1999.
- Диагностические критерии Гиллбергов в Таблице 2.1 из Gillberg, I.C. and Gilberg, C. (1989) "Asperger syndrome — some epidemiological considerations: a research note". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30(4), 631–638. Воспроизведены с разрешения Blackwell Publishing.
- Диагностические критерии DSM-IV (TR) в таблице 2.2 American Psychiatric Association (Американская психиатрическая ассоциация) (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. Воспроизведены с их разрешения.
- Диагностические критерии ААА в Главе 2 из Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J. and Woodberry Smith, M. (2005) "The Adult Asperger Assessment (AAA): A diagnostic method". *Journal of Autism and Developmental Disorders* 35(6), 807–819. Воспроизведены с их разрешения.
- Диагностические критерии DSM-5 в Таблице 3 American Psychiatric Association (Американская психиатрическая ассоциация) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. Воспроизведены с их разрешения.

Оглавление

Вступительное слово	14
Предисловие к русскому переводу	15
Новое введение 2014 г.: диагностические критерии DSM-5 для расстройства аутистического спектра	22
Предисловие к первому изданию	37
1. Что такое синдром Аспергера?	40
1.1. Пути к диагнозу	43
1.2. Зачем добиваться получения диагноза?	55
1.3. Стратегии компенсации и адаптации при имеющихся отличиях.	56
1.4. Каковы преимущества и недостатки наличия диагноза?	64
1.5. Ключевые моменты и стратегии	70
2. Диагностика	73
2.1. Опросники и шкалы для скрининга на синдром Аспергера	76
2.2. Диагностическое обследование	78
2.3. Актуальные диагностические критерии.	80
2.4. Синдром Аспергера или высокофункциональный аутизм?	85
2.5. Какова распространённость синдрома Аспергера?	87
2.6. Диагностическое обследование девочек	88
2.7. Диагностическое обследование взрослых	91
2.8. Завершение диагностического обследования	95
2.9. Уверенность в диагнозе	96
2.10. Ключевые моменты и стратегии	98
3. Социальный интеллект и дружба	101
3.1. Одиночество	101
3.2. Оценка навыков социального взаимодействия	103
3.3. Мотивация иметь друзей	108

3.4.	Важность дружбы	110
3.5.	Поощрение и поддержание дружбы	112
3.6.	Прогноз развития социального интеллекта	152
3.7.	Ключевые моменты и стратегии	155
4.	Насмешки и травля	158
4.1.	Виды насмешек	158
4.2.	Что такое травля?	159
4.3.	Как часто травят детей с синдромом Аспергера?	163
4.4.	Почему дети с СА чаще становятся жертвами?	163
4.5.	Признаки травли	165
4.6.	Влияние травли на детей с синдромом Аспергера	167
4.7.	Стратегии для снижения частоты травли и её последствий	168
4.8.	Ключевые моменты и стратегии	179
5.	Модель психического	181
5.1.	Влияние нарушенной МП на повседневную жизнь	183
5.2.	Методики для развития модели психического	195
5.3.	Программы по тренировке модели психического	196
5.4.	Ключевые моменты и стратегии	201
6.	Понимание и выражение эмоций	202
6.1.	Оценка умения понимать и выражать эмоции	206
6.2.	Тревожные расстройства	213
6.3.	Депрессия	218
6.4.	Гнев	222
6.5.	Любовь	228
6.6.	Когнитивная поведенческая терапия	233
6.7.	Резюме и подведение итогов	260
6.8.	Ключевые моменты и стратегии	260
7.	Специальные интересы	263
7.1.	Развитие специальных интересов	267
7.2.	Категории интересов	272
7.3.	Интересы девочек и женщин	275
7.4.	Функции специальных интересов	277
7.5.	Точка зрения родителей	287
7.6.	Точка зрения клинициста	289
7.7.	Обучение тому, когда можно говорить об интересе	299

7.8.	Специальные интересы: проблема или талант?	300
7.9.	Ключевые моменты и стратегии	302
8.	Речь	305
8.1.	Оценка языковых способностей	306
8.2.	Речевые особенности и трудности	308
8.3.	Искусство разговора	313
8.4.	Методы улучшения разговорных навыков	318
8.5.	Буквальное понимание	324
8.6.	Просодия	326
8.7.	Педантичная речь	329
8.8.	Слуховое восприятие и его искажения	331
8.9.	Беглость речи.	334
8.10.	«Аспергерский язык»	335
8.11.	Иностранные языки	336
8.12.	Ключевые моменты и стратегии	337
9.	Когнитивные способности	341
9.1.	Профиль способностей в тестах на интеллект	342
9.2.	Профиль учебных способностей в школе	346
9.3.	Решение задач	353
9.4.	Способствующие умственному развитию методики.	364
9.5.	Знания и личность учителя	366
9.6.	Визуальное мышление	375
9.7.	Интеллектуальная одарённость	376
9.8.	Ключевые моменты и стратегии	379
10.	Координация движений	384
10.1.	Особенности двигательных навыков	386
10.2.	Раннее выявление двигательных нарушений.	387
10.3.	Мысленное планирование и координация движений	388
10.4.	Почерк	390
10.5.	Занятия и стратегии для улучшения координации движений	392
10.6.	Непроизвольные движения или тики	393
10.7.	Ухудшение двигательных навыков	396
10.8.	Мастерство в двигательных навыках	397
10.9.	Ключевые моменты и стратегии	398

11. Сенсорная чувствительность	400
11.1. Сенсорная перегрузка	402
11.2. Диагностическое обследование и критерии	403
11.3. Чувствительность к звукам	405
11.4. Тактильная чувствительность	411
11.5. Чувствительность к вкусам и запахам	416
11.6. Визуальная чувствительность	419
11.7. Чувство равновесия и восприятие движения.	423
11.8. Восприятие боли и температуры.	424
11.9. Необычная обработка сенсорной информации	426
11.10. Ключевые моменты и стратегии	427
12. Жизнь после школы: колледж и карьера	430
12.1. Профессии, подходящие для людей с синдромом Аспергера	434
12.2. Стратегии успешного трудоустройства	435
12.3. Психологическая ценность трудоустройства.	442
12.4. Ключевые моменты и стратегии	443
13. Долгосрочные отношения	445
13.1. Выбор партнёра.	445
13.2. Проблемы во взаимоотношениях	448
13.3. Методы укрепления отношений	453
13.4. Если у родителя синдром Аспергера	455
13.5. Ключевые моменты и стратегии	459
14. Психотерапия	461
14.1. Узнать о внутреннем мире друг друга	464
14.2. Я-концепция	466
14.3. Терапия для становления самоидентичности	468
14.4. Ключевые моменты и стратегии	474
15. Часто задаваемые вопросы	476
15.1. Что является причиной синдрома Аспергера?	476
15.2. Должен ли я давать разъяснения о диагнозе ребёнку?	480
15.3. Когда и как Вы даёте разъяснения о диагнозе?	480
15.4. Есть ли у людей с СА склонность к преступлениям?	486
15.5. Может ли СА быть ошибочно принят за шизофрению?	495
15.6. Каков долгосрочный прогноз?.	500
15.7. Что случилось с Джеком?	502

Оглавление	13
Глоссарий	506
Ресурсы	512
Литература	529
Предметный указатель	563
Именной указатель	581

Список таблиц и рисунков

Рисунок 8.1	Разговор в комиксах о перебивании	322
Таблица 1	Исследовательские диагностические критерии МКБ-10 для синдрома Аспергера	20
Таблица 2	Часть Б исследовательских диагностических критериев МКБ-10 для детского аутизма	21
Таблица 3	Диагностические критерии расстройства аутистического спектра согласно DSM-5	24
Таблица 4	Степени тяжести расстройства аутистического спектра	26
Таблица 2.1	Диагностические критерии Гиллбергов для синдрома Аспергера	75
Таблица 2.2	Диагностические критерии синдрома Аспергера согласно DSM-IV (TR)	81
Таблица 10.1	Простые и сложные моторные тики	394
Таблица 15.1	Пример выполнения задания по выявлению качеств в случае ребёнка с синдромом Аспергера	482

Вступительное слово

Здравствуйте, дорогие читатели книги!

Хочу заранее поблагодарить вас за поддержку. Покупая эту книгу, вы помогаете многим людям с синдромом Аспергера. Ведь вы узнаете о них что-то новое, и это даст вам возможность лучше понимать вызовы, с которыми встречаются люди с расстройством аутистического спектра. Большая благодарность, в первую очередь, автору этой книги — Тони Эттвуду, клиническому психологу, работающему с людьми с аутизмом на протяжении долгих лет. Я сама человек с аутизмом, проживающий в Азербайджане, в городе Баку. Мне тоже было нелегко сначала, но со временем ситуация начала меняться в лучшую сторону. Это стало возможным благодаря моей семье, друзьям, терапевтам и всем людям, которые не остались равнодушными. И, конечно же, большую роль сыграла моя личная работа над собой. Я являюсь автором обложки этой книги. Очень надеюсь, что моя иллюстрация вам понравится. Благодарю всех, кто читает это вступление сейчас!

Айша Маммадли Фарид
15 лет
2022 год

Предисловие к русскому переводу

Об этой книге мы, ведущие группы поддержки для взрослых людей с аутизмом (синдромом Аспергера), узнали довольно давно и сочли её очень ценной как для аутичных людей, так и для их родителей, родственников, а также профессионалов, и перевели эту книгу в ознаменование десятилетнего юбилея группы поддержки, который праздновался в 2020 г. До этого у нас был опыт перевода на русский язык скрининговых тестов на расстройства аутистического спектра (РАС) для детей и взрослых, а также ряда материалов о синдроме Аспергера. Это первая фундаментальная монография по синдрому Аспергера на русском языке: издаваемая до этого литература касалась в основном РАС вообще и преимущественно у детей, а большинство автобиографий взрослых аутичных людей на русском вышло менее 6 лет назад.

У книги Тони Этвуда есть очень редкое для литературы о РАС в России, но при этом крайне ценное качество: в ней уделено много внимания проблемам *взрослых* людей с синдромом Аспергера, в том числе *первичной диагностики взрослых*, психотерапии, поиску пары (романтических отношений), учёбе в вузе и трудоустройству и т. п. Вопрос первичной диагностики и психотерапии взрослых особенно актуален, т. к. в России до сих пор широко распространена устаревшая практика отрицания существования РАС у взрослых, причём с «автоматической», т. е. без учёта реальной клинической картины, заменой этого диагноза при переходе во взрослый возраст на шизофрению, шизотипическое расстройство, шизоидное расстройство личности или иные диагнозы. Она идёт вразрез с рекомендациями Министерства здравоохранения РФ от 2014 г. и с общепринятыми в мире представлениями об аутизме как о пожизненном состоянии. Всё это приводит к огромным трудностям с диагностикой синдрома Аспергера у взрослых и почти полному отсутствию специализированной помощи для них. Слова Тони Этвуда про поколение, «которое не имело возможности быть обнаруженным и понятым» (см. с. 38), очень актуальны для России. И для изменения этой ситуации нужны в том числе источники информации о синдроме Аспергера на русском языке.

Надеемся, что этот перевод будет способствовать росту информированности о РАС, облегчит развитие диагностики и специализированной помощи для взрослых людей с синдромом Аспергера, и будет полезен родителям людей с синдромом Аспергера, специалистам, в т. ч. психотерапевтам, а также самим аутичным людям всех возрастов. Он может быть полезен и научным работникам, ведущим исследования в области РАС, т. к. содержит обширную библиографию по синдрому Аспергера.

Мы очень горды и вдохновлены работой по переводу этой книги.

Особенности русского перевода

- Из-за грамматических особенностей русского языка все «он и она» (англ. «he or she») заменены на «он». В этих случаях, если из контекста не очевидно иное, следует считать, что слова «он», «человек», «партнёр» не указывают на пол.
- При переводе было сохранено использование языка «сначала человек» («человек с синдромом Аспергера», «человек с аутизмом») или «сначала идентичность» («аутичный человек», «аутист», «аспергер»).
- Все цитаты из английского перевода (Asperger, 1991) работы Ганса Аспергера (Asperger, 1944) были заменены на аналогичные цитаты из русского перевода (Аспергер, 2010, 2011). В тех редких случаях, когда такая замена из-за небольших расхождений между двумя переводами меняла смысл текста, были сделаны сноски. В одном случае (см. Главу 15) цитата была заменена на другую аналогичную по смыслу.
- В библиографию и раздел «Ресурсы» добавлены ссылки на русские переводы некоторых книг, а также ссылка на работу Г. Е. Сухаревой на русском языке (Сухарева, 1925).
- Ссылка на МКБ-10 в библиографии конкретизирована до ссылок на книги, содержащие как исследовательские диагностические критерии для психических и поведенческих расстройств (World Health Organization, 1992, 1993) на английском языке, так и переведённую на русский язык соответствующую часть МКБ-10 (Министерство здравоохранения РФ, 2013; Всемирная организация здравоохранения, 1994).

Ресурсы на русском языке

Хотя в конце этой книги есть раздел «Ресурсы», составленный самим Тони Эттвудом, большинство материалов в нём не переведены на русский язык. Приведём список имеющихся на данный момент русскоязычных материалов по синдрому Аспергера.

Книги

Специализированная литература

Многие из приведённых ниже источников — это русские переводы книг из раздела «Ресурсы», за исключением книг Франчески Аппе, Анны Вислоух (изначально написана на русском языке), Тэмпл Грандин, Кэрол Грей (в библиографии и разделе «Ресурсы» есть и другие материалы этих авторов) и Робин Стюард (вышла после издания монографии Эттвуда).

- Аппе Франческа. Введение в психологическую теорию аутизма. — Москва : Теревинф, 2006. — 216 с. — ISBN 5-901599-52-7.
- Вислоух Анна. Громкая тишина: Обо мне вместе со мной. — [б.м.] : Издательские решения, 2016. — 230 с. — ISBN 978-5-4474-2221-9.
- Грэндин Темпл, Скариано Маргарет М. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма. — Москва : Теревинф, 2018. — 184 с. — ISBN 978-5-4212-0446-6.
- Грей Кэрол. **Социальные Истории™: Инновационная методика для развития социальной компетентности у детей с аутизмом.** — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2019. — 432 с. — ISBN 978-5-91743-080-5.
- Стюард Робин. Независимость и безопасность: руководство для женщин, имеющих расстройства аутистического спектра. — Москва : Наш Солнечный Мир, 2016. — 376 с. — ISBN 978-5-99900021-4-2.
- Уильямс Донна. **Никто нигде: Удивительная автобиография аутичной девочки.** — Москва : Теревинф, 2015. — 240 с. — ISBN 978-5-4212-0303-2.
- Хэддон Марк. Загадочное ночное убийство собаки. — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2017. — 272 с. — ISBN 978-5-91743-060-7.
- Шор Стивен. За стеной. Личный опыт: аутизм и синдром Аспергера. — Москва : Наш Солнечный Мир, 2014. — 224 с. — ISBN 978-5-94607-188-8.

Общепсихологическая литература

Ниже приведён список переводов на русский язык книг, рекомендованных Тони Эттвудом в разделе «Ресурсы» либо упомянутых в библиографии, но не относящихся при этом напрямую к теме расстройств аутистического спектра.

- Гейбор Дон. Как начинать разговор и заводить друзей. — Минск : Попурри, 2012. — 240 с. — ISBN 978-985-15-1613-7.
- Корнелиус Хелена, Фэйр Шошана. Выиграть может каждый. Как разрешать конфликты. — Москва : Стрингер, 1992. — ISBN 5-85282-001-6.
- Мэтьюс Эндрю. Будьте счастливы! Как жить с ощущением безопасности и верой в себя. — Минск : Попурри, 2003. — 240 с. — ISBN 978-985-438-892-2.
- Мэтьюс Эндрю. Будьте хорошим другом и обзаводитесь хорошими друзьями. — Минск: Попурри, 2003.— 256 с.— ISBN 985-438-882-4.
- Пиз Аллан. Язык телодвижений: как читать мысли окружающих по их жестам. — Москва : Эксмо, 2007. — 272 с. — ISBN 5-699-11507-2.
- Экман Пол. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. — СПб: Питер, 2010. — 336 с. — ISBN 978-5-498-07705-5.

Интернет-сайты

- <https://aspergers.ru> — сайт «Синдром Аспергера». На нём есть переведённые на русский язык скрининговые тесты на РАС, а также ряд переводных и оригинальных материалов про синдром Аспергера.
- <https://asdforum.ru> — сайт «Форум аутичных людей, их родственников и друзей». Основной контингент, в т. ч. среди модераторов, — взрослые люди с РАС, но на нём активно общаются также родители, родственники и друзья аутичных людей.

Критерии МКБ-10

Т. к. в России для классификации психических расстройств и их диагностики используется не DSM, а разработанная Всемирной организацией здравоохранения МКБ-10 (Международная классификация болезней, 10 пересмотр), приведём ниже клинические описания и диагностические кри-

терии для синдрома Аспергера из МКБ-10. В МКБ-10 синдром Аспергера (F84.5) находится в диагностической рубрике «общие расстройства психологического развития» (F84.x). Клиническое описание:

Данное расстройство, нозологическая самостоятельность которого не определена, характеризуется тем же самым типом качественного нарушения социального взаимодействия, что и типичный детский аутизм, наряду с ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий. В отличие от аутизма, здесь нет общей задержки или отсталости в речи или в когнитивном развитии. Большинство детей имеют нормальный общий интеллект, но заметно неуклюжи; состояние встречается чаще у мальчиков (в соотношении 8:1). Высоко вероятно, что по крайней мере некоторые случаи представляют собой мягкие варианты аутизма, но неясно, действительно ли это так для всех пациентов. **Эти расстройства имеют выраженную тенденцию сохраняться в подростковом и зрелом возрасте** и, по-видимому, они представляют индивидуальные особенности, которые не очень подвержены влияниям среды. Изредка в юношеском возрасте развиваются психические эпизоды.

Диагностические указания

Диагноз основан на сочетании отсутствия какой-либо клинически значимой общей задержки речи или когнитивного развития и наличия (как при аутизме) качественных нарушений в социальном взаимодействии и ограниченных, повторяющихся и стереотипных особенностей поведения, интересов и занятий. Здесь могут быть или не быть проблемы в общении, подобные тем, что отмечаются при аутизме, но наличие значительного отставания в речи исключают диагноз.

Включаются:

- аутистическая психопатия;
- шизоидное расстройство детского возраста.

Исключаются:

- шизотипическое расстройство (F21.x);
- простая шизофрения (F20.6xx);
- детский тип шизофрении (F20.8xx3);
- нарушение привязанности детского возраста (F94.1, F94.2).

(Министерство здравоохранения РФ, 2013)

Исследовательские диагностические критерии для синдрома Аспергера из МКБ-10 приведены в Таблице 1. Используемая в них часть Б исследовательских диагностических критериев для детского аутизма (F84.0) приведена в Таблице 2.

Таблица 1. Исследовательские диагностические критерии МКБ-10 для синдрома Аспергера (Всемирная организация здравоохранения, 1994)

- А. Отсутствие клинически значимой общей задержки экспрессивной или рецептивной речи или когнитивного развития. Для диагноза необходимо, чтобы отдельные слова были приобретены к двум годам или ранее, а фразы в общении использовались к 3 годам и ранее. Навыки самообслуживания, адаптивное поведение и любопытство к окружению в течение первых 3 лет должны быть на уровне, соответствующем нормальному интеллектуальному развитию. Тем не менее, может отмечаться некоторая моторная задержка и характерна моторная неуклюжесть (хотя она не является необходимым диагностическим признаком). Обычны изолированные специальные навыки, часто связанные с аномальными занятиями, но они не требуются для диагноза.
- Б. Качественные нарушения социального взаимодействия (критерии как для аутизма).
- В. Обнаруживаются необычно интенсивные ограниченные интересы или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (критерии как для аутизма, хотя здесь менее характерно наличие моторных манеризмов или повышенного внимания к частям предметов или нефункциональным элементам игрового материала).
- Г. Расстройство не может быть расценено как одна из других разновидностей общего расстройства развития, простая шизофрения (F20.6), шизотипическое расстройство (F21), реактивное и дезингибированное расстройство привязанности детского возраста (соответственно F94.1 и 2), ананкастное расстройство личности (F60.5) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42.—).
-

1 января 2022 г. вступила в силу новая Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11). В ней, как и в DSM-5, термин «общие расстройства психологического развития» был заменён на «расстройство аутистического спектра» (англ. Autism spectrum disorder). В МКБ-11 у РАС есть несколько подтипов, различающихся уровнем интеллектуального развития и степенью нарушений функционального языка. Синдром Аспергера соответствует коду 6A02.0 — расстройство аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с мягким или отсутствующим нарушением функционального языка (англ. Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language).

*Антонина Стейнберг, руководитель Autistic City
(проект поддержки взрослых в спектре аутизма)*

Алексей Восков, к.х.н.

Таблица 2. Часть Б исследовательских диагностических критериев МКБ-10 для детского аутизма (ВОЗ, 1994)

Б. Должны присутствовать в общей сложности минимум 6 симптомов из 1), 2) и 3), причем по меньшей мере два из перечня 1) и по меньшей мере по одному из перечней 2) и 3):

1) Качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия проявляются минимум в одной из следующих областей:

- а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию и позы тела;
- б) неспособность к установлению (в соответствии с психическим возрастом и вопреки имеющимся возможностям) взаимосвязей со сверстниками, что включало бы общие интересы, деятельность и эмоции;
- в) отсутствие социо-эмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей и (или) отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, а также (или) слабость интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения.
- г) отсутствие спонтанного поиска разделяемой радости, общих интересов или достижений с другими людьми (например, ребенок не показывает другим людям интересующие его предметы и не привлекает к ним их внимание).

2) Качественные аномалии в общении проявляются минимум в одной из следующих областей:

- а) задержка или полное отсутствие разговорной речи, что не сопровождается попыткой компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);
- б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития), требующую коммуникативной взаимности с другим лицом;
- в) повторяющаяся и стереотипная речь и (или) идиосинкратическое использование слов и выражений;
- г) отсутствие спонтанных разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более раннем возрасте) подражательных игр.

3) Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

- а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны по содержанию или направленности; или интересами, которые аномальны по своей интенсивности и ограниченной природе, хотя не по содержанию или направленности;
- б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;
- в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы, которые включают прихлопывания или выкручивания пальцев или кистей рук, или более сложные движения всего тела;
- г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

Новое введение 2014 г.: диагностические критерии DSM-5 для расстройства аутистического спектра

В мае 2013 г. после 14 лет работы и обсуждений Американская психиатрическая ассоциация (англ. American Psychiatric Association) выпустила пятую редакцию «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Предыдущая редакция DSM-IV включала диагностические признаки и критерии синдрома Аспергера как проявления общего расстройства психологического развития (ОПР)¹. Первым заметным изменением в DSM-5 стал отказ Американской психиатрической ассоциации от использования римских цифр в названии. Второе изменение — это отказ от термина «общее расстройство психологического развития», который был заменён на термин «расстройство аутистического спектра» (РАС). Использование этого широкого термина обусловлено предпочтениями клиницистов и учёных по всему миру и отражает точку зрения, согласно которой диагностика психических расстройств — это не точная наука, и наше концептуальное понимание таких нарушений, как аутизм и синдром Аспергера, постоянно развивается.

Хотя образованный от имени первооткрывателя термин «синдром Аспергера» использовался как клиницистами, так и в быту с начала 1980-х гг., DSM-5 заменило это простое наименование новой диагностической категорией «расстройство аутистического спектра уровня 1 без нарушений интеллекта или языковых способностей», т. е. значительно более громоздким термином. Рациональная основа состоит в том, что РАС может быть понято как континуум, а не набор категорий, и один собирательный или «зонтичный» термин «РАС» с указанием информации о степени выраженности является более точным и лучше согласующимся с научной литературой

¹Примечание переводчика: англ. Pervasive Developmental Disorder (PDD), перевод на русский взят из МКБ-10.

и клиническим опытом. Таким образом, DSM-5 объединило разные подтипы общих расстройств психологического развития в одну категорию РАС, исходя из предположения, что они не могут быть надёжно дифференцированы друг от друга, и их критерии, особенно синдрома Аспергера, не применяются единообразно в разных клиниках и терапевтических центрах.

В своей собственной клинической практике я использую диагностические критерии DSM-5 и в отчёте указываю, что у ребёнка или взрослого РАС уровня 1 (синдром Аспергера), чтобы родители, учителя и терапевты могли применять термин «синдром Аспергера», более понятный широкой общественности. Этот термин может использоваться и для дальнейшего поиска информации как в Интернете, так и в уже опубликованных до 2013 г. книгах и научных статьях. Таким образом, термин «синдром Аспергера» по-прежнему будет вполне законно использоваться клиницистами, родителями, учителями, терапевтами и самими людьми с РАС. Общественность и СМИ будут продолжать пользоваться термином «синдром Аспергера». Для простоты и преемственности я также продолжу использовать этот термин.

Сведение трёх диагностических измерений РАС к двум

В DSM-IV было три диагностических измерения общего расстройства психологического развития: качественное нарушение социального взаимодействия, качественное нарушение коммуникации и ограниченное повторяющееся и стереотипное поведение. В DSM-5 измерения, связанные с социальным взаимодействием и коммуникацией, объединены в одно — нарушения социальной коммуникации. Это согласуется с характером социальных и коммуникативных способностей, обнаруженным клиницистами и специалистами по нарушениям речи, и подтверждено научными исследованиями. В DSM-5 12 симптомов общего расстройства психологического развития фактически сведены к 7 симптомам РАС. Однако РАС — это сложное нарушение развития, и сведение трёх диагностических измерений к двум идёт вразрез с клиническим опытом и исследованиями по факторному анализу, в которых предлагается от трёх до шести измерений (Duku et al., 2013; Happé and Ronald, 2008).

Диагностические критерии DSM-5

Согласно DSM-5 ключевые особенности PAC — это устойчивые нарушения во взаимной социальной коммуникации и социальном взаимодействии, а также ограниченность и повторяемость в структуре поведения, интересах или деятельности. Диагностические критерии приведены в Таблице 3.

Таблица 3. Диагностические критерии расстройства аутистического спектра согласно DSM-5 (Американская психиатрическая ассоциация) (American Psychiatric Association, 2013)

А. Устойчивые нарушения в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различном контексте, проявляющиеся в настоящий момент или имеющиеся в анамнезе в следующих (примеры приведены для наглядности и не являются исчерпывающими, см. текст):

1. Нарушения в социально-эмоциональной взаимности; начиная, например, с аномального социального сближения и неудач с нормальным поддержанием диалога; к снижению обмена интересами, эмоциями, а также воздействию и реагированию; до неспособности инициировать или реагировать на социальные взаимодействия.
2. Нарушения в невербальном коммуникативном поведении, используемом в социальном взаимодействии; начиная, например, с плохой интегрированности вербальной и невербальной коммуникации; к аномалии зрительного контакта и языка тела или нарушению понимания и использования невербальной коммуникации; до полного отсутствия мимики или жестов.
3. Нарушения в установлении, поддержании и понимании социальных взаимоотношений; начиная, например, с трудностей с подстройкой поведения к различным социальным контекстам; к трудности с участием в играх, в которых задействовано воображение, и с приобретением друзей; до видимого отсутствия интереса к сверстникам.

Укажите степень тяжести: степень тяжести основана на нарушении социального взаимодействия и ограниченных, повторяющихся моделях поведения (см. таблицу 4).

В. Ограниченность, повторяемость в структуре поведения, интересах или деятельности, что проявляется по меньшей мере в двух из следующих (примеры приведены для наглядности и не являются исчерпывающими, см. текст):

1. Стереотипные или повторяющиеся моторные движения, речь или использование объектов (например, простые моторные стереотипии, выстраивание игрушек или махание объектами, эхолалия, идиосинкратические фразы).
2. Чрезмерная потребность в неизменности, негибкое следование правилам или схемам поведения, ритуализованные формы вербального или невербального поведения (например, резкий стресс при малейших изменениях, трудности с переключением внимания, негибкие шаблоны мышления, поздравительные ритуалы, настаивание на неизменном маршруте или еде).
3. Крайне ограниченные и фиксированные интересы, которые аномальны по интенсивности или направленности (например, сильная привязанность к необычным предметам или чрезмерная озабоченность и увлечение ими, крайне ограниченная сфера занятий и интересов или персеверации).
4. Избыточная или недостаточная реакция на входную сенсорную информацию или необычный интерес к сенсорным аспектам окружающей среды (например, видимое безразличие к боли или температуре окружающей среды, негативная реакция на определённые звуки или текстуры, чрезмерное обнюхивание или трогание предметов, зачарованность источниками света или объектами в движении).

*Укажите степень тяжести: **степень тяжести основана на нарушении социального взаимодействия и ограниченных, повторяющихся моделях поведения** (см. таблицу 4).*

С. Симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития (но могут не проявиться в полной мере, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности, или быть замаскированы выученными стратегиями в дальнейшей жизни).

Д. Симптомы вызывают клинически значимое ухудшение в социальной, профессиональной или других важных сферах повседневного функционирования.

Е. Эти нарушения не объясняются ограниченными интеллектуальными возможностями (умственная отсталость) или общей задержкой развития. Умственная отсталость и расстройства аутистического спектра часто сосуществуют; для диагностики коморбидности расстройства аутистического спектра и умственной отсталости социальная коммуникация должна быть ниже ожидаемой для общего уровня развития.

Таблица 4. Степени тяжести расстройства аутистического спектра

Степень тяжести	Социальная коммуникация	Ограниченные интересы и повторяющееся поведение
Уровень 3 «Потребность в очень существенной поддержке»	Тяжёлые нарушения в вербальных и невербальных социальных коммуникативных навыках приводят к серьёзным нарушениям в функционировании; крайне ограниченное инициирование социальных взаимодействий и минимальный ответ на социальные инициативы других. Например, человек с небольшим набором нескольких понятных слов, изредка инициирующий социальное взаимодействие, а если инициирует, то обращается в необычной форме и только для удовлетворения нужд, и реагирует только на очень прямые указания и формы социального общения.	Отсутствие гибкости поведения, значительные трудности с приспособлением к переменам и изменениям, или ограниченные/повторяющиеся формы поведения, которые очень мешают и существенно затрудняют функционирование во всех сферах. Сильный стресс и/или выраженные затруднения при смене деятельности или переключении внимания.
Уровень 2 «Потребность в существенной поддержке»	Заметные нарушения в вербальных и невербальных социальных коммуникативных навыках; выраженные затруднения в социальном общении и взаимодействии даже при наличии поддержки; ограниченное инициирование социальных взаимодействий и ограниченное или ненормальное реагирование на социальные инициативы других. Например, человек, выражающийся ограниченным количеством фраз и предложений, социальное взаимодействие ограничено узкими специальными интересами, и заметны странности в невербальной форме его коммуникации.	Отсутствие гибкости в поведении, крайние затруднения с адаптацией к переменам и изменениям, или ограниченные/повторяющиеся формы поведения, которые проявляются с достаточной частотой и заметны стороннему наблюдателю, а также мешают функционированию в различных контекстах. Заметный стресс и/или выраженные затруднения при смене деятельности или переключении внимания.

Степень тяжести	Социальная коммуникация	Ограниченные интересы и повторяющееся поведение
Уровень 1 «Потребность в поддержке»	Без поддержки и содействия нарушения в социальной коммуникации приводят к заметным нарушениям. Испытывает сложности с инициированием социальных взаимодействий и демонстрирует яркие примеры нетипичных или неудачных реакций на обращения со стороны окружающих. Может казаться имеющим пониженный интерес к социальным взаимодействиям. Например, человек, который способен говорить полноценными предложениями и коммуникабелен, но взаимный диалог с окружающими не получается, а его попытки установить дружеские отношения странные и обычно безуспешные.	Негибкое поведение значительно препятствует функционированию в одном или более контекстах. Сложности с переключением между видами деятельности. Проблемы с организацией и планированием препятствуют независимости.

А. Устойчивые нарушения в социальной коммуникации и социальном взаимодействии

А1. Нарушения в установлении социально-эмоциональной взаимности

Диагностические критерии основаны на предположении, что человек с РАС испытывает трудности с «чтением» социальных ситуаций. Мой клинический опыт показывает, что есть три адаптации к этой особенности. Наиболее заметная — это склонность к замкнутости, застенчивости и самоанализу в социальных ситуациях, избегание или минимизация участия в разговорах; или, напротив, активный поиск общения и с чрезмерной активностью и назойливостью, подавляющий тип общения без осознания неписанных правил вроде соблюдения личных границ. В каждом из этих примеров проявляется дисбаланс в социальной взаимности.

Однако я обнаружил третью стратегию преодоления сложностей с «чтением» социальных ситуаций — это упорное наблюдение и интеллектуальный анализ социального поведения и достижение социальной взаимности путём имитации и использования увиденного и выученного социального «сценария», основанного на логическом анализе, а не на интуиции. Этот

компенсаторный механизм часто используется девочками (но не только ими) с синдромом Аспергера, которые с его помощью способны проявлять поверхностные способности к социальному взаимодействию, что может сбивать с толку диагноста. Кроме того, взрослые с синдромом Аспергера могут постепенно научиться распознавать социальные сигналы и условности, и поэтому проявления нарушений социальной и эмоциональной взаимности могут быть не очевидны во время кратковременного социального взаимодействия во время диагностического приёма.

У синдрома Аспергера также есть весьма характерный «почерк» речевого поведения и языковых способностей. Он может включать сниженные способности к прагматическому использованию языка (т. е. искусству разговора) — например, к внимательному слушанию, со склонностью к монологам и неспособностью следовать правилам ведения беседы. Возможно буквальное понимание и сильное замешательство при включении в речь идиом, иносказательных оборотов и сарказма. Может наблюдаться и необычная просодия: например, иногда ребёнок постоянно имитирует произношение и голос персонажа из телепередачи, или же речь взрослого может быть необычной по интонации, высоте голоса и ритму. Все эти характеристики влияют на качество разговора и взаимодействия.

Нарушения эмоциональной взаимности можно выявить, наблюдая, показывает ли человек ответные эмоции с помощью выражений лица, языка тела и тона голоса. Клиницист может рассказать историю из своей жизни и оценить, находится ли человек «на его волне» и откликается ли на чувства клинициста и пережитый им опыт при помощи кивания, ответных улыбок и соответствующего выражения лица, звуков и реплик для поддержания разговора.

A2. Нарушения в невербальном коммуникативном поведении, используемом в социальном взаимодействии

Особенно характерны для РАС сложности с невербальной коммуникацией: со считыванием языка тела, выражений лица, жестов и интонаций другого человека, указывающих на его мысли и чувства, и с последующим использованием этой информации в разговоре или во взаимодействии. Например, может быть не распознан невербальный сигнал «Не сейчас, я занят» или «Я начинаю раздражаться». Диагност может отметить, насколько адекватно

человек использует зрительный контакт в ключевые моменты взаимодействия и способен ли он правильно считывать выражения лица и тон голоса, передающие как явные, так и более тонкие эмоциональные состояния.

А3. Нарушения в установлении, поддержании и понимании социальных взаимоотношений

Диагносту необходимо оценить количество, качество и продолжительность дружеских, романтических и иных взаимоотношений как в детстве, так и в подростковом и взрослом возрасте. В сопроводительном тексте к диагностическим критериям DSM-5 утверждается, что при РАС есть желание установить дружеские отношения, но без полного или реалистичного понимания, что это влечёт за собой.

У детей с синдромом Аспергера по мере их развития проявляется определённая последовательность этапов установления и поддержания дружбы. В ранние школьные годы у ребёнка может не быть мотивации общаться со сверстниками, поскольку он открывает для себя те аспекты жизни (вроде коллекционирования батареек или чтения о древнем Риме), которые приносят больше удовольствия, чем общение. Ребёнок может быть вполне доволен долгими периодами одиночества, предпочитая заниматься своим специальным интересом. Для тех же, кто действительно хочет играть со сверстниками, групповые игры в начальной школе зачастую представляют собой скорее действие, чем общение. Дружба между обычными детьми нередко мимолётна, а групповые игры относительно просты, и правила, которым нужно следовать, чётко обозначены. В раннем детстве ребёнок с синдромом Аспергера может оказаться в состоянии устанавливать и поддерживать такую поверхностную дружбу. Однако храбрые попытки углубить социальную интеграцию зачастую высмеиваются сверстниками, и наивного и социально незрелого ребёнка с синдромом Аспергера могут осознанно отвергать. Дети с синдромом Аспергера крайне уязвимы к насмешкам, отвержению, унижению и травле со стороны сверстников.

В подростковом возрасте дружба основывается на более сложных межличностных, а не практических потребностях: речь идёт о том, кому доверять, а не с кем играть в мяч или в куклы. Именно на этом этапе развития разрыв в социальном интеллекте и взаимодействии со сверстниками становится наиболее очевидным. Подросток с синдромом Аспергера может быть перегружен и потрясён изменениями в природе дружбы и её нарастающей

сложностью, что ведёт к чувству изоляции и одиночества. Один подросток с синдромом Аспергера объяснял это так: «Я лучше буду один, но для меня непереносимо одиночество».

Первые романтические отношения могут случиться на несколько лет позже обычного, и не произойдет такого развития «игры в свидания», как у сверстников. Однако некоторым взрослым с синдромом Аспергера удаётся достичь успеха в построении долговременных отношений. Их партнёры могут проявлять понимание синдрома Аспергера либо из-за наличия некоторых общих с ним черт, либо из-за того, что они от природы талантливы, одарены интуицией и состраданием, помогающими понимать людей с синдромом Аспергера.

В. Ограниченность, повторяемость в структуре поведения, интересах или деятельности

В1. Стереотипные или повторяющиеся моторные движения, речь или использование объектов

Эти признаки обычно связаны с глубоким аутизмом и, как правило, не наблюдаются у людей с синдромом Аспергера.

В2. Чрезмерная потребность в неизменности, негибкое следование правилам или схемам поведения, ритуализованные формы вербального или невербального поведения

Родители часто обеспокоены влиянием рутин и ритуалов на повседневную жизнь, поскольку человек с синдромом Аспергера начинает очень сильно волноваться, если ему не дают следовать каким-то отдельным ритуалам или рутинам и доводить их до завершения. Изменчивость — это не то, что способно придать жизни человека с синдромом Аспергера краски. Упорядоченность в повседневной жизни поддерживается со всей решимостью, а если распорядок меняется, это значительно повышает уровень тревоги. Мой клинический опыт говорит о том, что приверженность рутинам и ритуалам может на самом деле быть способом справиться с высоким уровнем тревожности, поскольку они успокаивают и расслабляют. Какие-то определённые события, которые связаны с тревожностью (или, возможно, вызывали её ранее), активно избегаются, отсюда и склонность к отстаиванию постоянства.

V3. Крайне ограниченные и фиксированные интересы, которые аномальны по интенсивности или направленности

Диагност отмечает круг интересов человека — коллекционирование, хобби, равно как и сбор информации на какую-то специфическую тему, как в детстве, так и во взрослом возрасте. Примером интереса, необычного с точки зрения его предмета, является сбор фотографий водосточных решёток, а по интенсивности будет необычен интерес человека к лошадям, вплоть до желания принести свой матрац в конюшню и ночевать там.

Все специальные интересы имеют свой «срок годности», от часов до десятилетий. У них множество функций: например, «блокирование» тревожных мыслей, восстановление истощённых сил после социализации или получение огромного удовольствия, которое защищает от депрессии. Таким интересом может быть и создание замысловатых альтернативных миров, более терпимых к связанным с синдромом Аспергера качествам. Специальные интересы также могут давать чувство идентичности, радость достижений и возможность найти друзей-единомышленников с аналогичными интересами. Ощущение благополучия, связанное с интересом, может перерасти почти в зависимость, иногда становясь поводом для беспокойства, потому что интерес занимает почти всё свободное время человека настолько, что не дает ему заниматься ничем иным.

V4. Избыточная или недостаточная реакция на входную сенсорную информацию

Новый DSM-5 лучше предыдущей редакции DSM тем, что в нём упоминается сенсорная чувствительность как один из отличительных признаков РАС. Это та особенность, которую часто и последовательно описывали сами люди с РАС и отмечали родители и учителям. Сенсорная чувствительность — это также одна из черт аутизма, которая рассматривалась в шкалах ранее опубликованных диагностических инструментов и которая может играть ключевую роль при дифференциальной диагностике РАС и других клинических состояний.

Проблема сенсорной чувствительности может быть пожизненной, при повышенной уязвимости к определённым сенсорным стимулам, которые не доставляют особых неприятностей сверстникам. Это могут быть специфические звуки, особенно «резкие» шумы вроде лая собаки или человеческого крика; тактильная чувствительность отдельных частей тела; отвращение к определённым запахам, интенсивности освещения и иным сенсорным

стимулам. Может иметь место и противоположная проблема: сниженная чувствительность к сенсорным стимулам вроде боли, низких или высоких температур. Ребёнок или взрослый может получить перегрузку от сочетания сенсорных воздействий в определённых местах или ситуациях — в торговых центрах, супермаркетах, на праздничной вечеринке или на школьной игровой площадке. Иногда социальная изоляция связана не с замешательством в социальных ситуациях, а с избеганием сенсорных стимулов, которые воспринимаются как невыносимые или перегружающие.

Гипер- или гипочувствительность к сенсорным стимулам и необычный интерес к сенсорным аспектам окружающего мира — это те особенности, которые постоянно присутствуют в клиническом опыте, научных исследованиях и автобиографиях. Однако неясно, почему эти особенности включены в раздел В, т. е. рассматриваются как проявления ограниченного и повторяющегося поведения. В дальнейшем может быть установлено, почему эти особенности являются симптомами РАС и действительно ли они имеют отношение к ограниченному и повторяющемуся поведению или это отдельные и независимые особенности. По-прежнему есть необходимость и в разработке надёжных и обоснованных норм сенсорной чувствительности у типичных детей, чтобы можно было сравнивать их с детьми с РАС.

С. Симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития (но могут не проявиться в полной мере, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности, или быть замаскированы выученными стратегиями в дальнейшей жизни)

Маленькие дети, у которых есть признаки синдрома Аспергера, бывают в состоянии применять конструктивные способы адаптации и саморегуляции для маскировки своих нарушений в социальном взаимодействии и коммуникации. Они могут достичь успехов в общении путём наблюдения за окружающими и подражания им, создать себе альтер-эго, наконец, уйти в мир воображения посредством одиночной игры, основанной на фантазиях, могут читать художественную литературу или проводить время с животными, а не со сверстниками. Эти механизмы могут некоторое время маскировать симптомы синдрома Аспергера, и такой ребёнок может «проскользнуть» через диагностические «сети» в подготовительном классе или начальной школе. Однако это имеет свою психологическую цену, которая иногда становится явной только в подростковом возрасте. Ведь постоянное

наблюдение и анализ социального поведения, попытки не допустить ошибку при общении или не выглядеть отличающимся от большинства ведут к эмоциональному истощению. Выработка альтер-эго также может вести к путанице с самоидентификацией и низкой самооценке. Стресс, напряжение и истощение могут вылиться в развитие клинической депрессии. И специалист, диагностировавший или лечащий это расстройство настроения, может в дальнейшем обнаружить признаки синдрома Аспергера.

D. Симптомы вызывают клинически значимое ухудшение в социальной, профессиональной или других важных сферах повседневного функционирования.

Диагностические критерии DSM-5 будут использоваться государственными учреждениями и медицинскими страховыми компаниями, чтобы определить, кто имеет право на получение терапии, помощи служб специальной поддержки, финансовой помощи. Критерий D включён, чтобы гарантировать что симптомы достаточно серьёзны для предоставления доступа к потенциально дорогостоящим услугам и поддержке. Мой клинический опыт показывает, что требование определять, вызывает ли симптом клинически значимые нарушения, получило неожиданное развитие: в некоторых случаях диагноз синдрома Аспергера у подростков и взрослых был снят официально и по взаимному согласию.

За свою почти 40-летнюю работу клиницистом я видел нескольких молодых взрослых, у которых в раннем детстве были классические, чёткие и очевидные признаки синдрома Аспергера, но за десятилетия им удалось развить у себя ряд социальных способностей и улучшить поведение до такой степени, что диагностические симптомы стали субклиническими. Это означает, у человека больше нет *клинически значимых* нарушений в социальной, профессиональной или других важных сферах повседневного функционирования. Отдельные стёртые проявления синдрома Аспергера всё еще могут оставаться, но при повторном проведении диагностических тестов человек набирает количество баллов ниже пороговых значений, нужных для сохранения диагноза. Ведущиеся в настоящее время лонгитюдные исследования начинают подтверждать клинические наблюдения, согласно которым примерно у 10 процентов из изначально диагностированных в детстве впоследствии не проявляется уровень нарушений, достаточный для подтверждения диагноза «синдрома Аспергера» (Cederlund et al., 2008; Farley et al., 2009).

Спецификаторы

Критерии РАС в DSM-5 требуют дополнительной информации, получаемой при диагностическом обследовании, для более точного описания сопутствующих нарушений развития, медицинских и психиатрических факторов и определения степени тяжести. Для описания дополнительной информации, связанной с диагнозом, были предложены следующие спецификаторы:

- сопутствующие интеллектуальные и/или речевые нарушения;
- связь с определённым медицинским или генетическим нарушением или факторами окружающей среды;
- связь с другими расстройствами развития нервной системы, психическими или поведенческими расстройствами, а также с кататонией;
- степень тяжести от Уровня 1 до Уровня 3, основанная на необходимом объёме поддержки в социальной коммуникации и в связи с ограниченными интересами и повторяющимся поведением. В тексте DSM-5 ясно обозначено, что степень тяжести не должна использоваться для определения права на доступ к каким-либо услугам и их получение, поскольку это может решаться только индивидуально и при обсуждении личных приоритетов и целей.

Кататония

Одним из спецификаторов для РАС является кататония. Исследования выявили связь между кататонией и РАС (см. Главу 10). В подростковом возрасте у подростка или молодого взрослого с РАС могут быть заметные ухудшения в двигательных способностях, с замедлением и «заморозкой» двигательного акта в его середине, а также с симптомами мутизма, вычурными позами, гримасами и восковой гибкостью. В случае ухудшения двигательных способностей обследование должно проводиться специалистом по двигательным расстройствам, связанным с РАС.

Социально-коммуникативное расстройство

В DSM-5 описано новое расстройство, которое включает в себя некоторые элементы РАС, но на самом деле рассматривается вне аутистического спектра. Это сделано с целью расширить диагностические возможности для

детей, у которых есть симптомы в социально-коммуникативном домене, но никогда не наблюдалось ограниченности и повторяемости в структуре поведения или интересах. Однако остаётся неясным, каким образом будут дифференцироваться социально-коммуникативное расстройство (СКР, англ. Social (Pragmatic) Communication Disorder или SCD) и РАС, какие услуги по поддержке или терапии будут доступны, и на что сможет претендовать ребёнок.

Более строгие диагностические критерии

По мнению авторов DSM-5, всем детям и взрослым, которым ранее был диагностирован синдромом Аспергера, должен быть поставлен диагноз РАС. Однако диагностические критерии DSM-5 более строгие, чем DSM-IV, и это окажет влияние на количество детей и взрослых с диагнозом РАС в будущем.

Были проведены многочисленные исследования по сравнению двух диагностических критериев, и все они показали, что при использовании DSM-5 диагноз РАС получает меньше детей и взрослых. Доля детей и взрослых с клиническим диагнозом РАС, не соответствующим более строгим диагностическим критериям DSM-5, варьируется от 9% до 52% с медианным значением 33% (Dickerson Mayes et al., 2014; Gibbs et al., 2012; Huerta et al., 2012; Maenner et al., 2014; Matson et al., 2012b,a; McPartland et al., 2012; Taheri and Perry, 2012; Wilson et al., 2013). Критерии DSM-5 ведут к неполному выявлению РАС среди людей всех возрастов — от младенцев до взрослых, и всех уровней функционирования: начиная от людей с тяжёлой интеллектуальной инвалидностью до тех, чьи умственные способности находятся в пределах нормы. Систематический обзор литературы и её метаанализ (Kulage et al., 2014) подтвердил, что во всех исследованиях сообщается о сокращении частоты диагностики РАС при использовании критериев DSM-5.

Большинство учёных и клиницистов согласны с тем, что критерии DSM-5 должны быть смягчены. Наиболее частой причиной несоответствия симптоматики у людей с клинически подтверждённым диагнозом РАС критериям DSM-5 было отсутствие симптома А2 (нарушений в невербальной социальной коммуникации) или наличие только одной из четырёх категорий критерия В. Говорить о том, как изменится диагностический ландшафт, ещё рано, но, по-видимому, в будущем число получающих диагноз «РАС» детей и взрослых будет сокращаться.

Изъятие термина «синдром Аспергера» из DSM-5

Изъятие термина «синдром Аспергера» негативно повлияет на самоидентификацию взрослых, которым он приносил определенную пользу и которые создали группы самопомощи и получили доступ к литературе и интернет-группам поддержки, основанным на общих особенностях и жизненном опыте. Клинический опыт показал, что большинство взрослых с синдромом Аспергера и их семей хотят сохранить этот термин.

Термин «синдром Аспергера» создаёт преимущественно нейтральное понимание и отношение со стороны общества и в СМИ. И получившие диагноз менее склонны его отрицать из-за предрассудков или из-за того, что они будут восприниматься как имеющие тяжёлое и инвалидизирующее психическое расстройство. Когда взрослый, у которого ранее был диагностирован синдром Аспергера, начинает говорить о том, что у него аутизм, ему могут не поверить, поскольку обыватели считают, что диагноз аутизма связан с тяжёлой инвалидностью.

Родители школьников могут противиться возможности пройти диагностику аутизма, поскольку в настоящее время этот диагноз ассоциируется с детьми, нуждающимися в значительной поддержке и с весьма неблагоприятным прогнозом. Взрослые могут неохотно соглашаться с предположением об аутизме или направлением на его диагностику, поскольку они не считают, что их особенности и возможности соотносятся с популярным пониманием этого термина.

Не исключено, что общество постепенно приблизит своё понимание аутизма к континуальному подходу DSM-5, но на это потребуются десятилетия. В результате некоторые люди могут остаться не диагностированными и не получают адекватной поддержки, терапии, понимания и услуг.

Альтернативные диагностические критерии

Всемирная организация здравоохранения собирается опубликовать одиннадцатый пересмотр Международной классификации болезней (МКБ) в 2015 г. В МКБ-11 будут предложены альтернативные описание и диагностические критерии расстройства аутистического спектра, которые, согласно черновому варианту, вероятно, сохранят подтип синдрома Аспергера. Я думаю, что это мудрое решение.

Предисловие к первому изданию

«Полное руководство по синдрому Аспергера» отражает моё личное восприятие детей, подростков и взрослых с синдромом Аспергера, основанное на моём обширном клиническом опыте, на обзоре существующих научных исследований и на моих собственных научных работах. Я практикующий клиницист, и при написании данного руководства стремился сделать его практически значимым для родителей, профессионалов и людей с синдромом Аспергера. Я постарался не увлекаться специализированными терминами, чтобы текст был доступен и людям без учёной степени в области психологии. Для коллег — клиницистов и учёных, которым нужна более подробная информация, — я предоставил библиографию, подтверждающую конкретные положения и содержащую дополнительную информацию. Кроме того, я включил много цитат из автобиографий людей с синдромом Аспергера. Каждая глава начинается с цитаты Ганса Аспергера и заканчивается цитатой человека с синдрома Аспергера. Я полагаю, что последнее слово должно оставаться за людьми с синдромом Аспергера.

«Полное руководство по синдрому Аспергера» должно было дать родителям и профессионалам самую актуальную информацию для осознанной помощи людям с синдромом Аспергера или их близким, писалось оно и ради помощи самим людям с синдромом Аспергера. Мне хотелось, чтобы, читая это руководство, сам человек с синдромом Аспергера понял, почему он отличается от остальных людей, и не чувствовал себя при этом удручённым или отверженным. А окружающим важно понимать, что любое эксцентричное, на первый взгляд, поведение людей с синдромом Аспергера логически обосновано. В этом руководстве будут объяснены логика и точка зрения человека с синдромом Аспергера.

Год издания книги (2006) — это год столетия со дня рождения Ганса Аспергера, и чем глубже я исследую восприятие мира людьми с синдромом Аспергера, тем выше ценю точность подробного описания четырёх детей, Фрица, Харро, Эрнста и Хельмута, сделанного им более 60 лет назад. Я никогда не встречался с Гансом Аспергером, но глубоко уважаю его понимание и восхищение этой особенной группой детей, которые стали и моими героями. Несколько лет назад я лично общался с его дочерью, Мари-

ей Аспергер-Фельдер, детским психиатром из Швейцарии, и был в восторге от её рассказов об отце, его способностях и личности, и в особенности — об обстоятельствах его работы в Вене в конце 1930-х гг.

Мария дала мне одну из работ своего отца, опубликованную в 1938 г., где он впервые описал симптомы того, что через несколько лет получило известность как «аутистическое расстройство личности»², и в итоге в 1981 г. — как синдром Аспергера. Работая педиатром в оккупированной нацистами Австрии, он храбро выступал против недавно принятого «закона о предотвращении рождения потомства с наследственными заболеваниями». Он утверждал, что образование «нейтрализует опасности, которые несут в себе генетические предрасположенности ребёнка». Он хотел спасти от уничтожения как можно больше детей из своей клиники, и горячо отстаивал идею: тот, кто необычен, не обязательно неполноценен. Он явно был противником нацизма.

История развития нашего понимания детей и взрослых с синдромом Аспергера интересна, но каковы наши надежды на будущее? В следующем десятилетии нам надо достичь согласия в диагностических критериях и изучать симптомы синдрома Аспергера у совсем маленьких детей, чтобы для них стали доступными программы раннего вмешательства. Правительствам следует расширить распределение ресурсов, предоставляемых школам на поддержку детей с синдромом Аспергера, а также помочь взрослым с синдромом Аспергера получить работу, соответствующую их квалификации и способностям. Наше современное общество нуждается в талантах людей с синдромом Аспергера и получает от них пользу.

Меня беспокоит то, что государственные ведомства, вырабатывая свою политику и распределяя ресурсы, редко вспоминают о людях с синдромом Аспергера. Иногда этот диагноз становится для государственных учреждений поводом отказать в определённых услугах, а не предоставить к ним доступ. Надеюсь, рост информированности общества о жизненных обстоятельствах и способностях людей с синдромом Аспергера повлияет на решения политиков, особенно учитывая ожидаемый в скором будущем поток взрослых, ищущих профессиональной диагностики. Это то самое поколение, которое не имело возможности быть обнаруженным и понятым.

²Примечание переводчика: в оригинале книги «autistic personality disorder», в текстах на русском языке обычно используется «аутистическая психопатия». Но вариант Эттвуда лучше соответствует современной терминологии и будет далее использоваться в тексте.

В следующем десятилетии большее количество профессионалов будет специализироваться на синдроме Аспергера, будут появляться местные диагностические и терапевтические клиники, предназначенные для детей и взрослых с синдромом Аспергера. Поскольку распространённость синдрома Аспергера составляет примерно 1 человек из 250, то количество людей, направляемых на профессиональное обследование, будет достаточным для поддержания работы национальной сети клиник и специалистов.

Мы определённо нуждаемся в дальнейших исследованиях по синдрому Аспергера, в частности, аспектов сенсорного восприятия. Многие люди с синдромом Аспергера отчаянно пытаются снизить свою чувствительность к определённым звукам и другим сенсорным раздражителям. В настоящее время клиницисты и терапевты мало чем могут помочь в уменьшении звуковой, тактильной и обонятельной чувствительности. Мы также нуждаемся в разработке и оценке программ, направленных на развитие навыков дружеских, романтических и иных взаимоотношений, на управление эмоциями и на конструктивное применение специальных интересов.

И ещё я надеюсь, что в будущем отношение к людям с синдромом Аспергера будет более позитивным и поощрительным, а соответственно повысится и их самооценка. Я написал это руководство для распространения актуальных знаний о синдроме Аспергера, но также и для того, чтобы изменить общественное мнение. Знания меняют отношение, что, в свою очередь, может повлиять как на способности людей, так и на их жизненные обстоятельства.

Глава 1

Что такое синдром Аспергера?

Не всё, что выходит за рамки обычного и поэтому «ненормальное», обязательно должно быть «неполноценным».

(Asperger, 1938)

Раздался звонок в дверь, извещающий о прибытии очередного гостя на празднование дня рождения Алисии. Её мать открыла дверь и посмотрела на Джека, последнего из ожидаемых гостей. Это был девятый день рождения её дочери, и в списке приглашённых были десять девочек и один мальчик. Мама Алисии была удивлена включением такого гостя, думая, что ровесницы её дочери обычно считают мальчиков вонючими, глупыми и не достойными приглашения на девчачий день рождения. Но Алисия сказала, что Джек не таков. Его семья недавно переехала в Бирмингем, и Джек учился в её классе всего несколько недель. Он пытался влиться в детский коллектив, но у него не получилось ни с кем подружиться. Другие мальчишки дразнили его и не позволяли ему участвовать в ни в одной из своих игр. Когда на прошлой неделе он сел рядом с Алисией во время завтрака, и она выслушала его, то она подумала, что он добрый и одинокий мальчик, которого, по-видимому, приводит в замешательство шум и кипучая деятельность на детской площадке. Он выглядел милым маленьким Гарри Поттером, и он знал столько всего о таком множестве вещей. Он ей очень понравился, и несмотря на недоуменные взгляды подруг, узнавших о том, что он приглашён на вечеринку, она всё равно посчитала, что он должен прийти.

И вот он здесь: одинокая фигура, сжимающая поздравительную открытку и подарок, которые он тут же отдал маме Алисии. Она заметила, что он написал имя Алисии на конверте, но почерк был необычно корявым для восьмилетнего ребёнка. «Должно быть, ты Джек», — сказала она, и он односложно ответил: «Да», — с ничего не выражающим лицом. Она улыбнулась ему, и только собралась ему предложить пойти в сад к Алисии и её

подругам, как он сказал: «Подарок на день рождения — одна из тех самых кукол, про которые моя мама говорит, что о них мечтает любая девочка, и она выбрала её, но на самом деле я бы хотел подарить ей батарейки. Вам нравятся батарейки? Мне да, и у меня есть сто девяносто семь батареек. Батарейки по-настоящему полезны. Какие батарейки у Вас стоят в пультах дистанционного управления?» Не дожидаясь ответа, он продолжил: «У меня есть особая батарейка из России. Мой папа — инженер, он работал на нефтяном трубопроводе в России и привёз мне оттуда шесть батареек ААА с русскими надписями. Они — мои любимые. Когда я иду спать, то люблю смотреть на свою коробку с батарейками, а перед сном сортирую их в алфавитном порядке. Я всегда держу одну из моих российских батареек, когда засыпаю. Мама говорит, что мне следует обнимать моего плюшевого мишку, но я предпочитаю батарейку. А сколько батареек у Вас?»

Она ответила: «Ну, я не знаю, но несколько должно быть...», — и не представляла, что сказать дальше. Её дочь была очень доброй, по-матерински заботливой, и нетрудно было понять, почему она «приняла» этого странного мальчика к себе в друзья. Джек продолжал выдавать монолог про батарейки, про то, из чего они сделаны и что делать с ними, когда заряд истощается. Терпение мамы Алисии тоже истощилось от этой лекции, продолжавшейся около десяти минут. Несмотря на тонкие намёки, что ей надо идти, и даже на явно сказанное: «Мне надо идти и готовить еду для гостей», — он, продолжая говорить, направился за ней следом на кухню. Она заметила, что во время разговора он редко смотрел на неё, и его лексикон был очень необычен для восьмилетнего мальчика. Его речь воспринималась скорее как взрослая, а не детская, и говорил он очень красноречиво, хотя не казался готовым слушать.

В конце концов она сказала: «Джек, тебе следует прямо сейчас пойти в сад и поздороваться с Алисией». Её выражение лица ясно показывало, что альтернативы нет. Он разглядывал её лицо несколько секунд, словно пытаясь прочесть его выражение, и после этого ушёл. Она выплянула из окна кухни и увидела, как он бежит через лужайку к Алисии. Когда он пробежал мимо группы из четырёх девочек, она заметила, что одна из них нарочно подставила подножку. Он неуклюже полетел на землю и все девочки засмеялись. Но Алисия увидела, что случилось, и подошла, чтобы помочь ему встать на ноги.

Эта вымышленная сцена показывает типичную случайную встречу с ребёнком с синдромом Аспергера. Недостаток понимания социальных норм, ограниченная способность к поддержанию диалога и интенсивный интерес

к определённой теме — основные особенности этого синдрома. Возможно, простейший путь понять синдром Аспергера — это подумать о нём, будто описывая кого-то, кто воспринимает мир и осмысливает его не так, как остальные люди.

Несмотря на то, что клиницисты только недавно описали эти различия и необычный профиль способностей, который мы теперь называем синдромом Аспергера, он, возможно, был важной и ценной характеристикой нашего вида на протяжении всей эволюции. До конца двадцатого века у нас не было названия для такого типа личности. В настоящее время мы используем диагностическую категорию «синдром Аспергера», основанную на удивительно пронизательных описаниях доктора Ганса Аспергера — венского педиатра, который в 1944 г. заметил, что у некоторых из детей, направляемых в его клинику, были очень сходные личностные особенности и поведение. В середине 1940-х годов изучение психологии детства в Европе и Америке стало признанной и растущей областью науки с существенным продвижением в описаниях, теоретических моделях и диагностических инструментах, но Аспергер не мог найти описания и объяснения для той малой группы похожих друг на друга и необычных детей, которая так заинтересовала его. Он предложил термин «*Autistische Psychopathen im Kindesalter*». В современном переводе исходный немецкий психологический термин «психопатия» будет звучать как «расстройство личности» — это подчёркивает, что речь идёт об описании чьей-то личности, а не психического заболевания вроде шизофрении.

Аспергер был определённо очарован детьми с аутистическим расстройством личности и оставил удивительно пронизательное описание трудностей и способностей таких детей (Аспергер, 2010, 2011) (перевод Asperger (1944)). Он видел, что развитие социальной зрелости и социального интеллекта запаздывало, а некоторые аспекты их социальных способностей были довольно необычными на любой стадии развития. Эти дети испытывали трудности с завязыванием дружбы, их часто дразнили другие дети. Имели место нарушения вербальной и невербальной коммуникации, особенно в диалоговой речи. Использование языка ими выглядело педантичным, и у некоторых детей была необычная просодия, влияющая на тон, ритм речи и высоту голоса. Грамматика и словарный запас могли быть относительно хорошо развитыми, но к концу разговора оставалось впечатление чего-то необычного в их возможности поддерживать обычную беседу, расходившееся с ожиданиями от детей соответствующего возраста. Аспергер также заметил и описал значительные нарушения в передаче и контроле эмоций и

тенденцию интеллектуализировать чувства. Эмпатия была не столь развитой, как можно было бы ожидать, исходя из уровня умственного развития. У этих детей была также эгоцентричная поглощённость специфической темой или интересом, доминирующим в их мыслях и занимающим почти всё время. У некоторых из них были сложности с поддержанием внимания в классе и специфические проблемы в учёбе. Аспергер заметил, что им часто требовалась материнская помощь в самообслуживании и организационных навыках — в большей степени, чем можно было бы ожидать. Он описал заметную неуклюжесть, проявляющуюся в походке и координации. Кроме того, он также заметил, что некоторые дети были чрезвычайно чувствительными к отдельным звукам, запахам, текстурам и прикосновениям.

Аспергер считал, что данные черты могут быть обнаружены у некоторых детей в возрасте от двух до трёх лет, хотя в некоторых случаях эти особенности становятся заметными только несколько лет спустя. Он также заметил, что у некоторых родителей таких детей, особенно отцов, есть много общих с их детьми личностных черт. Он писал, что этот факт, возможно, обусловлен скорее генетическими или неврологическими, чем психологическими или средовыми факторами. Из его первой и последующих публикаций и недавнего анализа записей о детях, наблюдаемых им на протяжении свыше трёх десятилетий, очевидно, что он рассматривал аутистическое расстройство личности как часть природного континуума способностей, граничащую с нормой (Asperger, 1944, 1952, 1979; Hippler and Klicpera, 2004). Он считал, что это расстройство — пожизненный и устойчивый тип личности, и не наблюдал дезинтеграции и фрагментации, происходящих при шизофрении. Он также заметил, что некоторые из этих детей обладали особыми талантами, которые могли бы привести к их успешному трудоустройству, а часть из них была способна развить долговременные брачные отношения.

1.1. Пути к диагнозу

В наши дни, когда ребёнок или взрослый направляется на диагностическое обследование, он может двигаться по одному из нескольких диагностических маршрутов. У ребёнка, направленного на диагностическое обследование, может с раннего детства быть необычная история развития и профиль способностей, однако средний возраст диагностики синдрома Аспергера — 8–11 лет (Eisenmajer et al., 1996; Howlin and Asgharian, 1999). Я выявил

несколько путей диагностики, которые могут начинаться в младенчестве или на других стадиях развития и даже в определённые периоды взрослой жизни.

Диагностика аутизма в младенчестве или раннем детстве

Лорна Уинг, впервые использовавшая термин «синдром Аспегера», полагала, что имеется необходимость в новой диагностической категории. Она обнаружила, что некоторые дети, имевшие явные признаки тяжёлого аутизма в младенчестве и раннем детстве, способны достичь заметного прогресса и переместиться вдоль континуума аутизма в результате ранней диагностики и интенсивных и эффективных программ раннего вмешательства (Wing, 1981). Ребёнок, бывший социально индифферентным и молчаливым, теперь проявляет желание играть с другими детьми и может говорить, используя сложные предложения. И если ранее ребёнок имел основания искать уединения, то теперь он стремится включиться в общение. После многочасовых интенсивных программ по развитию коммуникативных способностей проблема уже не в том, чтобы побудить ребёнка говорить, а в том, чтобы научить его говорить меньше, слушать и быть более чутким к социальному контексту. В более раннем возрасте могла наблюдаться поглощённость сенсорным опытом — крутящееся колесо игрушечной машинки или велосипеда могло «гипнотизировать» ребёнка — теперь же он всецело увлечён какой-то специфической темой вроде орбит планет. Предшествующие обследования и наблюдения за игрой могли показать возможность существенной интеллектуальной недостаточности, но теперь подтверждается, что коэффициент интеллекта (IQ) ребёнка находится в пределах нормы.

Питер Сзатмари предположил, что те дети с аутизмом, у которых развивается функциональный язык в раннем детстве, в итоге присоединяются к типичной для ребёнка с синдромом Аспергера траектории развития и имеют соответствующий профиль способностей (Szatmari, 2000). В какой-то момент развития в раннем детстве аутизм — корректный диагноз, но особая подгруппа детей с аутизмом может показывать значительное улучшение языковых способностей, игры и мотивации общаться со сверстниками в возрасте от четырёх до шести лет. Траектория развития для таких детей изменилась, и их профиль способностей в начальной школе согласуется с характеристиками синдрома Аспергера (Attwood, 1998; Dissanayake, 2004; Gillberg, 1998; Wing, 1981). Этим детям, которые впоследствии могли быть

диагностированы как имеющие высокофункциональный аутизм или синдром Аспергера, принесут пользу методы и программы, разработанные для детей с синдромом Аспергера, а не с аутизмом.

Выявление синдрома Аспергера в младшем школьном возрасте

При диагностическом обследовании взрослых я обычно спрашиваю, когда человек первый раз понял, что он отличается от других людей. Многие взрослые, получившие диагноз в зрелые годы, говорят, что впервые они почувствовали себя отличными от других только когда пошли в школу. Они рассказывают о том, что могли понимать членов семьи и поддерживать отношения с ними, включая социальные игры с братьями и сёстрами, но им нужно было играть со сверстниками в школе и общаться с учителем, они сами осознавали себя как очень отличающихся от детей своего возраста. Когда я прошу этих взрослых описать эти различия, они обычно упоминают незаинтересованность в групповой деятельности сверстников, нежелание допускать других в свою деятельность, и непонимание социальных условностей на детской площадке или в классе.

Этот диагностический путь начинается, когда опытный учитель наблюдает ребёнка без очевидной истории связанных с аутизмом особенностей, но который очень необычен в плане способностей к пониманию социальных ситуаций и условностей. Этот ребёнок также воспринимается как незрелый в плане управления эмоциями и выражения сочувствия. Может иметь место необычный стиль обучения с выдающимися знаниями в области интересов ребёнка, но с существенными проблемами в учёбе или внимании в других предметах. Учитель также может заметить проблемы с координацией движений, например, при письме, беге и ловле мяча. Ребёнок также может затыкать уши при звуках, которые не воспринимаются другими детьми как неприятные.

На игровой площадке ребёнок может активно избегать совместных игр со сверстниками, быть социально наивным, навязчивым или пытаться доминировать. В классе учитель обнаруживает, что ребёнок, по-видимому, не замечает или не понимает невербальных сигналы, которые передают сообщения вроде «не сейчас» или «я начинаю раздражаться». Ребёнок может приобрести дурную репутацию, потому что перебивает других или не реагирует в социальных ситуациях теми способами, которые можно было

бы ожидать от ребёнка этого возраста и интеллектуального уровня. Учитель может также заметить, что ребёнок становится крайне встревоженным, если изменился привычный распорядок или он не может решить задачу.

У ребёнка, очевидно, нет интеллектуальных нарушений, но проявляется недостаток социального понимания сверстников. Учитель знает, что ребёнку пошли бы на пользу программы, способные помочь ему понять социальные правила в классе и на школьной игровой площадке. Учителю также необходим доступ к тренингам, службам поддержки, ресурсам и специальным знаниям по синдрому Аспергера, чтобы способствовать успешной социальной интеграции ребёнка и успехам в учёбе. И ребёнку, и учителю нужна помощь.

Мой клинический опыт говорит о том, что большинство детей с синдромом Аспергера получают диагноз, следуя этому маршруту. Необычный характер способностей и поведенческих особенностей не бросается в глаза дома, но учитель замечает качественные различия в способностях и поведении в классе и на игровой площадке. Впоследствии при встрече родителей с представителями школы родителям рекомендуют пройти диагностическое обследование как для объяснения необычного поведения и профиля способностей ребёнка, так и для того, чтобы родители и школа получили доступ к соответствующим программам и ресурсам.

Имеющийся диагноз другого расстройства развития

Ещё один путь к диагнозу — когда в истории развития ребёнка имеется расстройство развития, которое может быть связано с синдромом Аспергера. Диагноз расстройства внимания, речи, координации движений, пищевого поведения, способностей к обучению может быть началом формального диагностического процесса, который в итоге ведёт к диагнозу «синдром Аспергера».

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

Большинство людей в целом имеют представление о синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), и беспокойство родителей и учителей могут вызывать проблемы с поддержанием внимания, импульсивность и гиперактивность ребёнка. Такой диагноз учитывает проблемы ребёнка в этих областях, но не объясняет необычный профиль его социальных, языковых и интеллектуальных способностей, который более точно описывается

диагностическими критериями синдрома Аспергера. Как начальный диагноз СДВГ правильным, но оказался не конечной точкой в диагностическом «путешествии».

Клиницисты не так давно обнаружили, что у детей с синдромом Аспергера могут проявляться и симптомы СДВГ, что нашло подтверждение в нескольких исследованиях и клинических описаниях (Ehlers and Gillberg, 1993; Fein et al., 2005; Ghaziuddin et al., 1998; Klin and Volkmar, 1997; Perry, 1998; Tani et al., 2006). Эти два диагноза не являются взаимно исключаящими, и детям могут пойти на пользу медицинское лечение и стратегии для обоих расстройств.

Я наблюдал маленьких детей с синдромом Аспергера, которые были гиперактивными, но не обязательно из-за наличия СДВГ. Гиперактивность может быть ответом на высокий уровень стресса и тревожности, особенно в новых социальных ситуациях, из-за чего ребёнок не может просто сесть и расслабиться. Важно проводить различие между рядом факторов, влияющих на удержание внимания (таких как мотивация), и гиперактивностью перед подтверждением диагноза СДВГ.

Расстройство речи

У маленького ребёнка с синдромом Аспергера могут сначала обнаружить задержку речевого развития и направить его для обследования и лечения к логопеду. Формальное тестирование коммуникативных навыков может выявить как общую задержку речевого развития, так и специфические особенности, которые не характерны ни для одной из стадий развития речи. Обследование может выявить задержку и отклонение в развитии речи, типологически схожее с семантико-прагматическим расстройством речи (СПРР, англ. Semantic Pragmatic Language Disorder или SPLD). У детей с СПРР довольно хорошие речевые навыки в областях синтаксиса, словарного запаса и фонологии, но страдает использование языка в социальном контексте, т. е. искусство разговора или прагматический аспект речи (Rapin, 1982). Семантические способности затронуты таким образом, что ребёнок склонен буквально интерпретировать сказанное кем-то другим. Диагноз СПРР объясняет причину необычных речевых навыков ребёнка, но всестороннее изучение его способностей и поведения показывает, что более широкая клиническая картина соответствует диагнозу «синдром Аспергера».

Границы между двумя диагнозами — синдромом Аспергера и специфическими расстройствами речи вроде СПРР — не являются чёткими (Bishop, 2000). Задержка развития рецептивного языка у маленьких детей часто связана с проблемами с социализации (Paul et al., 1991). Ребёнок, испытывающий проблемы с пониманием чужой речи и тем, чтобы его понимали, может стать тревожным и отчуждённым в социальных ситуациях. Причина социальной изоляции в этом случае связана с речевым расстройством, а не с нарушенным социальным интеллект, как при синдроме Аспергера. При диагностическом обследовании важно разграничивать вторичные последствия расстройства речи и синдромом Аспергера. Тем не менее, ребёнок с синдромом Аспергера, у которого также имеются признаки СПРР, получит пользу от программ для детей с СПРР.

Нарушение координации движений

Родители и учителя могут заметить неуклюжесть маленького ребёнка, проблемы с координацией и ловкостью. Ребёнок может испытывать сложность с завязыванием шнурков, ездой на велосипеде, почерком и ловлей меча, иметь необычную или незрелую походку при ходьбе или беге. Ребёнок отправляется к эрготерапевту или физиотерапевту для обследования и лечения. Обследование может подтвердить задержку развития двигательных навыков или наличие какого-то конкретного расстройства координации движений, но специалист может заметить и другие необычные особенности в истории развития ребёнка и профиле способностей и оказаться первым из профессионалов, кто заподозрит наличие синдрома Аспергера у ребёнка. Хотя в этом случае проблемы с координацией были началом пути к диагностике синдрома Аспергера, ребёнок явно выиграет и от программ по улучшению моторных навыков.

У некоторых детей с синдромом Аспергера могут появиться непровольные, резкие и внезапные движения телом (моторные тики) и неконтролируемые вокализации (голосовые тики), которые напоминают признаки синдрома Туретта (Ehlers and Gillberg, 1993; Gillberg and Billstedt, 2000; Kadesjö and Gillberg, 2000; Ringman and Jankovic, 2000). Диагностическое обследование на синдром Туретта из-за выявленных моторных и голосовых тиков может быть путём к дальнейшей диагностике синдрома Аспергера.

Расстройство настроения

Мы знаем, что маленькие дети с синдромом Аспергера предрасположены к развитию расстройств настроения (Attwood, 2003a), некоторые из них кажутся почти постоянно тревожными, что может указывать на генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Одна из проблем, с которой сталкиваются дети с синдромом Аспергера, использующие интеллект вместо интуиции для достижения успеха в некоторых социальных ситуациях, состоит в том, что они почти постоянно находятся в состоянии настороженности и тревожности, что ведёт к риску умственного и физического истощения.

Иногда ребёнок развивает компенсаторные механизмы для избегания провоцирующих тревогу ситуаций вроде школы, отказываясь идти в школу или не разговаривая там (Kopp and Gillberg, 1997). Возможны сильная тревожность или фобические реакции на отдельные социальные ситуации, или на сенсорные стимулы, например, на лай собаки или на изменения в ожидаемом ходе вещей, например, на замены в школьном расписании. Направление детей с расстройствами настроения к клиническому психологу, психиатру или в службу охраны психического здоровья после составления детальной и полной истории развития может привести к диагностике синдрома Аспергера (Towbin et al., 2005).

Некоторые дети с синдромом Аспергера впадают в клиническую депрессию, реагируя таким образом на осознание наличия у них заметных сложностей с социальной интеграцией. Депрессивная реакция может быть интернализированной, ведя к самокритике и даже к мыслям о самоубийстве; или экстернализированной, приводя к критике других и выражению фрустрации или гнева, особенно когда ребёнок испытывает сложности в социальной ситуации. Обвинения направляются на себя: «Я дурак», — или на других: «Это твоя вина». Проявления клинической депрессии или проблем с управлением гневом могут быть первыми признаками такого расстройства развития, как синдром Аспергера.

Расстройство пищевого поведения

Расстройства пищевого поведения могут включать в себя отказ есть пищу какой-то специфической консистенции, запаха или вкуса из-за сенсорной гиперчувствительности (Ahearn et al., 2001). Могут также иметь место необычные пищевые предпочтения и рутины, связанные с приёмом пищи и её подачей (Nieminen-von Wendt, 2004). Направление к педиатру по поводу

приёма пищи, диеты или веса могут привести к диагностике синдрома Аспергера. Несколько исследований указывают на повышенную частоту низкого веса при синдроме Аспергера, что может иметь причиной тревожность или сенсорную чувствительность, связанные с пищей (Bölte et al., 2002; Hebebrand et al., 1997; Sobanski et al., 1999).

Серьёзные расстройства пищевого поведения, такие как нервная анорексия, могут быть связаны с синдромом Аспергера: от 18 до 23 процентов девушек-подростков с нервной анорексией также проявляют симптомы синдрома Аспергера (Gillberg and Billstedt, 2000; Gillberg and Råstam, 1992; Gillberg et al., 1996; Råstam et al., 2003; Wentz et al., 2005; Wentz Nilsson et al., 1999). Таким образом, проблемы с приёмом пищи или диагноз расстройства пищевого поведения могут стать отправной точкой для диагностического обследования на синдром Аспергера.

Невербальное расстройство обучения

У маленького ребёнка могут выявить необычный профиль интеллектуальных и академических способностей, а формальное тестирование нейропсихологом показывает существенное несоответствие между вербальным интеллектом (Verbal IQ) и невербальным интеллектом (Performance IQ). Если при этом существенно выше вербальный IQ, последующее и более детальное изучение когнитивных способностей может выявить диагноз «невербальное расстройство обучения» (НРО, англ. Nonverbal Learning Disability¹)

Главная особенность НРО — это проблемы в следующих областях: визуально-пространственное восприятие и мышление; сложные психомоторные навыки и тактильное восприятие; адаптация к новым ситуациям; восприятие времени; механический счёт; социальная перцепция и навыки социального взаимодействия. Имеются и относительные преимущества в слуховом восприятии, навыках чтения, основанном на механическом запоминании вербальном обучении, а также правописании. Такой паттерн способностей наводит на мысль о дисфункции правого полушария и повреждении белого вещества мозга (Rourke and Tsatsanis, 2000). Тот факт, что критерии НРО и синдрома Аспергера перекрываются, является объектом непрерывных дискуссий среди клиницистов (Volkmar and Klin, 2000). Ес-

¹Примечание переводчика: официального перевода (в МКБ-10) названия на русский язык нет, в тексте дан наиболее употребительный, но ближе по смыслу «нарушение невербальных способностей к обучению».

ли ребёнок с НРО впоследствии получает диагноз «синдром Аспергера», информация о его необычном профиле когнитивных навыков может оказаться бесценной для учителя в плане того, как приспособить школьную программу к особому стилю обучения.

Обнаружение клинических симптомов в подростковом возрасте

Когда ребёнок превращается в подростка, миры социума и учёбы становятся более сложными, и ожидается, что ребёнок должен стать более независимым и уверенным в себе. В начальной школе в совместных играх больше действия, чем общения, дружба кратковременна, и игры довольно простые, с ясными правилами. В подростковом возрасте дружба основывается на более сложном межличностном, а не практическом взаимодействии, т. е. на доверии, а не на игре в мяч.

В начальной школе у ребёнка один учитель круглый год, и как учитель, так и ребёнок учатся считывать сигналы друг друга и развивают рабочие взаимоотношения. В большей степени проявляется покровительство, гибкость и снисходительность по отношению к освоению школьной программы и ожидаемой социальной и эмоциональной зрелости. Жизнь довольно проста, и ребёнок может меньше осознавать своё отличие от других детей, так как его трудности не бросаются в глаза в классе или на детской площадке.

На протяжении отрочества подросток с синдромом Аспергера, скорее всего, будет испытывать всё более явные трудности с навыками организации и планирования, с выполнением заданий вовремя. Это может привести к ухудшению успеваемости, на что обратят внимание учителя и родители. Интеллектуальные способности подростка не ухудшились, но изменились их методы оценки учителями. Знание истории теперь заключается не в запоминании дат, а в написании связного эссе. Изучение родного языка² требует способностей к описанию литературных образов и «чтению между строк». Группе учащихся необходимо будет представить научный проект — и подростку с синдромом Аспергера нелегко влиться в коллективную работу. Из-за падения успеваемости и последующего стресса подросток может быть направлен к школьному психологу, который распознает признаки синдрома Аспергера.

Я заметил, что признаки синдрома Аспергера становятся более явными во время стрессов и изменений, а в подростковом возрасте происходят существенные перемены в ожиданиях и внешних обстоятельствах. До это-

²Примечание переводчика: в оригинале — английского языка.

го возраста ребёнок мог хорошо адаптироваться, но изменения в природе дружбы, форме тела, школьном распорядке и объёме поддержки могут повергнуть его в кризис, что станет сигналом для соответствующих специалистов, и они увидят синдром Аспергера у ребёнка, который до этого так хорошо со всем справлялся.

Подростковый возраст — это также время переоценки взглядов на то, кем является человек и на то, кем он хочет быть. Влияние родителей в отрочестве слабеет, а сила отождествления с группой сверстников растёт. Подростка должен общаться со многими учителями, каждый из которых обладает своим характером и стилем обучения, а оценка его успехов в учёбе теперь основана на абстрактном мышлении, а не на запоминании фактов. Проблемы с социальной интеграцией, принятием и успеваемостью могут повергнуть его в клиническую депрессию или в гнев, направленный на окружающих или на «систему».

Подростка могут направить в соответствующие психиатрические службы для лечения депрессии или тревожного расстройства — которое к этому возрасту может включать обсессивно-компульсивное расстройство (Vejeerot et al., 2001) — расстройства пищевого поведения вроде нервной анорексии, проблем с гневом или расстройства поведения. Я также наблюдал некоторых детей, у которых были различные степени выраженности четырёх расстройств, которые могут формировать целый кластер, а именно синдром дефицита внимания с гиперактивностью, синдром Аспергера, синдром Туретта и обсессивно-компульсивное расстройство. Каждый диагноз корректен, и ребёнок или взрослый нуждается в лечении всех четырёх расстройств.

Предположение о расстройстве поведения или о расстройстве личности

Аспергер описал подгруппу детей со склонностью к поведенческим проблемам, ведущим к их временному исключению из школы, — одна из главных причин, по которой дети, у которых впоследствии диагностировали аутистическое расстройство личности, были направлены в его клинику в Вене. Некоторые дети с синдромом Аспергера воспринимают себя скорее взрослыми, чем детьми. И действительно, такие дети могут вести себя в классе как помощники учителя, поправляя и дисциплинируя других детей. В конфликтных ситуациях они вряд ли склонны обратиться к взрослому как к арбитру и склонны «вершить правосудие своими руками». Эти дети так-

же способны понять, что акты агрессии могут отталкивать других детей, гарантируя непрерывное одиночество. Конфликты и конфронтация со взрослыми могут усугубляться непослушанием, негативизмом и трудностями с восприятием различий в социальном статусе и иерархии, что приводит к отсутствию уважения к авторитетам или старшим.

Ребёнок с синдромом Аспергера часто незрел в искусстве переговоров и компромисса и может не знать, когда пришло время уступить и извиниться. Он не примет отдельную школьную социальную норму, если она выглядит нелогичной, и в споре будет стоять на своём из принципа. Это может привести к серии серьёзных конфликтов с учителями и школьным начальством.

Мы знаем, что у детей с синдромом Аспергера имеются проблемы с социальной интеграцией со своими сверстниками. Если у ребёнка ещё и выдающиеся интеллектуальные способности, это ещё более осложняет ситуацию. Такие дети с чрезвычайно высоким интеллектом могут компенсировать свои трудности, становясь высокомерными и эгоцентричными, и это значительно осложняет признание допущенной ими ошибки. Они могут быть крайне чувствительными к любым указаниям или критике, и при этом — чрезмерно критичными к другим, включая учителей, родителей или администрацию. Школа или родители могут обратиться за профессиональной помощью в связи с установками и поведением таких детей, что ведёт к диагностированию синдрома Аспергера. Направление к специалисту по управлению поведением может быть началом их пути к диагнозу «синдром Аспергера».

Диагностика аутизма или синдрома Аспергера у родственника

Когда у ребёнка или взрослого диагностируют аутизм или синдром Аспергера, родители и родственники скоро узнают многое о различных формах проявления аутизма и анализируют истории своей семьи и черты характера родственников на предмет признаков расстройств аутистического спектра, в особенности синдрома Аспергера. Недавние исследования показали, что 46 процентов родственников первой степени родства детей с синдромом Аспергера обладают сходным профилем способностей и поведения (Volkmar et al., 1998), хотя обычно в субклинической степени, т. е. скорее описывающихся как характер, чем как синдром или расстройство.

После того, как у ребёнка подтверждается диагноз «синдром Аспергера», клиницист может получить другие запросы на диагностическое обследование брата, сестры или другого родственника ребёнка. Диагноз может подтвердиться, и клинический опыт показывает, что в некоторых семьях есть дети и взрослые с синдромом Аспергера как в пределах одного, так и в разных поколениях. Это нашло подтверждение в некоторых автобиографиях взрослых с синдромом Аспергера (Willey, 1999). Однако последующее клиническое обследование может показать, что уровень выраженности соответствующих признаков слишком «мягок» для диагноза или что у человека есть множество отдельных «фрагментов» синдрома Аспергера, которые не достаточны для диагноза. Тем не менее, ему могут пойти на пользу некоторые стратегии, разработанные для отдельных черт или «островков», имеющихся в его профиле способностей.

Обнаружение признаков синдрома Аспергера с помощью средств массовой информации

Просмотр телепередачи или новостей, в которых рассказывается о синдроме Аспергера, чтение журнальной статьи или популярной автобиографии взрослого человека с синдромом Аспергера может стать для некоторых людей отправной точкой в обращении за диагностическим обследованием их самих или члена их семьи, коллеги или друга. Недавно в Австралии я объяснял природу синдрома Аспергера по национальному телеканалу в прямом эфире, и за этим последовал шквал звонков в телевизионную компанию от родителей, распознавших признаки синдрома Аспергера в своём взрослом сыне или дочери, которые из-за своего возраста не могли получить диагностики, доступной сегодняшним детям. В ближайшие несколько лет можно ожидать лавины направлений взрослых на диагностическое обследование по поводу синдрома Аспергера.

Иногда партнёры по отношениям могут получить информацию из средств массовой информации и счесть, что диагноз синдрома Аспергера может объясняет необычные хобби и трудности с эмпатией и навыками общения у их мужа (или жены). Важно понимать, что многие обычные женщины считают, что их партнёр не понимает того, что они думают или чувствуют, и многие природные черты мужчин могут быть восприняты как признаки синдрома Аспергера. Тем не менее, я заметил увеличившееся

количество запросов от консультантов по отношениям в паре, которые получили представление о том, как распознать подлинные признаки синдрома Аспергера у ищущих консультации пар (Aston, 2003).

Проблемы с трудоустройством

Хотя человек с синдромом Аспергера способен достичь успехов в учёбе, трудности с социальным взаимодействием могут повлиять на его успешность на собеседованиях при приёме на работу, на социальные или командные аспекты труда или стать причиной непонимания социальных правил, например, запретов стоять слишком близко или смотреть на кого-то слишком долго. Получение и сохранение работы может быть проблемой. Заключение агентства по трудоустройству, государственной биржи труда или отдела кадров компании может стать первым шагом к выявлению синдрома Аспергера. Можно предположить, что среди хронически безработных высок процент людей с синдромом Аспергера.

Другой путь к диагнозу, связанный с трудоустройством, — это изменение требований на работе. Это может быть, например, выдвижение на руководящую должность, требующую навыков межличностного взаимодействия и наделяющую обязанностями, требующими планирования и организаторских способностей, что может быть труднодостижимым для некоторых взрослых с синдромом Аспергера. Это могут быть и проблемы из-за непринятия общепринятых процедур, трудности с управлением временем и с восприятием и принятием коллективной иерархии.

1.2. Зачем добиваться получения диагноза?

Совсем маленький ребёнок с синдромом Аспергера может не осознавать своего отличия от ровесников. Однако для взрослых и других дети будет всё более очевидным, что ребёнок ведёт себя, думает или играет не так, как другие дети. Изначально взрослые из семейного окружения и в школе могут считать, что ребёнок грубый и эгоистичный, в то время как сверстники будут считать его просто странным. Если не последует объяснения в виде диагноза, то его могут начать осуждать с точки зрения морали, что неизбежно скажется пагубным образом на самооценке ребёнка и приведёт к ненадлежащим последствиям и отношению к нему.

Постепенно ребёнок поймёт, что он воспринимает и чувствует окружающий мир необычным способом, и станет переживать из-за своего отличия от других детей. И это касается не только отличающихся интересов, приоритетов и социальной компетентности, но ещё и частой критики со стороны как сверстников, так и взрослых. Осознание отличности от других детей обычно происходит у ребёнка с синдромом Аспергера между шестью и восемью годами.

Клэр Сейнсбури было около восьми лет:

Вот одно из наиболее ярких моих школьных воспоминаний. Я стою в углу детской площадки, как обычно, как можно дальше от людей, которые могут врезаться в меня или закричать, я уставилась в небо и поглощена собственными мыслями. Мне восемь или девять лет, и я начала осознавать, что я отличаюсь от других каким-то безмянным, но всеохватывающим способом.

Я не понимаю детей вокруг меня. Они пугают и смущают меня. Они не хотят говорить об интересных вещах. Я обычно думала, что они глупые, но сейчас я начинаю осознавать, что это я во всём «неправильная» (Sainsbury, 2000, с. 8).

В результате у ребёнка могут развиваться компенсаторные мысли и установки из-за чувства отчуждённости, социальной изоляции и непонимания другими.

1.3. Стратегии компенсации и адаптации при имеющихся отличиях

Я выделил четыре стратегии компенсации или адаптации, вырабатываемые маленькими детьми с синдромом Аспергера как ответ на осознание своей отличности от других детей. То, какая стратегия используется, будет зависеть от личности ребёнка, его жизненного опыта и обстоятельств. У тех детей, которые склонны к интернализации мыслей и чувств, могут развиваться признаки самообвинения и депрессии или же в качестве альтернативы — жизнь в воображении и фантазиях с созданием другого мира, где они более успешны. Те дети, которые склонны к экстернализации мыслей и чувств, могут либо стать высокомерными и обвинять других в своих сложностях, или будут видеть в других не причину своих проблем, а инструмент для их решения и разовьют способность имитировать других детей или

персонажей. Таким образом, одни психологические реакции могут быть конструктивными, а другие могут привести к серьёзным психологическим проблемам.

Реактивная депрессия

Социальная компетентность и умение находить друзей высоко ценятся сверстниками и взрослыми, и отсутствие успеха в этих областях может привести некоторых детей с синдромом Аспергера к интернализации своих мыслей и чувств в виде излишних извинений, самокритики и нарастающей социальной изоляции. У ребёнка, которому иногда всего лишь семь лет, может развиваться клиническая депрессия в результате осознания своих отличий и восприятия себя как социально уязвимого.

С интеллектуальной точки зрения ребёнок способен обнаружить свою социальную изоляцию, но у него не хватает социальных навыков по сравнению с теми, кто равен ему по возрасту и интеллекту, а также нет интуитивного знания того, что делать для достижения успехов в общении. Смелые попытки улучшить социальную интеграцию с другими детьми могут стать предметом насмешек, и ребёнка начинают сторониться. Учителя и родители могут не обеспечивать достаточный уровень руководства и особенно поощрения и поддержки. Ребёнок отчаянно хочет включиться в общение и иметь друзей, но не знает, что делать. Результатом может быть кризис уверенности в себе, о чём говорится в следующей цитате из неопубликованной автобиографии сестры моей жены, у которой есть синдром Аспергера:

На самом деле никто не хочет, чтобы другие знали о его слабостях, но с недугом вроде моего невозможно всегда избегать опасности выставить себя дураком или выглядеть унижающей / униженной. Так как я никогда не знаю, когда произойдёт следующее «падение», я избегаю седлать «лошадь уверенности», образно говоря.

Социальная отчуждённость может нарастать из-за недостатка социальной компетентности, что уменьшает возможность достижения социальных умений и зрелости. Депрессия также может влиять на мотивацию и энергичность в других видах деятельности в классе или дома, которые ранее доставляли удовольствие. Могут произойти изменения в режиме сна или аппетите, возникнуть негативный настрой, проникающий во все сферы жизни, а в крайних случаях — разговоры о самоубийстве, а также импульсивные или спланированные попытки суицида.

Уход в фантазии

Более конструктивным способом интернализации мыслей и чувств о своей социальной ущербности может оказаться бегство в фантазии. Некоторые дети с синдромом Аспергера придумывают яркие и сложные воображаемые миры, иногда с воображаемыми друзьями.

У Томаса синдром Аспергера и высокие интеллектуальные способности. В его биографии, написанной его матерью, рассказывается об одной из причин, по которой её сын совершил бегство в воображение:

Во время занятия по развитию речи в школе учитель спросил у Томаса: «Итак, с кем бы ты стал играть на перемене?»

«С моим воображением. Что Вы думаете?» — сообщил он ей.

«А как ты думаешь, с кем ты должен играть на перемене?» — спросила она.

«С любим, кто меня понимает; но таких нет, за исключением вас, взрослых, а у вас на меня нет времени», — сказал он прямолинейно (Barber, 2006, с. 103).

В своих воображаемых мирах с воображаемыми друзьями дети с синдромом Аспергера находят понимание, успешны как в общении, так и в учёбе. Другое преимущество состоит в том, что ответы воображаемых друзей находятся под контролем ребёнка, и они всегда доступны. Воображаемые друзья помогают ребёнку избежать чувства одиночества. Лиан Холлидей Уилли объяснила это так:

Когда я думаю о своих самых ранних годах, то вспоминаю переполнявшее меня желание быть в стороне от сверстников. Я куда больше любила находиться в компании своих воображаемых друзей. Пенни и её брат Джошуа были моими лучшими друзьями, хотя никто не видел их, кроме меня. Моя мать говорит, что я обычно настаивала, чтобы мы выделяли им место за столом, брали их с собой в поездки на машине, и обращались с ними как с реальными существами (Willey, 1999, с. 16).

При личном общении Лиан объяснила, что наличие воображаемых друзей «не одна из ролевых игр, а единственная доступная мне игра».

Наличие воображаемых друзей характерно для игры многих маленьких детей и не обязательно имеет клиническую значимость. Однако дети с синдромом Аспергера могут иметь только воображаемых друзей, и интенсивность и продолжительность воображаемого общения будут необычными с качественной точки зрения.

Поиск альтернативного мира может привести к тому, что у ребёнка появится интерес к другой стране, культуре, историческому периоду, или к миру животных, как это описывает сестра моей жены:

Когда мне было примерно семь лет, я, возможно, увидела нечто в книге, что очаровало меня и всё ещё очаровывает. Потому что это было чем-то непохожим ни на что из ранее увиденного мной и совершенно не связанным с нашим миром и нашей культурой и далёким от них. Это была Скандинавия и её народ. Из-за своей иноземности она была совершенно чужда и противоположна всем и всему, что я знала ранее. Это было моим побегом в мир грёз, в котором ничто не могло напомнить мне о повседневной жизни и всех привносимых ей невзгодах. Люди из этого чудесного места были совершенно непохожими на каких-либо людей из «реального мира». Взгляд на эти лица не мог напомнить о ком-либо, кто унижал, пугал или упрекал меня. Одним словом, я поворачивалась спиной к реальной жизни и её той боли, которую она могла причинить, и совершала побег от неё (неопубликованная автобиография).

Интерес к другим культурам и мирам может объяснить развитие специального интереса к географии, астрономии, научной фантастике: в них ребёнок находит пространство, где его знания, способности и интересы востребованы и ценны.

Иногда воображение настолько развито, что порождает интерес к художественной литературе — как к её чтению, так и к написанию. Некоторые дети с синдромом Аспергера, особенно девочки, развивают способность использовать воображаемых друзей, персонажей и миры для написания вполне качественных произведений. Это может привести к успешной карьере автора художественной литературы для детей или взрослых.

Побег в воображение может быть психологически конструктивной формой адаптации, но есть риск, что другие люди неправильно оценят намерения ребёнка или его душевное здоровье. Ганс Аспергер писал про одного из четырёх детей, чья история стала основой его диссертации по аутистическому расстройству личности (аутистической психопатии), следующее:

Он очень много «врёт» — в общем-то, не ради того, чтобы извернуться, если он что-то натворил; в основном для него это неважно, в подобных случаях он нагло говорит правду — он рассказывает длинные фантастические истории; если на него находит вдохновение, он всё больше увлекается, его сказочные истории становятся всё более дикими и бессвязными. Он любит рассказывать фантастические истории, в которых он всегда оказывается героем. Он может сказать своей матери, как его перед всем классом похвалил учитель, и прочие похожие выдумки (Аспергер, 2010, с. 111) (перевод Asperger (1944)).

В условиях крайнего стресса или одиночества пристрастие к бегству в воображаемый мир и к воображаемым друзьям может привести к тому, что фантазии человека с синдромом Аспергера становятся его «реальностью». Это могут счесть за развитие бреда и потерю контакта с реальностью (Adamo, 2004). В результате человека могут направить на диагностическое обследование на предмет шизофрении, как это описано в биографии Бена его матерью, Барбарой Ла Салль (LaSalle, 2003).

Отрицание и высокомерие

Альтернативой интернализации негативных мыслей и чувств является экстернализация — их причины и нахождение решения в отделении себя от них. У ребёнка может развиваться форма гиперкомпенсации чувства ущербности в социальных ситуациях через отрицание наличия какой-либо проблемы, и появление чувства высокомерия, возложение «вины» на других людей или признание их источником проблем, тогда как сам ребёнок «выше правил», которые он находит трудными для понимания. Ребёнок или взрослый приходит к тому, что я называю «режимом Бога», всемогущей личности, которая никогда не ошибается, не может быть неправа, и чей разум должен почитаться. Такие дети могут отрицать свои трудности в завязывании дружбы, понимании социальных ситуаций или чьих-то мыслей и намерений. Они считают, что им не нужны какие-либо программы и особое обращение по сравнению с другими детьми. Они отчаянно противятся направлению к психологу или психиатру и убеждены в том, что они — не дураки и не сумасшедшие.

Однако на самом деле ребёнок знает, хотя никогда публично не признает этого, что его социальная компетенция ограничена, и отчаянно скрывает любые трудности для того, чтобы не выглядеть глупым. Недостаток в способностях к групповым играм со сверстниками и к взаимодействию

со взрослыми может привести к развитию поведения, направленного на достижение доминирования и контроля в социальном контексте, включая запугивание, а также высокомерное и негибкое отношение. Другие дети и родители склонны поддаваться этому, чтобы избежать очередной конфронтации. Ребёнок может быть «отравлен» такой властью и доминированием, что приведёт к поведенческим проблемам.

Когда такие дети приходят в замешательство от непонимания чужих намерений растерянности в социальной ситуации, или от совершённой и бросающейся в глаза ошибки, то результирующая «отрицательная» эмоция может привести к неправильному восприятию: якобы действия другого человека были намеренными, со злым умыслом. Ответ — причинение равного дискомфорта, иногда физическим возмездием: «Он ударил по моим чувствам, поэтому я ударю его». Такие дети и некоторые взрослые могут много лет раздумывать над прошлыми обидами и несправедливостями и искать их разрешения и мести (Tantam, 2000a).

Компенсаторный механизм высокомерия может также затронуть другие аспекты социального взаимодействия. У ребёнка могут быть трудности в принятии своей неправоты с приобретением дурной славы спорщика. Ганс Аспергер советовал следующее:

...очень велика опасность из-за вербального негативизма таких детей начать с ними спорить, желая им доказать, что они неправы, пытаться переубедить их. Обычно это стараются сделать родители — и ввязываются в бесконечные дебаты, которые никогда не приводят к цели (Аспергер, 2010, с. 107) (перевод Asperger (1944)).

Ребёнок может удивительно точно воспроизводить то, что было сказано или сделано, для доказательства своей точки зрения и не принимать никаких уступок, возможности компромиссов или иного взгляда. Родители могут считать, что эти черты поспособствуют успешной карьере адвоката в суде. По крайней мере, ребёнок определённо имеет широкие возможности тренировать отстаивание своей точки зрения.

К сожалению, высокомерное отношение может в дальнейшем препятствовать установлению ребёнком настоящей дружбы, а отвержение и сопротивление в принятии программ по улучшению социального интеллекта может увеличить разрыв между социальными навыками ребёнка и его сверстников. Мы понимаем, почему ребёнок может развить такие стратегии компенсации и адаптации. К сожалению, долгосрочные последствия

этих компенсаторных механизмов могут оказать существенное влияние на формирование дружеских и личных отношений и на возможности трудоустройства во взрослом возрасте.

Подражание

Разумный и конструктивный компенсаторный механизм, используемый некоторыми детьми, заключается в наблюдении за социально успешными личностями и перенятии их образа действий. Такие дети сначала остаются на периферии социальной игры, наблюдая и отмечая для себя, что надо делать. Потом, уже дома, они могут воспроизводить в одиночной игре то, что увидели, используя для этого куклы, фигурки или воображаемых друзей. Они репетируют, разучивают сценарий и свою роль, чтобы достичь свободного владения ею и уверенности перед тем, как попытаться включиться в настоящую социальную ситуацию. Некоторые дети бывают особенно хитроумны в своих способностях наблюдать, копировать жесты, интонацию и манеры. Они развивают способность играть естественное поведение. Например, Лиан Холлидей Уилли так описывает свой метод в автобиографии:

Я могла принимать участие в окружающем мире как наблюдатель. Я была жадным наблюдателем. Меня увлекали нюансы поведения других людей. Фактически, я часто ощущала желание стать другим человеком. Не то, чтобы я осознанно стремилась к этому, но это приходило как нечто, что я просто делала. Как будто бы у меня по сути не было выбора. Моя мать говорит, что у меня хорошо получалось схватывать суть и образы людей (Willey, 1999, с. 22).

У меня были сверхъестественные способности в копировании произношения, интонации голоса, выражения лица, жестикуляции, походки, а также едва заметных жестов. Как будто бы я становилась человеком, которого я имитировала (Willey, 1999, с. 23).

Искусное имитирование имеет и другие преимущества. Ребёнок может стать популярным благодаря имитации голоса и образа учителя или телевизионного персонажа. Подростки с синдромом Аспергера могут применять знания, полученные в драмкружке, в повседневной жизни, определяя, кто будет успешным в данной ситуации и перенимая образ этого человека. Ребёнок или взрослый может запомнить чьи-то слова и «язык тела» в сходной ситуации из реальной жизни, телепрограммы или фильма. Впоследствии он

воспроизводит эту сцену, используя «позаимствованные» диалоги и невербальные сигналы. Это создаёт видимость успеха в общении, но при более близком рассмотрении становится очевидным, что социальная компетенция не спонтанная и не оригинальная, а искусственная и натянутая. Однако практика и успех могут улучшить актёрские способности человека, и в этом случае профессия актёра становится одним из возможных вариантов карьеры.

Взрослый с синдромом Аспергера, профессиональный актёр на пенсии, написал мне и объяснил это так: «Как актёр, я нахожу театральные сценарии куда более реальными, чем повседневная жизнь. Способность играть роли для меня естественна». Возможность играть роль в повседневной жизни объясняется Донной Уильямс так:

Я обнаружила, что не могу говорить с ней обычным голосом. Усвоила себе сильный американский акцент, придумала к нему воображаемую биографию, новую личность. Как обычно, убедила себя, что этот новый персонаж и есть я — и держалась за него полгода (Уильямс, 2015, с. 106) (перевод Williams (1998)).

Здесь есть несколько возможных недостатков. Первый состоит в наблюдении и имитации популярных, но пользующихся дурной славой моделей, например, школьных хулиганов, «плохих парней». Эта группа может принять подростка с синдромом Аспергера, который носит групповую «униформу», говорит на их языке и знает их жесты и моральные принципы; но это же в свою очередь может отдалить подростка от более приемлемых образцов. Группа может со временем понять, что человек с синдромом Аспергера притворяется, так как жаждет принятия, а он сам может не понимать, что над ним негласно смеются и «подставляют» его. Другой недостаток состоит в том, что некоторые психологи и психиатры могут счесть, что у человека есть признаки множественного расстройства личности, и не смогут распознать в этом конструктивную адаптацию при синдроме Аспергера.

Некоторым детям с синдромом Аспергера не нравится то, кем они являются, и они бы предпочли быть кем-то другим, способным к общению и поиску друзей. Мальчик с синдромом Аспергера может заметить, как популярна его сестра среди сверстниц. Он может также увидеть, что девочки и женщины, особенно его мать, обладают природной социальной интуицией, и для овладения способностями в общении он начинает подражать девочкам и, возможно, даже одеваться как девочка. Есть несколько опубликованных клинических описаний, и в своей клинической практике я

видел нескольких мужчин и женщин с синдромом Аспергера, у которых были проблемы с гендерной идентичностью (Gallucci et al., 2005; Kraemer et al., 2005). В подобную ситуацию могут попасть и девочки с синдромом Аспергера, испытывающие отвращение к самим себе и желающие стать кем-то ещё. Иногда такие девочки хотят быть мужского пола, особенно когда они не могут соотнести себя с интересами и амбициями других девочек, а участие в деятельности мальчиков кажется им более интересным. Однако изменение пола не ведёт автоматически к изменению в принятии социумом и самопринятии.

У взрослых с синдромом Аспергера, применившим имитацию и отыгрывание ролей для достижения кажущейся социальной компетенции, могут быть сложности с убеждением людей в том, что у них имеются настоящие проблемы с социальным интеллектом и эмпатией; они стали слишком правдоподобными в своих ролях для того, чтобы им поверили.

1.4. Каковы преимущества и недостатки наличия диагноза?

Преимущество наличия у ребёнка диагноза состоит не только в предотвращении или снижении эффектов от некоторых компенсаторных и адаптационных стратегий, но также в снятии тревоги насчёт других диагнозов, например, сумасшествия. У ребёнка может быть признано наличие настоящих трудностей адаптации к тем жизненным ситуациям, которые другими воспринимаются легко и приносят удовольствие. Когда у взрослого проблемы с невербальными аспектами коммуникации, особенно с контактом глазами, у широкой публики может возникнуть предположение о психической болезни или дурных намерениях. Когда характеристики синдрома Аспергера разъяснены, такие предположения будут скорректированы.

У детей с синдромом Аспергера нет физических особенностей, говорящих о том, что они другие, и наличие умственных способностей может привести к высоким ожиданиям других людей по отношению к их социальной компетенции. Как только диагноз подтверждён и осознан, могут произойти существенные положительные изменения в ожиданиях других людей, принятии и поддержке с их стороны. Ребёнка теперь понимают и с большей вероятностью будут уважать. Он должен получать скорее комплименты, чем критику по отношению к социальной компетентности, важно и признание замешательства и истощения ребёнка от обучения двум программам в школе: учебной программе и программе по общению.

Преимущество признания и понимания диагноза для родителей состоит в том, что у них в конце концов появляется объяснение необычного поведения и способностей их сына или дочери и знание, что это расстройство не вызвано неправильным воспитанием. В результате семья может получить доступ к знаниям о синдроме Аспергера из литературы, Интернета, к ресурсам государственных служб и групп поддержки, равно как и к программам по улучшению социальной интеграции и управлению эмоциями, от чего вся семья очень сильно выиграет. Может улучшиться и ситуация с принятием ребёнка среди родственников и друзей семьи. Родители теперь в состоянии дать приемлемое объяснение другим людям касательно необычного поведения ребёнка. В то же время родителям важно объяснить ребёнку, что наличие синдрома Аспергера не оправдывает уклонение от работы по дому и каких-либо обязательств.

Сиблинги³ могут и до постановки диагноза знать, что их брат или сестра необычные и проявлять как сострадание, терпимость и желание помочь в их трудностях, так и смущение, нетерпимость и враждебность. Каждый сиблинг может по-своему приспособиться к сиблингу с синдромом Аспергера. Родители теперь могут объяснить детям, почему их брат или сестра необычны и как всей семье, и им в том числе, нужно будет работать сообща и конструктивно для воплощения необходимых стратегий. Родители и профессионалы могут дать сиблингам сообразные их возрасту объяснения по поводу их брата или сестры, познакомить их со своими друзьями, не опасаясь разрушения своей репутации. Сиблингам также нужно понять, как помочь братьям и сёстрам дома, когда друзья приходят в гости, и быть в курсе своих ролей и обязанностей в школе и домашнем сообществе.

Преимущество для школьных служб, особенно для учителей, заключается в том, что необычное поведение ребёнка и его профиль социальных, когнитивных, языковых и моторных навыков признаются истинным расстройством, что должно дать доступ к средствам для помощи учителю. Подтверждение диагноза также должно оказать положительное влияние на отношение к ребёнку других детей в классе и школьного персонала. Учитель может получить доступ к информации из учебников и программ, разработанных специально для учителей детей с синдромом Аспергера. Учитель также может объяснить другим детям и персоналу, обучающему ребёнка или присматривающего за ним, почему он ведёт себя или думает особым образом.

³Примечание переводчика: сиблинг — брат или сестра.

Преимущества диагноза для подростков или взрослых с синдромом Аспергера могут заключаться в поддержке во время учёбы в колледже или университете, или при трудоустройстве. Признание диагноза способно дать большее самопонимание, самозащиту и лучшие решения, связанные с карьерой, дружбой и отношениями (Shore et al., 2004). Работодатель теперь скорее поймёт набор способностей и нужд работника с синдромом Аспергера: например, проблемы, которые могут возникнуть у человека с повышенной зрительной чувствительностью на рабочем месте, освещённом люминесцентными лампами.

Взрослому с диагностированным синдромом Аспергера может пойти на пользу присоединение к группе поддержки, которая проводит встречи, либо к Интернет-группе поддержки или чату. Это может дать чувство принадлежности к особой и заслуживающей уважение социальной группе и позволить человеку спросить у членов этой группы совета. Нам также известно, что принятие диагноза может быть важным этапом в развитии успешных взрослых взаимоотношений с партнёром, и оно оказывается бесценным при обращении за консультацией и терапией по вопросам отношений в паре (Aston, 2003).

Я заметил, что когда у взрослого диагностируется синдром Аспергера, то можно ожидать самых разных эмоциональных реакций. Большинство взрослых сообщают, что получение диагноза было крайне положительным опытом (Gresley, 2000). Может быть значительное облегчение: «Я не схожу с ума». Или же эйфория от завершения бесконечных блужданий от специалиста к специалисту и обнаружения причины, по которой они чувствуют себя отличными от окружающих, радостное волнение по поводу того, что их жизнь теперь может стать лучше. Молодой мужчина с синдромом Аспергера послал мне e-mail, в котором утверждал: «Я знаю, что у меня синдром Аспергера, потому что никакое другое объяснение и близко не подходит для описания моей странности так точно и безупречно, как синдром Аспергера».

Могут присутствовать и моменты злости на задержку в диагностике и на «систему» за то, что характерные признаки не распознавались на протяжении многих лет. Возможно также чувство отчаяния, связанное с мыслями о том, что жизнь могла быть намного легче, если бы диагноз поставили несколько десятилетий назад. Среди других эмоциональных реакций может быть ощущение горя из-за всех страданий, связанных с

попытками добиться такого же социального успеха, как остальные, а также обиды за годы, прожитые с ощущением непонимания, неадекватности и отвержения.

Нита Джексон даёт следующий здоровый совет для «товарищей» по синдрому Аспергера:

Так как люди с синдромом Аспергера могут быть крайне упрямыми при появлении такой возможности, отрицание представляет большую проблему. Чем меньше они признают своё состояние, тем меньше у них шансов улучшить социальные навыки и тем больше у них шансов остаться без друзей и/или в роли жертвы. Не надо думать, что принятие решает всё (это не так), но, по меньшей мере, оно приносит некоторое количество осознания себя, которое может получить развитие. Когда у человека есть это признание, тогда понимание всех «подводных камней» — или правил игры, как некоторые люди это называют — становится реальным, поскольку его консультируют и направляют люди, у которых есть по меньшей мере базовое понимание этого синдрома (Jackson, 2002b, с. 28).

Может вновь возникнуть чувство личной уверенности и оптимизма, по крайней мере, уходят ощущения своей глупости, ущербности или безумия. Как Лиан Холлидей Уилли красочно высказалась, когда узнала про своём диагнозе: «Так вот почему я другая; я не чокнутая и не сумасшедшая» (Attwood and Willey, 2000). Могут быть плюсы в плане самооценки и моральной поддержки при самоидентификации с другими взрослыми с синдромом Аспергера через Интернет и группы поддержки для людей с синдромом Аспергера, ими же организованные. Встречи групп могут быть изначально организованы местной группой поддержки родителей или же персоналом по поддержке людей с ограниченными возможностями в крупном университете или колледже, где учатся несколько студентов с синдромом Аспергера (Harpur et al., 2004). Некоторые группы поддержки сформировались спонтанно в больших городах, как это случилось в Лос-Анджелесе, когда Джерри Ньюпорт, мужчина с синдромом Аспергера, основал и начал координировать группу поддержки AGUA (Adult Gathering, United and Autistic, или «Взрослые Объединены, Дружны и Аутичны»). Там можно найти родство, сочувствие и систему поддержки от других членов того же «племени» или клана, у которых есть общий опыт, образ мышления и восприятие мира.

При разговоре со взрослыми с синдромом Аспергера о диагнозе я часто ссылаюсь на заповеди самоутверждения для людей с синдромом Аспергера, написанные Лиан Холлидей Уилли:

- Я не ущербная, я иная.
- Я не пожертвую самоуважением ради принятия сверстниками.
- Я хороший и интересный человек.
- Я буду гордиться собой.
- Я способна находиться и жить в обществе.
- Я попрошу помощи, когда буду в ней нуждаться.
- Я человек, который достоин принятия и уважения другими людьми.
- Я найду интересную работу, которая будет соответствовать моим способностям и интересам.
- Я буду терпелива с теми, кому нужно время для того, чтобы понять меня.
- Я никогда не разочаруюсь в себе.
- Я приму себя такой, какая я есть (Willey, 2001, с. 164).

Я рассматриваю последнюю заповедь: «Я приму себя таким, какой я есть», — как главную цель при проведении психотерапии у подростка или взрослого с синдромом Аспергера.

Возможная, хотя и редкая реакция — это отрицание некоторыми людьми того, что у них синдром Аспергера, и настойчивые утверждения, что с ними всё в порядке и у них нет никаких особенностей. Несмотря на признание того, что клинические описания соответствуют их истории развития и профилю способностей, они могут ставить под сомнение обоснованность синдрома и отвергать любые программы и специализированные услуги. Однако часто это только первоначальная реакция, в итоге они могут принять свою личность и профиль способностей, которые включают характеристики синдрома Аспергера, и эта информация оказывается бесценной, когда дело касается таких серьёзных жизненных решений, как трудоустройство и личные отношения.

У наличия диагноза могут быть и недостатки, связанные с его восприятием другими людьми и самим человеком. Если новости о диагнозе широко распространились, неизбежно найдутся какие-нибудь дети или взрослые, которые используют это открытие во зло — для того, чтобы мучить и презирать человека с синдромом Аспергера. Также следует с осторожностью использовать термин «синдром Аспергера», т. к. некоторые дети могут

счесть это расстройство заразным (или дразнить ребёнка, будто бы это так), или коверкать его название разнообразными способами. Среди возможных вариантов — синдром Спаржегера, синдром Воробьяера, синдром Гамбургера или синдром Жопергера⁴. Дети могут быть довольно изобретательными в «клеимлении» различий, но более сострадательные люди смогут компенсировать часть вреда для самооценки человека с синдромом Аспергера, которого высмеивают за то, что он другой.

Один из вопросов, беспокоящих взрослых с синдромом Аспергера, заключается в том, должны ли они упоминать о диагнозе в резюме при устройстве на работу. Если имеется значительный конкурс на какую-то конкретную вакансию, и у кандидата есть диагноз, неизвестный работодателю, то это может привести к отказу. Возможное решение для взрослого человека состоит в составлении краткого, возможно, одностраничного описания синдрома Аспергера, а также своих положительных качеств и трудностей, имеющих отношение к работе. Этот персонифицированный буклет может быть использован и для рассказа о синдроме Аспергера коллегам, подчинённым и руководителям. Укороченная версия может поместиться на визитку, которая бы выдавалась любому, кому нужно знать о диагнозе человека.

Наличие диагноза «синдром Аспергера» может ограничить ожидания других людей, предполагающих, что человек никогда не достигнет уровня своих сверстников в плане успехов в социальной сфере, учёбе и личной жизни. Диагноз должен способствовать реалистичным ожиданиям, но не диктовать верхний предел способностей. Я знаю взрослых с синдромом Аспергера, которые преуспели в карьере — от профессора математики до социального работника, а также тех, чьи способности к построению отношений варьировались от получения удовольствия от насыщенной, но безбрачной, асексуальной жизни, до наличия постоянного партнёра и роли любящего родителя.

С социальной точки зрения мы нуждаемся в осознании ценности наличия людей с синдромом Аспергера в нашем мультикультурном и многообразном обществе. Подводя итог вышесказанному, быть может, нам следует принять во внимание суждение взрослого человека с синдромом Аспергера, который высказал мне предположение о том, что, возможно, синдром Аспергера — это следующий этап эволюции человека.

⁴Примечание переводчика: в оригинале — соответственно Asparagus, Sparrow, Hamburger и Arseburger.

1.5. Ключевые моменты и стратегии

- У детей с синдромом Аспергера могут быть следующие особенности:
 - задержка в развитии социальной зрелости и социального интеллекта;
 - незрелая эмпатия;
 - трудности в завязывании дружбы и частое поддразнивание другими детьми;
 - трудности с коммуникацией и контролем эмоций;
 - необычные речевые способности, включающие обширный словарный запас и сложный синтаксис, но замедленное развитие навыков поддержания разговора, необычную просодию и склонность к педантизму;
 - увлечение какой-то темой, необычное по интенсивности или направленности;
 - трудности с удержанием внимания в классе;
 - необычный профиль способностей к обучению;
 - необходимость в поддержке с некоторыми навыками самообслуживания и самоорганизации;
 - неуклюжесть в плане походки и координации;
 - чувствительность к отдельным звукам, запахам, фактурам тканей или прикосновениям.
- Есть несколько путей к диагнозу:
 - Диагноз аутизма в раннем детстве и развитие в средней школе до высокофункционального аутизма или синдрома Аспергера.
 - Распознавание учителем синдрома Аспергера при поступлении ребёнка в начальную школу.
 - Поставленные ранее диагнозы других расстройств развития, таких как синдром дефицита внимания и гиперактивности, задержка или расстройство в развитии речи или координации движений, расстройство настроения, расстройство пищевого поведения или нарушение невербальных способностей к обучению.

- Признаки синдрома Аспергера, ставшие заметными только в подростковом возрасте, когда социальные и академические ожидания становятся более высокими и сложными.
 - Развитие поведенческих проблем и конфликтов с родителями, учителями, школьными работниками.
 - Обнаружение признаков синдрома Аспергера у родственника, когда изучение истории семьи ребёнка выявляет других членов семьи с подобными характеристиками.
 - Описания синдрома Аспергера в средствах массовой информации и литературе могут привести кого-то к обращению за диагностикой для себя или для члена семьи.
 - Проблемы с трудоустройством, особенно с получением и сохранением работы, соответствующей уровню квалификации и способностей человека.
- Имеются четыре стратегии компенсации и адаптации, вырабатываемые ребёнком при осознании своих отличий от других детей:
 - самообвинения и депрессия;
 - уход в фантазии;
 - отрицание и высокомерие;
 - имитация других детей и персонажей.
 - Преимущества наличия диагноза могут состоять в следующем:
 - Предотвращение или снижение негативного влияния некоторых компенсаторных стратегий.
 - Исчезновение беспокойства насчёт других диагнозов и сумасшествия.
 - Распознавание наличия настоящих трудностей в тех жизненных ситуациях, которые легки и приятны для других людей.
 - Положительные изменения в ожиданиях других людей, принятии и поддержке с их стороны.
 - Похвала вместо критики по отношению к социальной компетентности.
 - Признание смущения и истощения в социальных ситуациях.

- Школы могут получить доступ к средствам для помощи ребёнку и учителю в классе.
 - Взрослый может получить доступ к специализированным службам поддержки по трудоустройству и дальнейшему образованию.
 - Лучшее самопонимание, самозащита и более качественные решения в вопросах карьеры, дружбы, отношений.
 - Чувство сопричастности к ценной «культуре».
 - Человек больше не чувствует себя глупым, ущербным или безумным.
- Недостатки наличия диагноза могут заключаться в следующем:
 - Некоторые дети или взрослые могут издеваться над человеком и презирать его из-за наличия расстройства, диагностированного психологом или психиатром.
 - Диагноз может ограничить некоторых людей, ошибочно предполагающих, что человек с синдромом Аспергера никогда не сможет достигнуть уровня сверстников в социальной сфере, учёбе и личной жизни.

Глава 2

Диагностика

Тому, кто однажды познал данный склад человека, тому подобные дети откроются очень быстро по мелким деталям, например, по тому, как они в первый раз приходят к нам в амбулаторию, и тому, как ведут себя здесь в первый момент, по первым словам, которые они произносят.

(Аспергер, 2011, с. 90) (перевод Asperger (1944))

В то же время, когда Ганс Аспергер описал аутистическое расстройство личности (аутистическую психопатию) в 1940-х гг., другой австрийский врач, Лео Каннер, проживавший в Балтиморе в США, описал другую часть того, что мы сейчас называем аутистическим спектром. Лео Каннер, который, очевидно, не знал об исследованиях Аспергера, описал проявление аутизма, которое характеризовалось очень тяжёлыми нарушениями в языке, социализации и когнитивной сфере: молчаливый, отстранённый ребёнок с интеллектуальной инвалидностью (Каннер, 1943). Это было формой аутизма, которая изначально рассматривалась как форма детского психоза, и этот подход доминировал в научной и медико-психологической литературе в англоговорящих странах на протяжении последующих 40 лет. Насколько мне известно, Ганс Аспергер и Лео Каннер никогда не переписывались по тематике, связанной с описанными ими детьми, хотя они оба использовали термин «аутизм».

Мы впервые использовали термин «синдром Аспергера» вскоре после смерти Аспергера в 1980 г. Лорна Уинг, известный британский психиатр, специализировавшаяся на расстройствах аутистического спектра, всё больше убеждалась в том, что описания Лео Каннера, которые сформировали основу для нашего понимания и диагностики аутизма в Америке и Британии, не соответствовали в точности некоторым детям и взрослым в её клиническом и научно-исследовательском опыте. В своей статье, опубликованной в 1981 году, она описала 34 клинических случая детей и взрослых с аутизмом в возрасте от 5 до 35 лет, чей характер способностей был сходен скорее с

описаниями Аспергера, чем Каннера, и они не вполне соответствовали тем диагностическим критериям аутизма, которые использовались учёными и клиницистами в то время. Лорна Уинг впервые использовала термин «синдром Аспергера», чтобы ввести новую диагностическую категорию в пределах аутистического спектра (Wing, 1981).

Её клинические случаи, заключение и выводы были очень убедительными, и группа британских и шведских психологов и психиатров начала более детальное исследование описаний Ганса Аспергера и характерного для синдрома Аспергера набора особенностей. Хотя оригинальное описание Аспергера было очень подробным, он не предоставил чётких диагностических критериев. В Лондоне в 1988 году была проведена небольшая международная конференция по синдрому Аспергера, докладчики на которой начали исследовать эту недавно открытую область аутистического спектра. Одним из результатов обсуждений и выпущенных материалов была публикация первых диагностических критериев в 1989 г., пересмотренных в 1991 г. (Gillberg, 1991; Gillberg and Gillberg, 1989). Несмотря на последующую публикацию других критериев в двух ключевых диагностических руководствах, а также детским психиатром Питером Сзатмари и его коллегами из Канады (Szatmari et al., 1989b), критерии Кристофера Гиллберга, работающего в Швеции и Лондоне, остаются наибольшей степени соответствующими исходным описаниям Аспергера. Таким образом, эти критерии являются первоочередными для меня и многих опытных клиницистов. Критерии Кристофера Гиллберга приведены в Таблице 2.1. В клинической практике диагноз синдрома Аспергера ставится, если критерий нарушения социального взаимодействия сопровождается соответствием по меньшей мере четырём из пяти других критериев (Gillberg, 2002).

В 1993 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала десятый пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-10), а в 1994 году Американская психиатрическая ассоциация опубликовала четвёртый пересмотр «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV). Впервые в оба диагностических руководства был включён синдром Аспергера (или если быть точным, расстройство Аспергера) как одно из нескольких общих расстройств психологического развития (American Psychiatric Association (APA), 1994; World Health Organization, 1992, 1993; Министерство здравоохранения РФ, 2013; Всемирная организация здравоохранения, 1994). Оба набора критериев чрезвычайно сходны. В обоих диагностических руководствах было признано, что аутизм или общее расстройство

Таблица 2.1. Диагностические критерии Гиллбергов для синдрома Аспергера (Gillberg, 1991)

1. *Тяжёлое нарушение в социальном взаимодействии (крайний эгоцентризм), проявляющееся по меньшей мере в 2 из следующих 4 пунктов:*
 - неспособность взаимодействовать со сверстниками нормальным образом;
 - отсутствие желания взаимодействовать со сверстниками;
 - трудности с пониманием намёков;
 - социально и эмоционально неприемлемое поведение.
 2. *Узкий интерес, проявляемый по меньшей мере одним из следующих 3 пунктов:*
 - исключение другой деятельности;
 - повторяющееся «залипание»;
 - более развитое механическое запоминание, чем логическое.
 3. *Навязчивая потребность в следовании распорядку и приверженности интересам, что проявляется по меньшей мере в 1 из следующих 2 пунктов:*
 - влияет на все аспекты повседневной жизни человека;
 - затрагивает окружающих людей;
 4. *Языковые и речевые проблемы, проявляющиеся по меньшей мере в 3 из последующих 5 пунктов:*
 - задержка развития речи;
 - внешне правильная экспрессивная речь;
 - формальная, педантичная речь;
 - необычная просодика, своеобразные голосовые характеристики;
 - нарушение понимания, включая неправильную интерпретацию подразумеваемых (небуквальных) значений.
 5. *Проблемы невербальной коммуникации, проявляющиеся по крайней мере в 1 из последующих 5 пунктов:*
 - ограниченное использование жестов;
 - неуклюжий/неловкий язык движений;
 - выражения лица ограничены;
 - неуместные выражения лица;
 - странный фиксированный взгляд.
 6. *Моторная неуклюжесть:*
 - низкие показатели в тестах психоневрологического развития.
-

психологического развития (англ. Pervasive Developmental Disorder, PDD) — гетерогенное расстройство, существующее в виде нескольких подтипов, один из которых — это синдром Аспергера.

После подтверждения существования нового синдрома обычно происходит поиск случаев в международной клинической литературе, чтобы определить, описывали ли ранее другие авторы тот же профиль способностей. Мы знаем, что впервые описание детей, у которых мы бы сегодня диагностировали синдром Аспергера, возможно, было, опубликовано русским психиатром, внештатным ассистентом и приват-доцентом, доктором Груней Ефимовной Сухаревой¹ (Сухарева, 1925; Ssucharewa, 1926; Ssucharewa and Wolff, 1996). Описание Сухаревой стало известным как шизоидное расстройство личности (ШРЛ). Сула Вольф (Wolff, 1995, 1998) пересмотрела наши знания о шизоидном расстройстве личности и предположила, что ШРЛ сильно напоминает проявления синдрома Аспергера. И я лишь могу вздохнуть с облегчением, что мы используем термин «синдром Аспергера», поскольку он проще в произношении и написании для англоговорящих людей, чем «синдром Сухаревой»².

Ганс Аспергер умер в 1980 г. и уже не мог прокомментировать интерпретацию своего пионерского исследования англоговорящими психологами и психиатрами. И лишь сравнительно недавно, в 1991 г., его оригинальная работа по аутистическому расстройству личности (аутистической психопатии) была в конце концов переведена на английский Утой Фрит (Asperger, 1991)³. Однако сейчас у нас есть более 2000 опубликованных работ, посвящённых синдрому Аспергера, а также более 100 книг. С середины 1990-х гг. клиницисты по всему миру сообщали о растущей частоте направлений на диагностику синдрома Аспергера.

2.1. Опросники и шкалы для скрининга на синдром Аспергера

Когда школа, терапевт, родственник, организация или сам человек уже обнаружили черты и особенности, которые могут указывать на диагноз синдрома Аспергера, следующим этапом обычно является заполнение опросника или

¹Примечание переводчика: в английском тексте книги — neurology scientific assistant Dr Ewa Ssucharewa.

²Примечание переводчика: оригинал книги написан на английском языке.

³Примечание переводчика: на русский язык работа Аспергера была переведена в 2010–2011 гг. (Аспергер, 2010, 2011).

шкалы для обоснования направления к специалисту по синдрому Аспергера. Заполнение опросника может выявить другие способности и поведенческие особенности, которые, вероятно, указывают на синдром Аспергера и подтверждают, что заполняющий опросник человек «находится на правильном пути». В настоящее время у нас есть восемь скрининговых опросников, предназначенных для детей, и шесть — для использования со взрослыми. Недавно был опубликован обзор оценочных шкал и опросников для синдрома Аспергера, в котором сделан вывод, что у всех этих инструментов есть проблемы с валидностью, надёжностью, специфичностью и чувствительностью (Howlin, 2000). Таким образом, всё ещё нет первоочередного опросника или шкалы. Следующие опросники и шкалы предназначены для детей и перечислены в алфавитном порядке, а не в порядке важности:

- ASAS или Australian Scale for Asperger's Syndrome (Garnett and Attwood, 1998): австралийская шкала синдрома Аспергера.
- ASDI или Asperger Syndrome Diagnostic Interview (Gillberg et al., 2001): диагностическое интервью для синдрома Аспергера.
- ASDS или Asperger Syndrome Diagnostic Scale (Smith Myles et al., 2001): диагностическая шкала для синдрома Аспергера.
- ASSQ или Autism Spectrum Screening Questionnaire (Ehlers et al., 1999): скрининговый опросник для аутистического спектра.⁴
- CAST или Childhood Asperger Syndrome Test (Scott et al., 2002; Williams et al., 2005): тест на синдром Аспергера у детей.
- GADS или Gilliam Asperger Disorder Scale (Gilliam, 2002): шкала Гиллиама для синдрома Аспергера.
- KADI или Krug Asperger's Disorder Index (Krug and Arick, 2003): шкала Круга для синдрома Аспергера.

Недавний обзор ASDS, ASSQ, CAST, GADS и KADI показал, что у всех этих пяти ранее опубликованных шкал есть существенные психометрические слабости, особенно при использовании в контрольных группах, но из них KADI показал наилучшие психометрические свойства, а ASDS — наихудшие (Campbell, 2005).

Следующие опросники разработаны для взрослых, у которых может быть синдром Аспергера. Большинство из современных оценочных инструментов разработаны Саймоном Бароном-Коэном и Салли Уиллрайт и

⁴Примечание переводчика: русский перевод теста доступен по адресу <https://www.aspergers.ru/assq>

опубликованы в приложении книги «Ключевое различие: мужчины, женщины и экстремально мужской мозг» (The Essential Difference: Men, Women and the Extreme Male Brain) (Baron-Cohen, 2003)⁵:

- ASQ или Autism Spectrum Quotient (Baron-Cohen et al., 2001b; Woodbury et al., 2005): коэффициент выраженности черт аутистического спектра.
- EQ или Empathy Quotient (Baron-Cohen and Wheelwright, 2004): коэффициент эмпатии.
- The Reading the Mind in the Eyes Test (Baron-Cohen et al., 2001a): чтение психического состояния по взгляду.
- The Reading the Mind in the Voice Test (Rutherford et al., 2002): чтение психического состояния по голосу.
- FQ или Friendship Questionnaire (Baron-Cohen and Wheelwright, 2003): опросник по дружеским отношениям.
- ASDASQ или Autism Spectrum Disorders in Adults Screening Questionnaire (Nylander and Gillberg, 2001): скрининговый опросник на расстройства аутистического спектра у взрослых.

Мы с Мишель Гарнетт в настоящее время пересматриваем оригинальную Australian Scale for Asperger's Syndrome для её применения по отношению к детям и подросткам в возрасте от 5 до 18 лет. Результаты оценки пересмотренной ASAS-R должны быть опубликованы в 2007 г.

2.2. Диагностическое обследование

Скрининговые инструменты обычно разрабатываются избыточно чувствительными, чтобы выявить все потенциально возможные случаи синдрома Аспергера, но они не могут заменить тщательное диагностическое обследование, обеспечивающее объективное подтверждение выявленного скрининговыми инструментами профиля способностей и поведенческих особенностей. Опытный клиницист должен проводить обследование в доменах социального интеллекта, эмоциональной коммуникации, языковых и когнитивных способностей, интересов, двигательных навыков и координации движений, а также исследовать аспекты сенсорного восприятия и

⁵Примечание переводчика: русский перевод тестов ASQ, EQ и The Reading the Mind in the Eyes Test доступен по адресу <https://www.aspergers.ru/tests>. Для ASQ есть научная работа по валидации русской версии (Шабалин и Первушина, 2020), перевод отличается от размещённого по вышеупомянутому адресу.

навыков самообслуживания. Бесценную информацию может дать чтение и выделение ключевых моментов из предыдущих отчётов и обследований, выявивших связанные с синдромом Аспергера характеристики; они могут быть изучены и подтверждены во время диагностического обследования. Диагностическое обследование также должно включать изучение медицинской истории человека, его истории развития и семейной истории (Klin et al., 2000). Семейная история должна содержать вопросы обо всех членах семьи, у которых может быть сходный профиль способностей, но не обязательно диагноз синдрома Аспергера.

Существуют два диагностических теста, разработанных для детей с аутизмом: «Интервью при Диагностике Аутизма — Пересмотренное» (Autism Diagnostic Interview — Revised, ADI-R) (Lord et al., 1994) и «План Диагностического Обследования при Аутизме — Общий» (Autism Diagnostic Observation Schedule — Generic, ADOS-G) (Lord et al., 2000). ADI-R использует полуструктурированное интервью на основе информации, предоставляемой родителем или опекуном, и даёт количественную меру выраженности симптомов аутизма. ADOS-G — это протокол наблюдения связанных с аутизмом социальных и коммуникативных способностей с качественной оценкой поведения и способностей. Однако эти диагностические инструменты были изначально разработаны для диагностики аутизма, а не синдрома Аспергера, и поэтому они нечувствительны к более тонким проявлениям синдрома Аспергера (Gillberg, 2002; Klin et al., 2000).

Диагностическое обследование на синдром Аспергера требует протокола (зачастую разрабатываемого отдельными клиницистами), который основывается на «сценарии» или последовательности видов деятельности и тестов, используемых для определения, является ли структура способностей в отдельном домене типичной для ребёнка этого возраста или взрослого, а также есть ли признаки задержки или отклонения в развитии. Клиницист может обращаться к контрольному списку, содержащему те характеристики синдрома Аспергера, которые включены в диагностические критерии, а также характеристики, описанные в научной литературе или полученные из обширного личного клинического опыта и являющиеся типичными для детей или взрослых с синдромом Аспергера.

Некоторых детей и взрослых относительно легко диагностировать. Клиницист может предположить наличие диагноза всего лишь через несколько минут, но необходимо провести полное диагностическое обследование для подтверждения изначального клинического впечатления. Некоторых девочек и женщин с синдромом Аспергера, а также взрослых с большим

интеллектуальным потенциалом может быть сложнее диагностировать из-за их способностей маскировать свои сложности. Полное диагностическое обследование может занять час или больше в зависимости от количества оцениваемых специфических способностей и глубины этой оценки. Более опытный клиницист способен существенно сократить продолжительность диагностического обследования. Последующие главы включают некоторые из используемых мной в рамках диагностического обследования процедур для оценки специфических способностей и поведенческих характеристик.

В диагностическом обследовании должны изучаться не только проблемные области, но также и области способностей, которые могут быть отнесены к характеристикам синдрома Аспергера. Например, ребёнок мог получать призы и грамоты за свои знания, связанные со специальным интересом, или демонстрировал академические способности на олимпиадах по математике или художественных конкурсах. Человек может рисовать с фотографической реалистичностью или изобретать компьютерные игры. Родителей можно расспросить о привлекательных личностных качествах их сына или дочери. Например, о доброте, сильном чувстве социальной справедливости или заботе о животных.

«Диагностическое интервью при социальных и коммуникативных расстройствах» (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders, DISCO) — это руководство для клиницистов, позволяющее им собирать систематическую и детальную информацию об истории развития и текущем состоянии, требующуюся для диагностики расстройств аутистического спектра и связанных с ними расстройств развития у детей и взрослых всех возрастов (Wing et al., 2002). Оно доступно только для прошедших обучение его использованию.

2.3. Актуальные диагностические критерии

Обычно клиницисты при проведении диагностического обследования на предмет таких расстройств развития, как синдром Аспергера, используют критерии DSM-IV Американской психиатрической ассоциации. Критерии синдрома Аспергера (или расстройства Аспергера) DSM-IV, которые были пересмотрены в опубликованной в 2000 году редакции, приведены в Таблице 2.2.

Сопроводительный текст к критериям DSM-IV обеспечивает лишь сжатое руководство по диагностическому процессу и поверхностное описание расстройства. Простое прочтение критериев DSM-IV в качестве един-

Таблица 2.2. Диагностические критерии синдрома Аспергера согласно DSM-IV (TR) (American Psychiatric Association (APA), 2000)

А. Качественное нарушение социального взаимодействия, проявляющееся по меньшей мере в 2-х из следующих:

1. Заметное нарушение в использовании невербального поведения такого как взгляда глаза-в-глаза, выражений лица, поз тела и жестов, регулирующих социальное взаимодействие.
2. Неспособность развития отношений со сверстниками, соответствующих уровню развития.
3. Отсутствие спонтанного поиска разделения радости, интересов или достижений с другими людьми (выражается отсутствием показа, принесения или указывания на объекты интереса другим людям).
4. Отсутствие социальной или эмоциональной взаимности.

В. Ограниченное повторяющееся и стереотипное поведение, интересы и деятельность, проявляющееся по меньшей мере в одном из следующих:

1. Деятельность по одному или более стереотипному и ограниченному интересу, который является аномальным или по интенсивности или по направлению.
2. Явная жёсткая приверженность к специфическому и нефункциональному распорядку или ритуалу.
3. Стереотипные и повторяющиеся моторные движения (например, размахивания руками, скручивание рук или пальцев или комплекс движений всем телом).
4. Настойчивое внимание к частям объектов.

С. Нарушение, являющееся причиной клинически значимой дисфункции в социальной, трудовой деятельности, или в других важных видах деятельности.

Д. Отсутствие клинически значимой задержки речи (то есть отдельные слова используются по достижении двухлетнего возраста, связные фразы к трёхлетнему возрасту).

Е. Отсутствие клинически значимого отставания в развитии мышления или в развитии навыков самообслуживания, соответствующих возрасту, адаптации (исключая социальные взаимодействия) и в развитии любознательности к окружающему миру в детские годы.

Ф. Не подходит под критерии другого специфического первазивного (общего) расстройства развития или шизофрении.

ственного источника информации для постановки диагноза не дало бы клиницисту достаточных знаний о синдроме Аспергера для его надёжной диагностики. Необходимы обучение, супервизия и обширный клинический опыт относительно природы синдрома Аспергера, прежде чем клиницист и клиент смогут быть уверенными в диагнозе.

Проблемы, связанные с текущими диагностическими критериями DSM-IV

Изначальное включение синдрома Аспергера в DSM-IV приветствовалась клиницистами как благоразумное решение, равно как и решение о переносе общих расстройств психологического развития, включая аутизм и синдром Аспергера, из Оси II (ось для долговременных и стабильных расстройств с относительно плохим прогнозом в плане улучшения состояния) на Ось I (которая подразумевает, что может быть улучшение симптоматики благодаря раннему вмешательству и терапии). Однако существуют проблемы с диагностическими критериями DSM-IV, в особенности с дифференциальной диагностикой аутизма с синдромом Аспергера на основе критериев в этом руководстве.

Задержка речевого развития

Текущие критерии DSM-IV подвергались критике логопедами в связи с утверждением о том, что наблюдается «отсутствие клинически значимой задержки речи (то есть отдельные слова используются по достижении двухлетнего возраста, связные фразы к трёхлетнему возрасту)». Другими словами, если когда-то присутствовали симптомы ранней задержки речевого развития, то должен быть диагностирован не синдром Аспергера, а аутизм, даже если все остальные критерии и история развития (за исключением освоения языка) и текущий профиль способностей соответствует синдрому Аспергера. Дайэн Твахтман-Каллен (Twachtman-Cullen, 1998), логопед с обширным опытом в области расстройств аутистического спектра, критиковала этот критерий исключения диагноза на основе того, что термин «клинически значимый» не является ни научным, ни точным и оставляет место субъективному мнению клинициста без опоры на какое-либо рабочее определение. Дальнейшая критика связана с тем, что исследования ранних стадий речевого развития установили следующее: отдельные слова появляются у детей примерно в возрасте 1 года, коммуникативные словосочетания

— примерно к 18 месяцам, а короткие предложения — примерно в возрасте двух лет. В критериях DSM-IV, фактически, описан ребёнок, у которого есть существенная задержка речевого развития.

Действительно ли развитие языковых навыков в раннем детстве может служить основанием для установления различия между подростками с аутизмом и IQ в пределах нормы (т. е. высокофункциональным аутизмом) и с синдромом Аспергера? Недавно были проведены исследования, посвящённые возможности точного предсказания более поздних клинических симптомов, исходя из факта задержки речевого развития у детей с аутизмом. Четыре работы ставят под сомнение использование задержки речевого развития в раннем детстве как критерия дифференциальной диагностики между высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера (Eisenmajer et al., 1998; Howlin, 2003; Manjiviona and Prior, 1999; Dickerson Mayes and Calhoun, 2001). Любые различия в языковых способностях между детьми с аутизмом и нормальным IQ и детьми с синдромом Аспергера, бывшие очевидными в дошкольном возрасте, почти полностью сглаживались к раннему подростковому возрасту.

Задержка речевого развития на самом деле является частью диагностических критериев Гиллбергов (Gillberg, 1991; Gillberg and Gillberg, 1989). У маленьких дети с классическим аутизмом, в дальнейшем достигших свободного владения речью, профиль способностей напоминает таковой у детей с синдромом Аспергера, не имевших задержки речевого развития в раннем детстве. По моему мнению и мнению многих клиницистов, задержка речевого развития в раннем детстве не является критерием исключения синдрома Аспергера и на самом деле может быть одним из диагностических критериев, что и имеет место в критериях Гиллбергов. Диагностическое обследование должно концентрироваться на текущих языковых навыках (прагматических аспектах речи), а не на истории развития речи.

Навыки самообслуживания и адаптивное поведение

В критериях DSM-IV говорится, что у детей с синдромом Аспергера нет «клинически значимого отставания в развитии мышления или в развитии навыков самообслуживания, соответствующих возрасту, адаптации (исключая социальные взаимодействия) и в развитии любознательности к окружающему миру в детские годы». Клинический опыт и научные исследования показывают, что родители детей и подростков с синдромом Аспергера, особенно их матери, часто должны давать им словесные напоминания и

советы, связанные с навыками самообслуживания и повседневной жизни. Помощь может варьироваться от поддержки при проблемах с ловкостью, влияющих на деятельность, например, пользование столовыми приборами, до связанных с личной гигиеной и здравым смыслом в одежде напоминаний, а также способствования формированию навыков планирования и управления временем. Когда родители проходят стандартизованную оценку навыков самообслуживания и адаптивного поведения, то уровень развития таких способностей у детей с синдромом Аспергера ниже ожидаемого в их возрасте и при их уровне умственных способностей (Smurnios, 2002). Клиницисты также выявили существенные проблемы с адаптивным поведением, в особенности связанным с управлением гневом, тревожностью и депрессивным настроением (Attwood, 2003a).

Включение других важных или переходящих характеристик

В диагностические критерии DSM-IV не включено описание необычных особенностей прагматического использования речи, изначально описанных Аспергером и отображённых в клинической литературе, а именно педантичной речи и необычной просодии. Также в критериях DSM-IV не получили адекватного отражения проблемы с сенсорным восприятием и интеграцией, особенно со слуховой чувствительностью, а также с гиперчувствительностью к яркому свету, тактильным ощущениям и запахам. Эти аспекты синдрома Аспергера могут оказывать глубокое влияние на качество жизни человека. В этих критериях также не упоминается моторная неловкость, описанная Аспергером и подтверждённая в дальнейших исследованиях (Green et al., 2002).

Диагностические критерии DSM-IV также критиковались за подчёркивание тех черт, которые могут быть редкими или временными. В критериях говорится о том, что имеют место «стереотипные и повторяющиеся моторные движения (например, размахивания руками, скручивание рук или пальцев или комплекс движений всем телом)», хотя клинический опыт показывает, что у многих детей с синдромом Аспергера никогда не проявлялись подобные симптомы. Если они всё же проявлялись, то, как показали исследования, они исчезли к возрасту 9 лет (Church et al., 2000).

Иерархический подход

Содержащиеся в DSM-IV пояснения говорят о том, что если соответствие критериям аутизма подтверждено, то, несмотря на соответствие когнитивных, социальных, языковых, моторных и сенсорных способностей, а также интересов, согласующихся с описаниями детей с синдромом Аспергера, диагноз аутизма имеет приоритет перед диагнозом синдрома Аспергера.

Проблема приоритета была изучена в нескольких исследованиях (Dickerson Mayes et al., 2001; Eisenmajer et al., 1996; Ghaziuddin et al., 1992; Manjiviona and Prior, 1995; Miller and Ozonoff, 1997; Szatmari et al., 1995). Общий вывод этих исследований таков, что согласно текущим критериям DSM-IV диагностировать синдром Аспергера практически невозможно.

Многие клиницисты, включая меня самого, отвергли это иерархическое правило. Общепринятое соглашение среди клиницистов в настоящее время таково, что если текущий характер способностей ребёнка соответствует описанию синдрома Аспергера, то диагноз синдрома Аспергера имеет приоритет над диагнозом аутизма. Таким образом, вопреки DSM-IV, если ребёнок соответствует критериям как аутизма, так и синдрома Аспергера, обычно он получает от клинициста диагноз синдрома Аспергера (Mahoney et al., 1998). Важно понимать, что над диагностическими критериями всё ещё ведётся работа.

2.4. Синдром Аспергера или высокофункциональный аутизм?

Де Мье, Хингтген и Джексон (DeMyer et al., 1981) впервые использовали термин «высокофункциональный аутизм» в 1981 году — в том же году, когда термин «синдром Аспергера» был впервые использован Лорной Уинг (Wing, 1981). Термин «высокофункциональный аутизм» (ВФА) применялся в прошлом для описания детей с классическими симптомами аутизма в раннем детстве, но которые по мере развития проявили в формальных тестах когнитивных навыков более высокий уровень интеллектуальных способностей по сравнению с обычным для детей с аутизмом, а также более высокие социальные, коммуникативные навыки и навыки адаптивного поведения (DeMyer et al., 1981). И клинический исход ребёнка был значительно лучше, чем ожидалось. Однако в настоящее время у нас нет точных диагностических руководств для диагностики ВФА.

Когнитивные способности этой группы детей сравнивались с когнитивным профилем детей с синдромом Аспергера, у которых не было истории задержки развития речи или умственных способностей в раннем детстве. Результаты этого исследования не показали наличия отдельного и последовательно проявляющегося профиля для каждой из этих групп. Элерс и др. (Ehlers et al., 1997) обнаружили, что только меньшая часть каждой диагностической группы проявила характерный профиль когнитивных способностей. Исследовательская группа, базирующаяся в Йельском Университете в США, предположила, что нейропсихологические профили детей с синдромом Аспергера и высокофункциональным аутизмом отличаются друг от друга (Klin et al., 1995). Однако другие учёные, исследовавшие дифференциальную диагностику с использованием нейропсихологического тестирования, не выявили отдельных профилей, которые могли бы провести различие между этими двумя группами (Manjiviona and Prior, 1999; Miller and Ozonoff, 2000; Ozonoff et al., 2000). В недавнем исследовании имевших место в прошлом и нынешних поведенческих профилей детей с высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера с использованием «Контрольного списка аутичного поведения» (Autism Behaviour Checklist) пришли к заключению, что эти две группы неразличимы на основании их текущих поведенческих характеристик (Dissanayake, 2004).

Диагноз «синдром Аспергера» обычно ставится, если коэффициент интеллекта (IQ) человека находится в пределах нормы. Однако у детей и взрослых с клиническими симптомами синдрома Аспергера профиль способностей в стандартных тестах на интеллект зачастую крайне неровен. Баллы по некоторым подшкалам могут быть в пределах нормы или даже высокими, но баллы по другим подшкалам в том же профиле могут попадать в диапазон лёгкой умственной отсталости. Аспергер изначально включал детей с некоторой степенью интеллектуальных нарушений в своё описание аутистического расстройства личности (аутистической психопатии), хотя согласно DSM-IV умственная отсталость исключает диагноз синдрома Аспергера. Я считаю, что к суммарному баллу IQ нужно относиться с некоторой осторожностью и, возможно, включать те клинические случаи с пограничной интеллектуальной недостаточностью, при которых некоторые когнитивные навыки находятся в пределах нормы.

Недавний обзор научной литературы, в котором сравнивались способности детей с синдромом Аспергера и детей с высокофункциональным аутизмом, показал, что число исследований, в которых были обнаружены различия в когнитивных, социальных, двигательных или нейропсихоло-

гических функциях, вероятно, эквивалентно числу тех работ, в которых различий не было обнаружено (Howlin, 2000). Клиницисты в Европе и Австралии берут на вооружение континуальный или спектральный взгляд на аутизм и синдром Аспергера вместо основанного на категориях подхода (Leekham et al., 2000). В настоящее время оба термина (синдром Аспергера и высокофункциональный аутизм) могут использоваться как взаимозаменяемые в клинической практике. На данный момент не существует убедительных аргументов или данных, которые бы однозначно подтверждали, что высокофункциональный аутизм и синдром Аспергера — это два отдельных и различных расстройства. Как клиницист я не думаю, что учёные должны пытаться форсировать противопоставление в той ситуации, когда наборы социальных и поведенческих способностей и характеристик столь сходны и терапия одинакова.

К сожалению, перед клиницистом часто стоит дилемма, даст ли конкретный диагноз, т. е. аутизм или синдром Аспергера, доступ ребёнку или взрослому к необходимым для него государственным программам и льготам. В некоторых странах, штатах или регионах ребёнок может получить поддержку в классе или же родители автоматически получают государственные пособия или покрытие медицинской страховки, только если у ребёнка диагностирован аутизм, однако подобные программы недоступны, если у ребёнка диагностирован синдром Аспергера. И некоторые клиницисты могут написать в заключениях диагноз «высокофункциональный аутизм» вместо более точного диагноза «синдром Аспергера», чтобы ребёнок получил доступ к необходимым ресурсам, а родителям не пришлось ввязываться в судебные тяжбы.

2.5. Какова распространённость синдрома Аспергера?

Показатели распространённости синдрома Аспергера варьируются в зависимости от используемых диагностических критериев. Критерии DSM-IV Американской психиатрической ассоциации, практически идентичные критериям *Международной классификации болезней* или МКБ-10, являются наиболее узкими, и в результате научных исследований они подверглись серьёзной критике, а клиницистами рассматривались как неприменимые в клинической практике. Распространённость синдрома Аспергера при использовании критериев DSM-IV или МКБ варьируется от исследования к исследованию, при этом опубликованные значения находятся в диапазоне

от 0,3 на 10000 детей до 8,4 на 10000 детей (Baird et al., 2000; Chakrabarti and Fombonne, 2001; Sponheim and Skjeldal, 1998; Taylor et al., 1999). Таким образом, ожидаемая частота синдрома Аспергера согласно этим критериям составляет от 1 на 33000 до 1 на 1200 детей.

Многие клиницисты, особенно в Европе и Австралии, выбирают диагностические критерии Гиллбергов (Gillberg and Gillberg, 1989), которые более точно соответствуют оригинальным описаниям Аспергера и характеру способностей детей, направляемых на диагностику синдрома Аспергера. Согласно критериям Гиллбергов, частота синдрома Аспергера составляет от 36 до 48 на 10000 детей или от 1 на 280 или 210 детей (Ehlers and Gillberg, 1993; Kadesjö et al., 1999).

Существует разница между научными терминами «распространённость» (англ. prevalence) и «заболеваемость» (англ. incidence). Распространённость показывает, у скольких людей есть данное расстройство в данный момент, в то время как заболеваемость — это число новых случаев, выявленных в конкретный промежуток времени, например, за один год. Если использовать критерии Гиллбергов, то, согласно моему мнению как клинициста, в настоящее время мы выявляем и диагностируем только 50 процентов детей с синдромом Аспергера. Те, кого не направили на диагностику синдрома Аспергера, в состоянии замаскировать свои трудности и избежать обнаружения, или же клиницист не замечает признаков синдрома Аспергера и фокусируется на другом диагнозе.

2.6. Диагностическое обследование девочек

Большинство детей, направляемых на диагностику синдрома Аспергера, являются мальчиками. С 1992 года я регулярно проводил клинические диагностические обследования для детей и взрослых с синдромом Аспергера в Брисбене, в Австралии. Недавний анализ более 1000 диагностических обследований, проведённых за 12 лет, показал, что соотношение между мужчинами и женщинами составляет 4 к 1. В рамках своего клинического опыта я заметил, что девочек с синдромом Аспергера может быть сложнее выявить и диагностировать из-за их компенсаторных и маскирующих механизмов, которые могут использоваться и некоторыми мальчиками. Один из компенсаторных механизмов — выучивание того, как вести себя в социальных ситуациях, и он был описан Лиан Холлидей Уилли в автобиографии «Притворяясь нормальной» (Pretending to be Normal) (Willey, 1999). Клиницист видит перед собой человека, который в состоянии поддерживать взаимный

разговор и использовать уместное выражение эмоций и жестикуляцию во время взаимодействия. Однако дальнейшее исследование ситуации и наблюдение в школе может показать, что ребёнок перенимает социальную роль или сценарий, основывая свой образ на характеристиках кого-то, кто проявил бы достаточную социальную компетентность в этой ситуации, а также использует интеллектуальные способности вместо интуиции для определения того, что говорить или делать. Пример способа маскировки — избегать неловкости при играх со сверстниками, вежливо отказываясь от приглашений присоединиться до тех пор, пока не будет достигнута уверенность в том, что делать, чтобы не допустить бросающуюся в глаза ошибку при социальном взаимодействии. Этот способ предполагает ожидание, тщательное наблюдение и участие только тогда, когда достигнута уверенность в том, что делать, путём подражания тому, что делали дети до этого. И если правила или природа игры внезапно меняется, то ребёнок ощущает потерянность.

Девочки с синдромом Аспергера могут развить у себя способность «исчезать» в больших группах, находясь на периферии социального взаимодействия. Когда одна женщина с синдромом Аспергера вспоминала своё детство, то сказала, что она ощущала себя словно «сторонним наблюдателем». Могут задействоваться и другие стратегии избегания активного участия в жизни класса. Например, вести себя хорошо и вежливо и в результате быть оставленной в покое учителями и сверстниками. Или использование тактики пассивного избегания кооперации и социальной интеграции в школе и дома; и это похоже на описание состояния, известного как патологическое избегание требований (англ. Pathological Demand Avoidance) (Newson, 1983).

Девочка с синдромом Аспергера менее склонна к «непостоянству» или «стервозности» в дружбе по сравнению с другими девочками и более склонна по сравнению с мальчиками к формированию близкой дружбы с теми, кто проявляет материнскую привязанность к этой социально наивной, но «безопасной» девочке. Эти черты снижают вероятность обнаружения соответствия одному из ключевых диагностических критериев синдрома Аспергера, а именно неспособности развития отношений со сверстниками. В случае девочек имеет место не неспособность, но качественное отличие в этой способности. И проблемы девочки с пониманием социальных ситуаций могут стать заметными лишь после перевода её подруги и наставницы в другую школу.

Характер языковых и когнитивных способностей девочек с синдромом Аспергера может быть таким же, как и у мальчиков, но специальные интересы могут быть не настолько вычурными или эксцентричными, как у некоторых мальчиков. Взрослые могут считать, что нет ничего необычного в интересе девочки к лошадям, но проблема может заключаться в интенсивности и всеохватности этого интереса в её повседневной жизни: например, если маленькая девочка переместит свой матрас в конюшню, чтобы спать рядом с лошастью. Если интерес проявляется к куклам, то у неё может быть больше 50 кукол Барби, расставленных в алфавитном порядке, но при этом она будет редко вовлекать других девочек в свои игры с куклами.

При разговоре с мальчиком с синдромом Аспергера у слушателя нередко может сложиться впечатление о ребёнке как о «маленьком профессоре» с очень обширным для его возраста словарным запасом, способном рассказать много интересных (или скучных) фактов. Девочки же с синдромом Аспергера могут походить на «маленьких философов» со способностью глубоко обдумывать социальные ситуации. С ранних лет девочки с синдромом Аспергера используют свои умственные способности для анализа социальных взаимодействий. И они более склонны по сравнению с мальчиками с синдромом Аспергера обсуждать нестыковки в социальных условиях и то, что они думают о социальных событиях.

На детской площадке проблемы с координацией движений у девочек могут быть не столь очевидными, и они менее склонны к развитию тех поведенческих проблем, которые могут привести мальчика к направлению на диагностическое обследование. Таким образом, если девочка развила в себе способность скрывать свои симптомы синдрома Аспергера на детской площадке, в классе и даже на диагностическом обследовании, то тогда родители, учителя и клиницисты могут оказаться не в состоянии увидеть каких-либо заметных признаков синдрома Аспергера.

В своей клинике я вижу людей с синдромом Аспергера всех возрастов. И хотя выборка взрослых с синдромом Аспергера мала по сравнению с числом детей, я заметил, что соотношение между мужчинами и женщинами с синдромом Аспергера составляет почти 2 к 1. Многие из обращающихся за диагностическим обследованием женщин ранее не имели внутренней уверенности или причин для обращения за диагностикой. По мере роста внутренней зрелости они приобретают готовность искать помощи, особенно когда у них имеются долговременные и неразрешённые проблемы с эмоциями, работой и отношениями. Другой «путь» — когда у женщины есть ребёнок с синдромом Аспергера, и она понимает, что у неё были сход-

ные черты в детстве. Мы должны больше исследовать то, что Рут Бейкер, женщина с синдромом Аспергера, описала как «невидимый конец спектра» (личная коммуникация).

2.7. Диагностическое обследование взрослых

При диагностике взрослых клиницист сталкивается сразу с несколькими проблемами. Могло пройти уже много лет со времён детства, и на точность воспоминаний об этом периоде у взрослого и у любых его родственников, опрашиваемых в ходе диагностического обследования, может влиять качество долговременной памяти. Помочь памяти и обсуждению может разглядывание детских фотографий взрослого. Семейные фотографии обычно делаются во время социальных мероприятий, и это даёт возможность заметить, выглядит ли ребёнок участвующим в социальном взаимодействии. Разговор во время диагностического обследования может строиться вокруг события на фотографии, понимания человеком ситуации и уверенности в ней. Школьная документация может быть полезной в выявлении каких-либо проблем во взаимоотношениях со сверстниками, а также с академическими способностями и поведением в школе.

В настоящее время у нас есть опросники для выявления способностей и личностных черт взрослых с синдромом Аспергера, и анализ ответов и баллов в этих опросниках может быть крайне полезным для клинициста. Я обнаружил, что для диагностики может иметь большую пользу проверка ответов человека в опросниках членом семьи, например, матерью или партнёром. Направленный на диагностическое обследование взрослый обычно даёт ответы, основанные на собственном восприятии своих социальных способностей, в то время как хорошо знающий его человек без синдрома Аспергера может иметь иное мнение. Например, у мужчины спросили о его друзьях в детстве и о том, приходили ли другие дети к нему в дом. Он ответил, что дети действительно приходили к нему домой, что свидетельствовало о некоторой степени популярности и дружеских отношениях. Его мать подтвердила визиты других детей, но они играли не с её сыном, а с его игрушками. Он предпочитал самостоятельно играть с конструктором «Лего» в своей спальне.

Также возможно, что взрослый или подросток будет сознательно вводить в заблуждение клинициста ради поддержания самооценки или чтобы избежать диагноза, который может быть воспринят как психическое заболевание. Например, Бен описывал:

Я всегда стыдился того, кто я есть, и поэтому я никогда не говорил правду о чём-то, что могло бы смутить меня. Если бы вы спросили у меня, есть ли у меня трудности с пониманием других, я бы ответил: «Нет», — хотя правдивым ответом было бы: «Да». Если бы вы спросили бы меня, избегаю ли я социальных контактов, я бы ответил: «Нет», — потому что мне не хотелось бы, чтобы вы сочли меня странным. Если бы вы спросили меня о недостатке эмпатии, я бы оскорбился, потому что все знают, что у хороших людей есть эмпатия, а у плохих её нет. Я бы отрицал, что боюсь громких шумов, что у меня узкий круг интересов, что меня расстраивают изменения в обычном распорядке. Единственный вопрос, на который я бы ответил: «Да», — это на вопрос о наличии необычной долговременной памяти на события и факты. Что я читал книги ради информации и был похож на ходячую энциклопедию. Это потому, что мне нравились эти вещи во мне. Я думал, что они придают мне умный вид. Если бы я думал о чём-то как о хорошем, то я ответил бы: «Да», — и если бы я думал о чём-то как о плохом, то я бы ответил: «Нет» (LaSalle, 2003, с. 242–243).

Во время диагностического обследования взрослый клиент может дать ответы, свидетельствующие о проявлении эмпатии и способностей к социальному мышлению, но при более тщательном изучении может выясниться, что эти ответы, данные после незначительной задержки, получены интеллектуальным анализом, а не интуитивно. Требуемая когнитивная обработка даёт впечатление тщательно продуманного, а не спонтанного ответа.

Некоторые взрослые с выраженными симптомами синдрома Аспергера могут считать, что их способности вполне нормальные, основываясь на чертах характера родителя в качестве образца нормальных социальных навыков. Если у человека был доминантный родитель с признаками синдрома Аспергера, то это могло повлиять на его восприятие нормальности.

Обследование на синдром Аспергера для взрослых (The Adult Asperger Assessment, AAA)

В настоящее время существуют диагностический инструмент и диагностические критерии, предназначенные специально для взрослых (Baron-Cohen et al., 2005). «Обследование на синдром Аспергера для взрослых» (Adult Asperger Assessment, AAA) использует два скрининговых инструмента: «Коэффициент выраженности аутичных черт» (Autism Spectrum Quotient, ASQ) и «Коэффициент эмпатии» (Empathy Quotient, EQ), а также новые диагностические критерии, предназначенные специально для взрослых.

Они включают в себя критерии DSM-IV и несколько дополнительных критериев. Оригинальная работа, посвящённая AAA, была выполнена Саймоном Бароном-Коэном и его коллегами в Кембриджской клинике пожизненных сервисов для людей с синдромом Аспергера (Cambridge Lifespan Asperger Syndrome Service или CLASS) в Великобритании. Клиницист сначала просит клиента заполнить ASQ и EQ, и затем проводит валидацию ответов во время диагностического обследования и выносит своё мнение о наличии диагноза, основываясь на новых диагностических критериях.

Диагностические критерии для взрослых

Диагностические критерии AAA — такие же, как и в DSM-IV (см. стр. 81), но с добавлением к ним десяти критериев, основанных на нашем понимании проявлений синдрома Аспергера у взрослых, а не у детей. В раздел А критериев DSM-IV (качественное нарушение социального взаимодействия) добавлен дополнительный критерий:

Трудности понимания социальных ситуаций, а также мыслей и чувств других людей.

К разделу В критериев DSM-IV (ограниченное повторяющееся и стереотипное поведение, интересы и деятельность) добавлен дополнительный критерий:

Склонность к «чёрно-белому» мышлению (например, в области политики или морали) вместо гибкого рассмотрения ситуации с разных сторон.

В диагностических критериях AAA также есть два раздела, которые присутствуют в критериях DSM-IV для аутизма, но не в критериях DSM-IV для синдрома Аспергера. Включение этих двух разделов в критерии AAA обосновано в ходе изучения типичной для взрослых с синдромом Аспергера специфики коммуникативных способностей и воображения в научных исследованиях и клинической практике. А именно:

Качественные нарушения вербальной и невербальной коммуникации:

1. Склонность сводить любой разговор к разговору о себе или своей любимой теме.
2. Выраженные нарушения в способности инициировать или поддерживать разговор с другими людьми. Непонимание смысла поверхностных социальных контактов, любезностей или совместного времяпровождения с другими людьми, если нет явно заданной темы обсуждения, спора или иной деятельности.
3. Педантичный стиль речи или упоминание слишком большого количества деталей.
4. Неспособность увидеть заинтересованность или незаинтересованность слушателя. Даже если человека просят не говорить о теме его навязчивого интереса слишком долго, эта проблема может стать очевидной при затрагивании других тем.
5. Склонность часто говорить вещи без учёта эмоционального воздействия на слушателя (*faux pas*)⁶.

Диагностические критерии ААА требуют наличия трёх или более симптомов качественных нарушений вербальной или невербальной коммуникации, а также по меньшей мере одного симптома из следующих нарушений воображения:

Нарушения воображения:

1. Отсутствие разнообразной и спонтанной символической игры, соответствующей уровню развития.
2. Неспособность рассказать, написать или сочинить вымышленную историю спонтанно, не по сценарию и не прибегая к плагиату.
3. Либо отсутствует соответствующий уровню развития интереса к художественным произведениям (книгам, театральным постановкам и т. п.), либо интерес к художественным произведениям ограничен содержащимися в них фактическим данным (например, научная фантастика, история, технические аспекты фильма).

⁶Примечание переводчика: фр. «неверный шаг, оплошность»: слова или поведение, которые являются социальной ошибкой или невежливой.

Ответы взрослого на конкретные вопросы ASQ и EQ дают примеры симптомов для пяти разделов AAA. В дальнейших исследованиях будет изучена чувствительность и специфичность теста AAA, но, по крайней мере, у нас есть диагностический инструмент и диагностические критерии, которые могут быть использованы клиницистами для диагностики взрослых.

2.8. Завершение диагностического обследования

В конце диагностического обследования клиницист даёт резюме и обзор согласующихся с диагнозом синдрома Аспергера характеристик в истории развития человека, профиле способностей и поведенческих особенностях, а также выносит заключение, достаточны ли эти симптомы для постановки диагноза. Я объясняю это клиенту и его семье через концепцию диагностической головоломки-пазла из 100 кусочков. Некоторые кусочки пазла (или характеристики синдрома Аспергера) являются ключевыми, т. е. угловыми или крайними. Когда собрано более 80 кусочков, пазл решён, и диагноз подтверждается. Однако ни одна из этих характеристик не является уникальной для синдрома Аспергера, и у обычного ребёнка или взрослого может быть 10 или 20 таких кусочков-характеристик. У человека, направленного на диагностическое обследование, может быть больше кусочков, чем в среднем по популяции, но иногда их недостаточно или же отсутствуют ключевые или угловые фрагменты, что не позволяет собрать пазл, т. е. получить диагноз синдрома Аспергера.

Концепция диагностической головоломки-пазла может помочь объяснить диагностическую категорию общего расстройства развития неуточнённого (англ. Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified или PDD-NOS). Этот термин описывает человека, у которого есть много фрагментов или кусочков диагностического пазла, но некоторые кусочки можно описать как атипичные или субклинические. Однако при этом есть достаточное количество фрагментов синдрома Аспергера, чтобы с уверенностью признать, что человек находится «почти здесь» и нуждается в доступе к услугам, соответствующим присутствующим у него фрагментам.

И если диагноз синдрома Аспергера устанавливается (т. е. диагностический пазл сложился), то итоговое резюме диагностического обследования должно признавать положительные характеристики синдрома Аспергера, такие как высокая компетентность в отдельных областях, степень выраженности каждой из ключевых характеристик, общую степень их выраженности, а также то, какие из характеристик в профиле способностей не

связаны с синдромом Аспергера. Клиницисту также может быть необходимо прокомментировать симптоматику каких-то вторичных или коморбидных расстройств вроде депрессии, тревожных или поведенческих расстройств и указать, является ли в настоящее время другое расстройство доминирующим фактором, влияющим на качество жизни человека, и целесообразно ли считать именно его лечение приоритетным.

Я делаю для клиента и его семьи аудиозапись итогового этапа диагностического обследования, чтобы участники могли прослушать объяснения несколько раз и усвоить всю информацию, её смысл и последствия. Другие члены семьи и учителя, которые не смогли попасть на диагностическое обследование, могут прослушать эту запись, что будет способствовать их пониманию оснований для диагноза. Я также заметил, что запись подведения итогов может уменьшить вероятность неправильного понимания и неправильного цитирования при информировании других людей о диагнозе и степени его выраженности. Следующий этап — это обсуждение известных причин синдрома Аспергера, рекомендация специализированных программ, правительственных услуг по поддержке, групп поддержки, соответствующих публикаций, вероятного прогноза и отслеживание прогресса. Однако это будет происходить уже на последующих приёмах, после понимания и признания значения и важности диагноза.

2.9. Уверенность в диагнозе

Моё мнение как клинициста совпадает с таковым у других специалистов и заключается в том, что диагноз может быть более-менее надёжно поставлен ребёнку старше 5 лет, но не может быть достаточно надёжно поставлен дошкольнику. Это связано с природной широтой диапазона способностей у совсем маленьких детей, а также со склонностью некоторых детей к задержке в развитии социальных, языковых и когнитивных навыков. Набор черт, напоминающий синдром Аспергера, может «раствориться» со временем; однако эти совсем маленькие дети, которые получают ложноположительный диагноз, могут всё же извлечь пользу из программ, разработанных для детей с синдромом Аспергера, чтобы улучшить социальный интеллект и разговорные навыки. Со временем клиническая или диагностическая картина становится яснее. Однако мы находимся в процессе разработки методик диагностического обследования, пригодных для детей дошкольного возраста (Perry, 2004). Клиницисты могут включить некоторые из описанных

в последующих главах характеристик совсем маленьких детей с синдромом Аспергера в качестве части диагностических процедур для тех из них, которые могут проявлять ранние симптомы синдрома Аспергера.

На надёжность диагностического обследования взрослых также может влиять честность и точность ответов клиента. Человек бывает в состоянии «притворяться» в плане отрицания трудностей с социальной компетентностью и использовать интеллект в искусственных условиях клинического приёма, чтобы дать ответы обычного взрослого, но на самом деле может испытывать очевидные трудности в повседневном социальном взаимодействии. Существует разница между знаниями на уровне интеллекта и действительными практическими навыками в реальной жизни.

Некоторые направляемые на диагностическое обследование взрослые могут проявлять особенности, но не клинически значимые нарушения в функционировании, необходимые для диагноза при использовании критериев DSM-IV Американской психиатрической ассоциации. Проблемы с социальным пониманием могут быть сведены до субклинического уровня помощью со стороны поддерживающего партнёра, предоставляющего необходимое руководство в правилах поведения и объясняющего или устраняющего последствия слов или поступков, которые могут привести в замешательство или восприниматься как неуместные другими людьми.

Успех в рабочей среде может достигаться благодаря сочувствующим коллегам и руководителям. При подобных обстоятельствах клиницист может задуматься о том, получит ли пользу от диагноза «синдром Аспергера» человек, который, по-видимому, довольно хорошо справляется с повседневной жизнью, и при этом у него престижная профессия и есть партнёр (Szatmari, 2004). На момент диагностического обследования человек может не нуждаться в лечении психиатром или в услугах от государственных служб (одно из принципиальных оправданий диагноза), хотя он мог бы получить пользу от консультирования в сфере карьеры или отношений. Однако если человек переживает развод или безработицу, то симптомы могут стать более явными и надёжно обеспечить диагноз. Возможно, важна не сама по себе степень выраженности, но обстоятельства, ожидания, а также компенсаторные стратегии и механизмы поддержки.

Окончательное решение о том, где вы проведёте искусственную черту, определяющую, есть ли у человека диагноз синдрома Аспергера, — это субъективное решение, вынесенное клиницистом на основе результатов обследования специфических способностей, социального взаимодействия, а также описаний и отчётов со стороны партнёров, учителей и т. п.

Качественные нарушения в социальном взаимодействии или социальной интеграции являются ключевыми для диагноза, но не существует объективной количественной меры для других характеристик, чтобы в итоге помочь с принятием решения того, ставить ли диагноз в пограничных случаях. Окончательное заключение по поводу того, подтверждать ли диагноз, основывается на клиническом опыте специалиста, действующих диагностических критериях и влиянии необычного характера способностей человека на его качество жизни. Джерри Ньюпорт, у которого есть синдром Аспергера, сказал мне, что диагноз ставится, когда «личностные особенности человека непрактичны в своей крайности».

2.10. Ключевые моменты и стратегии

- В настоящее время существуют восемь диагностических скрининговых опросников, предназначенных для детей, и шесть — для использования со взрослыми.
- У девочек и женщин, а также у детей и взрослых со значительным интеллектуальным потенциалом может быть сложнее диагностировать синдром Аспергера из-за их способности маскировать свои сложности.
- В диагностическом обследовании должны изучаться не только проблемные области, но и области способностей, которые могут быть отнесены к характеристикам синдрома Аспергера.
- Существуют серьёзные проблемы с диагностическими критериями DSM-IV:
 - В критериях утверждается, что не должно быть клинически значимой задержки речевого развития, но при соответствии этим критериям получается описание ребёнка с задержкой речевого развития.
 - Любые различия в языковых способностях между детьми и взрослыми с аутизмом и нормальным IQ и детьми с синдромом Аспергера, которые были очевидными в дошкольном возрасте, почти полностью сглаживались к раннему подростковому возрасту.

- В критериях говорится, что не должно быть клинически значимого отставания в развитии навыков самообслуживания, соответствующих возрасту, но клинический опыт и научные исследования показывают, что родители детей и подростков с синдромом Аспергера часто должны давать словесные напоминания и советы, связанные с навыками самообслуживания и повседневной жизни.
 - В диагностические критерии DSM не включено описание необычных языковых особенностей, изначально описанных Гансом Аспергером, а также проблем с сенсорным восприятием. Но при этом упоминаются являющиеся редкими или временными черты.
 - В руководстве утверждается, что если соответствие критериям аутизма подтверждено, то диагноз аутизма должен иметь приоритет перед диагнозом синдрома Аспергера. Многие клиницисты отвергли это иерархическое правило.
 - Над диагностическими критериями DSM всё ещё ведётся работа.
- Диагностические критерии Кристофера Гиллберга в наибольшей степени соответствуют исходным описаниям Ганса Аспергера, и эти критерии являются первоочередными для многих опытных клиницистов.
 - На данный момент не существует убедительных аргументов или данных, которые бы однозначно подтверждали, что высокофункциональный аутизм и синдром Аспергера — это два отдельных и различных расстройства.
 - Согласно критериям Гиллбергов, частота синдрома Аспергера составляет примерно 1 на 250 детей.
 - В настоящее время мы выявляем и диагностируем только около 50 процентов детей с синдромом Аспергера.
 - Диагноз может быть более-менее надёжно поставлен ребёнку старше 5 лет, но не может быть достаточно надёжно поставлен дошкольнику.
 - В настоящее время у нас есть диагностический инструмент и диагностические критерии, предназначенные специально для взрослых.

- На надёжность диагностического обследования взрослых могут влиять честность и точность ответов на вопросы и опросники.
- Некоторые направляемые на диагностическое обследование взрослые могут проявлять черты, но не клинически значимые нарушения в функционировании, необходимые для постановки диагноза.
- Важна не сама по себе степень выраженности, но обстоятельства, ожидания, а также компенсаторные стратегии и механизмы поддержки.

Глава 3

Социальный интеллект и дружба

Но наиболее непосредственно сущность этих детей обнаруживает себя, когда мы рассматриваем их отношение к другим людям. В действительности их наиболее просто понять через их поведение в обществе.

(Аспергер, 2011, с. 97) (перевод Asperger (1944))

Вероятно, читателю будет интересно узнать о том, что я открыл способ, позволяющий убрать почти все связанные с синдромом Аспергера симптомы у любого ребёнка или взрослого. Эта простая методика не требует дорогостоящей и длительной терапии, хирургического лечения или лекарств и уже была тайно открыта людьми с синдромом Аспергера. Она довольно проста. Если вы — родитель, отведите вашего ребёнка с синдромом Аспергера в его спальню. Оставьте ребёнка одного в спальне и закройте за ним дверь как только вы выйдете из комнаты. Признаки синдрома Аспергера у вашего сына или дочери теперь исчезли.

3.1. Одиночество

В одиночестве у ребёнка нет *качественного нарушения социального взаимодействия*. Для социального взаимодействия необходимо по меньшей мере два человека, и если ребёнок один, то никаких проявлений социальных нарушений не будет. В одиночестве не с кем говорить, поэтому нет и *языковых и речевых проблем*; ребёнок может наслаждаться своим специальным интересом сколько этого пожелает, без чьих-либо сторонних суждений о том, является ли эта деятельность *аномальной по интенсивности или по направленности*.

В Главе 6 я объясню, что для человека с синдромом Аспергера одиночество — это ещё и один из наиболее эффективных способов эмоционального восстановления. Уединение может эффективно успокаивать и при этом да-

ритель наслаждение, особенно если оно связано со специальным интересом — одним из самых больших удовольствий в жизни человека с синдромом Аспергера.

Одиночество также может способствовать учёбе. Приобретение новых знаний в классе требует существенных социальных и языковых навыков. Испытываемые детьми с синдромом Аспергера в этих областях трудности могут замедлять понимание учебного материала. Согласно моим наблюдениям, некоторые дети с синдромом Аспергера осваивают такие учебные навыки, как основы чтения, письма и счёта, ещё до школы, зачастую посредством просматривания книг, телепередач или образовательных игр на компьютере. Они успешно обучились сами, в одиночестве.

В уединении, особенно в спальне, гиперчувствительность к некоторым сенсорным стимулам уменьшается, так как среда может быть довольно тихой, особенно по сравнению с игровой площадкой или школьным классом. Ребёнок с синдромом Аспергера также может быть чувствительным к переменам и нервничать, если вещи находятся не там, где должны были бы. Мебель и предметы в спальне будут находиться в известной конфигурации, и члены семьи научатся ничего не двигать. И спальня ребёнка станет священным и неприкосновенным убежищем.

Когда человек находится в уединении, расслаблен и наслаждается специальным интересом, черты синдрома Аспергера не вызывают *клинически значимой дисфункции в социальной, трудовой, или в других важных видах деятельности*. Ребёнку с синдромом Аспергера нахождение в одиночестве даёт много преимуществ; проблемы возникают только если кто-то входит комнату или если ему приходится выйти из спальни и взаимодействовать с другими людьми.

Я заметил, что люди с синдромом Аспергера могут довольно хорошо справляться со взаимодействием один на один, используя свои интеллектуальные способности для обработки языка тела и невербальной коммуникации и опираясь на воспоминания о схожих социальных ситуациях для понимания того, что говорить и делать в них. Поговорка «двое — это компания, трое — уже толпа» очень подходит людям с синдромом Аспергера. При общении в группе интеллектуальных способностей человека может оказаться недостаточно для того, чтобы справиться с социальным взаимодействием с несколькими участниками. Ему может потребоваться более длительное время для обработки социальной информации, которая обыч-

но передаётся быстрее в группе, чем индивидуально. Если разговор один на один — это игра в теннис, то групповое взаимодействие — это игра в футбол.

Задержка при обработке социальных сигналов означает возможную потерю человеком синхронности в разговоре и очень большую вероятность явной ошибки в общении или вынужденный выход из ситуации общения. Были случаи, когда я разговаривал один на один со взрослым с человеком Аспергера и замечал, что, когда другой человек или несколько других людей присоединялись к разговору, человек с синдромом Аспергера становился молчаливым и не участвовал так активно и свободно, как при разговоре со мной один на один.

Когда я объяснил подростку с синдромом Аспергера, что степень стресса пропорциональна числу присутствующих людей, он начал работать над математической формулой и геометрическим представлением числа потенциальных связей между индивидуумами, которые образуются по мере того, как всё больше людей присоединяется к разговору. Между двумя людьми есть только одна связь; между тремя людьми — три связи; между четырьмя людьми — шесть связей; между пятью — десять связей и так далее. Это одно из объяснений того, почему люди с синдромом Аспергера не любят большие собрания людей.

3.2. Оценка навыков социального взаимодействия

Ключевой особенностью синдрома Аспергера является качественное нарушение социального взаимодействия, признанное во всех диагностических критериях. Критерии также указывают на недостаток социальной или эмоциональной взаимности и неспособность развития соответствующих уровню развития отношений со сверстниками. В настоящее время у нас нет стандартизованных тестов на социальное взаимодействие и социальный интеллект для обычных детей, которые могли бы быть использованы для получения «коэффициента социальности» у детей с синдромом Аспергера. Интерпретация особенностей социальных навыков и социального интеллекта вроде взаимности и отношения со сверстниками в настоящее время является субъективной клинической оценкой. Поэтому специалисту необходимо обладать значительным опытом, связанным с социальным развитием обычных детей, чтобы иметь возможность сопоставить его с развитием направленного на диагностику синдрома Аспергера ребёнка.

Для оценки социальных навыков и социального интеллекта клиницист должен пообщаться с ребёнком, подростком или взрослым. В случае маленьких детей это может быть игра с ребёнком с использованием игрушек и игрового оборудования кабинета. При этом клинически значимыми будут степень взаимности, распознавание и «чтение» ребёнком используемой специалистом невербальной коммуникации и его знания о том, как реагировать на эту коммуникацию. Клиницист должен провести обследование на предмет проявления ребёнком соответствующего его уровню развития социального поведения, использования контакта глазами, методов регуляции взаимодействия, а также степени спонтанности и гибкости при игре с клиницистом. Эта часть обследования должна проводиться с помощью как структурированной, так и неструктурированной игры. В случае подростков и взрослых оценку навыков социального взаимодействия нужно проводить посредством разговора, в том числе на темы, связанные с дружбой, социальным опытом и социальными способностями. Некоторые из тем и вопросов для разговора могут быть взяты из скрининговых инструментов на синдром Аспергера, и это даст больше информации о социальной зрелости и социальной компетенции человека.

Исследовать взаимоотношения или дружбу со сверстниками можно посредством выявления друзей человека, качества, стабильности и зрелости дружбы, а также изучением мыслей самого человека о присущих дружбе качествах. Возможные вопросы на эту тему:

- Кто Ваши друзья?
- Почему он или она — Ваш друг?
- Какие поступки являются дружескими?
- Как Вы находите друзей?
- Зачем нам нужны друзья?
- Что делает Вас хорошим другом?

Я заметил, что у ребёнка с синдромом Аспергера концепция дружбы зачастую незрелая, и её развитие отстаёт от сверстников по меньшей мере на два года (Attwood, 2003a; Votroff et al., 1995). Обычно у ребёнка с синдромом Аспергера меньше друзей по сравнению со сверстниками, и он реже и меньше играет с другими детьми (Bauminger and Kasari, 2000; Bauminger

and Shulman, 2003; Bauminger et al., 2003). Это может также наблюдаться и в подростковом возрасте. Лиан Холлидей Уилли в своей автобиографии писала, что в колледже она «привыкла определять дружбу очень простыми понятиями. Друзьями я считала тех, с кем мне приятно провести пару минут или пару часов» (Willey, 1999, с. 43).

Необычность дружбы может проявляться в выборе ребёнком в качестве товарищей по играм детей младше его или же в предпочтении компании взрослых. Один ребёнок с синдромом Аспергера описывал мне друга, которого он регулярно встречал в школе во время обеденного перерыва. Потом его мать объяснила, что этот «друг» был школьным смотрителем парка, и на каждом обеденном перерыве ребёнок помогал смотрителю в его работе. Взрослая сестра моей жены, у которой есть синдром Аспергера, писала мне об этом следующее: «Будучи ребёнком, подростком и молодой женщиной, я редко хорошо ладила со своими сверстниками и предпочитала компанию взрослых. Возможно, из-за того, что у них обычно более сдержанный темперамент. И они, разумеется, тише себя ведут». Стивен Шор, который также имеет синдром Аспергера, объяснял, что взрослые обычно более терпеливы в выслушивании информации о специальных интересах и в «поддержании» разговора.

Ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера может ошибочно принимать дружелюбие за дружбу и воспринимать друзей как подобие надёжных машин. Джеми, маленький ребёнок с синдромом Аспергера, сказал следующее о ребёнке, с которым он регулярно играл: «Он не может играть со мной один день, а затем в другой день — с другими друзьями, он не будет при этом настоящим другом». Ребёнок с синдромом Аспергера может воспринимать друзей как собственность и проявлять нетерпимость к любому, кто нарушает его личные правила, касающиеся дружбы. Подросткам и взрослым с синдромом Аспергера может быть сложно понять, что дружелюбие — это не обязательно признак романтического интереса.

Клиницист также должен исследовать мотивацию человека в дружбе, его способность находить друзей и поддерживать дружбу, а также значение и природу дружбы в жизни человека. Подростки и взрослые с синдромом Аспергера могут говорить о чувстве одиночества, иногда остро переживая и ощущая себя несчастными из-за того, что у них так мало друзей или их вообще нет. Как писала Тереза Джоллифф о своём личном опыте аутизма: «В противоположность тому, что могут подумать люди, аутичный человек способен чувствовать как одиночество, так и любовь к кому-нибудь» (Jolliffe et al., 1992, с. 16).

Родители и учителя могут характеризовать маленьких детей с синдромом Аспергера как социально неловких, так что другие дети часто считают, что с ребёнком с синдромом Аспергера неинтересно играть, и он не следует обычным правилам дружбы вроде умения делиться, проявления взаимности и сотрудничества. Как говорил мне Джерри Ньюпорт, мужчина с синдромом Аспергера: «Чтобы поделиться, вы должны отдать контроль». И как сказала мне Холли во время её диагностического обследования: «Мои друзья не позволяют делать мне то, что я хочу».

Ребёнок с синдромом Аспергера часто играет необычным или вычурным способом, а его приоритеты и интересы отличаются от таковых у его сверстников, которым нередко надоедают монологи или лекции о специальных интересах ребёнка. Размышляя о своем детстве, Жан-Поль объяснял: «У меня не очень хорошо получалось играть обычными способами или с другими детьми, и я редко получал удовольствие от этого» (Donnelly and Bovee, 2003).

Основанные на воображении игры могут качественно отличаться от таковых у других детей. В тех же детских воспоминаниях Жан-Поль описывал свои необычные игры с использованием воображения: «Воображение каждого человека уникально. Для меня оно заключалось в написании моих собственных списков, придумывании вымышленных генеалогий персонажей, воображаемых играх в мяч с игроками с бейсбольных карточек, в создании других языков и во многом другом». У ребёнка с синдромом Аспергера может развиваться основанная на воображении игра, но обычно это уединённая и очень своеобразная деятельность.

Ребёнок с синдромом Аспергера может находиться на периферии игровой площадки. Иногда он сам выбирает социальную изоляцию, а иногда пытается активно взаимодействовать с другими детьми и ищет принятия, но воспринимается сверстниками как навязчивый и раздражающий. Такое поведение часто характеризуется учителями как глупое, незрелое, грубое и конфликтное (Church et al., 2000).

Когда сверстники принимают подростка в свои дела и разговоры, то у него всё ещё может быть чувство, что он не принят или не популярен. Это можно проиллюстрировать двумя комментариями взрослых с синдромом Аспергера, связанными с их подростковыми годами: «Меня не отвергали, но я не ощущал полного принятия», — и: «Меня поддерживали и проявляли терпимость, но не любили». Недостаток подлинного социального принятия сверстниками, очевидно, может не лучшим образом сказаться на самооценке.

Диагностическое обследование включает изучение способностей ребёнка в ряде социальных ситуаций, например, при игре с друзьями, родителями, братьями или сестрами, сверстниками, а также в новых социальных ситуациях. Признаки синдрома Аспергера становятся более явными при игре ребёнка со сверстниками, а не с родителями или со взрослыми вроде ведущего обследования клинициста. И это важно помнить при диагностическом обследовании. Клиницист может дополнить оценку навыков социального взаимодействия наблюдением за ребёнком при неструктурированной игре со сверстниками или используя отчёты учителя об играх с другими детьми.

Необходимо изучить знание и понимание ребёнком правил общественного поведения в ряде ситуаций, особенно осознание понятия личного пространства, а также способность учитывать контекст и культурные ожидания при приветствиях, прикосновениях и выборе темы разговора. Следует собрать и оценить информацию об иных важных вещах: о реакции ребёнка на давление сверстников, продолжительности и удовольствия от одиночной игры, соблюдении социальных правил, степени честности, чувстве юмора, подозрительности и реакции на насмешки и травлю.

Для оценки уровня развития социального интеллекта я показываю ребёнку ряд картинок, на которых дети вовлечены в разную одиночную или групповую деятельность и при этом выражают какие-то эмоции. Например, девочка упала с велосипеда и плачет. Или ребёнок, пытающийся «стащить» печенье, а другой ребёнок при этом стоит на страже. Или девочка, которая потеряла родителей в торговом центре. Ребёнка просят описать происходящее на картинке. Ребёнок с синдромом Аспергера склонен замечать и описывать предметы и физические действия и при этом относительно редко (по сравнению со сверстниками) упоминает мысли, чувства и намерения людей на картинке. При обследовании подростков и взрослых я прошу их описать события их личной жизни, отмечая любые проявления преобладания передачи действий над описаниями мыслей, чувств и намерений как самого человека, так и других людей.

Диагностическое обследование включает оценку социального интеллекта человека и его навыков социального взаимодействия. Она основывается на наблюдении, взаимодействии с ним и самоотчётах, и это может сыграть роль при подтверждении или опровержении диагноза. Эта оценка может использоваться и как уровень отсчёта для измерения прогресса в результате прохождения программ по развитию каждой из тех областей понимания социального взаимодействия, в которых наблюдается задержка,

либо необычность («родимые пятна» синдрома Аспергера). Далее в этой главе будут описаны методы развития социального интеллекта и связанных с дружбой навыков.

3.3. Мотивация иметь друзей

Я наблюдал за социальным развитием детей и взрослых с синдромом Аспергера в течение нескольких десятилетий и выявил пять этапов становления их мотивации иметь друзей.

Интерес к физическому миру

Маленькие дети с синдромом Аспергера в дошкольном или детсадовском возрасте могут не интересоваться занятиями сверстников или поиском друзей. Им обычно интереснее понимание физического, а не социального мира, и они могут приходить на игровую площадку для исследования дренажной или водопроводной системы возле школы, или же искать насекомых и пресмыкающихся, или же вглядываться в строение разных облаков. Совместная деятельность сверстников воспринимается ребёнком как скучная, с непостижимыми социальными правилами. Он доволен одиночеством, но может желать взаимодействия со взрослыми, способными ответить на вопросы, находящиеся за пределами знаний сверстников, или же искать спасения от шумной и хаотичной игровой площадки в тихом убежище школьной библиотеки и читать там о вулканах, метеорологии и транспортных системах.

Желание играть с другими детьми

Вскоре после поступления в начальную школу дети с синдромом Аспергера замечают, что другим детям весело при общении, и они тоже хотят быть принятыми в групповую деятельность, чтобы пережить эту очевидную радость своих сверстников. Однако, несмотря на хорошие интеллектуальные способности, их уровень социальной зрелости обычно запаздывает по меньшей мере на два года по сравнению со сверстниками, и у них могут быть заметные трудности с уровнем взаимности и совместной игры, которого ожидают от них другие дети.

На этом этапе развития мотивации к дружбе ребёнок с синдромом Аспергера может жаждать успешной социальной интеграции и друга для игр. Это время, когда ребёнок может начать остро осознавать свои отличия

от сверстников, что даёт почву для развития описанных в Главе 1 стратегий адаптации и компенсации: депрессии, ухода в фантазии, отрицания и высокомерия либо подражания.

Изначальный оптимизм, связанный с дружбой, может превратиться в паранойю, особенно если ребёнок не в состоянии различить нечаянные и намеренные действия. У ребёнка есть сложности с требующими использования модели психического задачами — выработкой представлений о мыслях, чувствах, знаниях и убеждениях других людей (см. Главу 5). Другие дети могут понять из контекста, а зачастую и знания характера другого человека, был ли какой-то конкретный комментарий или поступок доброжелательным или злонамеренным. Например, другие дети знают, дразнит ли их кто-то с дружественными или недружественными намерениями. Это знание может быть недоступным ребёнку с синдромом Аспергера.

Я заметил, что у детей с синдромом Аспергера способности выносить суждения о характере зачастую ограничены. Другие ребята знают, какие дети не являются хорошими ролевыми моделями, и потому их следует избегать. Дети же с синдромом Аспергера могут быть несколько наивными в своих суждениях, и они нередко тянутся к тем детям, которые не демонстрируют хороших дружеских навыков, и подражают им.

Появление первых друзей

К средней школе ребёнок с синдромом Аспергера может достичь настоящей дружбы, но при этом склонен к чрезмерному доминированию или к слишком негибким взглядам на дружбу. Такие дети могут растерять доброе отношение к ним. Однако некоторые обычные дети, по природе добрые, понимающие и способные на «материнское» отношение, могут счесть детей с синдромом Аспергера трогательными и привлекательными, быть терпимыми к их поведению и стать настоящими друзьями на несколько лет или даже на более длительный срок.

Иногда дружба устанавливается не с сострадательным обычным ребёнком, но со сходным, социально изолированным ребёнком, который разделяет похожие интересы, но не обязательно имеет тот же диагноз. Такая дружба обычно бывает функциональной и практичной, основанной на обмене предметами и знаниями по общему интересу и может расширяться от «дуэта» до малой группы детей-единомышленников со сходным уровнем социального интеллекта и популярности.

Поиск партнёра

В позднем подростковом возрасте тинейджеры с синдромом Аспергера могут искать нечто большее, чем платоническая дружба с единомышленниками, и стремиться найти парня или девушку, а в конце концов — и партнёра. Партнёр, которого они ищут, — это тот человек, который понимает их, а также эмоционально поддерживает и направляет в социальном мире, может быть для них «материнской фигурой» и наставником.

Сверстники-подростки обычно являются куда более зрелыми и знающими в определении потенциального партнёра, в развитии и практике навыков взаимоотношений. Юноша-подросток с синдромом Аспергера может отчаянно вопрошать: «Как мне найти девушку?» Попытки развить отношения в нечто большее, чем платоническая дружба, могут привести к отвержению, осмеянию и неверному пониманию намерений. И подросток с синдромом Аспергера даже может почувствовать себя ещё более социально неловким, незрелым и изолированным.

Установление партнёрства

В итоге, возможно, после достижения большей эмоциональной и социальной зрелости, взрослый с синдромом Аспергера может найти партнёра на всю жизнь. Однако обоим партнёрам, возможно, пойдёт на пользу семейное консультирование и внесение коррективов для успешности их необычных отношений. В настоящее время имеется литература по семейному консультированию для пар, где у одного из партнёров синдром Аспергера. В разделе «Ресурсы» в конце этой книги есть список рекомендованных книг, интернет-ресурсов и агентств.

3.4. Важность дружбы

В наличии друзей обязательно должны быть преимущества. Научные исследования говорят о том, что дети без друзей могут попадать в группу риска в плане последующих трудностей с социальным и эмоциональным развитием и его задержки, низкой самооценки и развитии тревоги и депрессии во взрослом возрасте (Hau et al., 2004). Наличие друзей может быть профилактикой расстройств настроения.

Другое преимущество может быть в более лёгком разрешении проблем (Rubin and Thompson, 2002). Если группа детей совместно работает над задачей, они выигрывают от наличия разных точек зрения и идей и больших

физических возможностей. Другой ребёнок может со своей позиции увидеть что-нибудь важное или иметь предшествующий опыт того, что делать, или может придумать оригинальное решение. Группа друзей даёт больше физических и интеллектуальных сил для разрешения проблем.

Чи — молодой мужчина с синдромом Аспергера, который писал следующее:

Наихудшая проблема в моей жизни — это социализация. Я не могу найти друзей, но я отчаянно в них нуждаюсь. Когда у вас есть друзья, вы можете получить больше поддержки и попросить их о многом, и они помогут, потому что они — ваши друзья. Также от своих друзей можно получить много знаний и опыта. И поскольку у меня нет друзей, то это значит, что я отрезан от помощи. С какой бы проблемой я ни столкнулся, мне приходится справляться с ней самостоятельно. Я не знаю, как социализироваться, и это значит, что я не знаю, как взаимодействовать с людьми с пользой. В моём случае это самая серьёзная проблема, связанная с синдромом Аспергера (Molloy and Vasil, 2004, с. 77).

Изолированность и отсутствие друзей также делает ребёнка уязвимым к насмешкам и травле. Школьные хулиганы выбирают своей мишенью одинокого, уязвимого и того, кого с меньшей вероятностью защитят сверстники. Иметь больше друзей — значит иметь меньше врагов.

Принятие сверстниками и дружба могут быть полезны ребёнку как возможность получить другое мнение о мотивах и намерениях других людей, предотвращая развитие чувства паранойи. Друзья могут дать действенные механизмы отслеживания и нормализации эмоций, особенно таких как тревога, гнев и тоска. Друзья могут рассказать о приемлемом поведении в обществе, помочь укреплению самооценки и уверенности в себе, могут играть роль личных консультантов и психологов. Дебора, взрослая женщина с синдромом Аспергера, писала мне в электронном письме, что, по её мнению, «лучшее лекарство от низкой самооценки ...это дружба». Это особенно справедливо в подростковом возрасте.

Все качества хорошего друга — это качества хорошего члена команды, т. е. важные качества для последующего трудоустройства во взрослом возрасте. Я сталкивался со взрослыми с синдромом Аспергера, у которых был впечатляющий уровень образования, но отсутствие навыков командной работы становилось одной из причин проблем с поиском работы или её сохранением, а также с соответствием заработка их впечатляющей квалификации.

Наличие друзей и развитие навыков дружбы может стать определяющим в появлении у человека необходимых для дальнейшего трудоустройства навыков межличностного взаимодействия.

Развитие навыков межличностного взаимодействия при дружбе служит также основой последующего успеха в отношениях с партнёром. Представления об эмпатии, доверии, эмоциональной поддержке и совместной ответственности, развившиеся в детстве благодаря дружбе, являются основополагающими во взрослых отношениях.

3.5. Поощрение и поддержание дружбы

У обычных детей умение дружить приобретается на основе врождённых способностей, развивающихся на протяжении детства в связи с прогрессом когнитивных способностей, которое впоследствии видоизменяется и созревает на основе социального опыта. К сожалению, дети с синдромом Аспергера не могут полагаться на социальную интуицию в той же степени, как их сверстники, и должны в большей мере опираться на свои интеллектуальные способности и жизненный опыт. Дети и взрослые с синдромом Аспергера испытывают трудности в тех социальных ситуациях, которые не были отрепетированы или к которым они не были подготовлены. Поэтому таким детям для развития способности находить и сохранять друзей крайне важны специализированное обучение и контролируемая практика, а также их опыт дружбы должен быть конструктивным и вдохновляющим (Attwood, 2000). Неудача в приобретении личного опыта дружбы приведёт к неспособности усвоить саму суть понятия «друг» (Lee and Hobson, 1998). Если у вас нет друзей, как вы узнаете, как стать другом?

Родители могут попытаться поощрять групповые игры дома с братьями или сёстрами, а также с другими приглашёнными для игр детьми. Но у них будут трудности с обеспечением ребёнку с синдромом Аспергера обширного опыта, а также нужного уровня контроля и обучения. Оптимальная среда для развития взаимной игры со сверстниками — это школа. Образовательным службам нужно понимать, что для детей с синдромом Аспергера важность программа по социализации не менее важна, чем школьная программа. Программа по социализации должна делать акцент на навыках дружбы, а также включать адекватное обучение персонала и соответствующие ресурсы. Следующие предложения могут быть реализованы учителями и родителями на каждом из этапов развития дружбы, наблюдающихся у обычных детей, но они применимы и к детям с синдромом Аспергера.

Этапы развития представлений о дружбе у обычных детей

До трёх лет обычные дети взаимодействуют и играют с членами своей семьи, но зачастую рассматривают сверстников как конкурентов за владение предметами и внимание взрослых, а не как потенциальных друзей. Так, обычный ребёнок может спрятать свою любимую игрушку, если другой ребёнок приходит в дом. Однако уже после первого года жизни могут наблюдаться простейшие формы совместного пользования вещами, помощи и утешения. Это первые «кирпичики» дружбы. Случается параллельная игра (т. е. рядом, но не вместе) и проявление любопытства к тому, что интересно другим детям, с последующим копированием действий других детей — но в первую очередь потому, что это интересно, радостно и, вероятно, произведёт впечатление на родителей. Нам известно, что у обычных детей этой возрастной группы уже есть предпочитаемые ими товарищи по играм, и они могут стремиться играть рядом с конкретным ребёнком. Поскольку ребёнка с синдромом Аспергера обычно диагностируют после пяти лет, то они к моменту получения диагноза обычно продвигаются дальше этого этапа дружбы, характерного для очень маленьких детей.

Первый этап дружбы — от 3 до 6 лет

У обычного ребёнка в возрасте от 3 до 6 лет понимание дружбы обычно функционально и эгоцентрично. Если спросить у обычного ребёнка, почему конкретный ребёнок является его другом, то его ответ, как правило, основан на территориальной близости (живёт по соседству, сидит за тем же столом) или на том, что у него есть (у другого ребёнка есть игрушки, которыми восторгается ребёнок или в которые он хочет поиграть). Дружба строится вокруг игрушек и игр, и ребёнок постепенно переходит от участия преимущественно в параллельной игре к пониманию того, что некоторые игры и другая активность невозможны без элементов совместной или поочередной деятельности. Однако навыки сотрудничества ограничены, и вследствие этого главная определяющая друга характеристика может быть односторонней и эгоцентричной («он помогает мне» или «я нравлюсь ей»). Конфликт обычно связан с вещами, использованием оснащения и нарушением личного пространства, но в последние 1–2 года первого этапа конфликт может строиться вокруг правил игры и того, кто выиграл. Разрешение конфликта с точки зрения ребёнка часто достигается ультиматумами и применением физической силы. При этом взрослого не всегда просят выступить арбитром.

У ребёнка могут быть побуждения утешить страдающего друга или помочь ему, но он обычно считает эмоциональную поддержку задачей родителя или учителя, а не своей.

Если у детей в возрасте 3–4 лет спросить, что они делали сегодня, то они обычно рассказывают, во что они играли, но уже примерно после четырёх лет они начинают говорить, с кем они играли. Совместная игра постепенно становится чем-то большим, чем просто придумывание деятельности и её завершение. Однако дружба кратковременна, и ребёнок сам планирует, что и как ему делать.

Маленькие дети с синдромом Аспергера имеют чёткое представление о том, что должно получиться при игре с игрушками. Однако им может не удаваться качественно донести это до товарища по игре. Либо они не могут принять или встроить в игру предложение другого ребёнка, потому что это приведёт к незапланированному исходу. Например, при игре с конструктором у ребёнка с синдромом Аспергера может быть мысленный образ получающейся в конце структуры. И он может прийти в крайнее возбуждение, если другой ребёнок положит кирпичик туда, где, согласно его мысленному образу, кирпичика быть не должно. А тем временем обычный ребёнок не понимает, почему его направленное на сотрудничество действие отвергается.

Маленький ребёнок с синдромом Аспергера часто ищет в игровой деятельности предсказуемости и контроля, в то время как обычные сверстники ищут спонтанности и сотрудничества. В своей автобиографии Лиан Холлидей Уилли объясняет этот аспект в своём раннем детстве:

Гораздо интереснее было всё раскладывать и организовывать. Как и с чаепитием, мне нравилось упорядочивать, а не играть. Быть может, именно поэтому меня мало интересовали сверстники. Им всегда хотелось играть с теми вещами, которые я так тщательно разложила. Им хотелось всё трогать и делать по-своему. Они мешали мне контролировать обстановку. Они вели себя не так, как я хотела. Им нужно было больше свободы, чем я желала им предоставить (Willey, 1999, с. 19).

Другие дети нередко считают, что ребёнок с синдромом Аспергера, часто предпочитающий играть один, им не рад. А когда другие дети принимают участие в игре, то ребёнок с синдромом Аспергера может быть диктатором, не склонным играть по обычным правилам и рассматривающим других детей как подчинённых. Такое поведение воспринимается другими детьми как

властное и характерное скорее для учителя, чем для друга. Таким образом, ребёнок с синдромом Аспергера, которого в итоге избегают другие дети, становится непопулярным, сам того не желая. И поэтому теряет возможности развить навыки, необходимые для дружбы.

Программы для первого этапа

Взрослый в роли друга

Маленький ребёнок с синдромом Аспергера, которому неинтересно играть со сверстниками, может хотеть взаимодействовать со взрослыми. В этом случае его может научить социальной игре взрослый, играющий роль сверстника. Ребёнка можно научить участию во взаимной игре во многом так же, как актёры в театре разучивают роли и репетируют их. Взрослый «друг» в этой ситуации должен приблизить свои навыки и речь к уровню сверстников ребёнка. Идея состоит в поощрении взаимной игры между равными, в которой никто из «друзей» не доминирует.

У классного руководителя есть чёткая и довольно постоянная роль, в которой он — взрослый, а не друг. Однако взрослый, предоставляющий поддержку для обеспечения интеграции в детском саду или подготовительном классе, может иногда играть роль «друга». Взрослый «друг» может действовать как наставник или режиссёр, инструктирующий ребёнка в социальных ситуациях и поддерживающий его в них. Для приближения взаимодействия к реальным социальным ситуациям с участием сверстников можно купить или взять взаймы те игры или оснащение, которые есть в школе и при этом пользуются популярностью среди детей этого возраста.

Взрослым, особенно родителям, важно наблюдать за естественной игрой сверстников ребёнка, подмечая их игры, оснащение, правила и особенности речи. Стратегия родителя заключается в игре с ребёнком с использованием «детского языка», т. е. типичных высказываний детей этого возраста, а также в равенстве и взаимности в плане способностей, интересов и кооперации. Взрослый может продемонстрировать конкретный социальный сигнал, тут же остановиться и обратить внимание ребёнка на него, а затем объяснить, что означает увиденный или услышанный сигнал и какова ожидаемая реакция на него.

Взрослый может озвучивать свои мысли при игре с детьми в виде комментариев или размышлений. Это позволит ребёнку с синдромом Аспергера на самом деле услышать мысли другого человека вместо обычного ожидания, что он сам поймёт мысли другого человека из контекста или в результате прочтения выражений лица и языка тела.

Важно, чтобы в ролевой игре взрослого были примеры как того, как быть хорошим другом, так и ситуаций, иллюстрирующих недружелюбные действия, доминирование, насмешки и несогласие. Уместные и неуместные реакции могут быть «сыграны» взрослым, чтобы показать ребёнку диапазон возможных реакций и дать возможность определить, какая реакция является уместной и почему.

Умение действовать по очереди и просить помощи

На первом этапе дружбы хороший друг — это тот, кто может играть по очереди и помогает. Когда взрослый играет роль друга, важно, чтобы он показывал пример поочерёдных действий и поощрял их. Например, при сборке игрушки «рамка-вкладыш» взрослый и ребёнок могут по очереди вставлять каждый фрагмент головоломки; при просмотре книги сначала взрослый показывает на одну из картинок и делает комментарий или задаёт вопрос, а на следующей странице ребёнок также показывает картинку и задаёт вопрос взрослому. Если ребёнку нравится, когда его подталкивают на качелях, то следующим заданием для ребёнка может стать подталкивание взрослого на качелях. Два «друга» действуют по очереди в каждом из занятий и по очереди выступают лидерами.

Чтобы поощрить помощь кому-то другому, взрослому нужно нарочно сделать ошибку или показать незнание того, что надо делать для разрешения проблемы. Затем взрослый может попросить ребёнка о помощи, говоря при этом, что если возникла проблема, то просьба о помощи — это разумный и дружественный поступок. Взрослый должен быть уверен в том, что его собственные способности, проявляемые при решении задачи, сравнимы с таковыми у ребёнка с синдромом Аспергера. Такие дети могут воспринимать себя маленькими взрослыми и приходить в крайнее разочарование или возбуждение, если их уровень способностей явно ниже, чем у их товарища по игре. Взрослый также показывает, что делать ошибки — это нормально.

Генеральная репетиция с другим ребёнком

Родитель легко может видоизменять темп игры и количество инструкций и обратной связи. После достаточной практики со взрослым ребёнок может прийти до «генеральной репетиции» с другим ребёнком. Это может быть старший брат или сестра, или, возможно, обладающий достаточной зрелостью ребёнок из класса, способный вести себя как друг и дать возможность попрактиковаться под его руководством перед открытым использованием навыков в группе сверстников.

Видеозаписи играющих детей

Ребёнок с синдромом Аспергера часто любит много раз пересматривать один и тот же фильм. Эта деятельность нередко нравится и обычным детям, но у ребёнка с синдромом Аспергера может быть необычным количество просмотров фильма или передачи. Это не обязательно самостимулирующее поведение, как считается в некоторой бихевиористской литературе об аутизме, но, с моей точки зрения, это может быть конструктивным способом обучения без замешательства и усилий, связанных с социализацией и общением. Родители могут быть обеспокоены тем, что многократный просмотр одной и той же передачи — это пустая трата времени; однако проблема может быть не в том, что ребёнок с синдромом Аспергера делает, а в том, что он смотрит.

Я рекомендую сделать видеозапись социального опыта ребёнка с синдромом Аспергера: например, игр ребёнка со сверстницами в песочнице, задании «покажи и расскажи» (англ. *show and tell*¹) в классе, или при игре с кузенами дома. Ребёнок затем может просмотреть, и возможно, много раз, эту «социальную документалистику» для лучшего понимания социальных сигналов, реакций, последовательной смены деятельности, действий сверстников, а также своей роли как друга. Взрослый может сделать «стоп-кадр», т. е. поставить видео на паузу, чтобы обратить внимание на конкретный социальный сигнал, выявляя дружелюбное поведение и указывая на то, что из сделанного ребёнком с синдромом Аспергера было уместным.

¹Примечание переводчика: в англоязычных странах (Великобритании, США, Австралии) традиционное задание для учащихся начальной школы: рассказать перед классом о выбранном предмете.

Символическая игра

Обычный ребёнок на первом этапе дружбы часто играет в символические игры, т. е. игры с участием воображения, основанные на популярных персонажах и историях из книг, телепередач и фильмов. Игра ребёнка с синдромом Аспергера также может основываться на персонажах и событиях из художественных произведений, но качественно отличается в том, что обычно это одиночная, а не совместная деятельность. Она может быть их точным воспроизведением с минимальными изменениями и творческой переработкой и может включать других детей, но только если они следуют указаниям ребёнка с синдромом Аспергера и не меняют сценарий. Такое взаимодействие не является творческим, совместным или взаимным, в отличие от такового у обычных сверстников. Однако у ребёнка с синдромом Аспергера может быть выдающаяся память и знания о популярных персонажах и фильмах, и он может с наслаждением вновь и вновь воспроизводить эти сцены на протяжении многих часов. У такого ребёнка следует поощрять большую гибкость в «воображаемой» игре, особенно при играх с другими детьми. Принципиально научить его тому, что если что-то отличается, это необязательно неверно.

Задания по развитию гибкости мышления и способности участвовать в символической игре могут включать игры, цель которых — придумать как можно больше возможных применений предложенному предмету: т. е. в размышлениях пойти шире наиболее очевидных, функциональных применений данного предмета. Например, сколько применений можно придумать кирпичу, скрепке для бумаг, сегменту пути для игрушечного поезда и т. п.? Сегмент пути для поезда может стать, например, крыльями самолёта, мечом или лестницей. Это будет развивать умение посмотреть на решаемую задачу «с другой стороны» и позволит чувствовать себя более комфортно при участии в символической игре с другими детьми.

Взрослый может играть роль друга в символических играх, используя фразу «давай представим, что...» и таким образом поощряя гибкое мышление и творчество. Дети с синдромом Аспергера зачастую очень строго следуют правилам, и им надо научиться тому, что при игре с другом иногда возможно изменить правила и проявить изобретательность, и при этом всё равно пережить много радости, и это не обязательно повод для тревоги. Ребёнку может быть полезна Социальная История™ (см. с. 120), объясняющая, что в дружбе, а также при решении практической или интеллектуальной

задачи, попытка пойти другим путём может привести к важному открытию. Попытки найти более короткий морской путь в Индию привели европейцев к открытию Америки.

Как только ребёнок с синдромом Аспергера увереннее освоит гибкое мышление, взрослые и ровесники могут вовлечь его во взаимную социальную символическую игру. Я обнаружил, что, когда ребёнок открывает для себя интеллектуальную и социальную ценность воображения, уровень его креативности может изумлять.

Поощрение дружелюбия

При обсуждении детского социального опыта с молодыми взрослыми с синдромом Аспергера я слышал множество описаний социального смущения и замешательства, а также того, как взрослые очень часто критиковали их за социальные ошибки, но редко хвалили за то, что было уместно. Ребёнок часто считал, что если к концу взаимодействия он не получал критику, сарказм или иронический смех, то это означало, что оно было успешным, но он понятия не имел, что именно из проделанного было социально уместным. Один молодой взрослый так охарактеризовал своё детство: «Мои действия комментировали только тогда, когда я делал что-то неправильно, но никто не говорил мне о том, что я делал правильно» (личная коммуникация).

После выполнения задания по математике ребёнком галочки и крестики (или плюсы и минусы), поставленные учителем, покажут, что было верным, а что — нет. При сборке пазла-мозаики или конструктора со строительными блоками ребёнок знает, что успех достигнут, когда все фрагменты состыковываются друг с другом или же конструкция завершена и устойчива. Проблема с социальными ситуациями состоит в том, что успех может быть не очевиден, и что положительной обратной связи может быть недостаточно. Я настоятельно рекомендую взрослым, сверстникам или друзьям при взаимодействии с маленьким ребёнком с синдромом Аспергера предпринимать осознанные усилия, указывая на то, что из сделанного ребёнком было уместным, и комментировать этого.

Например, если ребёнка увидели играющим в футбол с другими детьми во время обеденного перерыва, то в конце игры ребёнку можно рассказать, какие действия были дружелюбными и почему. Положительная обратная связь может быть такой: «Я заметил, что когда мяч закатился в высокую траву, ты помог его найти. Превосходно! Помогать найти что-то — это проявление дружелюбия». Или: «Когда Джошуа упал, то ты подошёл нему

и спросил, в порядке ли он, и это было проявлением заботы и дружелюбия». Или: «Когда Джессика забила гол и ты подошла к ней и сказала: „Замечательный гол“, — это было прекрасным комплиментом и дружелюбным поведением».

Ребёнок может вести дневник дружбы для записи произошедших за день или за неделю ситуаций, в которых он проявил дружеские способности. Дневник может принять форму «книги достижений» или послужить средством записи дружеских «баллов» за каждое отдельное проявление дружелюбия. В дневник можно записать, что было сделано или сказано, и почему это было примером дружелюбия. Памятные проявления дружелюбия могут получать публичное признание и соответствующую награду.

Социальные Истории™

Другой метод обучения релевантным социальным сигналам, мыслям, чувствам и поведенческим сценариям — писать Социальные Истории™ (англ. Social Stories™), изначально разработанные Кэрол Грей в 1991 г., не на основе академического использования теоретических моделей социального интеллекта, а исходя из непосредственной и совместной работы Кэрол с детьми с аутизмом и синдромом Аспергера (Gray, 1998). Подготовка Социальной Истории™ также позволяет другим людям (взрослым или сверстникам) понять точку зрения ребёнка с синдромом Аспергера и то, почему его социальное поведение может выглядеть смущённым, тревожным, агрессивным или непослушным. Кэрол Грей (Gray, 2003) недавно переработала критерии и руководство по написанию Социальной Истории™, и ниже дано краткое содержание этого руководства.

Социальная История™ описывает ситуацию, навык или концепцию в терминах релевантных социальных сигналов, точек зрения и общепринятых реакций в специально определённом стиле и формате. Идея состоит в том, чтобы поделиться точной социальной и эмоциональной информацией в обнадёживающей и информативной манере, которая была бы легко понята ребёнком (или взрослым) с синдромом Аспергера. Первая Социальная История™ и по меньшей мере 50 процентов последующих Социальных Историй™ должны описывать, поддерживать и закреплять существующие знания и умения, а также то, что хорошо получается у ребёнка. Это нужно для того, чтобы избежать ассоциирования Социальной истории™ лишь с неведением или неудачами. Написание Социальных Историй™ также

может быть средством фиксации успехов в использовании новых знаний и стратегий. Важно, чтобы Социальные Истории™ рассматривались как средство записи социальных знаний и социальных успехов.

Один из ключевых аспектов в написании Социальной Истории™ — это совместно с ребёнком с синдромом Аспергера определить, как конкретная ситуация им воспринимается, избегая предположений о том, что взрослому известны все факты о ребёнке, а также все его мысли, чувства, эмоции и намерения. Структура истории включает *введение*, которое чётко определяет тему, *основную часть*, которая добавляет детали и знания, а также *заключение*, которое подытоживает и закрепляет информацию и все новые тезисы.

Для детей младшего возраста история пишется от первого лица с использованием личного местоимения «я», а если ребёнок называет сам себя по имени — то с использованием имени ребёнка. Она должна обеспечивать ребёнка информацией, которую он может соотнести со своим личным опытом и усвоить (Gray, 2002a). Для подростков и взрослых Социальная История™ может быть написана от третьего лица с местоимениями «он» или «она» в стиле, напоминающем статью из предназначенного для соответствующего возраста журнала. Термин Социальная История™ в этом случае может быть заменён на Социальную Статью (англ. Social Article). Например, одно из ожиданий при дружбе и навыках командной работы при трудоустройстве для молодых людей — это способность делать и получать комплименты. Кэрол Грей написала 16-страничную статью в журнальном стиле с похожими на комикс иллюстрациями для объяснения взрослым с синдромом Аспергера того, почему комплименты ожидаются при дружбе, при отношениях с партнёром, а также с коллегами или клиентами на работе (Gray, 1999).

Если у человека есть специальный интерес, его можно использовать в тексте. Например, если специальный интерес ребёнка — это крушение «Титаника», то можно использовать сцены из одноимённого фильма или личные воспоминания из исторических книг или документальных фильмов для иллюстрирования и выделения ключевой информации в Социальной Истории™ (Gagnon, 2001).

В Социальных Историях™ используются положительные формулировки и конструктивный подход. Почти всегда говорится о том, что делать, а не о том, чего не делать. Текст должен включать *описательные предложения* (англ. *descriptive sentences*), дающие фактическую информацию или утверждения, а также *перспективные предложения* (англ. *perspective sentences*),

объясняющие восприятие человеком физического и внутреннего мира. Перспективные предложения, являющиеся одной из причин успешности Социальных Историй™, описывают мысли, эмоции, убеждения, мотивации и знания. Они специально включены для развития модели психического. Кэрол Грей рекомендует включать *кооперативные предложения* (англ. *cooperative sentences*), говорящие о том, кто может помочь, а также *директивные предложения* (англ. *directive sentences*), которые предлагают реакцию или выбор из реакций в конкретной ситуации. *Утвердительные предложения* (англ. *affirmative sentences*) объясняют общепризнанные ценности, мнения или правила, а также то, почему были установлены конкретные нормы поведения и почему ожидается следование им. *Контролирующие предложения* (англ. *control sentences*) пишутся ребёнком, чтобы установить персональные стратегии, помогающие вспомнить, что делать. Кэрол Грей разработала формулу Социальной Истории™, согласно которой её текст больше описывает, чем направляет. У Социальной Истории™ также должен быть заголовок или тема, которые отражают основополагающие характеристики данной истории.

Оригинальная работа Кэрол Грей о Социальных Историях™ была изучена во многих научных исследованиях и выяснилось, что они необычайно эффективны для улучшения понимания социальных ситуаций и социального поведения у детей с аутизмом и синдромом Аспергера (Hagiwara and Smith Myles, 1999; Ivey et al., 2004; Lorimer, 2002; Norris and Dattilo, 1999; Rogers and Smith Myles, 2001; Rowe, 1999; Santosi et al., 2004; Scattone et al., 2002; Smith, 2001; Swaggart et al., 1995; Thiemann and Goldstein, 2001).

Социальные Истории™ могут быть крайне эффективным средством обучения релевантным социальным сигналам на всех этапах дружбы, но в особенности на первом этапе. Маленьким детям необходимо руководство для того, чтобы понять мысли и чувства другого человека, а также роль ожидаемых в определённой ситуации поступков. Примером может служить следующая часть неопубликованной Социальной Истории™ по приободряющим жестам:

Иногда дети обнимают меня. Они делают это из дружелюбия. Вчера я сделала три орфографические ошибки в контрольной работе в классе. Когда моя подруга Эми увидела мою работу и три ошибки, она подумала, что мне может быть грустно, и мне было грустно. Эми приобняла меня рукой и сказала: «Всё в порядке, Джуанита». Эми — моя подруга. Она обняла меня, чтобы я почувствовала себя лучше.

Некоторые люди от объятий чувствуют себя лучше. От объятий Эми может почувствовать себя лучше. Когда Эми обнимает меня, то это потому, что она знает, что мне грустно, и хочет меня приободрить. Я могу сказать: «Спасибо», — после того, как она меня обняла.

В описанной выше ситуации может понадобиться объяснить причину поведения Эми, а именно почему она обнимает Джуаниту рукой, ребёнку с синдромом Аспергера. У таких детей имеются трудности с пониманием мыслей, чувств и намерений окружающих, из-за чего поведение других людей может восприниматься как нелогичное и сбивающее с толку. Приободряющий жест может привести в порядок чувства, но не исправить ошибки. Только тогда, когда Джуанита поймёт, что этот поступок был приободряющим жестом с целью эмоциональной поддержки, поведение Эми покажется логичным и не станет причиной замешательства и отторжения.

После того, как Социальная История™ написана, другим людям из повседневного окружения ребёнка надо знать, как они могут помочь ему успешно реализовать новые знания и стратегии. Ребёнок может создать папку с Социальными Историями™, чтобы пользоваться ими как справочником дома и в школе, а также держать копии некоторых историй в кармане или бумажнике, чтобы перечитать их и освежить в памяти непосредственно перед тем или в то время, когда Социальная История™ актуальна.

Другие темы для Социальных Историй™ на первом этапе дружбы включают навыки входа и выхода (т. е. как присоединиться к какой-либо деятельности и как выходить из неё), когда и как оказывать помощь, а также важность принятия игр, предлагаемых другими детьми, и участия в них. Умение успешно присоединиться к группе детей — это особенно трудный навык для детей с синдромом Аспергера. Общий совет для обычных детей — это наблюдать, слушать, подходить ближе и затем уже вливаться (Rubin and Thompson, 2002). Каждый этап процесса присоединения может потребовать своей Социальной Истории™. Например, ребёнку может понадобиться помощь в распознавании и понимании приглашающих сигналов для того, чтобы присоединиться к группе: так, приветственный взгляд или жест, естественная пауза в разговоре или смена деятельности — это соответствующие «зелёному свету» сигналы.

Задание «Социальные сигналы» (англ. Social Signals)

Используя сравнение с водителем автомобиля, я объясняю, что может случиться, если не замечать или не знать социальных сигналов. Мы придумали дорожные знаки и правила дорожного движения для предотвращения травм и ущерба. Я прошу учителя или родителя представить себе водителя, который не видит или не понимает дорожных знаков и проезжает на красный свет, превышает скорость или едет слишком близко к другой машине: всё это может привести к аварии.

У ребёнка с синдромом Аспергера есть трудности с распознаванием социальных сигналов и реакцией на них, т. е. с тем, что может предотвратить социальные «аварии». Когда учитель издаёт громкий звук «кхм-кхм», словно прочищая горло, обычный ребёнок поймёт, что это может быть предупреждающим знаком, похожим на дорожный знак, говорящий водителю о том, что впереди светофор. И ребёнку нужно посмотреть на лицо учителя, словно на светофор: если учитель улыбается, т. е. выражения лица служит «зелёным светом», это означает, что можно продолжать дальше свою деятельность. Если учитель хмурит брови, но пристально смотрит на кого-то другого, это лицо — «жёлтый свет», говорящий о необходимости осторожности и о том, что, возможно, придётся остановиться. Если же учитель смотрит прямо на вас и сердито, т. е. показывает лицом «красный свет», то это чёткий сигнал прекратить то, что вы делаете, или что дальше будут последствия. Однако ребёнок с синдромом Аспергера может понять «кхм-кхм» просто как признак того, что у учителя пересохло в горле, и ему нужен леденец от кашля или вода.

Ребёнок с синдромом Аспергера может не понять знаки «соблюдай дистанцию» и вторгнуться в чьё-то личное пространство. Или знак «дорога закрыта», говорящий о том, что «этот путь ведёт в никуда». Или знак «дорожные работы», который говорит «не беспокоить». Не проявляя ожидаемой реакции на эти социальные знаки, ребёнок с синдромом Аспергера не пытается умышленно «лихачить» или провоцировать, но тем самым проявляет свой недостаток понимания, и поэтому склонен к повреждающим чувства социальным «авариям».

Задание «Социальные сигналы» использует Социальные Истории™ для объяснения причины появления конкретного «правила дорожного движения», предоставления ясных примеров сигналов и отработки ответов на них. Аналогия между выражениями лица и сигналами светофора может быть раскрыта с помощью большого изображения светофора и нескольких

изображений с выражениями лиц. Ребёнок с синдромом Аспергера сортирует картинки и решает, какой сигнал светофора соответствует каждому выражению лица. Соответствует ли это лицо зелёному, жёлтому или красному свету? Это задание включает объяснение, какие уместные комментарии или вопросы может использовать ребёнок, если он видит конкретное «жёлтое» или «красное» выражение лица: например, «извините меня», «ты на меня сердись?» или «что я должен делать?». А если при попытке понять значение социального сигнала возникает замешательство — то вопросы и комментарии для предотвращения дальнейших социальных «аварий», например: «Я сделал что-то не так?» — или: «Я в замешательстве».

Второй этап дружбы — от 6 до 9 лет

На этом этапе развития дружбы обычные дети начинают понимать, что им нужен товарищ для конкретных игр, и что их друзьям также должны нравиться эти игры. Дети принимают и учитывают влияние, предпочтения и цели своих друзей в играх. Обычные дети начинают лучше осознавать мысли и чувства своих сверстников и то, что их действия и высказывания могут ранить, физически и эмоционально. Ребёнок готов подавить некоторые действия и мысли и «придержать что-то при себе» или сказать «ложь во спасение» для того, чтобы не ранить чьи-то чувства. На этом этапе дружбы ожидается больше взаимности и взаимопомощи.

Дружба может развиваться потому, что у обоих детей есть общие интересы. При этом учитываются скорее черты характера друга, чем вещи друга (с ним весело проводить время, мы смеёмся вместе). Идея взаимности (она приходит на мою вечеринку, а я иду на её), готовность искренне поделиться ресурсами, а также честность в играх становятся всё более важными. При урегулировании конфликта ребёнок считает, что обидчик должен «забрать обратно» свой поступок, и удовлетворительным разрешением конфликта будет причинение эквивалентного дискомфорта, или «око за око». Идея ответственности и справедливости основывается на том, кто начал конфликт, а не на том, что было сделано дальше или как он закончился. В возрасте около восьми лет у ребёнка может появиться представление о лучшем друге не только как о том, с кем в первую очередь хочется совместно играть, но также как о том, кто помогает с чем-то на практике (он знает, как починить компьютер) или в плане эмоциональной поддержки (она приободряет меня, когда мне грустно). Однако на этом этапе не у каждого ребёнка есть «лучший друг».

Программы для второго этапа

Задания, основанные на ролевых играх

На втором этапе дружбы у детей появляются больше кооперации при игре со сверстниками и используются более конструктивные способы разрешения конфликтов. Важно, что с помощью Социальных Историй™ и ролевых игр ребёнок с синдромом Аспергера изучает теорию и познаёт на практике различные аспекты совместной игры. Это тренирует такие аспекты совместной игры, как умение делать и принимать комплименты, принятие предложений, работа над движением к общей цели, осознание личного физического пространства, близость и прикосновения, принятие и выдача критики, а также распознавание признаков скуки, смущения и фрустрации, и того, когда и как можно перебивать других. Такие ролевые игры и моделирование аспектов социального взаимодействия вроде комплиментов можно записать на видео для дальнейшего обеспечения практики и конструктивной обратной связи (Apple et al., 2005).

При возникновении конфликтов или разногласий следует побудить ребёнка с синдромом Аспергера искать помощи взрослому как арбитра, а не вести себя как человек, определяющий виновных и разбирающийся с последствиями. Социальные Истории™ и основанные на ролевых играх задания могут концентрироваться на таких аспектах, как преимущества переговоров и компромиссов, честности, а также важности извинений. Сложности с контролем могут представлять проблему. Если ребёнок склонен к властности или доминированию, или использованию угроз и агрессии для достижения своих целей, то можно объяснить ему другие подходы и поощрять их использование. Вы с большей вероятностью получите желаемое, если будете любезны с другим человеком.

Ассистент учителя в классе и на игровой площадке

Для содействия успешной социальной инклюзии в классе и на игровой площадке ребёнку может понадобиться помощь вспомогательного школьного персонала. Ассистент учителя может наблюдать за социальным поведением ребёнка, особенно за поведением, указывающим на соответствующие возрасту навыки, необходимые для дружбы, и давать немедленную положительную обратную связь и руководство. У ассистента учителя есть ряд функций:

- помощь ребёнку в выявлении соответствующих социальных сигналов и реакций;
- обеспечение индивидуального обучения с использованием специальных заданий или игр, ролевой игры, репетиций и написания Социальных Историй™ вместе с ребёнком;
- побуждение других детей принимать ребёнка с синдромом Аспергера в свои игры;
- советы по разрешению потенциальных конфликтов между ребёнком с синдромом Аспергера и его сверстниками;
- предоставление ребёнку положительной обратной связи.

Количество часов за школьный день, в течение которых ребёнок с синдромом Аспергера нуждается в ассистенте учителя, будет меняться в зависимости от способностей ребёнка, социального контекста и способностей группы сверстников.

Игры с куклами, фигурками и чтение художественной литературы

Я заметил, что девочки с синдромом Аспергера на втором этапе дружбы могут использовать компенсаторные механизмы, отличающиеся от таковых у мальчиков. Девочки с синдромом Аспергера чаще с интересом наблюдают за групповыми играми других девочек и подражают их игре дома, используя куклы и воображаемых друзей, или же вырабатывают маску девочки с развитыми социальными способностями. Эта деятельность может быть ценной возможностью проанализировать навыки для дружбы и отрепетировать их.

У девочек с синдромом Аспергера может развиваться специальный интерес к чтению художественной литературы. Это также даёт возможность посмотреть изнутри на мысли, эмоции и социальные отношения. Мальчика с синдрома Аспергера можно подтолкнуть к играм с фигурками, обычно маскулинных супергероев и героев боевиков, но с разыгрыванием сцен из повседневной жизни, а не из фильмов; а также к чтению художественной

литературы, возможно, основанной на специальном интересе. Например, если ребёнок проявляет интерес к поездам, это может быть книга вроде «Дети железной дороги»².

Общие интересы

На этом этапе развития дружбы один из наиболее распространённых ответов обычных детей на вопрос: «Кто такой хороший друг?» — это: «Нам нравятся одни и те же вещи». Общие интересы — основа дружбы. Я знаю ребёнка с синдромом Аспергера, у которого есть замечательный интерес к насекомым, особенно к муравьям, и обширные знания о них. Сверстники терпимо относились к его энтузиазму и монологам о муравьях, но не рассматривали его в качестве возможного друга, поскольку у них не было такого энтузиазма в связи с этой темой. Он обучался связанным с дружбой навыкам — ведению взаимного разговора, умению дожидаться окончания речи другого человека, способам делать комплименты и получать их, а также проявлять сопереживание. Когда он использовал эти социальные навыки при общении со сверстниками в классе, это достигалось интеллектуальными усилиями и через инструктаж и воспринималось сверстниками как нечто натянутое и искусственное. У него было мало настоящих друзей.

Случайно оказалось, что другой ребёнок с синдромом Аспергера жил неподалёку, и у него тоже был интерес к муравьям. Родители устроили встречу этих двух юных энтомологов; когда они встретились, то взаимопонимание между новыми друзьями было поразительным. Оба мальчика стали регулярно ходить вместе на муравьиные сафари, делиться друг с другом знаниями и материалами о насекомых, организовывать совместные исследования муравьёв и регулярно общаться друг с другом, ведя длинные и по-настоящему взаимные разговоры о своих последних открытиях, связанных с муравьями. При наблюдении за их взаимодействием было очевидно, что в их разговорах был естественный баланс, причём оба ребёнка могли терпеливо ждать, внимательно слушать, проявлять эмпатию и делать комплименты на том уровне, которого они не проявляли при общении с обычными сверстниками.

Родителям и учителям стоит задуматься о том, чтобы «свести» потенциальных друзей на основе специального интереса. На местных родительских группах поддержки для семей, воспитывающих детей с синдромом Ас-

²Примечание переводчика: «Дети железной дороги» (The Railway Children, 1905) — роман английской писательницы Эдит Несбит.

пергера, можно получить имена и адреса семей наряду со специальными интересами детей для того, чтобы организовать потенциально успешную дружбу. Однако я заметил, что когда совместный интерес заканчивается у одного из друзей, то и дружба может закончиться.

Можно также задействовать интерес, чтобы помочь дружбе с обычными сверстниками. У сестры моей жены синдром Аспергера и выдающиеся художественные способности. Она писала, что в школе

Очень хотела с кем-нибудь подружиться. После того, как кто-то похвалил мой рисунок, я начала раздавать людям рисунки и раздавала до тех пор, пока кто-то не обвинил меня в хвастовстве — упрёк, который я никогда не забуду. Я всего лишь пыталась завоевать дружбу (личная коммуникация).

Если у ребёнка с синдромом Аспергера есть специфический талант вроде умения рисовать, то учитель может организовать ему деловое сотрудничество с другим ребёнком со взаимодополняющими способностями. Например, художник может стать иллюстратором для ребёнка, у которого есть талант к написанию рассказов. Это покажет ценность сотрудничества и командной работы.

Чувство юмора

Ещё одним ответом на вопрос: «Кто такой хороший друг?» — может быть: «Кто-то с чувством юмора». Дети с синдромом Аспергера склонны буквально понимать сказанное другим человеком и могут не понять, что он шутит. Однако при этом может быть замечательное, хотя иногда своеобразное чувство юмора (Darlington, 2001). Маленький ребёнок может смеяться над способом произнесения слова и повторять это слово самому себе в качестве очень личной шутки, но причина смеха не объясняется и не разделяется с другими. В дальнейшем такой юмор может развиваться до придумывания остроумных каламбуров, словесных ассоциаций и игры слов (Werth et al., 2001). Следующим этапом развития юмора может быть буффонада, которую показывают в комедийных передачах вроде «Мистера Бина», а в дальнейшем, причём в более раннем возрасте, чем можно было бы ожидать, — интерес к сюрреалистическому юмору в стиле комедии «Монти Пайтон» (Monty Python).

У сверстников в возрасте от шести до девяти лет часто начинает вызывать смех юмор, связанный с неприличными словами и действиями. Другие дети будут осознавать природу такой шутки, уместный для неё контекст, и знать, кто оценит её по достоинству. Ребёнок с синдромом Аспергера для достижения популярности может повторять грубую шутку в тех обстоятельствах, в которых другие дети поняли бы, что это не будет смешным. Шутку, над которой ухохатываются дети на игровой площадке, не обязательно стоит рассказывать своей бабушке за воскресным обедом. Ребёнку может понадобиться Социальная История™ для понимания того, почему некоторые шутки смешны для некоторых людей, а для других — нет.

Ганс Аспергер писал, что детям с синдромом Аспергера недостаёт чувства юмора, но это не согласуется с моим опытом общения с несколькими тысячами детей с синдромом Аспергера. У многих из них есть уникальный альтернативный взгляд на жизнь, который может стать основой для проциательных и определённо юмористичных комментариев. Я согласен с Клэр Сейнсбури, когда она пишет: «Нам недостаёт не чувства юмора, но, скорее, социальных навыков для понимания того, когда другие шутят, и для обозначения того, что мы сами шутим, или же для того, чтобы оценить по достоинству шутки, основанные на социальных условностях» (Sainsbury, 2000, с. 80).

Некоторые подростки с синдромом Аспергера могут быть удивительно творческими в придумывании оригинального юмора и шуток, но их тематика часто связана с их специальным интересом, и они могут быть не направлены на то, чтобы посмеяться вместе с другими людьми (Lyons and Fitzgerald, 2004; Werth et al., 2001). Я знаю многих подростков с синдромом Аспергера, в изобилии придумывающих шутки, хотя иногда я не уверен, когда именно мне нужно смеяться. Однако смех человека с синдромом Аспергера над своей же специфической шуткой очень заразителен.

Концентрические окружности

Ребёнку с синдромом Аспергера, возможно, понадобится руководство по пониманию различных социальных иерархий и социальных условностей, связанных с юмором, выбором тем для разговоров, прикосновениями и личным физическим пространством, поздравлениями и жестами любви и привязанности. Я использую задание, в котором рисуется ряд концентрических окружностей на очень большом листе бумаги. Во внутреннем круге записывается имя ребёнка, а также имена ближайших родственников.

В следующем круге записываются имена людей, которых ребёнок хорошо знает, но не являющихся ближайшими родственниками: например, учитель, тётки и дяди, соседи и друзья ребёнка. Следующий круг, более близкий к периметру, может включать имена друзей и знакомых семьи, дальних родственников и детей, которых ребёнок знает, но которые не являются друзьями. Следующий круг может включать людей, с которыми видятся лишь изредка, например, врач или почтальон. Внешний круг может включать людей, которые либо изначально незнакомы, либо которых редко видят, например, дальних родственников.

Как только круги и находящиеся в этих кругах люди согласованы, можно переходить к обсуждению социального поведения, например, различных типов приветствия. Взрослый, помогающий выполнять задание, может работать вместе с ребёнком, находя и вырезая картинки с разными видами приветствий из журналов. Обсуждение строится вокруг того, в какой круг поместить каждое из приветствий. Рукопожатие может быть подходящим приветствием для доктора, но не является ожидаемым приветствием для бабушки. Ребёнку могут по-настоящему нравиться и даже вызывать восхищение его учителя, но объятия и поцелуи каждое утро не будут уместным приветствием учителя со стороны семилетнего ребёнка. Можно предложить альтернативное тёплое приветствие, но в словесной форме. Для детей постарше задание с концентрическими кругами может стать более увлекательным, если рассмотреть приветствия людей из разных культур. В Северной Европе подруги могут поприветствовать друг друга просто улыбкой, а во Франции ожидается поцелуй в каждую щёку. В новозеландской культуре Маори показать высунутый язык уважаемому гостю — это традиционная форма приветствия. Однако родитель должен объяснить, что если семья не живёт в Новой Зеландии, то высовывание языка обычно не является приемлемой формой приветствия.

Задание с концентрическими окружностями также может быть использовано в программах по развитию дружбы, чтобы проиллюстрировать многие из правил и различных аспектов дружбы. Например, это очень доступный способ объяснить, как кто-то может «пересечь границы» и переместиться из знакомых в близкие друзья. Существенное преимущество задания с концентрическими кругами состоит в том, что оно позволяет ребёнку визуализировать сложные социальные условности и узнать, что говорить и делать при общении с кем-то из одного из уже обозначенных кругов.

Что не следует говорить

Дети с синдромом Аспергера обычно честны до неприличия и говорят то, что думают. Они верны правде, а не чувствам людей. И им может быть нужно научиться не говорить правду всё время. Хотя честность является добродетелью, сверстники на этой стадии начинают прибегать ко «лжи во благо», чтобы не ранить чувства друзей или выразить солидарность и преданность дружбе, не говоря взрослому о плохом поведении товарища. Такое поведение может казаться аморальным и нелогичным ребёнку с синдромом Аспергера, который стремится сообщить учителю, «кто это сделал», — и сказать, что друг совершил глупую ошибку. Это явно не лучший способ найти друзей и сохранить их. Ребёнку с синдромом Аспергера может быть полезна Социальная История™, которая поможет понять, почему иногда уместно сказать что-то не являющееся правдивым и когда следует промолчать.

Антрополог в классе

Людей с синдромом Аспергера иногда характеризуют и как пришедших из другой культуры и обладающих другим способом восприятия мира и его осмысления. Некоторые взрослые с синдромом Аспергера предлагали заменить термин «синдром Аспергера» на «синдром пришельца с другой планеты». Клэр Сейнсбури, выпускница Оксфордского университета, у которой имеется синдром Аспергера, написала книгу под названием «Марсианка на игровой площадке» (*Martian in the Playground*) (Sainsbury, 2000), призванную помочь родителям и учителям понять синдром Аспергера. Восприятие людей с синдромом Аспергера как представителей другой культуры или пришельцев с другой планеты может изменить отношение к ним взрослых и сверстников, а также поможет точнее выбрать стратегии вмешательства.

Ребёнок с синдромом Аспергера пытается понять наши социальные обычаи во многом тем же способом, каким антрополог, открывший новое племя, будет пытаться изучать людей и обычаи этого племени. Ему потребуется кто-то из его представителей для объяснения их культуры, обычаев и языка. Учитель или прикрепленный к ребёнку с синдромом Аспергера ассистент учителя могут взять на себя роль гида по этой новой культуре или цивилизации. Процесс состоит в открытии отдельных обычаев и объяснении их причин. Гостю в новой культуре потребуется путеводитель, и написание Социальных Историй™ — это сотрудничество между гидом (учителем) и

антропологом (ребёнком). Подросткам и взрослым с синдромом Аспергера определённо будет полезно написание или чтение подобного путеводителя для понимания обычных (или, используя придуманный взрослыми людьми с синдромом Аспергера термин, «нейротипичных») людей и совместной жизни с ними.

Представитель культуры, или личный гид, может сидеть рядом с антропологом в углу класса или игровой площадки, и они вместе будут наблюдать, комментировать и делать заметки о социальном взаимодействии детей, при этом гид даёт комментарии-объяснения. Другая деятельность — это игра «Укажи на дружественный поступок», в которой участники по очереди выявляют дружелюбные действия. Гид комментирует, почему конкретное поведение считается дружелюбным или недружелюбным. Игра с наблюдением за людьми вместе с гидом может дать информацию о дружбе без возникновения у ребёнка с синдромом Аспергера чувства, что он находится в центре внимания, или в роли человека, который неизбежно делает ошибки.

Социализация после школы

Дети с синдромом Аспергера испытывают удвоенную нагрузку в школе по сравнению со своими сверстниками, поскольку им приходится осваивать как учебную программу, так и программу по социализации. В отличие от других детей, они используют когнитивные способности вместо интуиции для социализации и поиска друзей. Как объяснял Стивен: «Быть другом — это то, что занимает все мои мозговые ресурсы». В конце школьного дня ребёнок обычно получает уже достаточный объём социальной информации и отчаянно нуждается в расслаблении в одиночестве. И поскольку речь идёт о ребёнке с синдромом Аспергера, то дружеские отношения заканчиваются за порогом школы. Поэтому ребёнок может противодействовать предложениям родителей связаться со школьными друзьями или поиграть с соседскими детьми. У него уже было достаточно социализации в школе, и родители должны принять то, что у ребёнка нет сил или мотивации для дальнейшего общения. Если родители устраивают социальные мероприятия, важно, чтобы они были короткими, структурированными, контролируемые, успешными и добровольными.

Группы по развитию социальных навыков

В научной литературе сообщается об определённых успехах в работе групп по развитию социальных навыков у детей, подростков и молодых взрослых с синдромом Аспергера (Andron and Weber, 1998; Barnhill et al., 2002; Barry et al., 2003; Bauminger, 2002; Broderick et al., 2002; Howlin and Yates, 1999; Marriage et al., 1995; Mesibov, 1984; Ozonoff and Miller, 1995; Soloman et al., 2004; Williams, 1989). Участники группы получают информацию о том, почему определённые навыки являются важными, и тренируют применение этих навыков с помощью имитации готовых моделей, ролевых игр, просмотров видеозаписей и конструктивной обратной связи как от ведущего группы, так и от других участников. Эти программы концентрировались на разговорных навыках, считывании и интерпретации языка тела, понимании точек зрения других людей, а также навыках дружбы. Разновидность такого подхода, фокусирующаяся на развитии эмоционального интеллекта, была воплощена в жизнь Линдой Эндрон и Элизабет Вебер (Andron and Weber, 1998). Они организовали группы по развитию социальных навыков с привлечением членов семьи, особенно братьев и сестёр, в качестве участников. Их программа делает акцент на развитии уместных эмоций и способов их выражения в социальных ситуациях.

В настоящее время крайне сложно определить, эффективны ли группы по развитию социальных навыков в качестве средства улучшения навыков социальной интеграции у детей с синдромом Аспергера. Их итоги были поданы преимущественно в качественном измерении, и мы не знаем, могут ли эти методики изменить конкретные навыки в естественных условиях. Тем не менее, опыт показал, что родители, учителя и участники считают эти группы ценными. В особенности участники оценили возможность встретить много людей, похожих на них самих и переживающих тот же жизненный опыт и то же замешательство. Это может стать основой для дальнейшей дружбы и организации групп самопомощи.

Программы для сверстников

Другим детям в классе ребёнка с синдромом Аспергера потребуются объяснения и руководство для понимания их одноклассника и помощи ему в развитии умения дружить. Тогда дети будут знать, что ребёнок с синдромом Аспергера играет или взаимодействует с ними не так, как другие дети. Без руководства и поддержки учителя ребёнка с синдромом Аспергера могут от-

вергать и осмеивать, а не принимать и включать в свою деятельность. Так же, как у нас есть программы, помогающие детям с синдромом Аспергера интегрироваться в среду сверстников, другим детям нужны свои собственные программы. Им понадобятся знания о том, как реагировать на поведение, которое выглядит недружелюбным, и о том, как поощрять способности, содействующие установлению дружбы. Успешное взаимодействие требует конструктивного вклада обеих сторон, а учителю необходимо быть хорошей ролевой моделью того, что нужно делать, и он должен хвалить других детей, которые подстраиваются, хорошо принимают и поддерживают ребёнка с синдромом Аспергера. Группе сверстников может потребоваться свой собственный эквивалент Социальной Истории™ для улучшения взаимопонимания и поощрения других детей к тому, чтобы они оказали поддержку ребёнку с синдромом Аспергера, когда учитель отсутствует или недоступен.

Третий этап дружбы — от 9 до 13 лет

На третьем этапе развития дружбы при выборе друзей и товарищей наблюдается чёткое разделение по полу, и другом считается не просто тот, кто помогает, но тот, кто был тщательно выбран из-за своих уникальных личностных особенностей. Друг — это тот, кто искренне заботится о поддержании взаимодополняющих отношений, идей и ценностей. Наблюдается рост потребности в товарищеских отношениях, а также большие избирательность и продолжительность дружеских союзов. Проявляется сильное желание симпатии со стороны сверстников и взаимного обмена мыслями и опытом, а не игрушками.

По мере растущего самораскрытия приходит понимание важности доверия и надёжности, а также склонность просить совета не только в практических задачах, но и в случае межличностных проблем. Друзья поддерживают друг друга эмоционально. Если ребёнок грустит, то близкие друзья приободряют его, а если в гневе — то успокоят его, чтобы он не попал в беду.

Группа друзей и сверстников приобретает всё большую важность для укрепления или разрушения самооценки и определения того, какое социальное поведение является уместным. Принятие сверстниками и их ценности могут быть важнее мнения родителей. Власть группы сверстников может стать сильнее власти взрослых.

Если случаются конфликты, то теперь друзья будут использовать более эффективные механизмы их разрешения. Споры могут быть менее «жаркими», с меньшей конфронтацией и большей частотой выхода из них, с более

частым принятием ошибок и пониманием, что дело не только в том, кто выиграл или проиграл. Удовлетворительное разрешение межличностных конфликтов между друзьями на самом деле укрепляет их отношения. Друга прощают и на конфликт смотрят с более широкой точки зрения. Эти оттачивающиеся в дружбе качества и навыки являются основой межличностного взаимодействия во взрослых отношениях.

Программа для третьего этапа

Дружба между людьми одного пола

На третьем этапе дружбы обычно имеют место явные гендерные предпочтения в выборе друзей и союзников. Занятия и интересы играющих в командные игры или занимающихся сезонным спортом мальчиков могут быть малоинтересными для мальчиков с синдромом Аспергера. Также по сравнению со сверстниками мужского пола у них меньше способностей к пониманию командных игр, а их неуклюжесть нередко сказывается на играх с мячом, ловкости и координации движений. Уилл Хэдкрофт так объяснял это в своей автобиографии:

Я пугался других мальчиков, и они очень хорошо это чувствовали. Играть в защите было кошмаром, и я позволял провести мяч, не особо пытаясь его отобрать, что приводило в ярость игроков моей команды (Hadcroft, 2005, с. 62).

Мальчик с синдромом Аспергера знает, что его обычно в последнюю очередь выбирают в качестве командного игрока, и это может привести к активному избеганию и отчуждению со стороны потенциальных друзей мужского пола.

Когда мальчик с синдромом Аспергера находится в одиночестве на игровой площадке, то к нему обычно может подойти кто-то из двух следующих групп. Во-первых, хулиганы мужского пола, ищущие кого-то социально изолированного, уязвимого и легковерного для насмешек и издевательств (см. Главу 4), а во-вторых, девочки, которые испытывают жалость к этому мальчику из-за его очевидного одиночества и готовы принять и поддержать его в своих занятиях и играх. В то время как мальчики этого возраста обычно избегают девочек, прибегая к унижительным и сексистским репликам, он может быть принят в игры девочек, причём радушно. Если мальчик с синдромом Аспергера не знает, что делать при общении с девочками, его по-

други проявят скорее поддержку, чем критицизм: «Он мальчик, поэтому он не поймёт, и поэтому я помогу ему». При этом может развиваться подлинная «разнополая» дружба.

Наличие друзей противоположного пола на этом этапе дружбы может иметь для мальчиков с синдромом Аспергера последствия в двух направлениях: дальнейшее отчуждение от мальчиков, считающих, что он «братается с врагом», и усвоение женской культуры через подражание, что приводит к формированию характерных для женщин языка тела, особенностей голоса и интересов. Ребёнок может наслаждаться и получать пользу от дружбы с девочками, но другие мальчики, вероятно, начнут дразнить его из-за того, что он похож скорее на девочку, зачастую используя как оскорбление слово «голубой». Мальчик может почувствовать, что все люди, принимающие и понимающие его, — женского пола: его мать, возможно, его сёстры и подруги, и это может способствовать усугублению проблем с гендерной идентичностью.

Я заметил, что некоторые девочки с синдромом Аспергера на этом этапе развития дружбы могут отвергать компанию друзей одного с ними пола. Они часто критично относятся к своим сверстницам из-за того, что те получают удовольствие от связанных с душевной теплотой и чувствами игр, а также из-за обсуждения ими того, кто им нравится, а кто нет, причём по причинам, выглядящим нелогичными или несправедливыми. Деление на своих и чужих, а также стремительно меняющиеся состав группировки подруг сбивают с толку. Аналогично обстоит дело с давлением сверстниц, зачастую основывающееся на том, что считается «крутым» в одежде и аксессуарах. Девочка с синдромом Аспергера может испытывать значительные трудности с пониманием этих новых аспектов дружбы и склонна к постановке на первое место логики, правды и комфорта, а не давления сверстниц. Выбор одежды обычно основывается на удобстве, а не на популярности или модности, и очень часто останавливается на мужской одежде как наиболее удобной и практичной. Волосы могут быть как очень длинными, чтобы создать занавес или стену, за которой девочка может «спрятаться», либо очень короткими для удобства и из-за отсутствия желания выглядеть «женственной».

В то время, как занятия других девочек могут сбивать с толку и выглядеть для девочки с синдромом Аспергера нелогичными, занятия мальчиков могут быть интересными и основываться на физической деятельности, а не на эмоциях. Она может проявить интерес к ним и быть «принята» или «завербована» в группу мальчиков. Вскоре её начинают считать «пацанкой»,

и друзья мужского пола оказываются более терпимыми к «перебежавшей на их сторону». И опять же, если она не знает, что делать в социальной ситуации, то скорее получит поддержку, а не насмешки: «Она девочка, и поэтому не поймёт. Но это нормально, мы не паримся».

Ребёнку с синдромом Аспергера нужен баланс между друзьями того же и противоположного пола, и может потребоваться некоторая доля социальной инженерии для их принятия группами обоих полов. Учителям необходимо отслеживать включение и исключение из групп, а также активно поощрять детей одного пола с ребёнком с синдромом Аспергера допускать и поддерживать его принятие и интеграцию.

Наставник или приятель

Во время третьей стадии дружбы особенно высока потребность в товариществе, а не в функциональной игре, и дети с синдромом Аспергера могут почувствовать одиночество и грусть, если их попытки подружиться оказываются неуспешными (Bauminger and Kasari, 2000; Carrington and Graham, 2001). Им потребуются связанные с дружбой программы и инструктаж, но теперь это может быть достигнуто при помощи обсуждения с оказывающими поддержку сверстниками и со взрослыми. Некоторых обычных детей, проявляющих природное взаимопонимание с ребёнком с синдромом Аспергера, можно заметить и поощрить в том, чтобы они были его «приятелями» или наставниками в классе, на игровой площадке и в социальных ситуациях. Совет приятеля часто принимается как более ценный по сравнению с советами учителей или родителей, особенно если у приятеля развиты социальные навыки и он популярен. Наставник в школе либо брат или сестра могут дать совет и инструкции о том, что является «последним писком моды» с точки зрения сверстников ребёнка в плане одежды и предмета обсуждений. Это поможет ребёнку меньше выделяться и снизит риск стать объектом насмешек из-за отсутствия «крутизны».

С точки зрения сверстников дети с синдромом Аспергера мало что могут предложить в дружбе. Часто они не носят модную одежду, не интересуются популярными телепередачами или рекламируемыми товарами. В свою очередь, дети с синдромом Аспергера воспринимают сверстников как ограниченных в ресурсах связанной с синдромом Аспергера культуры, то есть в знаниях. Пета, девушка с синдромом Аспергера с энциклопедическими знаниями о погоде, считает своих сверстниц скучными, поскольку они хотят

говорить только о журналах и косметике. Она хочет говорить о метеорологии, что воспринимается как нечто столь же скучное её сверстницами.

Альтернативная социальная группа для поиска друзей

Ребёнку с синдромом Аспергера может быть нелегко соотнести себя с новыми социальными группами, формирующимся на этом этапе дружбы. Из-за неуклюжести ребёнка могут избегать группы, ценящие спортивные способности, группы, сосредоточенные на учёбе — из-за отличающегося стиля обучения, а группы тусовщиков — из-за ограниченных социальных навыков. К сожалению, есть одна группа, состоящая из личностей с сомнительной репутацией, которая может принять и включить в свой состав человека с синдромом Аспергера. В этой группе двери всегда открыты, но вход в неё и принятие достигаются участием в неподобающих и антисоциальных деяниях — не самой лучшей жизненной модели для ребёнка с синдромом Аспергера. И учителю, возможно, следует организовать вхождение ребёнка в более социально приемлемую группу, поощряя популярных участников этой группы играть роль его наставников или приятелей.

В то же время, учитель может задуматься об организации альтернативной группы на основе личных качеств детей с синдромом Аспергера. В эту группу войдут коллекционеры, учёные или компьютерные эксперты. В каждой школе можно найти несколько таких детей, у которых есть сходные способности и интересы, но нет других необходимых для диагноза особенностей. Эта новая группа может встречаться на перемене и в обеденное время, чтобы сравнивать предметы взаимного интереса и обмениваться ими (зачастую это товары, основанные на персонажах японских мультфильмов), выполнять предложенные учителем естествознания проекты либо изучать приёмы компьютерного программирования под руководством школьного учителя информатики. Такая дружба может быть сравнительно безопасной с точки зрения критики и основываться на общих интересах.

Родительская группа поддержки может рассмотреть возможность регулярного выпуска информационного бюллетеня для детей и подростков с синдромом Аспергера. Материалы могут быть написаны детьми и включать информацию о специальных интересах, которые разделяют читатели и редколлегия. Могут публиковаться и новости участников группы, примеры их работ, обзоры интересных фильмов и книг, включая книги о синдроме Аспергера, а также карикатуры и комиксы, передовицы, письма в редак-

цию и колонка советов. Один подросток счёл, что успешное окончание им группы по развитию социального интеллекта дало ему необходимую квалификацию для того, чтобы быть наставником для других подростков с синдромом Аспергера и давать советы о дружбе в колонке советов в школьном информационном бюллетене.

Развитие навыков командной работы

В раннем подростковом возрасте дети с синдромом Аспергера могут начать всё больше осознавать свои отличия от других и с негодованием отвергать любые предположения о том, что им может быть сложно найти друзей или нужно согласиться участвовать в специальных программах. Они не хотят, чтобы трудности их социализации были «выдвинуты на первый план» или чтобы их считали социально отстающими. Одна из возможностей обеспечить принятие в предподростковом или подростковом возрасте программы по развитию социальных навыков и навыков для дружбы — это изменить название программы с «Навыки для дружбы» на «Навыки командной работы». Все качества хорошего друга — те же, что нужны хорошему участнику команды. Программы в классе по навыкам командной работы социально приемлемы среди сверстников. Спортивные достижения очень высоко ценятся в этом возрасте, особенно в командном спорте, и наиболее успешные команды включают не обязательно лучших игроков, но наиболее сплочённых. Программы по развитию навыков командной работы также актуальны для успешного трудоустройства. Компании часто требуют от соискателя способности «работать в команде», и наставничество в командной работе может быть принято подростком с синдромом Аспергера как необходимое для реализации своего карьерного выбора. И это, вероятно, приведет к более активному сотрудничеству и более высокой мотивации.

Занятия актёрским мастерством

Другой возможностью помочь подростку, переживающему из-за возможности публичной «славы» непопулярного у друзей и социально наивного, — приспособить для этой цели занятия актёрским мастерством. Сестра по уходу у Ганса Аспергера Викторина Зак разработала первые программы для детей с синдромом Аспергера в Венской университетской детской клинике в 1940-х гг. Она использовала задания по актёрскому мастерству

для обучения детей социальным навыкам (Asperger, 1991)³. При встрече с дочерью Ганса Аспергера Марией, она смогла описать мне программы, разработанные сестрой Зак в детской клинике. К сожалению, она погибла во время авианалёта союзников на Вену и была похоронена вместе с ребёнком, которого она обхватила и пыталась спасти.

Лиан Холлидей Уилли в своей книге «Притворяясь нормальной» (*Pretending to be Normal*) описывает, как ей удалось улучшить свои социальные навыки при помощи наблюдения, имитации и последующего отыгрывания роли (Willey, 1999). Это подходящий и действенный метод, особенно на третьем этапе развития дружбы. Ребёнок с синдромом Аспергера может выучить и отработать такие аспекты подросткового взаимодействия, как подходящие темы для разговоров, искусство быть хорошим слушателем, выражение любви или привязанности по отношению к другому человеку, а также то, где и в каком количестве можно раскрывать свою личную информацию. Задания по актёрскому мастерству могут научить уместному языку тела, выражениям лица и интонациям голоса, а также дать возможность молодым людям с синдромом Аспергера отыграть и отрепетировать реакции на конкретные ситуации: например, когда кто-то дразнит.

Телепередачи

Для объяснения различных аспектов социального поведения и обучения им можно использовать популярные телепередачи. Например, сериал «мистер Бин» может быть особенно полезным для выявления последствий неполного осознания мыслей и чувств другого человека, а также нарушения социальных правил. Характер мистера Бина и его жизненный опыт может быть особенно занимательным и информативным для детей с синдромом Аспергера. Нелогичные аспекты жизни людей и социальных условий можно рассмотреть на примерах таких программ, как «Третья планета от Солнца» (*Third Rock from the Sun*). И такие научно-фантастические сериалы, как «Звёздный путь» (*Star Trek*), показывают нам персонажей (например, мистера Спока и Дейту), чьё восприятие, опыт и мудрость весьма поучительны.

³Примечание переводчика: упоминание об этом не удалось найти ни в русском, ни в английском переводе статьи Аспергера из книги под ред. Уты Фрит. Вероятно, речь идёт о другой статье из этой же книги (Frith, 1991).

Ресурсы

Ближе к концу этой книги я дал список ресурсов и изданий, в которых описываются и исследуются аспекты дружбы в этой возрастной группе (и в других возрастных группах) у обычных детей, и они довольно информативны и увлекательны. Например, «Судья Джуди» Шейндлин (Judge Judy Sheindlin) написала книгу «Не суди книгу по обложке: прикольные правила для школы» (You Can't Judge a Book by Its Cover: Cool Rules for School) (Sheindlin, 2001), включающую связанные с дружбой сценарии, которые требуют от ребёнка вынесения социальных суждений. Например, рядом с рисунком, на котором ребёнок открыл свою коробку с обедом и вопросительно смотрит на товарища, дано описание ситуации и набор вариантов:

Бутерброд с салями, который твоя мать приготовила для тебя, пропал из коробки с обедом. Ты предполагаешь, что один из твоих друзей взял его, потому что от друга пахнет салями.

Тебе следует:

А. Спросить его, видел ли он бутерброд.

Б. Взять его коробку с обедом и поискать там.

В. Украсть его обед.

Г. Сказать ему, что твой бутерброд пахнет салями, но на самом деле он с собачьим кормом (Sheindlin, 2001, с. 51).

Похожий стиль использован в книге Каралин Бьюнер «Я сделал это, простите меня» (I Did It, I'm Sorry) (Buehner, 1998) для объяснения того, что в социальных ситуациях может быть более одного правильного ответа. В отличие от мира науки (особенно математики) у социальной проблемы редко бывает единственное верное решение. Дети с синдромом Аспергера часто ищут определённости, а также простого и верного разрешения проблемы. Однако уместные реакции или решения в социальном мире могут быть основаны на оценке достоинств и последствий конкретного решения для всех участников. Это требует довольно сложных рассуждений и способности выносить суждения о соотношении вероятности и справедливости, а не определённости. Мой клинический опыт говорит о том, что у детей с синдромом Аспергера ограничен диапазон вариантов реагирования на социальные проблемы или их решений. Некоторые варианты могут

быть незрелыми, провокационными или импульсивными, но если призвать ребёнка их тщательно обдумать, то он может выдвинуть или выучить альтернативные, уместные и более эффективные решения.

Я также настоятельно рекомендую обратиться за советом к таким же подросткам с синдромом Аспергера. Люк Джексон, выдающийся и талантливый молодой человек с синдромом Аспергера, написал руководство по самопомощи для таких же подростков с синдромом Аспергера (Jackson, 2002a). Он проанализировал взаимодействия сверстников между собой и даёт пронизательный совет:

Что касается правил, то я уверен, что всем нам, подросткам-«аспергерам», говорилось о правилах подходящего поведения. Слышал ли ты о них?

- Не надо «вторгаться» в личное пространство людей, т. е. подходить к ним слишком близко.
- Не надо пялиться на кого-либо по любой причине (даже на красивых!)
- Не надо высказываться о внешности людей, хорошо или плохо.
- Не надо отпускать грязные, сексистские или расистские шутки, а также делать сальные намёки.
- Не надо обнимать или трогать людей, если они не члены твоей семьи или не согласились быть твоим парнем или девушкой, и вы оба об этом не договорились.

Если ты раньше не слышал об этих правилах, то сейчас самое время! А вот тут есть несколько «но»... просто понаблюдай и послушай группу парней или девушек-подростков. Во-первых, они обычно либо подходят друг к другу совсем близко, либо угрожающе нависают друг над другом. Во-вторых, они отпускают все виды грубостей о размере людских... как бы это помягче сказать?! Они произносят грязные шутки и всякую пошлятину при любой возможности, и они часто трогают людей или кладут руку на них, и при этом они — не члены семьи и не парни или девушки друг другу.

Если это — правила, то когда парни и девушки собираются в подростковые стайки, практикуя свои подростковые ритуалы, кажется, все эти правила идут куда подальше. В каком странном мире мы живём! Но в целом я бы рекомендовал придерживаться этих правил и не обращать внимания на тот факт, что окружающие, по-видимому, их нарушают (Jackson, 2002a, с. 104–105).

Людам с синдромом Аспергера в предпододростковом и подростковом возрасте будут нужны рекомендации по половому созреванию и тому, какое оно окажет воздействие на их тела и мышление, а кроме того, им потребуется информация и советы по изменению природы дружбы и по сексуальности. В настоящее время у нас есть предназначенные специально для подростков с синдромом Аспергера программы и литература, разработанные Изабель Эно и дающие объяснения полового созревания и сексуальности (Hénault, 2005).

Четвёртый этап дружбы — от 13 лет до взрослого возраста

На предыдущих этапах дружбы уже мог сформироваться малый круг близких друзей, но на четвёртом этапе число друзей, а также широта и глубина дружбы нарастают. Различные друзья могут быть для разных потребностей — для утешения, юмора или практических советов. Друг понимается как кто-то, кто «принимает меня таким, какой я есть» или «думает о ряде вещей сходным со мной образом». Друг даёт чувство персональной идентичности и совместим с личностью самого подростка. На этом этапе важно, чтобы человек мог принять самого себя, прежде чем приступит к построению отношений с другими на взрослом уровне: иначе дружба может манипулятивно использоваться как средство разрешения личных проблем. Существуют менее конкретные и более абстрактные определения дружбы, в которых она понимается как взаимозависимость с сохранением автономии. В дружеских отношениях относительно немного собственности и исключительности, и конфликты разрешаются с помощью саморефлексии, компромиссов и переговоров. В подростковом возрасте дружба часто основывается на общих интересах вроде достижений в учёбе, совместного участия в занятиях спортом, отдыхе, а также на страстных увлечениях вроде искоренения бедности в мире. Человек проводит всё больше времени с друзьями, а не с родителями и может быть предан друзьям, а не семье.

Молодые взрослые с синдромом Аспергера могут проявлять глубокое понимание тех трудностей, с которыми они сталкиваются в социальных ситуациях. У Скотта синдром Аспергера, и в своём эссе для колледжа он написал:

Социальные навыки для меня словно иностранный язык. Большинство моих взаимодействий со сверстниками неуклюже и неинтуитивно. Мне приходится догадываться о том, какое поведение уместно,

а какое нет, в отличие от моих друзей, которые полагаются на инстинкт без видимых усилий. Эти трудности с ориентированием в социальных задачах повседневной жизни — главное неудобство от моего неврологического расстройства, высокофункциональной формы аутизма, называемой синдромом Аспергера, которое затрудняет для меня ведение нормальной жизни. Хотя временами я чувствую себя обескураженным, я не верю в то, что синдром Аспергера — это то, чего нужно стыдиться: это просто другой способ воспринимать мир. Большинство людей, с которыми я сталкиваюсь, не знают о синдроме Аспергера и поэтому неправильно понимают моё поведение. Мои усилия по поиску друзей, например, часто отталкивали людей от меня (личная коммуникация).

Программы для четвёртого этапа

Одна из характеристик хорошего друга на четвёртом этапе: друг — это «тот, кто принимает меня таким, какой я есть». Некоторые взрослые с синдромом Аспергера отвечали мне на это, что никто не принимал их такими, какие они есть: «Они всегда хотели, чтобы я был другим — копией их самих». В конце концов человек может встретить друга, который по-настоящему принимает его: друга, который не будет постоянно навязывать изменения, и который будет искренне восхищаться некоторыми чертами синдрома Аспергера.

Однако принятие может прийти из другого источника «дружбы» — от животных.

Животные как друзья

Животные обеспечивают безусловное принятие. Собака всегда счастлива вас видеть, несмотря на все разочарования и усталость за день. Лошадь, кажется, полностью понимает вас, и хочет быть вашим компаньоном. Кошка прыгает на ваши колени и мурлычет в вашем обществе. Я как-то высказал идею о том, что кошки — это аутичные собаки, и поэтому может быть природное сходство и притяжение между кошками и людьми с аутизмом и синдромом Аспергера. Рональд, достигший зрелого возраста взрослый с синдромом Аспергера, писал мне в электронном письме: «Я начинаю чувствовать себя живым и по-настоящему естественным только когда нахожусь в одиночестве или со своими кошками». Таким образом, домашние питомцы, да и животные вообще могут быть эффективными и успешными заменителями друзей-людей, а зверинец — стать заменой семьи. Животные

идентифицируют себя с «не-хищником» (человеком с синдромом Аспергера) и чувствуют себя комфортно в его компании, а сами питомцы могут быть источником его комфорта и утешения. Специальный интерес к животным и природные способности к их пониманию могут стать основой успешной карьеры (Grandin, 1995). И я обнаружил, что дети и взрослые с синдромом Аспергера иногда более способны понять и соотнести с собой точку зрения животных, а не людей.

Интернет-дружья

Интернет стал современным эквивалентом танцплощадки, дающим молодым людям возможность встречаться. Большое преимущество этой формы общения для человека с синдромом Аспергера заключается в том, что он зачастую более красноречив в раскрытии и выражении мыслей и чувств при переписке, а не при разговоре тет-а-тет. Во время публичных мероприятий ожидается, что человек в состоянии слушать и воспринимать речь другого человека, часто на фоне других разговоров, немедленно отвечать и одновременно анализировать невербальные сигналы вроде жестов, мимики и интонации. При использовании компьютера человек может сконцентрироваться на социальном взаимодействии, не перегружаясь столь многочисленными сенсорными стимулами и социальными сигналами.

В любой социальной ситуации человек с синдромом Аспергера уязвим к возможной эксплуатации другими людьми его социальной наивности и страстного желания иметь друга. Человеку с синдромом Аспергера необходимо научиться осторожности и не делиться личной информацией до тех пор, пока он не обсудит интернет-дружбу с кем-то заслуживающим доверия. Однако настоящая и долговременная дружба может развиваться в ходе общения через Интернет на основе совместного опыта, интересов и взаимной поддержки. Интернет предоставляет возможность встретить единомышленников, которые принимают человека вследствие его знаний, а не социальной маски и внешнего вида. Интернет-«дружья» могут делиться опытом, мыслями и знаниями с помощью чатов, веб-страниц и форумов, предназначенных для людей с синдромом Аспергера.

Группы поддержки

Интересное новшество — это формирование групп поддержки для взрослых с синдромом Аспергера с регулярными встречами для обсуждения различных тем, от проблем с работой до личных отношений, а также с социальными мероприятиями для участников вроде экскурсий в музей поездов или походов в кино для просмотра нового научно-фантастического фильма. Между сходно мыслящими личностями с похожими жизненным опытом и обстоятельствами может развиться дружба. Существует множество разных способов начать встречи группы поддержки. Например, группа может изначально быть сформирована родителями молодых взрослых с синдромом Аспергера; или людьми с синдромом Аспергера, которые изначально познакомились на групповом консультировании или терапевтических сессиях и захотели поддерживать контакт. Также группу поддержки могут организовать взрослые с синдромом Аспергера постарше, которые хотят помочь другим людям с таким же диагнозом и трудностями. Группу могут организовать студенты выпускного курса колледжа, желающие помочь вновь поступившим студентам с синдромом Аспергера; организатором может стать и кто-то, кто ранее участвовал в группе и получил от этого пользу, но переехал в другой город и хочет создать местную группу поддержки.

В Лос-Анджелесе Джерри Ньюпорт основал AGUA⁴, группу поддержки для взрослых с синдромом Аспергера, и на одной из встреч этой группы поддержки он познакомился с Мэри, женщиной с синдромом Аспергера. Постепенно их отношения стали менее платоническими и более романтическими, и в конце концов Джерри и Мэри поженились. Их роман и взаимоотношения изображены в фильме «Без ума от любви» (Mozart and the Whale, дословно — «Моцарт и кит»).

Информация об отношениях

Подростки с синдромом Аспергера могут стремиться понять социальный и романтический мир своих сверстников и пережить этот опыт, включая сексуальный, но при этом сталкиваться с проблемами, связанными с источниками информации об отношениях. Если у подростка с синдромом Аспергера мало друзей для обсуждения личных темы вроде романтических или сексуальных чувств, то источником информации об этом могут

⁴Примечание переводчика: Adult Gathering, United and Autistic, или «Взрослые Объединены, Дружны и Аутичны».

стать телепередачи (в особенности «мыльные оперы» и ситкомы) или порнография. В телевизионных драмах и ситкомах зачастую изображаются сильные и драматические эмоции и взаимоотношения. Подросток с синдромом Аспергера может вспомнить и применить эти действия и сценарии в неподходящем контексте. Например, Тим смотрел популярный ситком, в котором за репликой «я хочу заняться с тобой сексом» следовал выраженный закадровый смех. Тим не учёл контекст, запомнил только саму фразу и не мог понять, почему его сверстники не засмеялись, когда он адресовал эту реплику девушке в классе. В результате чтения или просмотра порнографии подросток с синдромом Аспергера может предположить, что интимная близость наступает в отношениях очень быстро, и будет меньше осознавать проблемы, связанные с сексуальным согласием.

Источником информации об отношениях могут стать сверстники, понимающие наивность, легковёрность и уязвимость человека с синдромом Аспергера. Сверстники-«советчики» с жестокими замыслами могут рассказать и насоветовать такое, из-за чего человека с синдромом Аспергера могут поднять на смех или заподозрить в дурных намерениях. Человека с синдромом Аспергера можно легко «подначить», и он пострадает от нарочно вводящих в заблуждение советов. Важно, чтобы подростку с синдромом Аспергера была доступна достоверная информация об отношениях, особенно о ранних этапах взаимоотношений, зашедших дальше дружбы, а также чтобы он мог получить совет от того, кому доверяет.

Я лично сталкивался с ранее социально изолированными девушками-подростками с синдромом Аспергера, которые после случившихся при половом созревании изменений в теле оказались польщёнными вниманием парней. Из-за своей наивности они не осознавали, что этот интерес был сексуальным, а не связанным лишь с удовольствием от разговора с ними и их общества. Когда у девушки-подростка нет подруг, способных дать советы по свиданиям и интимным отношениям, могут возникнуть проблемы, связанные с беспорядочной половой жизнью и сексуальным опытом. Девушки-подростки с синдромом Аспергера зачастую не обладают житейской проницательностью или способностью обнаружить потенциальных сексуальных насильников и могут стать уязвимыми к сексуальной эксплуатации, отчаянно пытаясь добиться популярности среди сверстников.

Социальная тревожность

Подростки с синдромом Аспергера, особенно девушки, могут всё больше осознавать свою социальную наивность и склонность совершать ошибки при общении. Беспокойство, связанное с социальной некомпетентностью и бросающимися в глаза ошибками, может привести к развитию социальной фобии и нарастанию социальной изоляции. Кэрри рассказала мне: «Я живу в постоянном страхе неудачи при повседневных социальных контактах».

Эта тревожность может проявляться особенно резко в конце дня, а также перед сном, когда подросток анализирует полученный за день социальный опыт. Теперь он может остро осознавать, что другие люди могли подумать, и это нередко становится существенной причиной тревоги («возможно, я выставил себя дураком») или депрессии («я всегда делаю ошибки и буду их делать»).

Важно, чтобы подростки и молодые взрослые с синдромом Аспергера получали позитивную обратную связь относительно своей социальной компетенции от родителей и сверстников, а также помощь и подготовку к тому, что делать и говорить в социальных ситуациях. Цель этого — изменить негативное самовосприятие на позитивное или оптимистичное, концентрироваться на достижениях, а не на ошибках. Стратегии по изменению отношения к себе и самовосприятия будут разъяснены в разделе «Когнитивная поведенческая терапия» Главы 6 (см. с. 233) и в Главе 14 о психотерапии.

Поддержание дружбы

Когда дружба всё же формируется, то одна из сложностей для людей с синдромом Аспергера — умение поддерживать её. На этом этапе возникают проблемы с пониманием, как часто нужно общаться, какие темы уместны для разговоров, что может быть подходящими подарками, как выразить сопереживание словами и жестами, как быть великодушным или терпимым при возникновении разногласий. Также может быть склонность к «чёрно-белому» мышлению: например, если друг совершает проступок, то дружба заканчивается без попыток восстановить дружеские отношения. В этом случае полезно будет призывать человека к тому, чтобы он посоветовался с другими друзьями или членами семьи, прежде чем примет поспешное решение.

Предоставление разумных объяснений проявлениям синдрома Аспергера

Когда маленькому ребёнку диагностируют синдром Аспергера, то использование программ раннего вмешательства по улучшению социальных способностей с начальной школы и до выпускного класса может привести к отличному результату. Хотя в настоящее время у нас нет каких-либо лонгитюдных научных данных, подтверждающих ускорение развития социального интеллекта и отношений со сверстниками от таких программ, клинический опыт подтверждает пользу от программ по развитию социального интеллекта для отдельных детей. Но когда диагноз впервые ставится в подростковом или взрослом возрасте, то человек уже упустил возможность воспользоваться программами раннего вмешательства. А будучи взрослым, он с меньшей вероятностью получит доступ к программам и ресурсам.

Одной из возможностей для таких взрослых является не поиск труднодоступных программ, в которых достижение успеха занимает десятилетия, но просто получение средств для объяснения тех качеств синдрома Аспергера, которые могут приводить в замешательство друзей, коллег и знакомых. Например, человек с синдромом Аспергера может не смотреть на другого человека так часто, как ожидается при разговоре, особенно при ответах на вопросы. Вместо прохождения программы, которая обучает, как смотреть на другого человека и считывать выражения лица, я рекомендую объяснить избегание контакта глазами: например, «мне нужно отвести взгляд, чтобы помочь себе сконцентрироваться на ответе на Ваш вопрос. Это не показатель грубости, нечестности или неуважения». При разговоре о специальных интересах, который часто может восприниматься как нечто скучное, человек с синдромом Аспергера может сказать перед началом монолога: «Иногда я слишком много говорю о своих интересах. Если это Вам наскучит, то, пожалуйста, попросите меня остановиться. Я не сочту это грубостью». Человек создаёт устную Социальную Историю™ для обычных людей, чтобы объяснить поведение, которое может выглядеть эксцентричным или грубым.

Если дать лаконичное и точное объяснение, то обычный человек будет в меньшей степени озадаченным чертами синдрома Аспергера и более терпимым к ним. Человеку с синдромом Аспергера может понадобиться некоторая помощь в обдумывании объяснения. Однако я заметил, что родителю или партнёру взрослого с синдромом Аспергера иногда приходится давать такие объяснения другим людям в течение многих лет.

Переезд в другую культуру

Я часто делаю презентации про синдром Аспергера во многих странах по всему миру. Когда я нахожусь в странах с культурой, очень отличающейся от моей родной, то меня изумляет количество присутствующих в аудитории людей с синдромом Аспергера из англоговорящих стран. Когда я последний раз был в Японии, то встретил Ричарда, очаровательного мужчину родом из Англии, прожившего в странах Дальнего Востока несколько лет. Ричард объяснил, что если он делает ошибку при общении в Японии, то его поведение объясняют культурными различиями, а не умышленной попыткой оскорбить или смутить. Японцы необыкновенно терпимы к его социальной неловкости, особенно из-за того, что он очень любит говорить по-японски и определённо восторгается их культурой. Стивен Шор объяснил мне по e-mail: «Некоторые люди с синдромом Аспергера (включая меня самого) получают удовольствие от посещений других стран и даже жизни в них в течение длительных периодов времени. Их отличия и „социальная слепота“ в этом случае приписываются пребыванию в иностранном государстве, и не делается ошибочного предположения о преднамеренности поведения».

Человек с синдромом Аспергера может также найти друзей среди гостей в его собственной культуре. Гости иногда испытывают те же сложности с интеграцией в новую культуру, что и «местный» с синдромом Аспергера.

Дружба с коллегами

Из-за задержки в развитии понимания дружбы человек с синдромом Аспергера зачастую достигает четвёртого этапа дружбы уже после окончания школы и ищет друзей на работе, в колледже и на развлекательных мероприятиях. Попытки превратить отношения с коллегой или напарником в дружеские могут представлять некоторые сложности для молодого взрослого с синдромом Аспергера. Наставник на рабочем месте, понимающий необычную личность и дружеские навыки этого человека, может обеспечить инструктаж и действовать как доверенное лицо и защитник.

Наставник также может помочь определить степень подлинного интереса в дружбе со стороны коллеги. Иногда люди с синдромом Аспергера полагают, что дружелюбный поступок, улыбка или жест являются чем-то большим, чем ими намеревались выразить, и это может привести к развитию интенсивного интереса или одержимостью человеком, который проявил доброту и дружелюбие.

Продолжительность социализации

У каждого из нас есть свой предел продолжительности социального контакта. Я использую метафору заполнения «социального ведра». У некоторых обычных людей — большое социальное ведро, наполнение которого может занять некоторое время, в то время как у человека с синдромом Аспергера — маленькое ведро или даже чашка, которая наполняется до краёв сравнительно быстро. Обычные общественные мероприятия могут продолжаться слишком долго для человека с синдромом Аспергера, особенно в том случае, если успешная социализация достигается интеллектуальными усилиями, а не природной интуицией. Социализация истощает.

Человек с синдромом Аспергера чувствует себя комфортнее, если социальное взаимодействие короткое и направлено на какую-то цель, и после его завершения он может закончить взаимодействие или участие. Важно, чтобы другие не обижались внезапным завершением разговора или общественного мероприятия, т. к. в этом нет цели кого-либо обидеть. Человек должен уйти из-за истощения, а не из-за нечуткости к другим.

Другая черта, способная повлиять на продолжительность социальных контактов, — это испытываемые людьми с синдромом Аспергера сложности с поиском кого-нибудь, с кем они хотят разговаривать и совместно проводить время. Как сказал мне Даррен: «Это не потому что я антисоциальный, это потому что я встречаю не так много людей, которые бы мне нравились».

3.6. Прогноз развития социального интеллекта

Ганс Аспергер считал:

«Нормальные» дети приобретают необходимые для жизни в социуме навыки, в основном ясно этого не осознавая, — они учатся бессознательно, инстинктивно. Но именно эти отношения, которые реализуются посредством инстинкта, нарушены у детей-аутистов, эти люди, образно выражаясь, автоматы, управляемые умом. Социальная адаптация у них должна происходить посредством интеллекта, они должны учиться всему разумно (Аспергер, 2010, с. 117) (перевод Asperger (1944)).

Могут быть два пути получения навыка — интуиция или инструктаж. Детям и взрослым с синдромом Аспергера требуется обучение конкретным социальным навыкам. Я рекомендую, чтобы учебный процесс включал

разумное объяснение каждого конкретного социального правила. Ребёнок с синдромом Аспергера не изменит своё поведение, если на то не будет логичной причины. Стиль обучения состоит в совершении взаимных открытий в социальном мире. Человек с синдромом Аспергера — это практически антрополог, проводящий исследование недавно открытой культуры; а «учителю» или представителю данной культуры нужно открыть для себя и принять во внимание точку зрения, другой способ мышления и культуру человека с синдромом Аспергера. И важно не делать оценочных суждений о том, что одна культура превосходит другую.

Люди с синдромом Аспергера могут воспринимать обычных людей как фанатичных приверженцев социализации, считающих, что каждый может и должен социализироваться без усилий. И что любой, кто не уделяет первостепенного внимания социализации и не стремится в ней к совершенству, должен считаться неполноценным и подлежать осмеянию и исправлению. Необходим компромисс между этими двумя культурами. Представители обычной культуры общаются «социальными телеграммами», предполагая, что другой человек сможет заполнить пробелы в них.

Не следует делать таких предположений при участии в социальном взаимодействии с человеком с синдромом Аспергера. Обычные люди также могут жаловаться на то, что у человека с синдромом Аспергера не слишком хорошо получается объяснять, почему он сделал что-то нарушившее социальные нормы. Но и у обычных людей не очень хорошо получается объяснять исключения из правил и причины их социального поведения.

Рассматривая прогноз развития навыков социального взаимодействия, Ганс Аспергер (Asperger, 1938) написал следующее:

Эти дети могут принять во внимание «правила этикета», данные им в приземлённом виде, пригодные для того, чтобы им следовать — словно складывать числа. Чем более «объективен» такой закон — возможно, в виде расписания, включающего все возможные изменения распорядка дня, которому должны следовать обе стороны самым педантичным образом, — тем будет лучше. Поскольку это происходит не через привычку, которая неосознанно и инстинктивно формируется сама по себе, но через сознательное и интеллектуальное обучение, многие годы трудоёмкой и полной конфликтов работы. Посредством всего этого человек достигнет наилучшей из возможных ассимиляции в обществе, которая будет всё более и более успешной по мере интеллектуального созревания (Asperger, 1938, с. 1316).

Постепенно человек с синдромом Аспергера может собрать в уме библиотеку социального опыта и социальных правил. Этот процесс напоминает изучение иностранного языка со всеми присущими ему проблемами с исключениями из правил произношения и грамматики. Некоторые взрослые с синдромом Аспергера считают, что бытовые разговоры основаны на совершенно ином языке, для которого у них нет перевода, и который никто им не объяснял.

Я использую метафору социального пазла из 5000 кусочков. У обычных людей есть картинка собранного пазла на коробке, т. е. врождённая способность к пониманию, как строить отношения или контакт со своими братьями-людьми. Социальный пазл собирается в детстве довольно легко. И при решении социальной задачи в целом можно полагаться на картинку на коробке, т. е. на интуицию. У ребёнка с синдромом Аспергера нет такой картинки, и он пытается обнаружить связи и закономерности из личного опыта и, как можно надеяться, в какой-то степени из инструктажа. В конце концов некоторые кусочки социального пазла складываются в небольшие фрагменты — не связанные между собой «острова», и через три-четыре десятилетия закономерность распознаётся и продвижение к окончанию сбора пазла ускоряется. Некоторым людям с синдромом Аспергера в конце концов удаётся весьма неплохо социализироваться, при этом обычные люди не осознают, сколько психической энергии, поддержки, понимания и обучения потребовалось для достижения такого успеха. Возможно, завершающие слова этой главы должны принадлежать Лиан Холлидей Уилли, написавшей в своей автобиографии «Притворяясь нормальной» (*Pretending to Be Normal*) следующее:

Ведь люди, проявлявшие ко мне интерес, действительно были. Я до сих пор помню одного мальчика. Помню наши разговоры и наши общие интересы. Что важнее, я помню его лицо, и то, как он смотрел на меня, когда мы говорили. Если бы сейчас кто-то смотрел на меня так, думаю, я разглядела бы его доброту и нежность. В то время я не придавала этому значения. Я проигнорировала предложенную им дружбу. Сегодня я бы не упустила эту возможность. Я бы поняла, что значит его взгляд (Willey, 1999, с. 61–62).

3.7. Ключевые моменты и стратегии

Этап 1

- Взрослый может играть роль друга для ребёнка.
- Учите ребёнка действовать по очереди и просить помощи.
- Устройте генеральную репетицию с участием другого ребёнка.
- Поощряйте ребёнка смотреть видеозаписи играющих детей.
- Играйте в символические игры с ребёнком.
- Поощряйте у ребёнка дружелюбие.
- Пишите Социальные Истории™, чтобы помочь ребёнку понять конкретные социальные ситуации.
- Используйте задание «Социальные сигналы», чтобы изучить социальные знаки с целью предотвращения социальных «аварий».

Этап 2

- Используйте основанные на ролевых играх задания, дающие возможность отработать навыки совместной игры.
- Предоставьте ассистента учителя в классе и на игровой площадке, чтобы обеспечить инструктаж и обратную связь как для ребёнка, так и для его друзей.
- Поощряйте мальчиков и девочек играть с фигурками или куклами, а также читать художественную литературу.
- Ищите общие интересы у детей-«единомышленников».
- Помогите ребёнку развить чувство юмора.
- Используйте концентрические окружности для того, чтобы помочь ребёнку выучить социальные правила для приветствий, тем разговоров, прикосновений, личного пространства и жестов душевной теплоты.
- Объясните ребёнку, чего не следует говорить.

- Будьте в классе гидом для ребёнка, словно для «антрополога», которому надо объяснить социальные обычаи.
- Убедитесь в том, что социальные мероприятия после школы — короткие, структурированные, контролируемые, успешные и добровольные.
- Запишите ребёнка в группу развития социальных навыков.
- Организуйте для сверстников программу, в которой объясняется, как играть и дружить с тем, у кого синдромом Аспергера.

Этап 3

- Поощряйте дружбу с людьми как того же, так и противоположного пола.
- Поддержите сверстника в том, чтобы он стал наставником или товарищем для ребёнка.
- Помогите ребёнку найти альтернативную группу друзей с близкими ему интересами и ценностями и присоединиться к ней.
- Внедрите программы по развитию навыков командной работы как один из способов обучения навыкам для дружбы.
- Подтолкните ребёнка к тому, чтобы присоединиться к занятиям по актёрскому мастерству.
- Используйте телепередачи, особенно ситкомы и научную фантастику, для иллюстрирования ряда аспектов социального поведения.
- Используйте книги и иные материалы для того, чтобы выработать дружеские навыки.

Этап 4

- Предложите человеку посмотреть на животных как на потенциальных друзей.
- Поощряйте использование Интернета как источника дружеских отношений.
- Расскажите о ценности групп поддержки для молодёжи с синдромом Аспергера.
- Предоставляйте информацию об отношениях.
- Исследуйте разные методы уменьшения страха неудачи в социальных ситуациях.
- Обеспечьте руководство в том, как поддерживать дружбу.
- Учите человека тому, как объяснить характеристики синдрома Аспергера другому человеку.
- Рассмотрите преимущества переезда в другую культуру.
- Обеспечьте руководство в дружбе с коллегами по работе.
- Поощряйте человека в ограничении продолжительности социализации при необходимости.

Глава 4

Насмешки и травля

Уже один тот факт, что эти дети совершенно иные, чем остальные, выделяются всем своим существом из остального коллектива, является основанием для неприятия или нападок со стороны одноклассников. <...> Поэтому нередко можно наблюдать ситуацию, когда ребёнок-аутист на перемене, а в особенности по дороге в школу, оказывается в центре улюлюкающей толпы мальчишек, он либо набрасывается на них в слепой ярости — отчего выглядит особенно нелепо, — либо беззащитно плачет, в любом случае он беззащитен перед своими умелыми мучителями.

(Аспергер, 2011, с. 98) (перевод Asperger (1944))

Программы и виды деятельности, описанные в Главе 3, были разработаны для улучшения социальной компетентности и интеграции детей и подростков с синдромом Аспергера. Родители и учителя надеются, что интеграция будет радостной и успешной, но если некоторые дети будут гостеприимными и добрыми по отношению к ребёнку с синдромом Аспергера и относиться к нему «по-матерински», то некоторые будут «хищниками» и увидят в детях с синдромом Аспергера лёгкую мишень для насмешек и травли.

4.1. Виды насмешек

Исходя из моего клинического опыта, чаще всего детей с синдромом Аспергера обзывают или дразнят такими словами, как «дурак» (или «дебил»), «псих» и «голубой». Эти намеренно уничижительные слова можно наблюдать и при взаимодействии обычных детей друг с другом, но они могут иметь намного большее значение для детей с синдромом Аспергера. Такие дети ценят интеллектуальные способности как одну из своих сильных сторон, что может быть конструктивной формой компенсации низкой самооценки при их неуспешности в социальных ситуациях. И быть названным

«дураком» в этом случае — серьёзное личное оскорбление, вероятно, вызывающее значительные душевные страдания. Оскорбление «псих» также может восприниматься как лично значимое, особенно если ребёнку приходится посещать психологов и психиатров и принимать лекарства. Ребёнок может начать задаваться вопросами о своей психической нормальности и беспокоиться о возможности сойти с ума в будущем. К сожалению, в современных школах определение «голубой» воспринимается как серьёзное оскорбление. Ребёнок с синдромом Аспергера может истолковать подобные реплики других детей буквально и предположить, что они могут быть правдивыми, и что он действительно гомосексуален. Таким образом, несколько фраз, сказанных с целью смутить, подразнить или вывести из себя, могут оказать влияние на всю дальнейшую жизнь ребёнка с синдромом Аспергера.

Иногда игра других детей включает подшучивание и физический дискомфорт, хотя намерения при этом дружеские. Дети, особенно мальчики, могут драться «понарошку» и дразниться с целью поделиться чем-то острым. Обычные дети уже в три года могут отличить реальную драку и драку «понарошку», при которой намерения не злобные (Rubin and Thompson, 2002). Когда обе стороны смеются и наслаждаются впечатлениями, то это не травля, но у ребёнка с синдромом Аспергера будут сложности с определением намерений — было ли действие дружелюбным или нет. Другие дети вскоре перестают взаимодействовать с ребёнком, который слишком быстро начинает подозревать злые намерения.

4.2. Что такое травля?

Если спросить у друзей, коллег и детей о том, что такое травля, ответы будут ощутимо различаться. То, что для одного человека — пример травли, в представлениях другого человека может быть развлечением. Важно, чтобы школа пришла к её согласованному определению для обеспечения последовательности в политике и стратегиях. Ясно, что травля предусматривает неравенство сил, намерение причинить вред (физический или эмоциональный) и страдающую «мишень». Кэрол Грей (Gray, 2004, с. 8) сделала обзор литературы по травле в детстве и, используя свои обширные знания о детях с синдромом Аспергера, дала такое определение травли: «Повторяющиеся негативные действия с негативными намерениями по отношению к определенному индивидууму на протяжении какого-то времени, причём при взаимодействии имеется неравенство сил (физических, словесных, социальных и/или эмоциональных)».

В школе есть такие места и обстоятельства, в которых травля более распространена. Например, коридоры, школьный транспорт, занятия спортом и ситуации, при которых инцидент с меньшей вероятностью будет замечен взрослым. Травля также может развиваться неподалёку от дома ребёнка и исходить от соседских детей, друзей семьи и старших братьев или сестёр. Травля обычно происходит на глазах у сверстников или случайных свидетелей и может принимать самые разнообразные формы. Наиболее частые из них — словесное или физическое противостояние и запугивание, порча и уничтожение личной собственности, а также уничижительные жесты или комментарии. Если такие действия совершает взрослый, то он понесёт уголовную ответственность за нападение, получит выговор от своего работодателя за домогательства или даже будет уволен.

Существуют и другие разновидности травли — возможно, более тонкие, но при этом разрушительные по последствиям. Например, некто может открыто украсть вещь вроде шляпы и издеваться над ребёнком, когда он пытается получить её назад; или участвовать в злобных сплетнях, распуская слухи; или отпускать уничижительные замечания; или использовать неприличные жесты. Другая форма травли, которой часто подвергаются дети с синдромом Аспергера, — это отвержение со стороны сверстников или бойкот. Например, это может быть отказ принять в компанию во время еды, игнорирование задаваемых вопросов, намеренный выбор последним в играх или командах, отказ приглашать на групповые мероприятия. И в то время как родители или учителя поощряют общение ребёнка с синдромом Аспергера с его сверстниками, некоторые обычные дети не приветствуют попытки ребёнка присоединиться к их разговору или деятельности. Улучшенные социальные навыки мало что значат на практике, если сверстники нарочно и злонамеренно отвергают ребёнка с синдромом Аспергера.

Существуют также виды травли, которой подвергаются дети, но инициируют её взрослые, например, родственники или друзья семьи, которым доставляет удовольствие дразнить или подстраивать розыгрыши. Однако сюда можно включать и примеры травли со стороны учителей в системе образования. Под определение акта травли попадают случаи, когда учитель, пользуясь своей властью, высмеивает и унижает ребёнка, даёт саркастические ответы, чрезмерно критичен или строг, использует выражения лица, которые дискредитируют или показывают неприятие (вроде беглого взгляда, говорящего классу: «Я думаю, что он тупица»). Такие действия могут

создать модель поведения для одноклассников и служить одобрением сходным взаимоотношениям между ними и ребёнком, ставшим мишенью травли со стороны взрослого.

Некоторым формам травли обычные дети подвергаются довольно редко, но в моей клинической практике они оказываются более распространёнными, когда мишенью травли является ребёнок с синдромом Аспергера. Такие дети часто социально наивные, доверчивые и жаждут быть частью группы, и потому они могут быть должным образом «обработаны» другими детьми. Например, какой-то ребёнок может предложить что-то социально неуместное или дикое, а ребёнка с синдромом Аспергера с ограниченным пониманием социума и плохо разбирающегося в «уличных делах» (и поэтому не осознающего социального смысла, контекста, намёков и последствий) можно уговорить сделать это. Другой ребёнок или взрослый, не знающий предыстории, полагает, что ребёнок с синдромом Аспергера полностью осознавал смысл и последствия того, что он сказал или сделал. И последующий нагоняй или наказание ребёнка с синдромом Аспергера становится источником веселья для сделавших такое предложение или давших ложную информацию.

В своей автобиографии Уилл Хэдкрофт объяснял это так:

Быть довольно застенчивым и робким часто оказывалось травматичным. Хулиганы нацеливались на эти черты и извлекали выгоду из них. Я очень легко заводился, так как верил всему, что мне говорят. Часто, когда дети невинно задавали мне вопросы, я был не способен понять, искренне ли они это делают или на самом деле подначивают меня (Hadcroft, 2005, с. 38).

Другой способ травли — это издеваться над ребёнком с синдромом Аспергера (будучи уверенными в том, что учитель не видит провокацию) и наслаждаться эффектом от реакции ребёнка. Ребёнок с синдромом Аспергера может импульсивно реагировать на подобные назойливые стимулы, не думая о последствиях для себя. Другие дети в той же ситуации придержали бы свою реакцию, чтобы их не «застукали», или сообразили бы, как ответить, не навив себе неприятностей. Когда ребёнок с синдромом Аспергера отвечает яростью на эту провокацию, возможно, сломав что-то или поранив кого-то, тайный подстрекатель выглядит невинной жертвой и получает компенсацию от надзирающего взрослого.

Скрытая травля из-за часто вызываемых ей разрушений может также использоваться для срыва уроков или экзаменов. Когда я изучал обстоятельства, связанные с несколькими разрушительными инцидентами в классе с

участием ребёнка с синдромом Аспергера, то его одноклассники сказали, что они провоцировали его вспышки эмоций. И поскольку учитель был занят препровождением ребёнка к директору для наказания, они успешно избегали контрольной или экзамена.

Социальная наивность детей с синдромом Аспергера может приводить к таким необычным формам травли, описанным Кэрл Грей (Gray, 2004), как травля «с камнем за пазухой». Другой ребёнок изначально выглядит дружелюбным, но последующие действия оказываются определённо не дружественными. Вот пример, приведённый Люком Джексон, подростком с синдромом Аспергера, который написал руководство по самопомощи для подростков с синдромом Аспергера (Jackson, 2002a). Он описывал, как другой ребёнок подошёл к нему с явно дружелюбными жестами и словами, в то время как его сообщник встал на четвереньки прямо за Люком. Тогда стоящий перед ним «друг» толкнул Люка так, что он перелетел через сообщника, будучи не в состоянии предотвратить своё падение и ударился головой о бетон, что привело к сотрясению мозга.

В своей автобиографии Нита Джексон приводит другой пример такого вида травли:

Они подходили ко мне, низкорослой, застенчивой, толстой девочке, во время перемены, говоря, какими виноватыми они себя чувствуют из-за того, что смеялись надо мной, и просили меня принять от них кажущимся не открытым пакет чипсов, банку газировки или пакет жареной картошки как символ извинения. Они стояли вокруг меня в то время, как я залезала внутрь пакета жареной картошки или чипсов (который, как я вдруг замечала, оказывался уже открытым, но я не делала из этого каких-либо выводов), запихивала здоровую пригорюшень в свой рот и уплетала их...уплетала, пока вдруг не ощущала покалывания внутри своего рта. Это покалывающее ощущение нарастало и прежде чем я успевала это осознать — мой рот горел — эти дети посыпали чипсы или картошку жутко острым порошком карри.

Но банки с напитками были самым худшим. Хулиганы клали муравьев, червей, личинок или даже ос в напитки. К счастью, эти осы меня ни разу не ужалили, но я проглотила несколько муравьев, личинок и червей (Jackson, 2002b, с. 26).

4.3. Как часто травят детей с синдромом Аспергера?

Недавнее исследование распространённости и частоты травли на выборке более чем из 400 детей с синдромом Аспергера возрастом от 4 до 17 лет показало, что сообщаемый процент подвергшихся травле по меньшей мере в четыре раза превосходит таковой среди их сверстников (Little, 2002). Более 90 процентов заполнивших опросники матерей детей с синдромом Аспергера сообщили, что их дети были жертвами какой-то формы травли в течение предыдущего года. При этом характер травли отличался от наблюдаемого в общей популяции уровнем избегания выше ожидаемого, а в подростковом возрасте каждый десятый ребёнок с синдромом Аспергера был жертвой группового нападения сверстников. Другой формой травли, о которой сообщалась в исследовании и которая встречалась чаще, чем у сверстников, было нападение на мальчиков с ударами по гениталиям несексуального характера. К сожалению, это исследование распространённости Литтл может быть заниженной оценкой имеющегося уровня травли, так как жертвы зачастую неохотно сообщают об эпизодах травли своим родителям (Hay et al., 2004).

4.4. Почему дети с синдромом Аспергера чаще становятся жертвами?

Исследования травли обычных детей говорят о том, её жертвы бывают пассивными и активными (Voors, 2000). Пассивные жертвы — это обычно физически слабые дети, которые тревожны в социальной среде, обладают низкой самооценкой и недостатком уверенности в себе. Они застенчивы, держатся одиночками и при успехах в учёбе могут быть неуспешными в спорте и не обладать множеством друзей. Также они склонны к проявлению пассивности в своей реакции на роль жертвы, чаще сдают свои позиции и менее склонны отвечать яростью или получать поддержку от сверстников. Это может быть описанием «пассивной» личности и особенностей некоторых детей с синдромом Аспергера.

У активных жертв травли также имеются сложности с навыками дружеских отношений. Сверстники и взрослые воспринимают социальные навыки и уровень социальной зрелости этих детей как навязчивые, раздражающие и провоцирующие. Они могут не знать, как понять социальную ситуацию или сыграть конструктивную роль в социальном взаимодействии.

Например, ребёнок может не знать, как присоединиться к игре с группой детей, и полагается на неподобающее поведение вроде борьбы, активного поиска внимания или доминирования и при этом не воспринимает сигналы «стоп». Ответ других детей может быть таким: «Он это заслужил», — или: «Это был единственный способ остановить её». Черты характера обычного ребёнка, являющегося активной жертвой травли, также применимы к некоторым маленьким детям с синдромом Аспергера, которые хотят взаимодействовать, но не знают, как.

Другая причина, по которой дети с синдромом Аспергера чаще становятся жертвой травли, — это то, что они часто активно ищут одиночества на игровой площадке и нуждаются в нём. Они могут довольно хорошо справляться с социальными требованиями в классе, но когда урок закончился, они умственно и эмоционально истощены. Их способ восстановления умственной и эмоциональной энергии — это одиночество, что контрастирует с обычными детьми, которые эмоционально восстанавливаются на игровой площадке, проводя время в шумном, активном и общении. К сожалению, одна из главных характеристик жертвы травли — это одиночество. Когда ребёнок с синдромом Аспергера «подзаряжается», изолируя себя от сверстников, то он помещает себя в обстоятельства, в которых более вероятно станет потенциальной жертвой насмешек и травли.

Мой клинический опыт говорит о том, что дети с синдромом Аспергера могут испытывать сложности с некоторыми аспектами рассуждений о чертах характера, а именно со способностью описывать личностные качества своих сверстников (см. Главу 14, с. 468). В результате у детей с синдромом Аспергера есть проблемы с тем, чтобы отличить «хороших парней» от «плохих парней». Другие дети инстинктивно чувствуют, каких детей нужно избегать, а также стоит или нет кому-то доверять. Без такого «радара» и системы идентификации дети с синдромом Аспергера часто не способны избегать детей, известных своей склонностью к насмешкам и травле.

Одна из причин, по которым в подростковом возрасте некоторые юноши и девушки с синдромом Аспергера могут стать жертвой, — это возможное неувоение ими общепринятых признаков мужественности или женственности в плане одежды, стрижки, манер и интересов, ожидаемых от их пола. Как описывает Клэр Сейнсбури: «Мы во многом не восприимчивы к гендерным стереотипам и не ограничиваем себя в чём-то на основе того, что считается уместным для мальчиков или девочек. Но это может быть очередной причиной травли и изоляции» (Sainsbury, 2000, с. 82).

4.5. Признаки травли

Дети с синдромом Аспергера с меньшей, чем их сверстники, вероятностью сообщают о том, что стали жертвами травли или насмешек, так как у них нарушены способности, связанные с моделью психического; поэтому им сложнее, чем сверстникам, определять мысли и намерения других людей (Attwood, 2004d; Baron-Cohen, 1995). Дети с синдромом Аспергера могут не понимать интуитивно, что действия других детей — это примеры травли. Они иногда считают, что такое поведение — это обычная игра, и им следует его принять как ещё один образчик непонятного поведения сверстников.

Другие дети знают о тех преимуществах, которые даёт рассказ об их практических, социальных и эмоциональных проблемах. Дети с синдромом Аспергера склонны решать учебные и социальные проблемы самостоятельно; просьба о совете и помощи от другого человека может не рассматриваться как решение проблемы с травлей. Взрослые могут узнать, что ребёнок становится жертвой травли и насмешек по каким-то другим данным, но не из рассказа ребёнком о том, что произошло. Стивен Шор объяснял: «Мне никогда не приходило в голову сказать моим родителям о моих сложностях с травлей в начальной школе. Они узнали о них от работника школьной столовой».

Иногда есть физические свидетельства вроде потерянных или поломанных личных вещей, порванной одежды и видимые свидетельства физических повреждений — ссадин, царапин и побоев. Иногда наблюдаются некоторые психологические свидетельства вроде увеличения тревожности, которая может влиять на желудочно-кишечный тракт, и ребёнок страдает от настоящих болей в животе, запоров или поноса. Могут быть доказательства в виде других потенциально связанных со стрессом расстройств, например, нарушений сна, а также нежелание идти в школу и избегание определённых мест.

Я заметил, что частая травля детей с синдромом Аспергера, иногда даже в шестилетнем возрасте, приводила к их направлению для лечения клинической депрессии. Иногда, когда повторяющиеся попытки и просьбы ребёнка с синдромом Аспергера остановить травлю, такие как игнорирование травли или сообщение о ней взрослым, оканчиваются неудачей, испытываемая ребёнком депрессия достигает такой степени, что единственным выходом он начинает считать самоубийство. Оно воспринимается как единственный способ остановить эмоциональную боль, причиняемую травлей в повседневной жизни ребёнка.

Другой крайний вариант решения проблемы — это попытка ребёнка ответить насилием, чтобы прекратить травлю. Это может быть неожиданно жестокий физический ответ или применение оружия, даже со смертельными ранениями. Ребёнок с синдромом Аспергера может быть исключён из школы за такое насильственное возмездие или столкнуться с уголовной ответственностью за нападение. Но тщательное изучение приведших к нападению обстоятельств показывает, что нарастающая частота и жестокость травли стали непереносимыми для ребёнка. К этому насильственному ответу его подтолкнул провал всех остальных обычных и рекомендованных способов прекращения травли.

Я обнаружил и другие признаки того, что ребёнок стал жертвой травли. Сравнительно безобидные специальные интересы вроде транспортных средств или насекомых могут смениться на интерес к оружию, боевым искусствам и фильмам с насилием, особенно к фильмам с темой возмездия. Рисунки ребёнка также могут выражать темы насилия, воздаяния и возмездия.

В своей автобиографии Нита Джексон описывает воздействие травли на её воображение и самооценку:

Несмотря на то, что я была неудачницей во всех смыслах, я поддерживала в себе убеждение, что каким-то образом совершу свою месть. Я придумывала очень подробные планы, детализируя, как бы я это сделала. Я рисовала картинки, я сочиняла истории. В своих фантазиях я была победоносной, отважной, сильной и популярной. Я намеревалась достичь этого к подростковому возрасту. Но смелость так и не пришла, и моя запланированная месть никогда не случилась. Тринадцать лет оказались жалкими, я всё ещё была одиночкой и жалким слабаком, легко подавляемой хулиганами и рабски подчиняющейся их требованиям — молчаливо и безропотно, как какой-то жалкий раб в ногах у господина. Я ощущала себя скорее не личностью, а жирной тушей, над которой можно издеваться. У меня была личность слизняка под валиумом, никогда не говоривши сверстникам ни слова, за исключением «извините». Я на самом деле не ощущала себя достойной того, чтобы нравиться (Jackson, 2002b, с. 24).

Дети с синдромом Аспергера также могут воспроизводить действия травящих их детей при игре с младшими братьями или сёстрами дома. Но при этом ребёнок может не осознавать, что такое поведение неприемлемо, и

просто имитировать увиденное при взаимодействии со сверстниками поведение, или воспроизводить акты травли, чтобы понять, почему кто-либо может захотеть вести себя подобным образом.

4.6. Влияние травли на детей с синдромом Аспергера

Исследования подтвердили, что у обычных детей, ставших жертвой травли, повышен риск сниженной самооценки, возрастает уровень тревожности и депрессивности, снижается успеваемость и усиливается социальная изоляция (Hodges et al., 1997; Ladd and Ladd, 1998; Olweus, 1992; Slee, 1995). Психологические последствия травли в обычной популяции могут сохраняться на протяжении более десяти лет (Olweus, 1992). Дети с синдромом Аспергера более уязвимы к этим последствиям из-за их изначально низкой самооценки, предрасположенности к тревожности (см. Главу 6) и сложностей с пониманием того, почему кто-то может себя так вести, почему они стали жертвой и что ещё могло быть сделано, чтобы остановить это. Клинический опыт показывает, что психологические последствия частой травли и насмешек у жертв, по-видимому, остаются на долгие годы и вносят значительный вклад в клиническую депрессию, тревожные расстройства и проблемы с управлением гневом.

Я обсуждал случаи травли в детстве со взрослыми с синдромом Аспергера и заметил, что они испытывают значительные трудности с пониманием того, почему они оказывались жертвами так часто, а также мотивации детей, которые над ними издевались. Основной способ, которым они пытались понять, почему так происходило, — это вновь и вновь проигрывать эти события в своих мыслях. Человек переживает вновь, но не разрешает имевшие место в прошлом несправедливости. Они могут воспроизводиться каждый день, даже если инциденты произошли несколько десятилетий назад. И так как событие повторяется в мыслях, то и эмоции переживаются вновь. Взрослые с синдромом Аспергера могут нуждаться в психотерапии для преодоления глубоких и укоренившихся травм, вызванных опытом постоянной травли, зачастую начавшейся в раннем детстве. Они не могут легко простить и забыть или испытать облегчение до тех пор, пока они не поймут, почему это произошло.

4.7. Стратегии для снижения частоты травли и её последствий

К сожалению, случаи травли происходят во всех школах, и это поведение не ограничивается детством. Травля случается и на рабочем месте. На протяжении многих веков существовали разные стратегии, принятые на уровне здравого смысла и нацеленные на снижение частоты и последствий травли, но только недавно удалось провести исследования по определению эффективности этих стратегий (Smith et al., 2004). Следующие стратегии основаны на недавних исследованиях, которые показали, что они способны существенно снизить частоту травли.

Командный подход

Чрезвычайно важно использовать командный подход для снижения частоты травли. Команда включает в себя жертву травли, школьную администрацию, учителей, родителей, школьного психолога, других детей, а также ребёнка, который занимается травлей (Gray, 2004; Heinrichs, 2003; Olweus, 1993). Важно, чтобы школы разработали и реализовали на практике кодекс поведения, который конкретно определяет, что такое травля, а также указывает пути её прекращения. Определение должно быть широким и не ограничиваться актами запугивания и побоев. Понадобится и обучение персонала, а также выработка единодушия и согласованности в определении того, что такое случаи травли и какие ответные действия уместны.

Обучение персонала

Первый этап программы по уменьшению травли как в школе, так и для отдельного ребёнка — это программа тренингов для персонала без отрыва от рабочей деятельности. Персонал должен быть обучен тому, как присматривать за ситуациями, в которых травля более вероятна, как реагировать на случаи травли, и как обеспечить адекватные последующие действия и разрешение ситуации.

Справедливое правосудие

Концепция справедливости чрезвычайно важна. Перед определением степени ответственности необходимо провести спокойный и объективный анализ всех фактов и быть беспристрастным детективом. Серьёзность уро-

на или травм не должна рассматриваться как *единственная* мера, по которой оценивается ответственность и тяжесть последствий. Ребёнок с синдромом Аспергера мог быть жертвой множества актов травли на протяжении значительного промежутка времени и в итоге ответить на это физической агрессией, проявление которой может быть очень ярким, но иногда это единственный известный ребёнку способ остановить подобные действия.

Если в образовательном учреждении предусмотрены санкции за акты физической агрессии, то ребёнок с синдромом Аспергера должен подвергнуться этим санкциям. Однако, по моему мнению, те, кто издевался над ребёнком и спровоцировали этот акт агрессии, должны получить такое же наказание. Это будет соответствовать концепции объективной справедливости, представлениям о моральной ответственности за действия по отношению к другим, а также системе уголовного правосудия для взрослых. Если дети с синдромом Аспергера не видят, что справедливость восторжествовала, то они могут брать правосудие в свои руки и искать возмездия, используя стратегию разрешения конфликтов «око за око» и намереваясь причинить равноценный дискомфорт. Дети с синдромом Аспергера более склонны искать возмездия физическим, а не словесным способом.

Задание «Весы правосудия»

Я разработал задание «Весы правосудия», чтобы помочь ребёнку, склонному к незрелому, эгоцентричному или некорректному приписыванию степени ответственности в конфликтных ситуациях, которые могут включать в себя насмешки и травлю, между ребёнком и другими людьми. Обычные дети с уровнем развития до девяти лет склонны приписывать степень ответственности за какие-либо действия, определяя, кто первый начал, и это может оказаться достаточным для оправдания почти любого ответного действия, но при этом они терпят неудачу в вынесении точного суждения о жёсткости собственной реакции, а также о тяжести наказаний для себя и других при этом. На этой стадии когнитивного развития разрешение конфликтов может быть в стиле «око за око» с причинением по меньшей мере равного, если не большего, дискомфорта. И когда взрослый вершит «правосудие», ребёнок может возражать, что это нечестно, исходя из собственного восприятия ответственности, разрешения конфликтов и возмездия.

Задание «Весы правосудия» — это интерактивная образовательная стратегия, использующая визуальное мышление, чтобы помочь ребёнку понять степень важности, «вес» отдельных действий и то, почему в итоге «вес»

каждого из фактов определяет степень ответственности и последствия. В английском языке используется поговорка «шесть одного и полдюжины другого»¹, когда определяется степень ответственности при конфликте, и на основе этой поговорки я и построил это задание.

Первый этап — это определить, кто был вовлечён в данный конкретный инцидент. Каждый участник получает собственное имя на отдельном листке бумаги и все листки бумаги с именами кладутся на стол перед ребёнком. Если в черед событий участвуют лишь двое, то тогда можно обойтись без имён на листках бумаги и действительно использовать чаши весов. У взрослого есть коробка, и в ней по меньшей мере 20 деревянных или пластиковых кубиков. Число кубиков является мерой важности, которую мы приписываем тому или иному действию. За сравнительно незначительные нарушения правил поведения могут «присуждаться» один или два кубика, в то время как за действия, которые являются серьёзным нарушением этих правил и, возможно, могли привести или привели к серьёзным травмам или разрушениям, должно даваться значительно больше кубиков.

Ребёнка просят описать последовательность событий со своей собственной точки зрения. По мере развития истории, когда участвовавшие в последовательности событий принимали решение сделать или сказать что-то нарушающее правила поведения, ребёнка просят определить, сколько, по его мнению, эти слова или действия (или бездействие) «стоят» в кубиках. Ребёнку может понадобиться некоторая помощь в определении того, почему число кубиков, которые он приписывает действию, может нуждаться в корректировке. Это может быть информацией о влиянии действия на чувства человека, серьёзности потенциальной физической травмы и стоимости починки поломанных предметов. Когда число кубиков определено, их соответствующее количество ставится рядом с именем человека, который совершил эти действия. Такая процедура повторяется по мере восстановления событий. Каждый участник получит некоторое число кубиков, а после завершения изложения событий число кубиков у каждого участника подсчитывается ребёнком.

Эта процедура нацелена на то, чтобы дать ребёнку возможность увидеть относительную значимость совершённого как им, так и другими, а также понять, что обусловило постигшие каждого из участников событий последствия. Пожалуй, наиболее наглядный способ описать эту процедуру — кратко рассказать об использовании задания «Весы правосудия» при

¹Примечание переводчика: примерный смысл — «это одно и то же», «что в лоб, что по лбу» и т. п.

«разборе полётов» с ребёнком с синдромом Аспергера, у которого было сильное чувство несправедливости из-за его временного исключения из школы.

В инциденте участвовало трое: Эрик, ребёнок с синдромом Аспергера в возрасте 11 лет (его уровень разрешения конфликтов и эмпатии по меньшей мере на два года отставали от хронологического возраста) другой ребёнок, Стивен, и учитель, временно заменявший штатного учителя в классе.

Стивен начал конфликт, обзвав Эрика «д**чером». Я спросил у Эрика, сколько кубиков эта реплика заслуживает, и он ответил, что надо дать Стивену два кубика, с чем мы оба согласились. Я спросил Эрика, что он сделал дальше, и он ответил, что проигнорировал Стивена. Я рассудил, что это было благоразумным решением, и поэтому Эрику кубиков не досталось. Я спросил, сделал ли учитель (который нечаянно услышал эту реплику об Эрике) замечание Стивену, Эрик ответил: «Нет», — и мы сошлись на том, что невмешательство учителя заслуживает одного кубика. Тогда Стивен обзвал Эрика: «е***ый д**чер», — и мы согласились, что это стоит четырёх кубиков. Я спросил Эрика, что сделал учитель, и он ответил, что учитель не слышал слов Стивена, — поэтому он не получает кубиков; но я спросил Эрика, сказал ли он учителю о том, что сказал Стивен, он ответил: «Нет», — и тогда я предложил Эрику взять один кубик за то, что он не сообщил о переходе провокации на следующий уровень. Далее я спросил Эрика, что он сделал, когда услышал такое описание самого себя, и он ответил, что сказал те же слова Стивену, — и поэтому получил четыре кубика рядом со своим именем.

Я спросил, что случилось дальше. Эрик рассказал, как Стивен встал, подошёл к его парте и начеркал каракули в тетради Эрика с классной работой. Мы сошлись на том, что это действие стоит двух кубиков. На этом этапе на листе бумаги Стивена было восемь кубиков, на листе Эрика — пять, а на листе учителя — один. После рассказа о рисовании каракулей в работе (что не было замечено учителем) я спросил Эрика, сообщил ли он учителю об инциденте, и он ответил: «Нет», — поэтому он получил ещё один кубик. Я спросил, что он сделал дальше, и он сказал, что ударил Стивена в лицо кулаком в отместку и для того, чтобы тот прекратил над ним издеваться.

— Было ли много крови?

— Да.

— В какую часть лица ты его ударил?

— В нос.

Тогда я объяснил серьёзность потенциально возможных травм от удара в лицо, как болезненно это может быть, а также каковы связанные с насилием школьные правила. Мы согласились, что это действие стоит 12 кубиков. Так он смог увидеть, что, хотя Стивен первый начал и совершил больше провокационных действий, чем Эрик, но, ударив Стивена в лицо, Эрик в итоге получил 18 кубиков, Стивен — восемь, а учитель — один. Это упражнение дало объяснение ситуации и побудило Эрика принять и понять, почему временно отстранили от школьных занятий его, а не Стивена.

Карта мира ребёнка

Кэрол Грей (Gray, 2004) рекомендует создать карту мира ребёнка и выявить на ней места, где ребёнок уязвим или, напротив, защищён от актов травли. Некоторые области требуют более внимательного присмотра, но может быть создано и больше безопасных убежищ. Одна из проблем с программой по предотвращению травли, полагающейся в основном на надзор персонала, состоит в том, что травля обычно незаметна: лишь около 15 процентов подобных действий замечается учителем в классе, и только 5 процентов — на игровой площадке (Pepler and Craig, 1999). Однако другие дети часто становятся свидетелями травли, и им нужно быть главными участниками этой программы.

Положительное влияние сверстников

Правила поведения в школе, касающиеся травли, должны составляться с участием самих сверстников. Необходимы регулярные обсуждения в классе по пересмотру правил, рассмотрению конкретных случаев и стратегий. Возможно, самим детям понадобится собственная программа преодоления травли. Такая программа может включать информацию о долговременных последствиях как для тех детей, которые занимаются травлей, так и для их жертв. Замеченным в травле детям нужно напомнить о краткосрочных последствиях в виде наказаний согласно имеющимся правилам поведения, а также о долгосрочных последствиях в виде влияния на их способности формировать дружеские отношения и успешно трудоустроиваться. Их также надо предупредить о риске развития у них расстройств настроения и о повышенной опасности уголовных правонарушений. «Молчаливое» боль-

шинство детей, не вовлечённых в травлю ни как злоумышленники, ни как жертвы, нужно сподвигать на спасение как детей, ставших жертвами травли, так и тех, кто ей занимается.

Случайным наблюдателям, которым роль свидетеля травли обычно доставляет беспокойство, понадобятся новые стратегии и поощрение конструктивного ответа на подобные действия. Ранее их реакции могли включать в себя облегчение от того, что жертва — не они; их парализовал страх самим стать жертвами, если они вмешаются; чувства ответственности было размытым из-за принадлежности к большинству; неуверенность в том, что надо делать; советы не вмешиваться; приверженность правилу о недоносительстве, из-за которого они под давлением сверстников не сообщали о происходящем. К сожалению, некоторые случайные свидетели могут воспринимать травлю как повод для шуток или считать, что жертва это заслужила, а это явным образом поощряет занимающихся травлей детей. Можно научить детей чётко говорить, что происходящее неправильно, что нужно это прекратить и если это не будет прекращено, то об этом будет доложено. Фактически, это означает встать между преследователем и его жертвой. Среди детей, принадлежащих к молчаливому большинству есть те, кто имеет высокий социальный статус, сильное чувство социальной справедливости и природную уверенность в себе. Этим детям стоит персонально поддерживать, а их вмешательство для прекращения травли может быть очень успешным. Их высокий социальный статус может поощрять и других детей выражать своё неодобрение. Давление со стороны сверстников может уменьшить травлю.

Я полагаю, что в правила поведения детей при травле надо включить одобрение позитивного вмешательства со стороны стороннего наблюдателя, но при этом другие дети, которые присутствовали, но не пытались вмешаться, должны получить какие-то санкции за своё бездействие, которое косвенно позволило травле произойти. Необходима групповая ответственность за акты бездействия вместо действия. Другими словами, определённые санкции за то, что они *не* сделали.

Защитник

Учитель может поощрять систему «приятелей» или защитников, участники которой набираются из группы детей с высоким социальным статусом и чувством общественной справедливости. Им надлежит отслеживать ситуацию вокруг ребёнка с синдромом Аспергера, конфиденциально сообщать о

любом инциденте и поощрять жертву сообщать об этом, а также говорить публично, что данная ситуация не смешная и что необходимо перестать дразнить или травить одноклассника.

Другое ценное качество защитника — это умение снизить урон, причинённый эмоциям и самооценке ребёнка или подростка с синдромом Аспергера. Взрослый может сочувствовать и утешать, но сила поддержки от популярного сверстника станет особенно эффективным противоядием.

Иногда ребёнок с синдромом Аспергера не осознаёт, что действия другого ребёнка — это акты насмешки или травли. Наблюдатель или защитник должен быть социально компетентным ребёнком, способным легко отличать дружественные действия от недружественных и реагировать сообразно этому. Защитник также может спасти ребёнка с синдромом Аспергера в ситуациях, которые трудно отслеживать взрослым.

Лиан Холлидей Уилли в своей автобиографии приводит пример, демонстрирующий пользу от наличия у неё защитника Крейга:

Я поражена тем, что мои сверстники свыклились со мной и моими странностями. По правде говоря, они могли бы и не привыкнуть, если бы у меня не было бы очень хорошего друга по имени Крейг. Этот друг был очень ярким, очень весёлым и его очень любили. Когда он встал на мою сторону, я немедленно получила повышение статуса в своей группе и вне её. Он почти всегда был моим другом и за годы стал почти что моим телохранителем. Как тонкими, так и открытыми способами он выражал мне свою поддержку, занимая мне место на обеде, провожая меня до класса или когда брал меня с собой на вечеринку. Крейг ввязывался в моё спасение даже прежде, чем я понимала, что меня нужно спасать (Willey, 1999, с. 40).

В каждой школе будет свой Крейг, роль, которую иногда берут на себя на детской площадке братья или сёстры ребёнка с синдромом Аспергера. Если настоящие друзья или родственники дают такую поддержку, их опека должна быть замечена, одобрена и поощрена. Во время напутствующей речи на школьном выпускном Билл Гейтс сказал: «Хорошо обращайтесь с „ботанами“. Есть шанс, что когда-нибудь вы будете работать на них».

Стратегии для жертвы

Существуют стратегии, которые могут быть использованы ребёнком, ставшим жертвой травли, такие как избегание потенциально опасных ситуаций. Ребёнок с синдромом Аспергера может пытаться найти скрытое от глаз общества убежище, но это одно из наиболее уязвимых положений. Люк Джексон, подросток с синдромом Аспергера, даёт некоторые советы:

Однажды всё стало просто невыносимым. Я пытался спрятаться в разных комнатах от своих мучителей. Мне хотелось бы, чтобы моя книга была написана уже тогда, и может быть, я бы понял, что прятаться — это самое худшее, что можно сделать. Эти два гопника нашли меня и начали играть со мной, словно кошка с мышкой (Jackson, 2002a, с. 137).

Не пытайтесь уйти в какой-нибудь укромный уголок на школьных переменах. Старайтесь быть в безопасных местах вроде библиотеки. Я знаю, что это звучит странно, но когда вы думаете, что вы спрятались, то вас скорее всего найдут и будут издеваться. Дети-«аспергеры» не сильны в понимании того, как думают другие люди. Самое лучшее, что можно сделать, — это находиться рядом со своим другом, если он у вас есть, или, по меньшей мере, в месте, где вокруг много людей (Jackson, 2002a, с. 151).

Один в поле не воин. Лучшее место, где можно «спрятаться», — в группе детей или, по крайней мере, неподалёку от неё. Важно, чтобы ребёнку с синдромом Аспергера давали присоединиться к группе детей или находиться рядом с ней, когда «хищники» ищут потенциальную жертву. Такое гостеприимство должно быть частью правил поведения в классе, связанных с травлей. Кроме того, можно обеспечить какие-то занятия в наблюдаемой классной комнате во время перемен, например, шахматный клуб; или возможность для детей со сходным складом ума собираться группой на игровой площадке.

Существуют широко распространённые рекомендации, следуя которым, жертва может усугубить травлю. Совет игнорировать слова или действия обидчиков *не работает*. Игнорирование травли как средство предотвращения подобного поведения — это миф. Хулиган будет лишь усугублять свои действия до тех пор, пока ребёнок не ответит. Донна Уильямс писала мне по поводу пережитой ей в детстве травли и объясняла, как отсутствие реакции или отложенная реакция, особенно на боль, приводила других детей к мысли: «Это не имеет значения...она этого не чувствует».

Ребёнку приходится реагировать, но каковы должны быть его слова или действия? Общий совет для таких детей — попытаться оставаться спокойными, сохранять свою самооценку и отвечать уверенно и конструктивно. Сохранять спокойствие и поддерживать самооценку — трудная задача для детей с синдромом Аспергера, но можно применять стратегии, связанные с внутренним диалогом, для поддержания самоконтроля. Дети, которые являются жертвами, должны знать и помнить, что это не их вина, что они не заслуживают этих слов или действий и что если кому и надо менять собственное поведение — так это тем, кто занимается травлей.

Грей (Gray, 2004) советует придумать один простой устный ответ, который правдив и будет постоянно использоваться. Например: «Я не заслуживаю этого, остановитесь», — и: «Мне это не нравится, остановитесь». Рекомендуются избегать говорить неправду (например, говорить: «Мне всё равно»). Это в любом случае будет трудным для детей с синдромом Аспергера, которые, как известно, не любят лгать. Другие варианты, которых следует избегать — это ответы с юмором. Детям с синдромом Аспергера, вероятно, будет довольно сложно придумать нечто юмористическое в такой ситуации. Если ребёнок-жертва не уверен, являются ли действия другого человека дружелюбными, ответ может быть: «Ты меня дразнишь по-дружески или нет?» Ребёнку необходимо ясно выражать свои чувства: «То, что ты делаешь/говоришь, вызывает во мне чувство [смущения, гнева и т. д.]». Важно, чтобы ребёнок заявлял, что о травле будет доложено. Далее ребёнок может попытаться выйти из ситуации, подойдя ко взрослому или к безопасной группе детей. Если травля происходит в классе, тогда учитель может позволить ребёнку, являющемуся жертвой, пересесть в другую часть класса, возможно, даже не спрашивая на это разрешения.

Ребёнок с синдромом Аспергера особенно нуждается в опеке, когда переходит в среднюю или старшую школу, где ученики-«хищники» достигают апогея в плане насмешек и травли. У Ниты Джексон в её автобиографии есть очень мудрый совет:

Наличие у меня синдрома Аспергера не делает меня в меньшей степени человеком, менее эмоциональной, но просто более уязвимой. И я считаю, что других подростков-«аспергеров» вроде меня необходимо всегда предупреждать о проблемах, с которыми они могут столкнуться и столкнутся со стороны большинства. Родители, говорите со своими детьми; и дети, говорите со своими родителями! Я этого не делала... И смотрите, что со мной случилось (Jackson, 2002b, с. 83).

Стратегии для специалистов

Существуют стратегии, которые могут быть реализованы психологом, школьным консультантом или оказывающим специализированную поддержку учителем (англ. learning support teacher). Первый этап — это разобраться вместе с ребёнком, почему кто-либо занимается травлей. Мысли и мотивы других людей не очевидны для детей с синдромом Аспергера, что связано с врождёнными сложностями с моделью психического. Ребёнок может быть очень смущён тем, почему кто-то может быть таким жестоким, почему он сам стал жертвой и что ему следует думать и делать. Я рекомендую две стратегии, разработанные Кэрол Грей (Gray, 1998), а именно Разговоры в комиксах (англ. Comic Strip Conversations), которые могут быть использованы для обнаружения и объяснения мыслей и чувств каждого участника инцидента, и Социальные Истории™, которые помогут определить, что делать, если сходные обстоятельства повторяются снова.

Разговоры в комиксах (Comic Strip Conversations)

Разговоры в комиксах включают в себя рисование события или последовательности событий в виде комикса, со схематическими фигурками, представляющими каждого участника, и пузырями, представляющими их слова и мысли. Ребёнок и учитель используют набор цветных фломастеров, причём каждый цвет представляет какую-то эмоцию. И когда ребёнок заполняет пузыри со словами или мыслями, то он выбирает цвет, показывающий его восприятие эмоции, выраженной или подразумеваемой. Это может пролить свет на толкование ребёнком событий и то, как он рационально объясняет свои реакции. Это задание также помогает ребёнку выявить и исправить какие-то ошибки восприятия и определить, как альтернативные реакции будут влиять на мысли и чувства каждого участника. После обнаружения новых возможных ответов ребёнку будет полезно отрепетировать эти ответы с помощью ролевых игр, а также его стоит побуждать к тому, чтобы он рассказывал об эффективном применении той или иной стратегии. Ребёнок с синдромом Аспергера может наслаждаться созданием «книги достижений» с новыми успешными реакциями, особенно если успешное управление событиями было оценено по заслугам и привело к адекватному вознаграждению.

Ресурсы

Ребёнок может прочитать соответствующую возрасту художественную литературу, в которой главный герой переживает травлю и отвечает способами, которые могли бы стать моделью для юного читателя. Я рекомендую тщательно выбирать материалы для чтения, связанные с травлей, так как некоторые стратегии в тексте могут быть абсолютно не здоровыми для предотвращения травли или не подходить детям с синдромом Аспергера.

Существует множество программ по предотвращению травли в школах для обычных детей, и некоторые из видов деятельности в этих программах можно использовать для детей с синдромом Аспергера (Rigby, 1996). Однако есть и школьные программы по противодействию травле, специально разработанные специалистами по синдрому Аспергера (Attwood, 2004c; Gray, 2004; Heinrichs, 2003). И родители детей с синдромом Аспергера будут требовать от школ реализации этих новых программ.

Что могут сделать родители?

Родители играют ключевую роль в командном подходе к противодействию травле, и им необходимо быть в курсе текущей политики и подходящих программ в школе своего ребёнка, активно участвовать в ситуации и добиваться конкретных реакций участников. Родительская роль также состоит в том, чтобы помочь ребёнку проявить доверие и уверенность, чтобы суметь раскрыть свой опыт жертвы и рассказать о нём другу, учителю, родителю или консультанту.

Родителям стоит рассмотреть возможность отдать ребёнка на занятия боевыми искусствами, чтобы повысить его навыки самозащиты для сдерживания травли. Однако я бы рекомендовал в этом курсе концентрироваться на том, чтобы оставаться спокойным и уклоняться от отдельных захватов и атак, а не наносить травмы другим детям. Родителям также следует знать, что исследования обычных детей показали: простая смена школы мало влияет на вероятность для ребёнка стать жертвой травли (Olweus, 1993). Однако родители могут перевести ребёнка в другую школу, в которой есть получившая признание программа по снижению частоты и воздействия насмешек и травли.

Я часто поражаюсь стоицизму и оптимизму некоторых детей с синдромом Аспергера, подвергающихся хронической травле. Пожалуй, заключительные слова этой главы о насмешках и травле должны принадлежать ребёнку с синдромом Аспергера. Кэйт сказала своей матери: «Мама, я не

могу сказать, когда люди дразнят меня, а когда дружелюбны, но однажды кто-то действительно захочет стать моим другом, и я хочу быть доступной для этого».

4.8. Ключевые моменты и стратегии

- Дети с синдромом Аспергера часто становятся жертвами насмешек и травли.
- Воздействие на самооценку и психическое состояние ребёнка может быть крайне пагубным.
- Стратегии для снижения частоты травли и её последствий:
 - Используйте командный подход, включающий жертву, школьную администрацию, учителей, родителей, школьного психолога, других детей, а также детей, занимающихся травлей.
 - Обеспечьте тренинги персонала, посвящённые тому, как реагировать на случаи насмешек и травли и как снизить их количество.
 - Убедитесь, что справедливость объективна и основана на мотивациях, знании и фактах.
 - Пользуйтесь заданием «Весы правосудия» для определения и объяснения степени ответственности и серьёзности последствий.
 - Создайте карту мира ребёнка, чтобы выявить безопасные убежища.
 - Используйте положительное влияние сверстников для предотвращения случаев насмешек и травли.
 - Выберите защитника, который разбирается в «законах улицы», обладает высоким социальным статусом среди сверстников и способен защитить ребёнка и поднять его самооценку.
 - Учите жертву, что она может чувствовать себя в безопасности рядом с людьми и «прятаться» в группе детей.
 - Признайте, что игнорирование случаев травли редко, если вообще когда-либо, уменьшает вероятность стать жертвой травли.
 - Научите ребёнка, ставшего жертвой травли, давать уверенный и честный ответ.

- Ищите помощи от специалистов, например, клинического психолога, который может использовать задания вроде «Разговоров в комиксах», чтобы выявить мысли, чувства и истолкования намерений человека с синдромом Аспергера и любых других участников, и объяснить, почему он стал жертвой и что делать в подобных ситуациях в будущем.
- Пользуйтесь книгами, ресурсами и программами, дающими информацию и стратегии по снижению количества случаев насмешек и травли.
- Подайте родителям идею записать ребёнка на курс самозащиты от случаев физической травли.
- Имейте в виду, что смена школы обычно мало влияет на снижение вероятности ребёнка стать жертвой насмешек и травли.

Глава 5

Модель психического

Сколь иным является его голос, его манера говорить, его моторика. Поэтому неудивительно, что у мальчика нарушены понимание феноменов самовыражения других людей и правильная реакция на них.

(Аспергер, 2010, с. 106) (перевод Asperger (1944))

Психологический термин «модель психического» (МП) (англ. Theory of Mind, ToM)¹ означает способность воспринимать и понимать мысли, убеждения, желания и намерения других людей для того, чтобы осмыслить их поведение и предсказать их дальнейшие действия. Она также описывается в терминах «чтение мыслей» и «социальная слепота» (Baron-Cohen, 1995), или проще говоря, трудности в «постановке себя на место другого человека». Синонимичный термин — эмпатия (Gillberg, 2002). Ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера не распознаёт или не понимает сигналов, выражающих мысли или чувства другого человека, на ожидаемом в его возрасте уровне.

Диагностическое обследование как ребёнка, так и взрослого должно включать проверку степени развитости навыков МП, и у нас есть ряд тестов, которые можно применять по отношению к детям, подросткам и взрослым (Attwood, 2004d). Существуют специальные истории с вопросами на понимание в конце, и они могут быть использованы для людей разных возрастов для оценки их способности определять, что может думать или чувствовать персонаж рассказа. Так, «Странные истории» (Strange Stories) были разработаны Франческой Аппе для детей в возрасте от 4 до 12 лет (Happé, 1994), а «Истории из повседневной жизни» (Stories from Everyday Life) от Нильса Каланда и его коллег — для подростков (Kaland et al., 2002). Саймон Барон-Коэн и Салли Уилрайт разработали задания на МП для

¹Примечание переводчика: также может переводиться как «теория ума», «теория разума», «понимание чужого сознания», «модель чужого сознания» и т. п.

взрослых (Baron-Cohen, 2003), в которых клиницист отмечает не только то, справляется ли ребёнок или взрослый с вопросами, демонстрирующими способность к построению модели психического, но и затраченное на ответ время по сравнению с группой сверстников, а также был ли правильный ответ достигнут интеллектуальным анализом, механическим заучиванием и запоминанием или же дан непосредственно и интуитивно.

Обычные дети, особенно после пяти лет, удивительно сообразительны в восприятии и понимании указывающих на мысли и чувства социальных сигналов. Считается, что их разум уделяет первостепенное внимание социальным сигналам по сравнению с иной информацией в их окружении, и у них есть модель чужой психики, подсказывающая, что означают социальные сигналы и как на них отвечать. Эта способность доминирует в восприятии обычных людей до такой степени, что мы проявляем склонность к антропоморфизму и переносим человеческое социальное поведение на животных и даже предметы.

Увлекательное исследование Эми Клин (Klin, 2000) использовало задачу на социальную атрибуцию (ЗСА) (англ. Social Attribution Task, SAT), изначально разработанную Хайдер и Зиммель (Heider and Simmel, 1944). Они создали мультфильм с «персонажами» — геометрическими фигурами, двигающимися согласованно друг с другом или в результате воздействия других фигур. Фильм длится только 50 секунд, но состоит из шести следующих друг за другом фрагментов. После каждого фрагмента зрителя спрашивают: «Что произошло здесь?» — и ожидают развёрнутого комментария к немому фильму. Зрителю также задают вопросы, такие как: «Какая личность у большого треугольника или маленького круга?» Авторы задачи установили, что студенты колледжа использовали антропоморфные слова для описания действий (преследование, поимка в ловушку, игра) и чувств (напуганный, ликующий, расстроенный) «персонажей».

Предъявление ЗСА подросткам с синдромом Аспергера выявило существенные различия между ними и их сверстниками. Их рассказы были короче и с менее проработанными социальными аспектами. Многие из их реплик не подходили к видео, и они выявляли только четверть социальных элементов, воспринятых людьми из контрольной группы. Они использовали меньше терминов, относящихся к МП, и беднее описывали социальные нюансы. Они также реже и более примитивно описывали личностные качества «героев». Истории людей из контрольной группы, легко приписывавших социальное значение неоднозначной сцене, включали описания храбрости или восторга, сложных характеров и социальных атрибутов, складывающихся в

целостную Социальную Историю™. Рассказчики с синдромом Аспергера использовали совершенно иные термины для объяснения движения фигур. Их описание зачастую основывалось на физических характеристиках вроде дрожания или колебаний из-за магнитного поля. Человек с синдромом Аспергера воспринимает больше из физического мира, чем из социального.

Дальнейшее исследование с использованием движущихся геометрических фигур установило, как и ожидалось, что взрослые с синдромом Аспергера дали меньше описаний действий в терминах психических состояний, а также позволило определить, какие области мозга при этом задействованы (Castelli et al., 2002). У обычных взрослых атрибуция психических состояний происходит посредством префронтальной коры, верхней височной борозды и височных полюсов, но у участников исследования с синдромом Аспергера было замечено меньше активности в этих областях мозга. Это даёт неврологическое объяснение нарушениям МП или их замедленному развитию.

Была выдвинута мысль, что нарушение навыков МП также влияет на самосознание и интроспекцию (Frith and Happé, 1999). Я говорил с Кори, подростком с синдромом Аспергера, о способности «читать людей». Он сказал: «Мне сложно узнать, что думают другие люди. И не уверен, что знаю, о чём я сам сейчас думаю». Таким образом, может иметь место глобальная трудность в размышлениях о мыслях и чувствах, вне зависимости от того, идёт ли речь о мыслях и чувствах другого человека или же о своих собственных.

Важно понимать, что у человека с синдромом Аспергера нарушена работа или зрелость МП, но не отсутствует сострадание (эмпатия). Предполагать, что у людей с синдромом Аспергера отсутствует сострадание, было бы ужасным оскорблением, т. к. это подразумевает, что человек игнорирует чувства других и не заботится о них. А он заботится, и очень основательно, но может быть не в состоянии увидеть более тонкие проявления эмоций или «считывать» сложные ментальные состояния.

5.1. Влияние нарушенной модели психического на повседневную жизнь

Мы можем признавать, что человеку с синдромом Аспергера трудно распознать мысли или чувства другого человека, но нам намного труднее вообразить, на что это похоже в повседневной жизни, так как обычные люди «читают друг друга» довольно легко и интуитивно. Мы можем «прочитать»

мимику, понять значение языка тела и просодии речи. Мы также понимаем зависящие от контекста сигналы, которые показывают преобладающие или возможные мысли других. У детей и взрослых с синдромом Аспергера нарушение или задержка развития навыков МП оказывает непосредственное влияние на эти области повседневной жизни.

Сложности со считыванием социальных/эмоциональных сообщений в чужом взгляде

Как мы узнаём, что может думать или чувствовать человек? Один из способов — считывать выражения лица, особенно в области вокруг глаз. Нам уже известно, что дети и взрослые с расстройствами аутистического спектра, в том числе с синдромом Аспергера, реже, чем от них ожидается, вступают в зрительный контакт, предпочитая не смотреть на лицо собеседника особенно часто, и потому пропускают смену его выражений.

У Криса, подростка с синдромом Аспергера, был специальный интерес к астрономии. Перед диагностическим приёмом родители попросили его не говорить со мной об этом интересе, так как из-за своего энтузиазма и склонности надоедать людям он прослыл эксцентричным. Однако я знал о его выдающихся знаниях астрономии и начал спрашивать Криса о новейших фотографиях поверхности Марса, которые были показаны в телевизионных новостных программах. Крис понимал, что, хотя я охотно, равно как он сам, поддерживаю разговор об астрономии, его родители, присутствовавшие и наблюдавшие за ним, не одобрили бы этой темы. Он был смущён и отстранился, закрыв глаза, но продолжал говорить про астрономию. Тогда я объяснил Крису, что мне сложно продолжать разговор с тем, у кого закрыты глаза. Крис ответил: «Почему мне должно хотеться смотреть на Вас, когда я знаю, где Вы?»

Взгляд на людей нужен не только для того, чтобы узнать их местоположение и удостовериться, не переместились ли они в пространстве. Мы смотрим на лицо и считываем его выражение, определяя, что может думать или чувствовать человек. Когда дети или взрослые с синдромом Аспергера всё-таки смотрят на лицо, то куда именно они смотрят? Большинство обычных людей сосредотачивает внимание на глазах, что помогает определить мысли и чувства других людей. Глаза считают «зеркалом души». Для определения места фокусировки взгляда можно использовать технологию слежения за глазами (англ. eye-tracking technology), и недавние исследования показали, что взрослые с синдромом Аспергера по сравнению с контрольной груп-

пой склонны меньше смотреть в глаза и больше на рот, тело и предметы (Klin et al., 2002a,b). В этих оригинальных исследованиях определялось, куда смотрит человек, наблюдающий взаимодействие между актёрами в фильмах. В одной сцене, где люди из контрольной группы фиксировали свой взгляд на удивлении и ужасе в широко открытых глазах актёра, люди с синдромом Аспергера или высокофункциональным аутизмом сосредотачивались на рте актёра. Исследование показало, что люди из контрольной группы останавливали свой взгляд на области глаз в два раза чаще, чем группа людей с синдромом Аспергера или высокофункциональным аутизмом. Глядя на чей-то рот, человек может облегчить себе обработку вербальной коммуникации, но при этом будет терять информацию, которая передаётся частью лица вблизи глаз.

Другое исследование показало, что когда человек с синдромом Аспергера всё же смотрит кому-то в глаза, то, по сравнению с людьми из контрольной группы, он хуже понимает выражаемое взглядом (Baron-Cohen and Jolliffe, 1997; Baron-Cohen et al., 2001a). Следующее высказывание человека с синдромом Аспергера подтверждает трудность в чтении посланий, передаваемых областью лица вблизи глаз: «Люди сообщают что-то друг другу своими глазами, но я не знаю, что именно они говорят» (Wing, 1992, с. 131). У людей с синдромом Аспергера есть две проблемы с использованием информации, получаемой при глазном контакте, для распознавания чужих мыслей или чувств. Во-первых, при социальной/эмоциональной коммуникации они не смотрят на глаза как на основной источник информации, и, во-вторых, они не очень хорошо «читают по глазам», на которые смотрят.

Буквальное понимание

Одно из последствий нарушенных или отстающих в развитии навыков МП — склонность к буквальному пониманию сказанного. Я заметил, что дети с синдромом Аспергера буквально истолковывают просьбы вроде «прыгни на весы», очень эмоционально воспринимают реплики вроде «кто старое помянет — тому глаз вон» и приходят в замешательство из-за метафор типа «сейчас для тебя самое время собраться и поднажать»². Другой при-

²Примечание переводчика: в оригинале: «Hop on the scales» — буквально «Запрыгивай на весы», т. е. «Залезай / становись на весы»; «Let's toast the bride» — «Давайте поднимем тост за невесту», что, однако, можно понять и как «Давайте поджарим невесту»; «It's about time that you pulled your socks up», что можно перевести как «Тебе самое время поднажать», но буквально устойчивый компонент переводится как «подтянуть носки».

мер буквального понимания связан с ребёнком с синдромом Аспергера, который завершил заданное на дом эссе, и его мать недоумевала, почему в конце эссе были рисунки. Он объяснил это тем, что учитель сказал ему «проиллюстрировать» свои выводы в конце работы.

Нам уже давно известно, что у детей и взрослых с синдромом Аспергера есть трудности с распознаванием значимых социальных сигналов, а также с пониманием мыслей и эмоций других людей по их лицам. Но сейчас у нас есть новое доказательство наличия у них сложностей с осознанием важности интонации голоса человека, т. е. его просодии (Kleinman et al., 2001; Rutherford et al., 2002), обычно позволяющей слушателю выйти за пределы буквальной интерпретации. Когда человек дразнится или язвителен, мы способны увидеть несоответствие между выражением лица, интонацией и контекстом и понять это. Детей или взрослых с синдромом Аспергера сарказм может привести в замешательство. Они уязвимы к насмешкам окружающих из-за своей удивительной доверчивости и мыслей о том, что люди говорят в точности то, что думают.

Впечатление как от невежливых и грубых

Ребёнок с синдромом Аспергера может не замечать или не понимать тонкие намёки взрослого или другого ребёнка на то, что его эгоцентричное или доминирующее поведение или разговор начинает им надоедать. Ребёнок производит впечатление нарушителя социальных норм, не реагирующего на неявные предупреждения. Если взрослый или другой ребёнок не знает, что такое поведение связано с нарушенными навыками МП или их запаздывающим развитием, то оно толкуется с позиции морального осуждения: этот ребёнок с синдромом Аспергера нарочито невежлив и груб. Однако у ребёнка не обязательно есть какой-либо злой умысел, он обычно не понимает, что кого-то обижает, и может недоумевать, почему другой человек сердится.

Люди с синдромом Аспергера проявляют необычайный энтузиазм по отношению к своим специальным интересам. Однако они могут не понимать, что другие люди не разделяют их воодушевлённости. Поскольку люди с синдромом Аспергера не столь часто смотрят на другого человека во время разговора, они могут не увидеть или не распознать слабое выражение скуки или быть не в состоянии сделать выводы о соответствии темы данным обстоятельствам или приоритетам другого человека.

Когда мать спрашивает своего ребёнка: «Что ты делал сегодня в школе?» — обычные дети догадываются, о чём их мать уже осведомлена, а что ей хотелось бы узнать или что из случившегося в школе могло бы быть интересным для неё. Дети с нарушенными способностями МП могут не знать, как ответить на такой вопрос. Хочет ли она знать всё от момента, когда ребёнок вошёл в класс до момента, когда он покинул школу? Ребёнок с синдромом Аспергера может испытывать сложности в выделении ключевых событий с точки зрения матери, и будет либо отказываться отвечать на вопрос как на слишком трудный, либо рассказывать про весь день во всех подробностях. В таком случае монолог становится очень нудным.

Стивен Шор прислал мне такой комментарий: «Когда меня спрашивают, что мне хочется съесть или выпить, когда я нахожусь у другого человека в гостях, я не могу на него ответить. Мой ответ — это вопрос: „А что имеется?“ Как только я вижу возможные варианты, мне легко сделать выбор. В противном случае вопрос кажется слишком пространным».

Аналогично, те темы или виды деятельности, которые интересны другим, могут восприниматься как скучные человеком с синдромом Аспергера. Например, в школе младшие дети обычно сидят на протяжении занятий типа «Покажи и расскажи» (англ. *show and tell*³) и проявляют живой интерес к жизненному опыту ребёнка, выступающего перед группой. Ребёнок с синдромом Аспергера может оказаться неспособным сопереживать рассказчику истории или не быть заинтересованным в его опыте. Он может заскучать и быть раскритикованным за невнимание. Поэтому тенденция говорить длинно, не замечая скуки другого человека, или невнимательность к интересам других, могут быть связаны скорее с нарушенной МП, чем с недостатком уважения или желанием плохо себя вести.

Честность и обман

Я заметил, что маленькие дети с синдромом Аспергера часто удивительно честны. Когда родители спрашивают, совершали ли они действия, находящиеся под запретом, они с готовностью признают свою вину. Другие дети поймут, что в некоторых случаях взрослых не владеет достаточными сведениями (например, когда он в действительности не видел, кто это сделал), и ребёнок использует обман для того, чтобы избежать последствий.

³Примечание переводчика: в англоязычных странах (Великобритании, США, Австралии) традиционное задание для учащихся начальной школы: рассказать перед классом о выбранном предмете.

Другой особенностью, связанной с синдромом Аспергера, является то, что человек не знает, когда от него ожидается «ложь во спасение», и говорит другому нечто правдивое, но способное обидеть. Например, ребёнок с синдромом Аспергера может заметить, что женщина в очереди у кассы супермаркета тучная, и сказать своим обычным по громкости и интонации голосом, что эта леди толстая и ей надо садиться на диету. Ребёнок думает, что она должна быть благодарна за наблюдение и совет; возможность того, что его мать будет смущена или что женщина обидится, не является частью мыслительного процесса ребёнка. Другие дети обычно воздержатся от таких реплик, основываясь на понимании мыслей и чувств другого человека. Дети и взрослые с синдромом Аспергера проявляют бóльшую преданность честности и правде, чем мыслям и чувствам других.

Подобный случай может произойти и в школе. Например, пока учитель отвлечён чем-то, дети могут набедокурить. Когда учитель узнаёт, что что-то случилось, но не знает, кто это сделал, он может просить виновного сознаться. Другие дети часто знают, кто это был, но обычно не говорят, так как привержены социальной норме «не выдавать своих». Однако ребёнок с синдромом Аспергера держится за правду, а не за коллектив. Учитель задал вопрос, и он быстро даёт ответ, но после этого озадачен раздражением других детей, особенно если они в этом не участвовали. Но, как полагает сам ребёнок, он дал логически правильный ответ на вопрос учителя.

Способность понять значимость обмана и осознать, когда он может быть ожидаем, появляется у ребёнка с синдромом Аспергера позже, иногда даже в раннем подростковом возрасте. Это может приводить в смущение родителей и учителей, так как ранее честное (возможно, даже слишком) дитя обнаруживает, что можно обманывать людей и избегать вероятных последствий. Однако способ обмана может быть незрелым и легко обнаруживаться взрослым.

Когда ложь становится проблемой для семьи и друзей человека с синдромом Аспергера, они начинают искать объяснения этому явлению. В-первых, из-за нарушения или задержки развития способностей МП человек с синдромом Аспергера может не осознавать, что другой человек обидится скорее из-за лжи, чем из-за какого-нибудь мелкого проступка. Во-вторых, он может считать ложь подходящим способом избежать последствий или быстрым решением социальных проблем. Человек может не признавать этого, но такая ложь также может быть способом поддержания самооценки при самонадеянном восприятии себя как непогрешимого, того, для кого совершить ошибку немислимо.

Взрослые с синдромом Аспергера могут иметь репутацию честных людей, обладающих сильным чувством социальной справедливости и придерживающихся правил. Их вера в моральные и этические принципы непоколебима. Это замечательные жизненные качества, но они могут приводить и к ощутимым проблемам, если работодатель не разделяет те же идеалы. Я предполагаю, что у многих «доносчиков» есть синдром Аспергера. Недавно я общался с несколькими людьми, которые применили инструкции компании или правительственной организации к своей работе и направили жалобы о правонарушениях или коррупции. Впоследствии они были удивлены тем, что корпоративная культура, начальство и коллеги отнеслись к ним более чем прохладно; это могло приводить к разочарованию и депрессии.

Чувство паранойи

Одним из последствий нарушенных или отстающих в развитии навыков МП для человека с синдромом Аспергера является трудность том, чтобы отличить намеренные действия другого человека от ненамеренных. Я наблюдал ребёнка с синдромом Аспергера, который сидел на полу классной комнаты с другими детьми и слушал, как учительница читает рассказ. Сидящий рядом мальчик начал дразнить его, тыкая пальцами в спину, пока учительница не видела. Ребёнок с синдромом Аспергера всё сильнее раздражался и в конце концов ударил мальчика, чтобы тот прекратил. В этот момент учительница посмотрела не детей, не зная о предшествующих событиях, и сделала замечание ребёнку с синдромом Аспергера, обвинив его в агрессии. Другой ребёнок на его месте объяснил бы, что его спровоцировали, и понял бы, что, если бы учительница узнала все обстоятельства, последствия были бы менее тяжёлыми и более справедливыми. Однако он промолчал. Учительница продолжила читать, и спустя короткое время другой ребёнок вернулся в класс из туалета. И когда он осторожно прошёл мимо ребёнка с синдромом Аспергера, то случайно коснулся его. Ребёнок с синдромом Аспергера не знал, что в этой ситуации действие было ненамеренным, поэтому ударил его так же, как и ребёнка, досаждавшего ему. К счастью, в этом случае учительница знала о проблемах ребёнка с различением нечаянных и нарочных действий и смогла сгладить ситуацию с помощью объяснения.

Хотелось бы добавить, что явная паранойя у детей и взрослых с синдромом Аспергера может возникать и из-за вполне реального социального опыта, когда они сталкивались с тем, что их намеренно провоцировали и

дразнили в большей степени, чем их сверстников. И если когда-либо другой ребёнок проявил враждебность, любое последующее взаимодействие с ним сбивает с толку; ребёнок с синдромом Аспергера может предположить, что и это взаимодействие намеренно враждебно, в то время как обычный ребёнок способен более точно истолковать намерения другого ребёнка с учётом контекста и социальных сигналов.

Решение задач

Обычные дети с очень раннего возраста понимают, что решение какой-то практической задачи может знать кто-то другой, и этот человек может быть заинтересован и в состоянии помочь. Такое проникновение в мысли и возможности других людей не является чем-то само собой разумеющимся для ребёнка с синдромом Аспергера. И при столкновении с проблемой попросить совета у того, кто, возможно, знает, что делать, — обычно не то, что приходит ему в голову в первую и даже во вторую очередь. Ребёнок может сидеть или стоять рядом с кем-то явно способным помочь, но оказывается «зашоренным» и выбирает решение задачи своими силами.

Управление конфликтами

По мере взросления дети становятся более опытными и зрелыми в искусстве убеждать, компромиссах и управлении конфликтами. Они всё лучше понимают точку зрения других людей и всё лучше владеют конструктивными способами влияния на их мысли и эмоции. Успешное управление конфликтами требует развитых навыков МП, поэтому трудности в разрешении конфликтов у детей и взрослых с синдромом Аспергера вполне ожидаемы. Опыт наблюдения за конфликтными ситуациями говорит о том, что дети с синдромом Аспергера относительно незрелы, им недостаёт разнообразия в методах переговоров и они склонны к конфронтации. Они могут прибегать к «примитивным» приёмам управления конфликтами вроде эмоционального шантажа или негибкой приверженности своей точке зрения. Часто они не в состоянии понять, что если быть любезным с другим человеком, то можно скорее достичь желаемого. После окончания спора или ссоры человек с синдромом Аспергера может испытывать меньше сожаления или менее благосклонно оценивать техники исправления нанесённого чужим чувствам урона, например, извинения.

Взрослому часто приходится помогать ребёнку с синдромом Аспергера в разрешении конфликтов на протяжении всего детства, но уже в подростковом возрасте от ребёнка ждут способности к компромиссу, понимания и принятия чужой точки зрения, а также способности идти на переговоры и умения прекращать конфликты или забывать о них. Всё это может быть труднодостижимо для ребёнка с синдромом Аспергера, поэтому его поведение можно принять за проявление симптомов вызывающего оппозиционного расстройства (англ. *Oppositional and Defiant Disorder*). На этом этапе на первый план выходят следующие особенности разрешения конфликтов, связанные с синдромом Аспергера:

- проблемы с пониманием взглядов и приоритетов другого человека;
- ограниченное умение убеждать;
- склонность к конфронтации и негибкости;
- сопротивление изменению решения и признанию ошибки;
- нетерпимость к перебиванию;
- жажда завершённости;
- склонность наказывать, а не хвалить;
- склонность избегать требований;
- недостаточная осведомлённость об альтернативных способах разрешения конфликта.

Таким образом, дети с синдромом Аспергера могут противодействовать решениям других людей, игнорировать их приоритеты и отвергать их доводы. Они могут попасть в ситуацию, когда, убеждая другого человека в своём решении до победного конца, они не чувствуют признаков того, что продолжать спор уже неразумно. Другие дети могут воспринять точку зрения, приоритеты и аргументацию своего друга и хотя бы ради дружбы примириться с просьбой и решением своего друга. И они ожидают взаимности в этом аспекте дружбы. Детям с синдромом Аспергера и их друзьям может понадобиться руководство в том, когда и как предъявлять запросы, как слушать и принимать точку зрения и приоритеты других людей, как приходить к компромиссам и договорённостям в некоторых вопросах, а также как призвать «третью сторону», чтобы рассудить спор, и принять во внимание решение «арбитра». Помимо этого, им нужно учиться не позволять эмоциям, особенно гневу, распалить ситуацию. Можно использовать ролевые игры для того, чтобы показать подходящие и неподходящие стратегии разрешения конфликтов.

Интроспекция и самосознание

Ута Фрит и Франческа Аппе (Frith and Happé, 1999) предположили, что в ходе когнитивного развития детей с синдромом Аспергера различия в усвоении навыков МП и в природе самих этих навыков могут привести к развитию у них иной, необычной формы самосознания. Дети могут приобрести навыки построения МП, используя интеллект и опыт вместо интуиции, что в итоге даёт альтернативную форму самосознания, т. е. того, как ребёнок размышляет как о своём, так и о чужом состоянии психики. Фрит и Аппе (Frith and Happé, 1999) описывали эту глубоко продуманную и детализированную форму самосознания как сходную с таковой у философов.

Я читал автобиографии взрослых с синдромом Аспергера и вполне согласен с тем, что они обладают квази-философскими качествами. Когда иной способ мышления и восприятия мира сочетается с неординарными умственными способностями, мы достигаем новых прорывов в философии. Интересно отметить, что у философа Людвиг Витгенштейна были многие черты, характерные для интеллектуально одарённого человека с синдромом Аспергера (Gillberg, 2002).

Понимание смущения

Исследование, в котором рассматривалось понимание смущения детьми с высокофункциональным аутизмом или синдромом Аспергера, показало, как и можно было бы ожидать, взаимосвязь между навыками МП и пониманием смущения. Но детальное изучение ответов детей выявило интересные особенности (Hillier and Allinson, 2002). Дети с синдромом Аспергера были склонны к оценке некоторых ситуаций как неловких (в то время как обычные дети — нет), и у них были трудности в объяснении, почему кто-то может быть смущён. У них было понимание, что такое смущение, на интеллектуальном уровне, но снижена способность к его использованию в новых ситуациях. Я заметил, что некоторые дети с синдромом Аспергера, судя по всему, испытывают мало смущения или «страха сцены», когда делают презентацию или играют роль на глазах у публики. Наблюдения за социальными ситуациями, в которых можно ожидать невербального выражения смущения, показывают, что люди с синдромом Аспергера используют меньше жестов неловкости (таких как рука поверх рта, или покрасневшее лицо), чем их сверстники (Attwood et al., 1988).

Саймон Барон-Коэн с коллегами разработали тест на обнаружение faux pas⁴: они использовали ряд историй и проверяли, смогут ли дети с синдромом Аспергера распознать faux pas (Baron-Cohen et al., 1999a). Faux pas определяется как «неосмотрительное высказывание или действие», и исследование подтвердило опыт многих родителей: по сравнению с обычными сверстниками дети с синдромом Аспергера были менее искусны в выявлении faux pas и чаще совершали их в повседневной жизни.

Дети в возрасте около восьми лет могут держать при себе свои мысли, замечания или критику, предвидя эмоциональную реакцию другого человека; поэтому они не так смущают или раздражают своих друзей. Человек с синдромом Аспергера может быть очень проникновенен в выявлении ошибок и с энтузиазмом указывать на ошибки другого человека. Высказывания могут быть истолкованы как намеренно критичные и враждебные, но мотивация человека с синдромом Аспергера, скорее, состоит в стремлении к совершенству и осведомлении другого человека об ошибке. Я наблюдал, как подростки с синдромом Аспергера критикуют учителя перед всем классом. Ошибка учителя может быть тривиальной, вроде неправильного написания слова, но молодой человек с синдромом Аспергера в своём желании исправить её пренебрегает чувствами учителя.

Тревога

Неопределённость в том, что может думать или чувствовать другой человек, сказывается на общем уровне ощущений тревоги и неуверенности. Марк Флейшер — талантливый математик с синдромом Аспергера, и, как и большинство людей с этим синдромом, он очень добрый человек, не желающий вызывать у кого-либо смущение или страдания. В своей автобиографии он писал:

Из-за недостатка уверенности я ужасно боюсь расстроить других, не осознавая или не желая этого, просто сказав или сделав что-то не так. Мне бы хотелось уметь читать мысли, тогда я бы знал, чего они хотят, и бы мог правильно поступать. Социализация для меня труднее, чем любое математическое уравнение. То, что работает для одного человека, не действует для другого. Люди не всегда говорят то, что они имеют в виду, и не всегда придерживаются того, что они говорят (Fleisher, 2003, с. 110).

⁴Примечание переводчика: фр. «неверный шаг, оплошность»: слова или поведение, которые являются социальной ошибкой или невежливой.

Скорость и качество социального мышления

Обычные люди быстро и умело используют возможности МП, когда они включены в социальную ситуацию. Исследования показали, что даже если некоторые дети или взрослые с синдромом Аспергера демонстрируют довольно продвинутое владение МП, у них может уходить больше времени на когнитивную обработку значимых сигналов и реакций на них, чем можно было бы ожидать, и им требуется больше поддержки и подсказок. Их ответы на вопросы, опирающиеся на способности МП, бывают менее спонтанными и интуитивными, а также более буквальными, нестандартными и неуместными (Bauminger and Kasari, 1999; Kaland et al., 2002).

Один подросток с синдромом Аспергера, очень сильно интересующийся компьютерами, сказал мне, что, по его мнению, когда обычные люди находятся в социальной ситуации, их мозг похож на компьютер с Windows в качестве операционной системы социального мира, а мозг человека с синдромом Аспергера пытается использовать DOS (метафора, которая будет понятна только сведущему в компьютерной терминологии читателю).

Одно из последствий использования сознательных умственных расчётов вместо интуиции — их влияние на время ответа. При разговоре или социальном взаимодействии человек с синдромом Аспергера может медленно обрабатывать аспекты, требующие участия МП. Задержка из-за затрат времени на интеллектуальную обработку ведёт к недостатку синхронности, которой пытаются достичь обе стороны. Такая замедленная реакция может привести к тому, что другой человек будет воспринимать обладателя синдрома Аспергера как необычно формального или педантичного, или даже как умственно отсталого. Другие дети часто досаждают детям с синдромом Аспергера, называя их тупыми, что лишь усугубляет ситуацию и может стать причиной низкой самооценки или гнева.

Я также заметил, что на возможности МП у детей и взрослых с синдромом Аспергера могут влиять сложность ситуации, скорость взаимодействия и уровень стресса. В больших группах людей количество социальной информации для человека с синдромом Аспергера может быть непомерным. Он может обладать достаточным уровнем МП, но затрудняться с отделением важного от несущественного, особенно при столкновении с лавиной социальных сигналов.

Время, затрачиваемое на обработку социальной информации, сравнимо со временем, которое занимает у изучающего иностранный язык восприятие речи бегло говорящего на нём. Если носитель языка говорит слишком

быстро, то другой человек может понять лишь некоторые фрагменты того, что было сказано. Я научился подстраивать своё взаимодействие с человеком с синдромом Аспергера под его скорость обработки и осмысления социальной информации.

В расслабленном состоянии человек с синдромом Аспергера может легче обрабатывать информацию о психических состояниях, но при стрессе производительность падает, как и в случае любого другого навыка. Это может оказывать влияние на формальное тестирование возможностей МП и объясняет некоторую разницу между формальным знанием в искусственной тестовой ситуации и реальной жизнью, которая более сложна, социальные сигналы в ней мимолётны, а уровень стресса выше.

Истощение

Мы знаем, что у людей с синдромом Аспергера формирование навыков МП может запаздывать, но в итоге со временем они могут достигать значительного развития МП. Однако нам также нужно осознавать степень умственных усилий, затрачиваемых людьми с синдромом Аспергера на обработку социальной информации. Использование когнитивных механизмов для компенсации нарушенной работы МП приводит к психическому истощению. Ограниченный успех в обществе, низкая самооценка и истощение могут спровоцировать развитие клинической депрессии. У одной из моих клиенток есть превосходная фраза для описания её истощения от социализации. Она говорит: «Я вылужена»⁵.

5.2. Методики для развития модели психического

Социальные Истории™

В настоящее время у нас есть несколько методик для улучшения навыков МП, в частности, Социальные Истории™ (см. с. 120). Перспективные предложения в Социальных Историях™ дают ценную информацию для развития способностей МП. Они описывают знания, мысли, убеждения и чувства каждого человека, значимые для ситуации. Один из ключевых элементов составления и написания Социальных Историй™ — сбор информации со стороны всех участников, особенно ребёнка с синдромом

⁵Примечание переводчика: англ. «I'm all peopled out», можно перевести также как: «Я вымотана общением с людьми».

Аспергера. Словарь Социальных Историй™ может улучшить знания и лексикон, связанные с названиями психических состояний, с объяснениями в картинках таких слов, как знание, догадка, ожидание и мнение.

Социальные Истории™ также могут быть доработаны для того, чтобы стать упражнениями по отработке конкретных навыков МП. Например, ребёнок завершает следующие предложения:

Я часто говорю о поездах. Я часто думаю о ...

Я часто говорю о динозаврах. Я часто думаю о ...

Мэтт часто говорит о динозаврах. Я догадываюсь, что Мэтт часто думает о ...

Мэтту может понравиться, если я спрошу его о ...

Социальные Истории™ являются методикой, которая, предположительно, способна улучшить способности к построению МП, но в настоящее время не опубликовано исследований, изучающих возможность и механизм положительного влияния Социальных Историй™ на способности, задействованные в стандартных тестах на МП. Однако я признаю, что учителя, родители и практикующие специалисты нуждаются в таких методиках, как Социальные Истории™, уже сейчас, и у них нет возможности ждать исследований, определяющих, влияют ли они на уровень развития МП.

5.3. Программы по тренировке модели психического

В нескольких работах проверялось, можно ли улучшить возможности МП посредством учебных программ, разработанных специально для улучшения социального интеллекта. Эти программы использовали тренировку социальных навыков в формате группы (Ozonoff and Miller, 1995), простые компьютерные программы (Swettenham et al., 1996) и учебные материалы, а также рабочие тетради (Hadwin et al., 1996). Обследование перед и после их прохождения, основанное на стандартном измерении способностей МП, подтвердило, что эти программы улучшают способность решать задачи на МП. Однако эти исследования не показали расширенного влияния на решение задач, не входящих в учебную программу.

Две работы использовали интересный подход к обучению навыкам МП дошкольников с синдромом Аспергера, применяя методику «Картинка в голове» (McGregor et al., 1998; Swettenham et al., 1996). Процедура обучения

включала вкладывание фотографии в щель в голове куклы для объяснения той идеи, что другой человек может знать или видеть нечто отличающееся от того, что видит и знает сам ребёнок.

Разговоры в комиксах

Разговоры в комиксах (см. с. 177) были изначально разработаны Кэрол Грей. В них используются простые схематические рисунки, пузыри с мыслями и речью, а также разноцветный текст для того, чтобы показать последовательность действий, эмоции и мысли в конкретных социальных ситуациях (Gray, 1994). Дети знакомы с пузырями с мыслями из комиксов и мультфильмов. Мы знаем, что уже в возрасте трёх или четырёх лет дети понимают, что пузыри с мыслями показывают то, что думает персонаж (Wellman et al., 1996). Недавние исследования, проверяющие возможность использования пузырей с мыслями для выработки навыков МП у детей с аутизмом, показали определённую эффективность этого метода (Kerr and Durkin, 2004; Rajendran and Mitchell, 2000; Wellman et al., 2002).

В Разговорах в комиксах состоящий из последовательности кадров комикс передаёт «разговор» между ребёнком и взрослым, и эти изображения используются для показа мыслей, чувств, речи или действий персонажа, реальных или возможных. Цветом можно обозначать эмоциональную «окраску» или мотивации, а посредством цветовой схемы можно связать конкретные цвета или их оттенки с конкретными эмоциями. Например, ребёнок может выбрать красный карандаш для того, чтобы показать, что он воспринял произнесённые другим ребёнком слова как сказанные сердитым голосом. Это даёт возможность узнавать, как ребёнок воспринимает события, и исправлять любое неправильное понимание. Одно из преимуществ такого подхода — то, что ребёнок и взрослый вступают в разговор, но при этом не смотрят друг на друга; их совместное внимание сосредоточено на достраивании лежащего перед ними рисунка.

Основа такого подхода состоит в совместном обнаружении показанных чувств и мыслей, а не в поиске виноватых. Разговоры в комиксах дают ясное визуальное объяснение мыслей и чувств человека. Их можно использовать, чтобы разъяснить неверное понимание намерений (обеих сторон), речевые обороты вроде сарказма, а также для иллюстрации альтернативных исходов через изменение действий, высказываний и мыслей. Интересно, что когда к нам приходит понимание чего-либо, то мы говорим: «Да, я вижу, что ты имеешь в виду», — а не: «Я слышу то, что ты имеешь в виду».

Я регулярно использую Разговоры в комиксах в своей клинической практике при лечении расстройств настроения (см. Главу 6). Детям с синдромом Аспергера зачастую проще выражать свои мысли посредством рисунков, а не речи. И хотя дети с синдромом Аспергера испытывают трудности с определением того, что может думать или чувствовать другой человека, клинический опыт подсказывает, что ещё труднее им даётся оценка степени выраженности отдельной эмоции. Их восприятие бывает очень «чёрно-белым», без понимания оттенков серого. Я добавляю такой элемент в Разговоры в комиксах: использование числовой шкалы для измерения степени выраженности эмоции (например, насколько грустен персонаж), используя баллы от 1 до 10. Эта стратегия особенно полезна для детей, у которых словарный запас для тонкого и точного описания эмоциональных состояний ограничен.

Руководство для учителей

В книге Хаулин, Барона-Коэна и Хэдвин «Обучение детей с аутизмом пониманию внутреннего мира других людей: практическое руководство» (Teaching Children with Autism to Mind-Read: A Practical Guide) (Howlin et al., 1999) содержатся материалы, методы оценки и обучения, а также выделяются ключевые принципы, лежащие в основе теории и практики. Понимание психических состояний разделено на 3 отдельных компонента:

- понимание информационных состояний;
- понимание эмоций;
- понимание притворства.

В разделе об информационных состояниях представлен ряд задач для обучения визуальному прогнозированию: постулируется, что увиденное приводит к знанию, а также помогает предсказывать действия другого человека, основываясь на том, что о нём уже известно. В разделе, посвящённом обучению пониманию эмоций, рассматривается несколько уровней эмоционального понимания: от распознавания выражений лиц на фотографиях и схематических изображениях до выявления как обусловленных ситуацией, так и связанных с желаниями и убеждениями эмоций.

Эти материалы рассчитаны на ребёнка, вербальный возраст которого не меньше пяти лет, а также имеющего представление о существовании у других людей желаний и мыслей. В некоторых заданиях от детей требуется

выбрать, как человек будет себя чувствовать в той или иной ситуации. В одном из примеров изображена машина, остановившаяся между закрывшимися железнодорожными шлагбаумами и приближающийся поезд. Текст описывает сцену: «Джеми в машине. Шлагбаум опускается. Поезд приближается. Что чувствует Джеми, когда поезд приближается?» Детям даётся подсказка: радость/печаль/гнев/страх. Хотя ответ кажется очевидным, я заметил, что если у маленького ребёнка с синдромом Аспергера есть специальный интерес к поездам, он может оценить ситуацию исключительно со своей точки зрения и сказать, что будет рад находиться так близко к поезду. Если ребёнок отвечает таким образом, можно обсудить, что в то время, как Джеми может быть счастлив, его отец, ведущий машину, возможно, чувствует страх. Это поможет объяснить, что два человека могут воспринимать одну и ту же ситуацию очень по-разному.

Материалы этой книги представлены простыми рисунками с отчётливыми сигналами и без лишних деталей. Ребёнку обеспечена логичная структура с нарастающей сложностью заданий и с достаточным временем на обдумывание ответа. По мере практики, подкреплённой широким набором примеров, ребёнок начинает более бегло и качественно интерпретировать психические состояния. Авторы руководства провели количественный анализ программы и обнаружили, что улучшение работы МП сохраняется в течение длительного времени после прекращения обучения.

Компьютерные программы

Существует замечательный DVD — электронная энциклопедия эмоций под названием «Понимание внутреннего мира других людей: интерактивное руководство по эмоциям» (Mind Reading: The Interactive Guide to Emotions). Саймон Барон-Козн и его коллеги в Кембриджском университете идентифицировали 412 человеческих эмоций (без учёта синонимов). Они установили, в каком возрасте дети начинают понимать значение каждой из эмоций, и разработали классификацию, в которой все эмоции поделены на 24 различные группы. Затем мультимедийная компания разработала интерактивное программное обеспечение, предназначенное для детей и взрослых, желающих понять, что может думать или чувствовать другой человек.

На этом DVD актёры (включая Дэниела Рэдклиффа, сыгравшего Гарри Поттера) демонстрируют связанные с конкретными эмоциями выражения лиц, язык тела и речевые особенности. DVD также включает аудиозаписи, иллюстрирующие тонкости просодии, и рассказы, раскрывающие обстоя-

ательства и контекст для каждой эмоции. Там есть библиотека эмоций, обучающий центр и зона игр. Дальнейшая информация об этом DVD приведена в разделе Ресурсы в конце этой книги.

Я рекомендую эту интерактивную программу на DVD как особенно подходящую для детей и взрослых с синдромом Аспергера. Такие люди могут испытывать значительные трудности при обучении когнитивным навыкам в «живом» социальном театре классной комнаты, где им приходится распределять внимание между выполняемой классной работой и социальной, эмоциональной и вербальной коммуникацией учителя и других детей. С компьютером обратная связь мгновенна. Им не нужно ждать ответа от учителя, и они могут повторять сцену для выявления и анализа значимых признаков много раз, не раздражая и не вгоняя в скуку других. Они также не готовы к публичной критике своих ошибок, и чаще расслаблены при одиночной деятельности. Программа разработана так, чтобы минимизировать не имеющие отношения к ситуации детали, подчеркнуть важные признаки и позволить обучающемуся прогрессировать в своём собственном темпе. Есть какая-то ирония в том, что имеющие синдром Аспергера более способны к изучению чьих-то мыслей и чувств при помощи компьютерной программы, чем из наблюдений за ситуациями в реальной жизни. Ежедневно люди интуитивно догадываются о чужих мыслях и чувствах. Большую часть времени мы правы, но система не безошибочна. Мы не идеальные «чтецы мыслей». Социальное взаимодействие было бы намного легче, если бы обычные люди говорили *точно*, что они имеют в виду, без неявных предположений и двусмысленностей. Однажды Лиан Холлидей Уилли написала мне об этом по электронной почте: «Вам не нужна была бы „модель ума“, если бы каждый говорил, что у него на уме».

5.4. Ключевые моменты и стратегии

- Проявления нарушений модели психического в повседневной жизни:
 - трудности в понимании того, что выражает чужой взгляд;
 - склонность к буквальному пониманию сказанного;
 - человека нередко считают невежливым или грубым;
 - удивительная честность;
 - чувство паранойи;
 - неспособность понять, что у другого человека может быть как возможность, так и желание помочь;
 - задержка в развитии искусства убеждения, компромисса и разрешения конфликтов;
 - иная форма интроспекции и самосознания;
 - сложности с пониманием, что именно может вызывать смущение;
 - тревожность;
 - на обработку социальной информации тратится больше времени из-за использования интеллекта вместо интуиции;
 - физическое и эмоциональное истощение.
- Методики развития модели психического:
 - Социальные Истории™;
 - обучающие программы по модели психического;
 - Разговоры в комиксах;
 - компьютерные программы.

Глава 6

Понимание и выражение эмоций

Учитывая подобные факты, проблема чувственной сферы этих детей представляется нам очень сложной. Её нельзя однозначно трактовать, используя понятие «бездушие», то есть пользуясь количественными признаками, это в большей степени качественное отличие, инаковость, дисгармония чувств, души, иногда исполненная поразительных противоречий.

(Аспергер, 2011, с. 102) (перевод Asperger (1944))

Обширный клинический опыт и автобиографии подтверждают неизменное присутствующие дезориентированность и незрелость в эмоциональной сфере, несмотря на то, что у человека с синдромом Аспергера могут быть весьма развитые умственные способности, особенно связанные со знанием фактов. Диагностическое обследование на синдром Аспергера должно включать в себя оценку способности понимать и выражать эмоции, причём не только для подтверждения диагноза, но и для выявления возможных сопутствующих расстройств настроения, особенно тревожных расстройств или депрессии.

Качественные отличия в понимании и выражении эмоций, которые были изначально описаны Хансом Аспергером, в настоящее время признаны в качестве диагностических критериев. В диагностических критериях синдрома Аспергера DSM-IV говорится об «отсутствии социальной или эмоциональной взаимности» (American Psychiatric Association (APA), 2000, с. 84), а в диагностических критериях МКБ-10 (World Health Organization, 1993; Всемирная организация здравоохранения, 1994) — о «неспособности к установлению (в соответствии с психическим возрастом и вопреки имеющимся возможностям) взаимосвязей со сверстниками, что включало бы общие интересы, деятельность и эмоции». Недостаток социальной и эмоциональной взаимности проявляется «нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей и (или) отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, а также (или) слабость интеграции

социального, эмоционального и коммуникативного поведения». Критерии Кристофера Гиллберга указывают на «социально и эмоционально неприемлемое поведение» и «ограниченные или неуместные выражения лица» (Gillberg and Gillberg, 1989, с. 632). В диагностических критериях Питера Сзатмари и его коллег упоминаются «трудности в осознании чувств других людей, отстранённость от переживаний других людей, выражения лица ограничены, не способен читать эмоции по выражению лица других, не способен передавать информацию с помощью глаз (sic!)» (Szatmari et al., 1989a, с. 710). Другими словами, в этих критериях говорится о том, что у человека с синдромом Аспергера есть клинически значимые трудности с пониманием, выражением и регуляцией эмоций.

В пояснительном тексте, включенном в описание синдрома Аспергера в DSM-IV, указывается на связь между синдромом Аспергера и развитием сопутствующего или вторичного расстройства настроения, особенно депрессии или тревожного расстройства. Согласно существующим исследованиям примерно у 65 процентов подростков с синдромом Аспергера имеется аффективное расстройство, т. е. расстройство настроения. Возможно, наиболее распространённым является тревожное расстройство (Ghaziuddin and Greden, 1998; Gillot et al., 2001; Green et al., 2000; Kim et al., 2000; Konstantareas, 2005; Russell and Sofronoff, 2004; Tantam, 2000b; Tonge et al., 1999). Однако депрессия также часто встречается (Clarke et al., 1999; Gillot et al., 2001; Green et al., 2000; Kim et al., 2000; Konstantareas, 2005). Исследования выявили повышенный риск развития биполярного аффективного расстройства (DeLong and Dwyer, 1988; Frazier et al., 2002), также есть доказательства возможности формирования бредовых расстройств (Kurita, 1999), паранойи (Blackshaw et al., 2001) и расстройств поведения (Green et al., 2000; Tantam, 2000b). Наличие у подростка с синдромом Аспергера сопутствующего расстройства настроения — это скорее правило, чем исключение.

Изучение семейного анамнеза детей с аутизмом и синдромом Аспергера показало, что среди членов семьи чаще обычного встречаются расстройства настроения (Bolton et al., 1998; DeLong, 1994; Ghaziuddin and Greden, 1998; Lainhart and Folstein, 1994; Micali et al., 2004; Piven and Palmer, 1999). Исследователи приняли во внимание шутку о том, что «безумие наследуется: вы получаете его от своих детей», и изучили особенности настроения родителей до рождения ребёнка с синдромом Аспергера. Мы не знаем, почему

имеется связь между наличием у родителя (матери или отца) расстройством настроения и рождением ребёнка с синдромом Аспергера. Это ещё предстоит выяснить в будущих исследованиях.

Если у родителя есть расстройство настроения, то у ребёнка с синдромом Аспергера вероятно генетическая предрасположенность к сильным эмоциям. Это может быть одним из факторов, объясняющим проблемы с интенсивностью и управлением эмоциями, что является одной из черт синдрома Аспергера. Однако есть и другие факторы. Принимая во внимание неизбежные сложности людей с синдромом Аспергера, связанные с социальным интеллектом, эмпатией, навыками ведения разговора, специфическим стилем обучения, обострённым сенсорным восприятием, мы видим, что они явно подвержены значительному стрессу, тревожности, фрустрации и эмоциональному истощению. Кроме того, они нередко отвергаются сверстниками, их часто дразнят и травят, что может привести к низкой самооценке и депрессивным состояниям. В подростковом возрасте может усиливаться осознание проблем с социальной успешностью и обостряться ощущение отличности от других людей; и это становится ещё одним фактором развития реактивной депрессии. Таким образом, повышенная частота расстройств настроения может объясняться как генетическими, так и средовыми факторами.

Теоретические модели аутизма, развиваемые в рамках когнитивной психологии и исследований в области нейропсихологии и нейровизуализации, также проливают свет на причины частого возникновения у детей и взрослых с синдромом Аспергера вторичных расстройств настроения. Обширные исследования связанных с моделью психического (см. Главу 5) навыков подтверждают наличие у людей с синдромом Аспергера серьёзных трудностей с идентификацией и концептуализацией мыслей и чувств как других людей, так и своих собственных. И эмоции, как в межличностных отношениях, так и в собственном внутреннем мире, остаются «terra incognita» для людей с синдромом Аспергера. Это, несомненно, влияет на способность человека отслеживать эмоции и управлять ими — как своими собственными, так и окружающих.

Исследования исполнительной функции при синдроме Аспергера выявили распространённость расторможенности и импульсивности в сочетании с довольно выраженным недостатком инсайта¹, что влияет на общее функ-

¹Примечание переводчика: инсайт — внезапное осознанное нахождение решения какой-либо задачи, ставшее результатом продолжительной бессознательной мыслительной деятельности.

ционирование (Eisenmajer et al., 1996; Nydén et al., 1999; Ozonoff et al., 2000; Pennington and Ozonoff, 1996). Нарушения исполнительной функции также могут влиять на когнитивный контроль эмоций. Клинический опыт говорит о склонности реагировать на эмоциональные стимулы без обдумывания. Резкая, быстрая и импульсивная эмоциональная реакция может привести к предположению о наличии у ребёнка с синдромом Аспергера расстройства поведения или проблем с управлением гневом.

Использующие технологию нейровизуализации исследования с участием людей с аутизмом и синдромом Аспергера также выявили структурные и функциональные аномалии амигдалы (миндалины, миндалевидного тела) — части мозга, связанной с распознаванием и регуляцией эмоций (Adolphs et al., 2001; Baron-Cohen et al., 1999b; Critchley et al., 2000; Fine et al., 2001). Известно, что амигдала регулирует целый спектр эмоций, включая гнев, страх и грусть. Таким образом, у нас есть и нейроанатомические доказательства, говорящие о проблемах с восприятием и регуляцией эмоций.

В исследованиях также было показано, что у людей с синдромом Аспергера могут быть признаки *прозопагнозии*; это труднопроизносимое слово означает лицевую слепоту (Barton et al., 2004; Duchaine et al., 2003; Kracke, 1994; Nieminen-von Wendt, 2004; Njiokiktjien et al., 2001; Pietz et al., 2003). У человека с синдромом Аспергера присутствуют сложности с пониманием выражений лиц. У обычных людей есть специализированные области мозга, обрабатывающие связанную с лицами информацию, но, по-видимому, у людей с синдромом Аспергера это не так. Они воспринимают лица так же, как предметы, и фокусируются только на отдельных компонентах лица. Это вносит свой вклад в неправильное понимание выражаемых другими людьми эмоций. Например, приподнятые брови могут означать гнев. Однако они же могут быть и признаком замешательства. Обычный ребёнок обратит внимание на все элементы мимики и их контекст и составит целостную картину, чтобы понять, какую эмоцию они означают.

В настоящее время есть психологический термин «*алекситимия*», позволяющий описать ещё одну связанную с синдромом Аспергера черту, а именно нарушенную способность распознавать и описывать своё собственное эмоциональное состояние. Клинический опыт и научные исследования подтверждают, что алекситимию можно считать характерной для синдрома Аспергера особенностью (Berthoz and Hill, 2005; Hill et al., 2004; Nieminen-von Wendt, 2004; Råstam et al., 1997; Tani et al., 2004). У детей и взрослых с

синдромом Аспергера словарный запас, связанный с описанием эмоциональных состояний, часто ограничен, особенно в случае более тонких или сложных эмоций.

6.1. Оценка умения понимать и выражать эмоции

Первый этап оценки уровня развития эмоциональной коммуникации — это определить, насколько зрело ребёнок или взрослый выражает эмоции, насколько богат словарный запас для выражения и описания чувств, а также насколько развита способность регулировать или контролировать эмоции и стресс (Berthoz and Hill, 2005; Groden et al., 2001; Laurent and Rubin, 2004). Я заметил, что эмоциональное созревание ребёнка с синдромом Аспергера обычно запаздывает по меньшей мере на три года по сравнению со сверстниками, и в настоящее время существуют исследования, подтверждающие это наблюдение (Rieffe et al., 2000). Ребёнок может выражать как гнев, так и любовь и привязанность способами, характерными для детей куда более раннего возраста. Словарный запас для описания эмоций часто ограничен, а выражению эмоций недостаёт тонкости и разнообразия. И в тех ситуациях, когда другие дети говорят о грусти, замешательстве, смущении, тревоге, ревности или зависти, у такого ребёнка может быть только одна реакция: «Я злюсь». В выражении отрицательных эмоций вроде гнева, тревоги или печали он часто доходит до крайности. Как говорят родители, они словно сразу «врубаются» на «максимальную громкость».

Можно оценить способность понимать эмоции по выражению лица, показывая ребёнку или взрослому фотографии лиц и спрашивая, какие эмоции они выражают, отмечая при этом любые ошибки или замешательство, а также отслеживая затрачиваемое время. Ответ может быть верным, но достигаться длительными раздумьями над отдельными признаками и обращением к предыдущему опыту, связанному с похожими выражениями лиц. Обычные дети или взрослые выполняют такие задания довольно легко и почти без интеллектуальных усилий. Ребёнок с синдромом Аспергера обычно распознаёт крайние проявления базовых эмоций вроде сильной грусти, гнева или радости, но понимание более тонких эмоций, таких как замешательство, ревность, зависть или недоверие может ему не даваться.

Во время диагностического обследования я обычно прошу человека выразить своим лицом какую-то конкретную эмоцию. Обычный дошкольник может легко сделать радостное, грустное, злое или напуганное лицо, если его об этом попросить. У некоторых детей и даже у некоторых взрослых с

синдромом Аспергера я заметил нечто прямо противоположное: они испытывают значительные сложности с этой задачей. Человек может добиться нужного выражения лица, механически манипулируя им и показывая только один нужный элемент, например, форму рта при грусти, или же скорчив не напоминающую ни одну из человеческих эмоций гримасу. Человек также может сказать, что ему сложно выразить не испытываемую им в данный момент эмоцию.

Можно оценить способность понимать, выражать и регулировать эмоции, задав родителям определённые вопросы, например:

- Есть ли у ребёнка какие-нибудь необычные и связанные с эмоциями маннеризмы? Например, тряска кистями рук при волнении или плавное раскачивание при попытках сконцентрироваться или расслабиться?
- Понимает ли ребёнок необходимость выразить благодарность, раскаяние или принести извинения в некоторых ситуациях?
- Сложно ли ребёнку понять внешние признаки скуки, раздражения или смущения у другого человека?
- Проявляет ли ребёнок недостаток тонкости или зрелости при выражении своего гнева, любви и привязанности, тревоги или грусти?
- Бывают ли у ребёнка резкие смены настроения?
- Как ребёнок выражает любовь и привязанность и отвечает на них?

Беседа с родителями помогает выяснить, подавляет ли ребёнок чувства замешательства и фрустрации в школе и даёт ли при этом выход подобным эмоциям дома. Я сравниваю некоторых детей с синдромом Аспергера с главным героем романа «Странная история доктора Джекила и мистера Хайда»: они ангельски себя ведут в школе, но превращаются в сущих бестий дома. Это явление было описано в литературе как маскировка (Carrington and Graham, 2001). К сожалению, в этом случае родителя часто критикуют за то, что он не может справиться со своим ребёнком с синдромом Аспергера дома. Учитель докладывает о примерном поведении ребёнка в классе, и поэтому его поведение дома связывается каким-то недостатком регулирования эмоций ребёнка родителями. Важно, чтобы администрация школы понимала, что ребёнок с синдромом Аспергера иногда может сознательно подавлять свои чувства в школе, ждать возвращения домой и вымещать там злость на младших братьях, сёстрах и на любящих родителях. Такие дети находятся в школе в более сильном замешательстве, фрустрации и напряжении, чем это можно предположить по их «языку тела», а дома их долго сдерживаемые

эмоции наконец изливаются. Причина проблемы заключается в том, что ребёнок не сообщает о крайне сильном стрессе в школе, а не в родителе, не знаящем, как совладать с ребёнком.

Диагностическое обследование должно включать поиск проявлений каких-либо неуместных или нетипичных эмоциональных реакций в состоянии стресса вроде хихиканья (Berthier, 1995), а также отложенных эмоциональных реакций. Ребёнка может что-то беспокоить, но он не сообщает родителям о своих чувствах и в конце концов, возможно, спустя несколько часов или дней, накопленные эмоции бурно выходят наружу, словно извержение вулкана. Такие дети держат свои мысли при себе и прокручивают событие в голове снова и снова, пытаясь понять произошедшее. Каждое мысленное «проигрывание» события высвобождает связанные с ним эмоции, и в итоге ребёнок уже не может с этим справиться. Фрустрация, страх или замешательство достигают такой силы, что выражаются в крайне взволнованном и взвинченном поведении. И когда родители вдруг понимают, какие именно переживания крутились в голове у ребёнка, они обычно спрашивают, почему он не сказал о них раньше: ведь они могли бы помочь. Однако такие дети не могут чётко рассказать о своих чувствах и приобщить родителя к своим страданиям, и, по-видимому, не знают, как именно родитель смог бы помочь им понять или разрешить проблему.

Некоторые дети и подростки с синдромом Аспергера считают себя ответственными за волнение или стресс у других людей и извиняются или пытаются успокоить человека тогда, когда они не были причиной этих чувств. Венди Лоусон объяснила это так:

До недавнего момента я всегда думала, что если кто-то рядом со мной «сердится», то это, должно быть, из-за меня. Сейчас я начала осознавать, что люди вокруг могут быть несчастными или даже сердитыми по многим другим причинам. И на самом деле они могут не иметь никакого отношения ко мне! (Lawson, 2001, с. 118–119)

У ребёнка может быть опыт чрезмерной привязанности или, напротив, отчуждённости к родителю, бурные эмоциональные реакции на изменения в распорядке, рутине или ожиданиях, или же при фрустрации и неудачах. Ребёнок может резко переключаться от одной эмоции к другой. Я обычно спрашиваю у родителей, не становятся ли эмоции ребёнка через короткий промежуток времени подобными шариком в пинбол-машине, который скачет по ней, «высвечивая» сильные эмоции. Венди Лоусон писала о своих эмоциях нечто подобное и объясняла это так:

Жизнь обычно бывает либо «радостной», либо «безрадостной». Либо «рассерженной», либо «не рассерженной». Все «промежуточные» эмоции из их континуума отсутствуют. Я перехожу от спокойствия к панике одним широким шагом (Lawson, 2001, с. 119).

Я заметил, что многие родители говорят о том, что ребёнок или взрослый обычно наиболее счастлив наедине с собой (McGee et al., 1991) или когда поглощён своим специальным интересом (Attwood, 2003b). Человек с синдромом Аспергера может не связывать счастье с людьми или не знать, что делать, если кто-то рядом счастлив. Иногда счастье выражается незрелым или необычным способом. Например, человек может буквально прыгать от радости или взволнованно трясти кистями рук.

Наблюдение клинициста за ребёнком может раскрыть особенности, качественно отличающие его от обычных детей. Ганс Аспергер заметил, что лицо ребёнка практически не выражает тонкие оттенки эмоций и выглядит необычно «деревянным» или похожим на маску. Также выражение лица может быть неестественным или необычно серьёзным (Hippler and Klicpera, 2004). Один взрослый с синдромом Аспергера сказал мне: «У меня просто всегда одно выражение лица», — а другой говорил: «Люди просят меня улыбнуться, даже если в душе я чувствую себя превосходно».

Во время диагностического обследования ребёнка с синдромом Аспергера я рассказываю несколько историй и задаю ему специфические вопросы для оценки зрелости модели психического (см. Главу 5). В этих историях описываются чьи-то чувства, включая чувства взволнованности и разочарования. Я внимательно слежу за выражением лица и «языком тела» слушающего историю ребёнка, чтобы понять, отражаются ли на лице ребёнка описываемые эмоции. Я обнаружил, что у обычных детей лицо будет выражать сопереживание главному герою. Но дети с синдромом Аспергера часто проявляют просто внимание, но не эмоции. Я также заметил, что взрослые с синдромом Аспергера могут не сопереживать персонажам фильмов, и их лицо бесстрастно, в то время как другие люди в кинотеатре отчётливо выражают эмоции, связанные с сопереживанием актёрам.

При обсуждении эмоций взрослые с синдромом Аспергера могут интеллектуализировать чувства, презирать эмоциональность в других людях и описывать трудности с пониманием каких-то отдельных эмоций вроде любви. Часто заметна эмоциональная незрелость. Профессор математики может обладать эмоциональной зрелостью подростка. Несмотря на то, что люди с синдромом Аспергера нередко пользуются дурной славой из-за склонности раздражаться по пустякам, я заметил, что некоторые из них

известны способностью сохранять спокойствие в таких кризисных ситуациях, при которых некоторые обычные взрослые запаниковали бы. Эта способность оказалась очень полезной для взрослых с синдромом Аспергера, служивших медиками в отделениях экстренной медицинской помощи или же солдатами на действительной службе.

У человека с синдромом Аспергера может быть необычное или незрелое представление об эмоциях в связи с затруднённым пониманием того, что человек может испытывать два чувства одновременно. Например, быть обрadowанным повышением на работе, но одновременно волноваться из-за нового уровня ответственности. Шон Баррон объяснял это так:

Мне было немного за 20 к тому моменту, как я выучил простое правило социального взаимодействия, открывшее мне двери к более глубокому пониманию других: люди могут и обычно действительно испытывают больше одной эмоции одновременно. Это было непостижимо для меня. Например, что человек может быть в целом счастлив, но всё-таки беситься из-за какого-то отдельного инцидента. Т. е. то, что две противоречивые эмоции могут одновременно сосуществовать в одном и том же человеке (Grandin and Barron, 2005, с. 255).

Обследование включает в себя проверку не только способности идентифицировать и выражать эмоции, но и улучшать эмоциональное состояние другого человека. С детьми, чтобы оценить их способность улучшить чьё-либо эмоциональное состояние, я использую рассказ. Я прошу ребёнка представить себе, как он приходит домой из школы, заходит на кухню и видит свою мать у кухонной раковины. Она сидит спиной к ребёнку, он приветствует её, и она оборачивается. И когда она оборачивается, ребёнок видит, что она плачет и выглядит очень печальной. Я уверяю ребёнка, что её грусть никоим образом не связана с какими-либо его действиями. И потом спрашиваю: «Если бы она плакала и была бы очень грустной, что бы ты сделал?»

Первоначальный ответ как обычных детей, так и детей с синдромом Аспергера — это спросить, что случилось. Я принимаю этот ответ и затем спрашиваю: «Но что бы ты сказал или сделал, чтобы утешить её?» Обычный ребёнок быстро находит слова или жесты, чтобы её приободрить. Ребёнок с синдромом Аспергера склонен предлагать для утешения какие-то практические действия: например, принести носовой платок, приготовить чашку чая, сделать свою домашнюю работу, поговорить с ней о своём специальном интересе (это то, что поднимет настроение самому ребёнку) или оставить её одну, чтобы она быстрее успокоилась.

Иногда дети с синдромом Аспергера предлагают объятия, но когда их спрашивают, почему они должны помочь, то могут ответить, что не знают, но это то, что от них ожидается. Ребёнок с синдромом Аспергера действительно проявляет заботу и хочет утешить её, но пытается достичь этого практическими действиями, уединением или подражанием действиям других людей. Очевидное отсутствие или необычность выражающих любовь и поддержку слов и жестов является клинически значимой, и не только для диагностики, но и для поиска способов улучшения эмоционального состояния самого ребёнка. Клиницист в рамках диагностики исследует количество и качество предлагаемых действий, направленных на улучшение эмоционального состояния другого человека. Но эта же информация может быть ценной и если сам ребёнок нуждается в лечении расстройства настроения, т. к. поможет найти действенные способы нормализации его эмоционального состояния.

Помимо возможных проблем с пониманием, выражением, регуляцией эмоций и умением утешать могут быть и проблемы с неуверенностью в правильности реакции. Однажды я диагностировал синдром Аспергера у маленького мальчика, проводя обследование в доме его семьи. Сразу после этого сын пошёл к соседям, чтобы мы могли обсудить диагноз, способы коррекции, а также вероятный прогноз. Как только я подтвердил диагноз, у матери ребёнка, уже несколько лет предполагающей синдром Аспергера у сына, эмоции «прорвались» в виде ручьёв слёз. Это были слёзы облегчения, а не отчаяния. Я интуитивно знал, что она нуждается в утешении. Поскольку она сидела рядом с мужем, то я ожидал утешений от мужа. Однако он не показывал никаких эмоций и не пытался её успокоить. Немного позже, после обсуждения истории семьи и отношений, когда муж вышел из комнаты, она спросила меня, есть ли у него признаки синдрома Аспергера. В самом деле, этих признаков было много как в его рассказах о детстве, так и в наблюдаемом на данный момент наборе черт и особенностей. Когда он вернулся в комнату, я спросил его, о чём он думал, когда его жена совсем недавно плакала. Он сказал: «Я знал, что она расстроена, но опасался сделать что-нибудь не так».

Подводя итог, можно сказать, что человек с синдромом Аспергера часто испытывает сложности с пониманием выражающих чувства невербальных сигналов. Как сказал один ребёнок, когда его мать заплакала: «Почему из твоих глаз идёт дождь?» Могут быть сложности и с пониманием того, как реагировать на эти сигналы. Один ребёнок увидел, как его младшая сестра упала с качелей. Когда она в слезах подошла к нему и их матери, он спросил

у матери: «Какое лицо мне надо сделать?» А людям, всё же развившим у себя способность считывать эти сигналы, может доставать уверенности для реакции на них, потому что они боятся совершить ошибку и ограничены в выборе способов эмоциональной поддержки.

Шкалы интенсивности эмоций

Существует несколько шкал для самостоятельного оценивания, которые используются клиницистами для измерения степени выраженности депрессии, тревоги или гнева. Эти шкалы разработаны для обычных детей и взрослых, но их можно использовать и для детей и взрослых с синдромом Аспергера. Однако при использовании для людей с синдромом Аспергера в них можно внести специфические изменения. Для них может быть более удобной и точной количественная оценка эмоциональных реакций с использованием числовой шкалы и градаций при описании переживания и выражения эмоций, а не требующие точной нюансировки словесные средства. Я использую концепцию эмоционального «термометра», гистограммы или шкалы регулятора «громкости». Эти аналоговые шкалы используются и для оценки изначальной ситуации, и как инструмент повышения эмоциональной компетентности при лечении расстройства настроения.

Оценка понимания и умения выразить эмоции должна включать составление списка поведенческих индикаторов, указывающих на изменение настроения. Среди этих признаков могут быть и специфические для синдрома Аспергера. Например, увеличенное время, проводимое в одиночестве или за специальным интересом; ригидность и несогласованность мыслительных процессов из-за тревожности или депрессии; поведение, направленное на установление контроля над повседневной жизнью как самого человека, так и окружающих. Они дополняют общепризнанные индикаторы — панические атаки, реплики, свидетельствующие о низком самоуважении, приступы гнева.

Человек и его семья также могут вести ежедневный дневник настроения, чтобы определить, есть ли в его изменениях цикличность, или влияние специфических провоцирующих факторов. Например, если у ребёнка тревожное расстройство, то родители могут контролировать уровень его тревожности на протяжении дня с оценкой по шкале от 0 до 20. Баллы вблизи нуля будут свидетельствовать о довольно расслабленном дне, десять — соответствовать типичному уровню тревожности, а близкие к 20 баллы покажут, что в тот день ребёнок был крайне тревожен. И через какое-то время

могут открыться закономерности. Возможно, это будет связь с менструальным циклом или фазами луны, определённым временем года, или какой-то циклический или волнообразный ритм, связанный или не связанный с внешними факторами. Дальнейшее медицинское обследование поможет определить, есть ли у человека необычные колебания уровня гормонов, или же перемены настроения говорят о возможном диагнозе биполярного аффективного расстройства.

6.2. Тревожные расстройства

Все мы время от времени чувствуем себя немного тревожно, но многие дети и взрослые с синдромом Аспергера подвержены тревоге на протяжении почти всего дня или становятся крайне тревожными в связи с каким-то отдельным событием. Покойный Марк Сегар, у которого был синдром Аспергера, писал в своём эссе «Сражения аутичного мыслителя» (The Battles of the Autistic Thinker) (Segar, 1997), что аутичные люди зачастую мастерски умеют беспокоиться и тревожиться. Я беседовал со взрослыми с синдромом Аспергера, нуждающимися в лечении хронической тревожности, и многие из них говорили мне, что не могут вспомнить ни дня из своей жизни без тревоги, даже в очень раннем детстве. Я не знаю, является ли это конституциональной особенностью некоторых людей с синдромом Аспергера или же результатом чрезмерного стресса из-за попыток социализации и совладания с непредсказуемостью и сенсорными стимулами в повседневной жизни.

Конкретным событием, запускающим тревожность, может быть ожидаемое изменение, например, замена учителя в классе на один день, или же внезапные изменения в распорядке, публичная критика или похвала, какие-то сенсорные стимулы. Крайне обострённое сенсорное восприятие, особенно звуков, вынуждает человека с синдромом Аспергера беспокоиться о том, когда он снова может столкнуться с очередным болезненным сенсорным стимулом. У сестры моей жены синдром Аспергера, и собачий лай воспринимается ей как нечто крайне мучительное. Были периоды, когда из-за этого она вела себя почти как агорафоб, боясь покинуть свой дом, поскольку при походе по местным магазинам могла услышать лай собаки. Сенсорная чувствительность может вызывать чувство тревоги, но, к несчастью, тревожность также обостряет сенсорное восприятие, поэтому сочетание сенсорной чувствительности и тревожности может оказывать очень серьёзное влияние на качество жизни человека.

Тревожность может влиять на мыслительные процессы человека и вести к развитию стратегий по снижению уровня тревоги. Когда мы расслаблены, наши тела гибки, но при тревоге наши мышцы напряжены и мы становимся ригидными, «зажатыми». Нечто подобное происходит и с мышлением и решением задач. Когда человек с синдромом Аспергера тревожен, его мышление нередко становится более ригидным. Один из признаков тревоги у таких людей — «туннельное зрение» или «зацикливание» при мышлении. Марк Сегар говорил, что «проблема с беспокойством заключается в том, что оно часто отвлекает вас от того, на чём нужно сконцентрироваться, если вы хотите решить эту проблему» (Segar, 1997).

Одним из средств избегания провоцирующих тревогу ситуаций может стать развитие такого типа личности, который, к сожалению, воспринимается как контролирующий или оппозиционный. Ребёнок будет прибегать к истерикам, эмоциональному шантажу, постоянному неповиновению и непослушанию, чтобы наверняка избежать способных спровоцировать тревогу обстоятельств. Другой путь избегать тревожащих ситуаций — это уход в одиночество или специальный интерес. Самая сильная тревога обычно связана с социальными ситуациями, и нахождение в одиночестве гарантирует, что человек не сделает каких-либо ошибок в общении и не столкнётся с унижением или издевательствами со стороны других людей. Специальные интересы могут быть настолько всепоглощающими и приятными, что не оставляют места тревожным мыслям. Клиницистам также следует помнить, что один из возможных путей снижения тревожности — самовольное использование психотропных веществ, например, алкоголя, или каннабиса.

Когда уровень тревожности крайне высок и держится продолжительное время, то может возникнуть ощущение дереализации, причём до такой степени, что у человека формируется обусловленный настроением бред. Обсессия может превратиться в бред, особенно когда исчезает сопротивление обсессивным и навязчивым мыслям и пропадает критическое мышление. Мышление становится дезорганизованным и психотическим, и если у человека чётко проявляются такие симптомы, его необходимо отправить к психиатру, специализирующемся на лечении расстройств настроения у людей с синдромом Аспергера.

Если человек страдает от долговременной тревожности, он становится крайне чувствительным к любым ситуациям, способным спровоцировать усиление тревоги. Может появиться склонность «жать тревожную кнопку» слишком рано. Это влияет на качество жизни людей, оказывающих поддержку человеку с синдромом Аспергера и с хроническим тревожным

расстройством. Семейную жизнь осложняет избегание способных спровоцировать тревогу ситуаций: человек с синдромом Аспергера и члены его семьи словно «ходят по минному полю» тревожности.

У некоторых людей с синдромом Аспергера может быть беспокойство, связанное с крайне маловероятными событиями и ситуациями. Марк Флейшер написал книгу по стратегиям выживания для людей с синдромом Аспергера. Он пишет о своей собственной тревожности следующее:

Одно из критических наблюдений — тот факт, что 99 процентов из того, что меня беспокоило, никогда не случалось. Аутичные люди могут тратить колоссальное количество сил, напрягая все части своего тела в состоянии тревоги, но при этом заикливаясь на чём-то, с чем они, возможно, никогда не столкнутся (Fleisher, 2006, с. 32).

Наиболее распространёнными видами тревожных расстройств у детей с синдромом Аспергера являются обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), отказ ходить в школу, селективный мутизм и социофобия (Ghaziuddin, 2005b).

Обсессивно-компульсивное расстройство

Примерно у 25 процентов взрослых с синдромом Аспергера есть и чёткие клинические симптомы обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) (Russell et al., 2005). При ОКР у человека присутствуют навязчивые мысли, о которых он не хочет думать: эти мысли описываются как *эгодистонические*, т. е. неприятные и нежелательные. У обычного человека навязчивые мысли часто связаны с чистотой, агрессией, религией и сексом. Клинический опыт и научные исследования говорят о том, что обсессивные мысли детей и взрослых с синдромом Аспергера чаще всего (и чаще, чем другие виды навязчивых мыслей) связаны с чистотой, травлей, насмешками, возможностью сделать ошибку и стать объектом критики (McDougle et al., 1995). Наиболее вероятный возраст развития ОКР как в общей популяции, так и у людей с синдромом Аспергера — между 10 и 12 годами, а также самое начало взрослого возраста (Ghaziuddin, 2005b). Лечение ОКР основано на сочетании психотерапии, например, когнитивной поведенческой терапии (КПТ, см. с. 233), с медикаментозной поддержкой.

Иногда родители считают специальный интерес «обсессией», что предполагает диагноз ОКР, но есть чёткое качественное различие между интересом и клинической обсессией. Человек с синдромом Аспергера явно получает удовольствие от интереса: он не является эгодистоническим и не обязательно является признаком ОКР (Attwood, 2003b; Baron-Cohen, 1990).

Компульсии — это последовательности действий и ритуалов, обычно повторяющихся и используемых для снижения уровня тревоги. Это могут быть действия вроде мытья рук для предотвращения заражения микробами или многократной перепроверки того, выключены ли все электроприборы в доме. Обычное поведение ребёнка с синдромом Аспергера включает в себя повторяющиеся или компульсивные действия. Среди них может быть проверка того, ровно ли или симметрично ли стоят предметы, собирательство и подсчёт чего-либо, или обязательное выполнение и завершение ритуала ребёнком перед отходом ко сну. Всё это известные признаки синдрома Аспергера, но дополнительный диагноз ОКР ставится, когда интенсивность или степень выраженности выходит за пределы того, что можно было бы ожидать при данном синдроме. Заключение о клинической значимости в этом случае является субъективным решением психолога или психиатра.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может развиваться из-за переживания травматического события или серии таких событий в прошлом. Клинические симптомы ПТСР включают в себя попытки избегать этого события или воспоминаний о нём, а также признаки тревожности, депрессии, гнева и даже связанные с травматическим событием или событиями галлюцинации. В общей популяции ПТСР обычно связано с военными действиями или с сексуальным, физическим и эмоциональным насилием. Мне известно о том, что жестокая и систематическая травля может вызвать клинические проявления ПТСР у детей с синдромом Аспергера (см. Главу 4), а также то, что о страхе физических травм из-за травли часто говорят дети с синдромом Аспергера, склонные к тревожности (Russell and Sofronoff, 2004).

У человека могут быть навязчивые воспоминания травматического события, и их очень сложно «заблокировать». Подросток с синдромом Аспергера рассказывал мне, что навязчивые мысли (о том, как он был жертвой крайне жестокой травли) как будто бы начинали спорить с ними. Он объяснял, что внутренний голос «не даёт мне так легко успокоиться. Он продолжает

говорить мне о том, что случилось, и о том, как несправедливы были другие люди по отношению ко мне». Изначальное событие было явно травматическим, но навязчивые мысли и «флэшбеки» вынуждают человека снова и снова переживать его, причём с тем же уровнем страха и страдания.

Лечение заключается в медикаментозной поддержке и психотерапии. Я использую Разговоры в комиксах (т. е. рисую схематичных персонажей, а также их мысли и чувства в пузырях), чтобы исследовать травматический опыт ребёнка или взрослого и дать объяснение тому, почему эти события могли случиться, как воспринимал их этот человек, каковы были мысли и мотивы остальных участников, включая самого человека с синдромом Аспергера. Затем используется метод когнитивной реструктуризации из КПТ, чтобы изменить мысли и реакции и достичь внутреннего «отпускания» или «закрытия» ситуации (см. с. 243).

Отказ ходить в школу

Обычные дети могут отказываться ходить в школу по многим причинам, включая тревожность, нежелание посещать какие-то конкретные уроки, а также желание проводить время с друзьями вне школьной территории. Отказ ребёнка с синдромом Аспергера посещать школу обычно связан с тревожностью. У маленьких детей это может быть страх сепарации и нежелание расставаться со своей матерью. Такие дети нуждаются в присутствии подбадривающего и наставляющего родителя. Школьный класс может быть очень пугающей средой, вызывающей значительную тревожность. Иногда это провоцирует подлинные физиологические признаки тревожности вроде головокружения, головной боли и проблем с кишечником.

В более поздние периоды детства к отказу ходить в школу может привести контраст между стилем жизни и обстановкой дома и в школе. Отсутствие успехов в учёбе и общении, страх насмешек, а также перегруженность происходящим в классе и на игровой площадке может привести к фобической реакции на школу. Терапевтические программы должны сначала обнаружить провоцирующий тревогу аспект школьной жизни и уже затем способствовать успехам в школьной учёбе и социальной интеграции.

Селективный мутизм

Селективный мутизм чаще встречается у девочек, чем у мальчиков, и причиной молчания обычно является тревога. Когда человек тревожен, его возможные реакции — «беги», «сражайся» или «замри». Таким образом, тревожность может вынудить человека избегать ситуации или выйти из неё («беги»), приводить к возбуждению и беспокойству («сражайся»), а также к «замри» в плане неспособности участвовать в разговоре. Дети с синдромом Аспергера, у которых развивается селективный мутизм в раннем детстве, могут свободно разговаривать в расслабленном состоянии, например, дома. Но при нахождении в школе их уровень тревожности настолько высок, что они не могут (а не не хотят) разговаривать. Терапевтические программы должны быть направлены на выявление провоцирующих тревожность аспектов ситуации и на разработку на этой основе стратегий релаксации и достижения уверенности в себе.

Социофобия

Можно было бы ожидать довольно широкой распространённости социофобии или социального тревожного расстройства среди людей с синдромом Аспергера, особенно в подростковом и взрослом возрасте, когда они лучше осознают своё замешательство в социальных ситуациях, ошибки в общении и, возможно, насмешки окружающих. Обычный человек с социофобией крайне обеспокоен тем, что подумают о нём другие люди, и очень боится испытать смущение. Я заметил, что молодые люди с синдромом Аспергера с появившимися симптомами социофобии боятся, скорее, своего внутреннего критика, а не критики окружающих, и проявляют патологический страх совершить ошибку при общении. Лечение включает медикаментозную поддержку и КПТ, но люди с синдромом Аспергера и социофобией могут также нуждаться в руководстве и поддержке, которые позволят улучшить социальные навыки, снизить самокритичность и успешно справляться с ошибками в общении.

6.3. Депрессия

Наши психологические и биологические модели расстройств настроения предполагают существование континуума между долговременной тревожностью и депрессией. При тревоге человек думает: «Что будет, если это

случится?» При депрессии же человек полагает, что наихудший исход неизбежен. Интересно, что и при тревожных, и при депрессивных расстройствах наблюдается положительный эффект от одних и тех же препаратов и КПТ.

У депрессии есть ряд симптомов: физическое и эмоциональное истощение, чувство печали или опустошённости, слабый интерес к тем вещам, которые ранее были приятными. Возможны социальная изоляция, изменение аппетита с потерей или набором веса, изменение в режиме сна — недостаточного или избыточного по продолжительности. Человек описывает чувства никчёмности и вины, не способен к концентрации и может думать о смерти.

Люди с синдромом Аспергера уязвимы к депрессивным состояниям, и примерно у одного из трёх детей и взрослых с синдромом Аспергера есть клиническая депрессия (Ghaziuddin and Greden, 1998; Kim et al., 2000; Tantam, 1988a; Wing, 1981). Существует множество причин, по которым люди с синдромом Аспергера впадают в депрессию, в их числе долгосрочные последствия для самооценки от ощущений неприятия и непонимания, ментальное истощение от попыток преуспеть социально, чувства одиночества, страдания от издевательств, насмешек, травли и поддразнивания со стороны сверстников, а также стиль мышления, связанный с пессимизмом и концентрацией на том, что что-то может пойти не так. Когда со мной разговаривают подростки с синдромом Аспергера, у которых есть клиническая депрессия, то я часто слышу от них: «Я чувствую, что меня не должно быть». Депрессия может привести к серьёзной социальной изоляции и мыслям о том, что без успеха в обществе незачем жить.

Люди с синдромом Аспергера часто перфекционисты, обычно они очень хорошо замечают ошибки и испытывают видимый страх неудачи. Им бывает присущ недостаток оптимизма и склонность к ожиданию неудач и ситуаций, где они не смогут контролировать события (Barnhill and Smith Myles, 2001). Когда подросток с синдромом Аспергера достигает большей интеллектуальной зрелости, одновременно может усилиться понимание отличности от окружающих и восприятие самого себя как безнадежно неполноценного и глупого в плане социальных навыков.

Некоторые из особенностей синдрома Аспергера могут увеличить продолжительность и усилить тяжесть депрессии. Человек с синдромом Аспергера часто не раскрывает свои чувства, предпочитая уходить в одиночество, избегает разговоров (особенно если разговор касается чувств и переживаний) и пытается избавиться от депрессии с помощью своих собственных субъективных мыслей. У обычного человека лучше получается раскры-

вать свои чувства, и он более уверен в том, что другие люди могут дать объективную оценку и оказать ему эмоциональную поддержку. Семья и друзья обычного человека способны временно приостановить и даже в какой-то степени обратить вспять падение настроения, подбадривая, утешая и проявляя душевную теплоту как вербально, так и невербально. Они могут отвлечь человека, впадающего в депрессивное настроение, какой-то приносящей радость деятельностью или используя юмор. Эти стратегии эмоциональной помощи иногда менее эффективны для людей с синдромом Аспергера, которые пытаются решать личные и практические проблемы самостоятельно и для которых душевная теплота и сострадание могут быть не настолько эффективными в плане улучшения эмоционального состояния.

Признаки депрессии в целом такие же, как и у обычных детей и взрослых, но специализирующиеся на синдроме Аспергера клиницисты заметили у них и другие возможные показатели депрессии. Специальный интерес человека с синдромом Аспергера обычно приносит радость и часто связан с получением знаний о физическом, а не о социальном мире (см. Главу 7). Однако когда у человека появляется депрессия, этот интерес может стать болезненным, с обострением внимания к вещам, связанным со смертью.

Иногда причина смены предмета интереса на что-то мрачное и ужасное кажется непонятной, но это тот способ, которым ребёнок пытается выразить замешательство, печаль и непонимание того, что делать дальше. В своей книге об аутизме и синдроме Аспергера Пат Хаулин рассказывает о Джошуа, чей отец был новостным телерепортёром в зоне боевых действий. Его отец отсутствовал несколько дней, и семья была крайне обеспокоена этим. Джошуа начал непрерывно спрашивать свою мать о том, какое оружие используется каждой стороной и какое количество людей было убито. В это тревожное время Джошуа не выражал своё беспокойство и не искал утешения от других членов семьи. И когда отец вернулся, он хотел знать, сколько трупов тот сфотографировал. Когда же Джошуа сказали о явном отсутствии заботы или сострадания с его стороны, он ответил, что понимал, что его мать и сестра расстроены, но не знал, как приободрить их, поскольку не знал, что случилось с его отцом. И поскольку он не хотел говорить неправду, то совсем не знал, что сказать. Его болезненный интерес и вопросы на самом деле были «криком о помощи» и попыткой сообщить о своих чувствах и осознать их (Howlin, 2004). Родителям и специалистам, возможно, стоит взглянуть на интерес не только с точки зрения его предмета,

но и чтобы распознать расстройство настроения (тревогу или депрессию), выражающееся необычным способом — таким, которого можно ожидать от человека, испытывающего трудности с пониманием и выражением эмоций.

Клинический опыт подтверждает, что некоторые подростки и взрослые с синдромом Аспергера и клинической депрессией могут рассматривать самоубийство как способ прекращения их душевной боли и отчаяния. Человек тщательно планирует способ суицида на протяжении дней и недель. Однако дети и некоторые подростки с синдромом Аспергера могут испытать то, что я называю «суицидальным приступом»: спонтанное, принятое под влиянием момента решение трагически прервать свою жизнь. Лилиана, взрослая женщина с синдромом Аспергера, описывала свою тяжёлую депрессию как «мигрень души». Мы знаем о существовании очень быстро и внезапно развивающихся панических атаках у обычных людей: на человека внезапно нападает чувство всепоглощающей тревоги. При депрессивном приступе на человека с синдромом Аспергера внезапно нападает всепоглощающее чувство тоски, что может привести к импульсивной и драматической попытке самоубийства. Ребёнок может вдруг броситься под едущий транспорт или взобраться на мост, чтобы прыгнуть с него и прервать свою жизнь. Те, кто общался с ним до того момента, могли не замечать каких-либо явных предшествующих депрессивных мыслей, но даже незначительное раздражение, например, сделанная ошибка или поддразнивание кем-то другим способны спровоцировать сильную эмоциональную реакцию — депрессивный приступ. Человека можно удержать силой и спасти от травм. Примечательно, что спустя короткое время он возвращается в своё обычное эмоциональное состояние, не соответствующее тяжёлой клинической депрессии.

Когда человек находится в депрессии, то есть и риск самоповреждений. Нита Джексон объяснила это в своей автобиографии так:

Другая вещь, связанная с депрессией — это то, что всё что угодно может вызвать слёзы: мелодия, последовательность аккордов, картина, предмет не на своём месте, пылинки на раме картины... И поэтому всё, о чём я могу думать, — это то, как сбежать от душевной боли, и единственный способ связан с болью физической. Насилие над собой может принимать множество форм. Оно не всегда связано с бритвами и ножами (Jackson, 2002b, с. 63).

Это неправда, что «аспергеры» всегда эгоцентричные и чёрствые. Многие из моих друзей-«аспергеров» говорят, что они сохраняют свои самоповреждения в тайне, потому что они не хотят расстраивать свои семьи (Jackson, 2002b, с. 63).

Обычная клиническая депрессия у человека с синдромом Аспергера должна лечиться сочетанием медикаментозной терапии, КПТ и программ, направленных на развитие социального успеха, укрепление самооценки и формирование более оптимистичного взгляда на жизнь. Это обсуждается в следующем разделе данной главы.

6.4. Гнев

Мы не знаем, насколько часто у детей и взрослых с синдромом Аспергера встречаются проблемы с управлением гневом, но мы точно знаем, что когда проблемы с выражением гнева случаются, то человек с синдромом Аспергера и члены его семьи крайне заинтересованы в снижении частоты, силы и последствий гнева. Стремительность и сила гнева, зачастую являющегося реакцией на довольно тривиальное событие, могут быть необычными. Если обратиться к метафоре регулятора громкости по отношению к интенсивности проявления эмоций с делениями от 1 до 10, то обычный ребёнок будет постепенно наращивать выражение гнева, проходя через все «уровни громкости». А у ребёнка или взрослого с синдромом Аспергера могут быть только две настройки: между 1 и 2 и между 9 и 10. Те события, которые могут вызвать реакцию силой от 3 до 8 «делений» у обычного ребёнка, приведут к уровню 9 или 10 у человека с синдромом Аспергера. Таким образом, у некоторых людей с синдромом Аспергера могут плохо работать механизмы эмоциональной саморегуляции или же механизмы контроля за выражением гнева.

Когда человек с синдромом Аспергера чувствует гнев, он оказывается не в состоянии притормозить и подумать над альтернативными путями разрешения ситуации, как следовало бы при его интеллекте и в его возрасте. Зачастую наблюдается молниеносная реакция с применением физической силы и без тщательного обдумывания. Когда гнев силён, человек с синдромом Аспергера впадает в состояние «слепой ярости» и не в состоянии увидеть сигналы, указывающие на то, что пора остановиться.

Чувство гнева также может быть реакцией на ситуации, в которых обычно ожидаются другие эмоции. Я заметил, что печаль может выражаться как гнев. Когда я проводил основанную на КПТ программу по управлению эмоциями для группы подростков с синдромом Аспергера, то спросил у участников, как каждый из них выражает грусть. Некоторые из ответов были типичны для их сверстников, например: «побыть одному», «пойти погулять» и «иногда поплакать». Однако некоторые участники группы ска-

зали: «пойти и разбить стекло», «поиграть в агрессивные компьютерные игры» и «побить подушку». Если такое поведение наблюдается у обычного подростка, то это будет говорить о чувстве гнева, а не печали. Приводящее в замешательство сочетание гнева и тоски проявилось у Люка, когда он сказал: «Когда я гневаюсь, то говорю, что хочу убить себя».

Один из подростков с синдромом Аспергера из этой группы сказал мне, что когда он чувствует грусть, то он злится, если кто-то пытается его подбодрить. Вербальные и невербальные проявления поддержки и душевной теплоты не улучшают его эмоциональное состояние, и могут привести к злобной и агрессивной реакции. Девушка-подросток из этой же группы сказала: «Плач мне не помогает, и я вместо этого злюсь и иду метать бумеранг». Ей слёзы тоже не приносят эмоционального облегчения. Однако физические и разрушительные действия действительно помогают справиться с грустью. К сожалению, окружающие могут истолковать такое поведение как признаки гнева и агрессии. Когда у обычных детей или взрослых случаются «отрицательные» эмоции или мысли вроде грусти, тревоги, замешательства или смущения, у них есть обширный словарный запас для их выражения, и он может быть тонким, точным и легко понимаемым другими. У людей же с синдромом Аспергера имеется лишь ограниченный лексикон для выражения эмоций, которому не хватает тонкости и точности, и окружающие могут неправильно понять их слова.

Есть и другие причины, по которым управление гневом может стать проблемой для человека с синдромом Аспергера. У совсем маленьких детей и даже у некоторых взрослых с синдромом Аспергера агрессия может стать средством достижения одиночества. Ребёнок дошкольного возраста испытывает гнев из-за того, что его отвлекают другие дети или ему приходится с ними играть, и он вскоре понимает, что ругательства, агрессивные жесты и действия могут вынудить других детей держаться подальше. Такое поведение может сохраняться на протяжении всей жизни. Даг, взрослый с синдромом Аспергера, которого напрягает собственная вспыльчивость, говорит: «Гнев — это способ оттолкнуть людей от себя», — а Грант говорит: «Люди оставляют меня в покое, если я произвожу грозное впечатление».

В конфликтных ситуациях обычный маленький ребёнок будет сердиться и вести себя агрессивно, чтобы добиться обладания какой-нибудь вещью, доминирующего положения и контроля. Со временем агрессивное поведение и угрозы уступают место переговорам, компромиссам и сотрудничеству, а также пониманию того, что можно добиться желаемого хорошим поведением. Эти стратегии могут быть не очевидными для детей с син-

дромом Аспергера, которые склонны продолжать полагаться на незрелые, но иногда действенные стратегии конфронтации и эмоционального шантажа. Я замечал, что у некоторых детей с синдромом Аспергера может развиваться расстройство поведения, проявляющееся в использовании угроз и насильственных действий для обретения контроля над обстоятельствами и жизненной ситуацией в целом. Например, они могут грозиться ударить свою мать, если она будет настаивать на том, чтобы они ходили в школу. Или прибегают к насилию, чтобы заставить её купить что-нибудь связанное с их специальным интересом. Примечательно, что такое конфликтное, вызывающее и агрессивное поведение обычно не вызвано дурным примером в семье. На самом деле родители, подвергающиеся угрозам и насильственным действиям, — это обычно очень мягкие люди, которым может не хватать уверенности в себе в конфликтных ситуациях.

Чувство гнева из-за чьих-нибудь действий может спровоцировать агрессивное поведение, способное быстро остановить других людей. Например, если ребёнка с синдромом Аспергера дразнят или травят, у него может быть сравнительно небольшой репертуар реакций для прекращения этого. Первый вариант — потребовать прекратить. Но если это не действует, равно как не действуют ни игнорирование действий обидчика, ни постановка в известность взрослого, тогда единственным оставшимся у ребёнка с синдромом Аспергера вариантом остаётся взрывная агрессия для прекращения невыносимых насмешек и издевательства. Я обычно говорю о таких ситуациях: «Не хочешь по-хорошему — будет по-плохому!»² Ребёнок с синдромом Аспергера мог несколько раз попросить человека прекратить его дразнить и издеваться над ним. Если это не срабатывает, то у ребёнка остаётся единственная известная ему альтернатива — остановить своего обидчика кулаками. Хотя ребёнок может понимать последствия такого неприемлемого поведения, он уже не в силах дальше выносить издевательства, и, вероятно, не знает, что ещё можно предпринять.

В Главе 1 рассказывалось о четырёх психологических реакциях ребёнка на понимание своей отличности от других детей при специфическом наборе характерных для синдрома Аспергера способностей и поведенческих черт. Одна из этих реакций — позиция высокомерия, с высокими стандартами

²Примечание переводчика: в оригинале — «Three strikes and you are out» («Три страйка — и ты вылетел»), идиома, происходящая из бейсбола и описывающая принцип наказания: за три одинаковых проступка назначается максимальное наказание без права на помилование (основанные на подобном принципе «закона трёх ошибок» законодательные акты действуют в некоторых американских штатах).

и ожиданиями к самому себе и другим людям, а также со склонностью очень сильно гневаться при смущении или фрустрации. Другие люди воспринимаются как глупые или нарочно вводящие в замешательство или досаждающие ребёнку. Чувство гнева быстро превращается в мысли о возмездии, разрушении, наказании и физической расплате.

В предыдущем разделе этой главы говорилось о высокой частоте депрессии у детей и взрослых с синдромом Аспергера. При типичной депрессии наблюдается упадок сил, низкая самооценка и самообвинения. Чувства интернализированы. Однако иногда депрессия экстернализуется (обвиняются другие люди), а не интернализуется, и связана с периодами сильного эмоционального возбуждения. Специалисты в этом случае говорят об экстернализованной, ажитированной депрессии. Когда ко мне направляют ребёнка с синдромом Аспергера, у которого есть проблемы с управлением гневом, то в ходе диагностики обязательно нужно проверить, не являются ли проявления гнева на самом деле признаком клинической депрессии, которую и нужно лечить.

У проблем с управлением эмоциями в общем и управлением гневом в частности могут быть неврологические причины. Мы знаем, что при синдроме Аспергера в той части мозга, которая называется амигдалой (миндалиной, миндалевидным телом), могут иметься структурные и функциональные аномалии. У амигдалы есть много разных функций, и среди них — восприятие и регуляция эмоций, особенно страха и гнева. Чтобы помочь понять эту функцию амигдалы, можно прибегнуть к метафоре едущего по шоссе транспортного средства. Лобные доли мозга — это водитель, принимающий решения о том, что делать, куда ехать и т. п. Амигдала работает как приборная панель автомобиля, на которой водителю показывается информация о температуре двигателя, количестве масла и топлива, а также скорости машины. В случае синдрома Аспергера эта «приборная панель» работает не очень хорошо. Информация о растущем эмоциональном «перегреве» и работе «мотора» (эмоциях и уровне стресса) недоступна водителю и не предупреждает его о неминуемой поломке.

Это может объяснить, почему ребёнок или взрослый не осознаёт растущий уровень эмоционального напряжения, а его мысли и поведение не указывают на портящееся настроение. В конце концов степень эмоционального напряжения становится зашкаливающей, но в этом случае может быть уже слишком поздно прибегать к когнитивному контролю эмоций. В поведении человека не было предвестников грядущего эмоционального срыва (мелтдауна), которые могли бы увидеть другие люди и помочь

успокоиться. Также их не было и в осознаваемых мыслях человека с синдромом Аспергера, а отсутствие осознания не даёт возможности прибегнуть к самоконтролю.

Хотя нарушение работы амигдалы и является правдоподобным объяснением сложностей с эмоциональной коммуникацией и регуляцией, это остаётся гипотезой, и важно подчеркнуть, что нарушение работы амигдалы не должно использоваться для ухода от ответственности и последствий. Мне не хотелось бы, чтобы дети говорили, что они не могли ничего поделать с гневом, когда они что-то ломали или били кого-то, ведь это всё вина их дефектной амигдалы.

Другими причинами проблем с управлением гневом могут быть сложности с выражением чувств словами (алекситимия), а также использование физических действий для того, чтобы ясно показать своё настроение и выплеснуть энергию эмоций. Иногда гнев нарочно направляется на какого-то человека с целью восстановить своё эмоциональное состояние. Одна девочка с синдромом Аспергера славилась в школе своей вежливостью и послушностью, но, когда она возвращалась домой, то её «слава» менялась на прямо противоположную. Она держала в себе своё напряжение в классе и на детской площадке, но, приходя домой, проявляла словесное и физическое насилие по отношению к своей младшей сестре. Когда я спросил её, почему она так низко поступает с сестрой, возвращаясь из школы, она посмотрела на меня, словно причина была очевидной, и ответила: «Потому что от этого я чувствую себя лучше». Психологический термин для такого поведения — отрицательное подкрепление. Причинение боли сестре прекращало её собственный стресс и было мощным подкреплением её агрессивного поведения.

Иногда акты агрессии являются упреждающими ударами. У ребёнка с синдромом Аспергера может быть жизненный опыт или обусловленные ситуацией соображения, приводящие к мысли, что конкретный ребёнок замышляет против него какую-нибудь гадость. И без какой-либо провокации со стороны другого ребёнка мальчик или девочка с синдромом Аспергера предчувствует конфликт и наносит первый удар: «Он замышлял против меня гадость, поэтому я ударю его первым».

К сожалению, чувство гнева и следующее за ним агрессивное поведение ещё больше отдаляют ребёнка с синдромом Аспергера от конструктивного взаимодействия со сверстниками. Поскольку сверстники не считают ребёнка с синдромом Аспергера своим другом, то они могут оставить всякие попытки успокоить его в гневе.

Управление яростью

В следующем разделе этой главы будет рассказано о программах КПТ по управлению гневом (см. стр. 233), но на этом этапе читателю важно знать, что следует, а что не следует делать, если человек с синдромом Аспергера очень сильно гневается и стремительно теряет контроль над собой, т. е. теряет самообладание и впадает в состояние ярости.

Все мы иногда сердимся, и я знаю таких детей и взрослых с синдромом Аспергера, которые злятся очень редко. Однако для случаев, когда чувство гнева крайне сильно и приводит к взрывной ярости, есть диагноз, который можно поставить некоторым людям с синдромом Аспергера. Интермиттирующее эксплозивное расстройство (англ. Intermittent Explosive Disorder, IED) включено в DSM-IV и определено следующим образом:

У человека было несколько отдельных эпизодов невозможности сопротивляться импульсам, что привело к нападению с тяжкими последствиями или уничтожению собственности, и степень агрессивности совершенно не соответствует какому-либо психосоциальному стрессовому фактору и не может быть объяснено другими психическими расстройствами, такими как расстройство личности, психоз, расстройство поведения, СДВГ, злоупотребление алкоголем или наркомания (American Psychiatric Association (APA), 2000, с. 667).

Таким образом, если у человека с синдромом Аспергера есть проблемы с управлением гневом, являющиеся эпизодическими и крайними в своих проявлениях, то этому может соответствовать диагноз, который даст человеку доступ к подходящей терапии.

Если вы пытаетесь успокоить гневающегося человека с синдромом Аспергера, то важно знать, что некоторые действия могут распалить гнев. Это повышение голоса, конфронтация, сарказм, эмоциональность и физическое удержание. Повышение голоса и конфронтация (с акцентом на наказаниях) накалит ситуацию и приведёт к тому, что человек с синдромом Аспергера станет ещё более возбуждённым и менее гибко мыслящим, что подавляет способность находить адекватные способы остудить свой гнев. Сарказм лишь приведёт человека с синдромом Аспергера в ещё большее замешательство. А если другой человек не сдерживает свои эмоции, начинает злиться, а иногда даже проявляет теплоту или нежность, это становится контрпродуктивным и лишь «подливает масла в огонь».

Когда я беседовал с ребёнком с синдромом Аспергера о способах предотвращения его ярости, я спросил у него, успокоили ли бы его материнские объятия. И он экспрессивно ответил: «Нет! Я лишь только сильнее от этого завожусь». Это было очень полезной информацией. Прикосновения и особенно попытки физического удержания могут усилить чувство гнева и уровень возбуждения. Иногда даже обращённый к человеку вопрос: «Что случилось?» — способен накалить ситуацию, потому что при переживании серьёзного эмоционального стресса способность человека чётко описать причины гнева может быть существенно ограничена, и это лишь создаст ещё более сильную фрустрацию.

При впадении ребёнка или взрослого с синдромом Аспергера в ярость я рекомендую контролирующему ситуацию человеку говорить тихим, но уверенным голосом, причём концентрируясь на чём-то отвлекающем или на конструктивных способах «выпустить пар». Например, можно предложить обратиться к специальному интересу, который полностью захватит разум, подарит много радости и вытеснит гнев из разума человека. Или одиночество, которое поможет постепенно «остыть». Или энергичные физические упражнения вроде длительной пробежки, чтоб «сжечь» разрушительную энергию.

6.5. Любовь

Мы знаем, что у людей с синдромом Аспергера развитие модели психического нарушено или запаздывает, что объясняет их проблемы с выработкой представлений о мыслях и чувствах других людей, а также о своих собственных мыслях и чувствах. Когда человека с синдромом Аспергера направляют на лечение расстройства настроения, это практически всегда связано с проблемами из-за тревоги, печали и гнева. Однако мой обширный клинический опыт, связанный с детьми и взрослыми с синдромом Аспергера, говорит о том, что есть и четвёртая эмоция, которая может беспокоить человека с синдромом Аспергера в плане её понимания и выражения, а именно любовь.

Обычные дети наслаждаются любовью и привязанностью со стороны родителей и ищут её. Они способны увидеть признаки, указывающие на то, что другой человек ожидает от них душевной теплоты, и понимают, когда уместно её выразить: например, чтобы показать взаимность любви или чтобы утешить другого человека. Дети уже в возрасте до двух лет знают, что выражающие любовь и привязанность слова и жесты, возможно, являются самыми лучшими утешителями как для них, так и для кого-то ещё. Однако

человек с синдромом Аспергера может не понимать, почему обычные люди так озабочены выражением взаимной любви, привязанности и душевной теплоты. Человек с синдромом Аспергера может воспринимать объятия как дискомфортное сжатие, и маленький ребёнок с синдромом Аспергера учится сдерживать плач, иначе его обязательно кто-нибудь начнёт тискать.

Донна Уильямс красноречиво описала это в своей автобиографии:

Энн отчаянно вопила; воспитательница присела к ней на кровать и протянула ей куклу — но это, похоже, перепугало ее еще сильнее. «Ох уж эти куклы, символы нормальности, — думала я. — Кошмарное напоминание о том, что „нормальным детям“ положено успокаиваться от присутствия людей — или, по крайней мере, их подобий» (Уильямс, 2015, с. 213) (перевод Williams (1998)).

Если говорить о чувстве любви, то человек с синдромом Аспергера может испытывать удовольствие от очень коротких и не интенсивных его выражений. Но при этом приходит в замешательство и перегружаться, если он сталкивается с более сильными выражениями этого чувства либо если таких проявлений ожидают от него самого. Однако у некоторых детей и взрослых с синдромом Аспергера может наблюдаться нечто прямо противоположное: человек нуждается в частом выражении любви и привязанности (например, для обретения уверенности) и нередко выражает эти чувства чрезмерно и навязчиво с точки зрения других людей. Связанному с тёплыми чувствами словарному запасу человека может не хватать тонких нюансов, а в случае детей — соответствующих возрасту слов. И у некоторых людей выражение этих чувств избыточно. Как сказал мне один из взрослых с синдромом Аспергера: «Мы чувствуем и выражаем любовь и привязанность, но в недостаточной мере и с неправильной интенсивностью».

В автобиографии Эдгар Шнайдер объясняет своё смятение, связанное с любовью:

Однажды моя мать в сердцах сказала мне: «Ты знаешь, в чём проблема? Ты не знаешь, как любить! Тебе нужно научиться любить!» Я был совершенно ошеломлён. И понятия не имел, что она имела в виду. И до сих пор не понимаю (Schneider, 1999, с. 43).

Психоаналитическое исследование синдрома Аспергера показало, что такие люди не так быстро влюбляются (Mayes et al., 1993). Я занимался семейным консультированием пар, в которых у одного из партнёров диагностирован синдром Аспергера. Один из вопросов, который я задавал каждому из

партнёров, — дать описание любви в их понимании. Вот мысли мужчин и женщин, у которых в отличие от их партнёра не диагностирован синдром Аспергера:

Любовь — это: принимать, не осуждать, поддерживать.

Любовь — это: комплекс убеждений, коренящийся в наших детских разговорах и опыте. Она вдохновляется встречей с кем-то, у кого есть качество, которым вы, возможно, восхищаетесь или которого у вас нет (и оно вызывает восхищение и уважение). Или тот, кем вы восхищаетесь, отражает образ вашего идеального «я», т. е. то, кем вы хотите быть или хотите себя видеть.

Любовь — это: страсть, принятие, теплота и привязанность, утешение, взаимное удовольствие.

Любовь — это: то, что я чувствую внутри себя, когда я нахожусь рядом с другим человеком.

А вот некоторые описания, данные их партнёрами с синдромом Аспергера:

Любовь — это: помогать тому, кого любишь и делать что-нибудь для него.

Любовь — это: попытка присоединиться к эмоциям и чувствам другого человека.

Любовь — это: партнёрство, помогать в правильном направлении тому, кто от тебя зависит.

Любовь — это: понятия не имею, что она включает в себя.

Любовь — это: терпимость, преданность, предоставление «личного пространства».

Любовь — это: я не знаю правильного ответа.

Любовь — это: то, что мне ещё предстоит почувствовать и испытать.

В своей книге «„Аспергеры“ и любовь» (Aspergers in Love) Максин Астон объясняет это так:

В отношениях «аспергеры»-мужчины обычно очень честны, преданны и старательны, большинство из них будут верны и останутся со своими избранницами на всю жизнь. Они будут дарить и предлагать любовь всеми способами, которыми только могут. Если их партнёрши понимают синдром Аспергера, то они оценят проявление любви

в практических поступках. Маловероятно, что мужчина-«аспергер» будет способен на эмоциональную поддержку или эмпатическое сопереживание. И некоторые женщины могут быть не в состоянии жить с пустотой и одиночеством, способными возникнуть из-за этого (Aston, 2003, с. 198).

У человека с синдромом Аспергера может быть выражено сострадание к чужой физической боли, и он может быть тронут, когда видит результаты голода или стихийных бедствий. Однако мне иногда приходится объяснять людям с синдромом Аспергера, что так же, как текущая из раны кровь говорит о физической боли, текущие из глаз слёзы могут говорить о боли эмоциональной. И существуют действия, которые он может предпринять, чтобы облегчить эмоциональную боль другого человека.

Редкое выражение ребёнком любви как вербальным, так и невербальным путём может доводить до слёз родителей ребёнка, в особенности мать. Когда она проявляет свою любовь к ребёнку тёплыми объятиями, то тело ребёнка может «одеревенеть», а если ребёнок испытывает стресс, то проявления душевной теплоты совершенно не обязательно его успокоят. Нередко матери интересуются, что же они могут сделать, чтобы утешить своего ребёнка с синдромом Аспергера, если проявления любви и привязанности отвергаются или просто неэффективны для восстановления эмоционального благополучия.

Ребёнок с синдромом Аспергера может приходить в замешательство от проявлений любви у своих родителей или неправильно понимать их. Например, мать тревожного ребёнка с синдромом Аспергера восьми лет, укладывая его спать, ложилась рядом с ним в его кровать. Это было её проявлением любви к нему: своеобразное уверение в том, что, засыпая, он будет рядом с тем, кто его любит. Когда я спросил ребёнка, почему его мать ложится рядом с ним, он ответил, что «она устала и сказала, что моя кровать — самая удобная».

Учителя вскоре понимают, что ребёнку с синдромом Аспергера может очень не нравиться публичная похвала, включающая слова и жесты душевной теплоты. У человека с синдромом Аспергера может быть весьма ограниченная способность переносить проявления душевной теплоты и сентиментальности у других людей. Крис объяснил это так: «Я ненавижу сентиментальность и думаю, что это показное и бессмысленное выражение пустых эмоций в ущерб делу, и её всячески нужно избегать, поскольку она обесценивает подлинное выражение чувств» (Slater-Walker and Slater-Walker, 2002, с. 18).

И хотя человек с синдромом Аспергера может получать удовольствие от тихих и спокойных проявлений любви и выражать её так же, проявления этого чувства могут превратиться в проблему, если он начнёт «сходить с ума» по кому-то в подростковом возрасте или юности. В этом случае выражение любви и знаки привязанности могут быть чрезмерными. Чьё-то проявление доброты может быть неправильно понято как нечто большее. Из-за нарушенной модели психического или задержки её развития человек с синдромом Аспергера может счесть, что его чувства взаимны, и начать настойчиво следить за объектом обожания, пытаясь с ним поговорить. Это может привести к обвинению в преследовании.

Чтобы справиться с тревогой, депрессией и гневом, мы прибегаем к терапевтическим программам и медикаментам, но клиницистов редко просят вылечить обычных людей от «любовной болезни». Однако специалисты по синдрому Аспергера понимают, что детей и взрослых с этим синдромом необходимо обучать пониманию и выражению привязанности и любви. Причём всему спектру: от симпатии и комплиментов до влюблённости с признанием возможных ожиданий партнёра в плане сентиментальности, романтики и страсти в отношениях. Образовательные программы, посвящённые любви и взаимоотношениям, должны включать объяснения с использованием Социальных Историй™ или Социальных Статей (см. с. 120), почему обычные люди любят проявления душевной теплоты и как это им помогает. Или как проявлять свою симпатию к кому-то и как узнать, взаимна ли она. А также как достичь компромисса между той степенью проявления тёплых чувств, которая нравится человеку с синдромом Аспергера, и ожиданиями членов семьи и друзей.

Для партнёра и родителя с синдромом Аспергера терапия может включать обучение тому, когда и как выражать свою любовь и привязанность и с какой частотой. Иногда я прибегаю к взятым из КПТ методикам вроде повышения эмоциональной компетентности, чтобы помочь человеку с синдромом Аспергера понять концепцию любви и то, как она ощущается. Или к когнитивной реструктуризации для изменения мышления и поведения, а также к десенсибилизации для уменьшения тревоги, замешательства и фрустрации, часто связанных с чувством любви. Цель заключается в постепенном повышении терпимости человека, его жизнерадостности и способности доверять для того, чтобы он мог выражать целый спектр чувств — от симпатии до любви.

Тэмпл Грандин объясняла это так:

Сканирование моего мозга показало, что некоторые ответственные за эмоции сети между префронтальной корой и амигдалой у меня просто не подключены, что влияет на мои эмоции и связано с моей способностью чувствовать любовь. Я испытываю чувство любви, но оно не такое, как у большинства нейротипичных людей. Означает ли это, что моя любовь — это нечто менее ценное, чем то, что чувствуют другие люди? (Grandin and Barron, 2005, с. 40)

6.6. Когнитивная поведенческая терапия

Когда у ребёнка или взрослого с синдромом Аспергера диагностируют расстройство настроения, клинический психолог или психиатр должен знать, как приспособить психологическую терапию расстройств настроения к необычному стилю мышления людей с синдромом Аспергера. Основной психологической терапией расстройств настроения является когнитивная поведенческая терапия (КПТ), развивавшаяся и совершенствовавшаяся на протяжении нескольких десятилетий. Научные исследования показали, что КПТ — эффективное лечение, способное изменить способ мышления и реакции человека на такие эмоции, как тревога, печаль и гнев (Graham, 1998; Grave and Blissett, 2004; Kendall et al., 2000). КПТ уделяет основное внимание зрелости, сложности, дифференцированности эмоций и богатству связанного с ними словарного запаса, а также дисфункциональным или нелогичным мыслям и некорректным предположениям. Таким образом, она напрямую применима к детям и взрослым с синдромом Аспергера с нарушениями или задержкой развития модели психического, а также со сложностями в понимании, выражении и управлении эмоциями. Используемая в КПТ теоретическая модель эмоций согласуется с современными научными моделями человеческих эмоций, а именно с повышением осознанности своего эмоционального состояния, знаний о том, как реагировать на эмоцию, а также как стать более чувствительным к эмоциям окружающих (Ekman, 2003; Экман, 2010). В настоящее время опубликованы клинические случаи и объективные научные доказательства, свидетельствующие о существенном ослаблении расстройств настроения у детей с синдромом Аспергера при использовании КПТ (Bauminger, 2002; Fitzpatrick, 2004; Hare, 1997; Hare and Paine, 1997; Reaven and Hepburn, 2003; Sofronoff et al., 2005).

В КПТ есть несколько компонентов или этапов, и первый из них — это оценка природы и тяжести расстройства настроения с помощью шкал самооценки, а также клинического интервью. Следующий компонент — это повышение эмоциональной компетентности, т. е. повышение уровня знаний человека об эмоциях. Он включает в себя обсуждения и задания, направленные на исследование связей между мыслями, эмоциями и поведением, и на выявление тех представлений, на основе которых человек понимает свои эмоции и воспринимает различные ситуации. Чем лучше человек понимает эмоции, тем лучше он способен их выражать и должным образом контролировать. Третий этап КПТ — это когнитивная реструктуризация для коррекции сложившихся представлений и дисфункциональных убеждений с целью конструктивного управления эмоциями. И заключительная стадия — это планирование деятельности, связанной с практическим применением новых когнитивных навыков по управлению эмоциями в реальных жизненных ситуациях.

Я разработал две программы КПТ для детей и взрослых с синдромом Аспергера под названием «Исследуя чувства» (*Exploring Feelings*). Одна из них предназначена для управления гневом, другая — для управления тревожностью (Attwood, 2004a,b). Обычно программу КПТ претворяет в жизнь клинический психолог, но программа «Исследуя чувства» разработана таким образом, что она может быть реализована психологом (школьным или клиническим), психиатром, учителем, логопедом или специалистом по нарушениям развития речи, эрготерапевтом или родителем.

В предыдущем разделе этой главы было рассказано о методиках, пригодных для измерения тяжести расстройств настроения у детей и взрослых с синдромом Аспергера, а также для выявления специфических ситуаций, связанных со сложностями в управлении эмоциями. Собственно терапия начинается с возможности узнать об эмоциях, что психологи называют повышением эмоциональной компетентности.

Повышение эмоциональной компетентности

Повышение эмоциональной компетентности — компонент КПТ, связанный с изучением человеком преимуществ и недостатков эмоций, а также с идентификацией различных уровней их выраженности в словах и действиях, причём как самим человеком, так и окружающими. Ребёнку это можно преподнести как научный проект. Основной принцип — исследовать одну эмоцию за один раз, начиная с положительной эмоции перед тем, как пере-

ходить к эмоции, имеющей клиническое значение. Психолог или терапевт часто выбирает первую эмоцию, обычно счастье или удовольствие. Далее будут рассмотрены задания и методики, которые могут использоваться для повышения эмоциональной компетентности в рамках КПТ.

Создание альбома эмоций

Одной из первых задач является создание альбома для иллюстрирования какой-либо эмоции. Он может включать картинки или представления, связанные с этой эмоцией именно для конкретного человека с синдромом Аспергера: например, если эмоция — это счастье или удовольствие, то в альбом можно добавить фотографию редкого паука, если специальный интерес человека связан с насекомыми и пауками. Важно помнить, что альбом иллюстрирует удовольствие именно в жизни конкретного человека, и они не всегда могут быть типичными для обычных детей и взрослых удовольствиями. Я заметил, что взрослые с синдромом Аспергера часто включают в свою книгу удовольствий изображения, но на этих картинках обычно нет людей и показаны пейзажи и животные.

Маленький ребёнок может вырезать и вклеить в альбом изображения счастливых людей из журнальной рекламы, а также картинки с приносящими радость событиями и деятельностью. Картинки также подбираются так, чтобы показать, как может быть преодолено что-то, изначально казавшееся непреодолимой проблемой. Так, на одной фотографии может быть изображён ребёнок, только начинающий обучаться новому навыку, например, езде на велосипеде. Под ней делается заметка о том, что на этом этапе он ещё неумелый, и с этим связаны такие эмоции, как тревога и огорчение. И рядом с этой фотографией помещается другая, на которой показан успех ребёнка в конце и его радость. Этот альбом также может включать картинки и описания любимой еды, игрушек и людей.

В образовательной программе также исследуются связанные с эмоциями и чувствами ощущения, такие как ароматы, вкусы и фактуры. Всё это записывается в альбом, который также можно использовать как дневник. В него могут добавляться полученные человеком комплименты, записываться достижения вроде сертификатов, а также памятные вещи, связанные с радостными событиями. Альбом следует регулярно обновлять, и он может использоваться на более позднем этапе КПТ, чтобы помочь изменить какое-то конкретное настроение и способствовать развитию уверенности в себе и укреплению самооценки.

Альбомы счастья или удовольствия можно использовать, чтобы показать разное восприятие ситуации. Например, если терапия проводится в группе, то альбомы участников можно сравнить и противопоставить. И станет ясно, что любимая тема одного человека не обязательно разделяется другими: разговор о поездках может быть радостным переживанием для одного из участников, но восприниматься как нечто крайне скучное кем-нибудь ещё. Таким образом, частью обучения является объяснение того, что хотя определённая тема может дарить хорошее настроение лично вам, попытка развеселить другого человека с помощью этой же темы может не сработать.

Восприятие эмоциональных состояний

Другой важный аспект повышения эмоциональной компетентности в КПТ — это дать человеку возможность открыть для себя явные признаки, говорящие о конкретных уровнях эмоции на языке его телесных ощущений, поведения и мыслей. Эти ощущения могут послужить ранними предвестниками грядущей эскалации эмоции. Повышение эмоциональной компетентности предназначено в том числе для улучшения функции амигдалы, связанной с информированием лобных долей мозга о повышающемся уровне стресса и эмоционального возбуждения. Для выявления этих внутренних признаков можно использовать технологии биологической обратной связи: например, электромиографию со звуковой обратной связью (англ. auditory electromyography, EMG) или приборы для мониторинга гальванической кожной реакции (англ. galvanic skin response, GSR). Всё это делается, чтобы помочь человеку осознавать своё эмоциональное состояние и развивать его способности управлять эмоциями, не доводя до потери когнитивного контроля.

Программы повышения эмоциональной компетентности содержат информацию о том, как считывать эмоциональные состояния других людей. В своей автобиографии Нита Джексон описывает это так:

Я вдруг осознала, что не понимаю выражений лиц людей — что они выражают или то, каким способом они это выражают. Вспоминая мои ранние школьные годы, я поняла, что смеялась, когда кто-то другой плакал, потому что я думала, что этот человек смеялся. Я не понимаю, как я допускала такие ошибки: всё, что я знаю — это то, что я делала их часто (Jackson, 2002b, с. 20).

Выражения крайне сильных эмоций на лице при плаче и смехе могут быть очень похожими друг на друга. Обе эмоции могут вызвать слёзы. И в этом случае замешательство человека с синдромом Аспергера довольно понятно, но может быть неправильно истолковано окружающими. Дети с синдромом Аспергера могут переживать очень сильный стресс, если кто-то смеётся в ответ на сказанное или сделанное ими. Они не знают, почему другой человек счёл их реплику или действие забавными, или не понимают, смеётся ли этот человек вместе с ними или над ними. Задания по повышению эмоциональной компетентности могут содержать методики для улучшения работы модели психического (см. Главу 5), включая развитие способности понимать выражения лиц и определять намерения других людей, особенно в плане их дружелюбности, непреднамеренности или злонамеренности.

В повышение эмоциональной компетентности входит работа с информацией о выражениях лица, интонациях и «языке тела», передающих чувства другого человека. О лице говорится как об «информационном центре» эмоций. Типичные ошибки — неумение отличить важные признаки от неважных, а также их неверная интерпретация. Терапевт использует широкий спектр игр и материалов, чтобы «обнаружить послание» и объяснить возможность многозначности: например, нахмуренный лоб может означать гнев, недоумение или быть признаком стареющей кожи; а громкий голос не обязательно означает, что человек сердится. Участники используют картинки для сравнения соответствующих различным эмоциям выражений лиц и исследуют сочетания элементов мимики, задействованных в этих выражениях.

Чтобы понять, как определить настроение по вербальным признакам, участники могут слушать аудиозаписи речи других людей и подмечать изменения в просодии и выразительности. Другое задание — это повторение одного и того же предложения с использованием различных интонаций, выражающих настроение человека. Например, слова «Иди сюда» можно прошептать, выкрикнуть, сопроводить вздохом или быстро проговорить, и это будет соответствовать очень разным значениям (Pyles, 2002). Обучать пониманию жестов можно посредством видеоизменённой игры «крокодил», в которой от человека требуется изображать какое-то действие и одновременно — какое-то определённое настроение. Другие участники при этом должны угадать и действие, и эмоцию. Например, действием может быть игра в теннис в состоянии смущения или мытьё посуды в расслабленном состоянии.

Повышение эмоциональной компетентности также призвано расширить используемый человеком для выражения эмоций словарный запас. Чаще всего не хватает слов для выражения оттенков эмоций: например, для состояний между слабым раздражением и яростью или для чувства между лёгкой грустью и желанием прекратить свои страдания самоубийством. Родители часто обеспокоены тем, что, когда ребёнок взволнован из-за какого-то относительно незначительного события, он может проявлять чрезмерную реакцию. Например, ребёнок понимает, что банка его любимого варенья или желе опустела, запасной банки в буфете нет, а магазины закрыты. Он может отреагировать на это излишне драматично, говоря сквозь слёзы, что это вина его матери, и что мать его не любит. Для родителя эта утрированная реакция выглядит нелепой и ранящей, но она может служить примером ограниченного словарного запаса для выражения эмоций.

Я видел подростка с синдромом Аспергера, чья мать была обеспокоена тем, что в течение недели он несколько раз говорил, что собирается убить себя. Я немедленно провёл обследование на клинические признаки депрессии. Их не было. Тогда я объяснил ему концепцию эмоционального термометра для измерения интенсивности эмоций, написал на маленьком листке бумаги использованные им слова, которые вызвали столь сильное беспокойство: «Я собираюсь убить себя». У термометра была шкала от 1 до 10, и я попросил его разместить это высказывание у той метки шкалы, которой оно соответствует. Он поместил его рядом с делением 2. И мы обнаружили крайнюю ограниченность его словарного запаса для выражения чувств разочарования и грусти. Он запомнил эти слова из фильма, где актёр из-за горя выражал суицидальные настроения, и подумал, что это — способ выражения любой степени грусти.

Расширение лексикона для выражения эмоций может помочь в тех ситуациях, когда человек с синдромом Аспергера не знает, какими словами будет уместно выразить эмоциональную реакцию. В своей автобиографии Стивен Шор объяснял:

Временами мне хочется посвятить себя изучению чувств и эмоций. Обычно это происходит, когда я наблюдаю за человеком, находящимся в состоянии сильного эмоционального возбуждения, или когда я понимаю, что мои собственные эмоции не соответствуют общепринятым нормам в той или иной ситуации. Я обдумываю такие ситуации самостоятельно или же обращаюсь к людям, которым доверяю. Насколько я понимаю, музыка нередко делает эмоции более сильными. Когда я слушаю музыку или проигрываю какую-нибудь мелодию у себя в

голове, эмоциональный фон обычно соответствует моему настроению. Иногда мне кажется, что чувства можно извлечь на свет, как следует рассмотреть и положить обратно. А бывает, что я знаю, какую эмоцию должен бы ощущать, но не могу найти её в своём сердце.

После того, как моя первая девушка на год уехала учиться в Швецию, я без конца слушал запись девятой симфонии Густава Малера. В особенности финал этого произведения помог мне преодолеть печаль и чувство утраты, связанные с её отъездом. Кроме всего прочего, я понимал, что нашим отношениям, скорее всего, пришёл конец (Шор, 2014, с. 126) (перевод Shore (2001)).

Измерение интенсивности эмоций

Одна из важнейших вещей, связанных с идентификацией конкретной эмоции — это использование измерительного инструмента для указания на её силу или интенсивность. Терапевт может использовать модели «термометра», «шкалы» или «регулятора громкости», а также множество различных заданий для определения степени выраженности эмоции. Например, можно подобрать серию картинок с выражениями лица, соответствующими различным уровням счастья, и положить каждую из них рядом с подходящим делением инструмента. Также можно подобрать спектр слов, используемых для описания различных уровней счастья, и поместить их в подходящих местах шкалы.

Найти картинки с другими эмоциями вроде грусти, гнева, любви или нежности может быть сложнее, чем те, на которых показано счастье. Я использовал еженедельные новостные журналы, чтобы собрать изображения грустных ситуаций, например, пострадавших от стихийного бедствия людей, в спортивных заметках я искал изображения людей в гневе. Картинки с любовью или нежностью можно вырезать из популярных развлекательных журналов.

При проведении связанной с управлением эмоциями терапии во избежание путаницы важно убедиться в том, что ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера использует те же значения и интерпретации слов и жестов, что и терапевт. Клинический опыт показал, что некоторые дети и подростки с синдромом Аспергера склонны использовать излишне сильные утверждения при возбуждении или волнении. Повышение эмоциональной компетентности расширяет связанный с выражением эмоций

словарный запас человека, чтобы достичь точности и определённости в их словесном выражении, и таким образом позволяет избегать радикальных и оскорбительных или ранящих высказываний.

Стивен Шор преподаёт музыку. Он объяснял мне, что у одного из его учеников, ребёнка с синдромом Аспергера, были проблемы с градацией выражения эмоций, и Стивен обучал его дирижированию для привнесения идеи градации в физическую реальность. Стивен и его ученик по очереди дирижировали друг другом во всём динамическом диапазоне, что позволило ученику перенести эту идею на эмоции и другие сферы своей жизни, в которых нужно нечто большее, чем подход «включено» или «выключено».

Как только идея измерительного прибора усвоена, её можно использовать и для оценки силы переживаемых эмоций в отдельных ситуациях. При изучении количественной стороны рассматриваемой эмоции можно задать вопросы, например: «Насколько счастливы/грустны/рассержены Вы будете, если ...?» — требуя как численного значения на «приборе», так и связанных с ними слов, выражения лица, интонации и «языка тела», соответствующих этой степени выраженности эмоций.

Это задание особенно полезно для выявления эмоциональной реакции человека на специфические ситуации, вызывающие тревогу, грусть или гнев, и оно может использоваться для изучения влияния слов и действий других людей на эмоциональное состояние человека с синдромом Аспергера. Я заметил, что люди с синдромом Аспергера испытывают значительные трудности с пониманием влияния собственных слов и действий на чувства других людей, что является последствием нарушенной модели психического и эмпатии. Можно задать такие вопросы: «Насколько счастливы будут Ваша мать или партнёр, если Вы скажете им, что любите их?» — или: «Насколько опечалится он или она, если Вы скажете, что ...?» И это может привести к важным открытиям для обеих сторон.

Фотографии эмоций, материалы для чтения и компьютерные программы

Программа повышения эмоциональной компетентности может включать создание альбома фотографий, на которых изображён сам ребёнок и члены семьи, выражающие конкретные эмоции. Или альбома видеозаписей, на которых ребёнок выражает свои чувства в повседневных жизненных ситуациях. Особенно ценной может стать демонстрация его поведения в гневе.

Другое задание под названием «Угадай сообщение» может включать показ специфических и менее очевидных знаков вроде кашля как предупредительного сигнала или приподнятых бровей, выражающих сомнение.

Ценной частью такой программы станут посвящённые отдельным эмоциям книги. Литература об эмоциях должна соответствовать навыкам чтения ребёнка. Например, маленькие дети могут читать книги Роджера Харгривза из серии «Господа» (Mr Men), среди которых есть посвящённые таким персонажам, как Мистер Счастье (Mr Happy) и Мистер Брюзга (Mr Grumpy). В настоящее время имеется литература по конкретным расстройствам настроения для разных возрастов, и в ней можно прочесть вымышленные истории, чтобы понять, как главный герой в конце концов осознаёт свои эмоции и обретает контроль над ними. Некоторые из использованных мной для изучения эмоций с детьми и взрослыми с синдромом Аспергера книг включены в раздел «Ресурсы» в конце этой книги.

Бесценной частью программ по повышению эмоциональной компетентности для детей и взрослых с синдромом Аспергера являются компьютерные программы, объясняющие, как увидеть мысли и чувства другого человека (Carrington and Forder, 1999; Silver and Oakes, 2001). Пожалуй, чаще всего используется курс «Понимание внутреннего мира других людей: интерактивное руководство по эмоциям» (Mind Reading: The Interactive Guide to Emotions), разработанный Саймоном Бароном-Коэном и его коллегами (см. Главу 5 и раздел «Ресурсы» в конце книги). Также недавно стал доступен новый комплект материалов CAT-kit для повышения эмоциональной компетентности, разработанный мной и коллегами из Дании специально для детей и взрослых с синдромом Аспергера. Более подробная информация доступна по адресу www.cat-kit.com.

Встраивание специального интереса в программу повышения эмоциональной компетентности

Важно встроить специальный интерес человека в программу для улучшения мотивации, внимательности, понимания и выработки новых представлений. Например, я работал с подростками, чьим специальным интересом была погода, и предложил, чтобы они описывали свои эмоции так, словно это прогноз погоды. «Полевое исследование» эмоций ребёнком со специальным интересом к авиации может состоять в посещении аэропорта и наблюдении за эмоциями пассажиров, приветствующих друзей и родственников или прощающихся с ними, а также ждущих своей очереди на досмотре. Связан-

ный с парками аттракционов интерес можно конструктивно использовать для исследования эмоций, варьирующихся от захватывающего трепета на американских горках до страха при поездке по пещере ужасов.

Альтернативные способы выражения эмоций

Проводящий программу по повышению эмоциональной компетентности специалист также может исследовать различные способы выражения чувств. Я заметил, что, хотя человек с синдромом Аспергера может испытывать значительные трудности при разговоре об эмоциях, он часто становится более выразительным и пронизательным при передаче своих эмоций при составлении e-mail, ведении дневника или сочинении стихов. Или, возможно, при выборе или исполнении музыки, рисовании выражающих эмоции картин, либо при пересказе сцены из фильма.

Дальнейшее продвижение в программе

Когда достигнуто понимание приносящих радость и положительных эмоций — счастья, любви, привязанности и различных степеней их выраженности, — настает время переходить к следующему этапу повышения эмоциональной компетентности. При этом используются те же задания и методики, но для работы с противоположными, отрицательными эмоциями — тревогой, грустью или гневом. При исследовании негативных эмоций вроде тревоги или гнева нужно использовать задания, объясняющие концепцию «бей, беги, замри», которая описывает реакцию на видимую опасность или угрозу. Ребёнок изучает то, как отрицательные эмоции тревоги и гнева влияют на его тело и мышление. Адреналин вызывает учащение пульса, избыточное потоотделение и мышечное напряжение и влияет на восприятие, способность решать задачи и на физическую силу. На протяжении многих тысяч лет эти изменения были преимуществом в тревожных или опасных для жизни ситуациях. Однако в современном обществе мы можем испытывать столь же сильные физиологические и психологические реакции на то, что *воображается* или *ошибочно воспринимается* как угроза. Также важно объяснять, что, когда мы взволнованы, мы можем быть менее логичными и рациональными, и это влияет на наше умение решать задачи и принимать решения. Способность сохранять спокойствие и «холодную голову» поможет ребёнку как в межличностных, так и в практических ситуациях.

Мой клинический опыт говорит о том, что некоторые дети и взрослые с синдромом Аспергера крайне чувствительны относительно исследования и выражения той эмоции, которая с большим трудом поддаётся их контролю и вызывала ранее сильное смущение или приводила к отрицательным последствиям. Например, ребёнка направили ко мне из-за проблем с управлением гневом. Но когда я начинаю исследовать эту эмоцию, ребёнок упорно сопротивляется обсуждению даже малейших проявлений гнева. В такой ситуации я обычно начинаю с другой негативной эмоции, чтобы показать, чего можно достигнуть, и чтобы выработать у ребёнка уверенность в том, что он может контролировать другие эмоции. И это даёт возможность перейти к клинически значимой эмоции.

Когнитивная реструктуризация

Связанный с когнитивной реструктуризацией компонент КПТ позволяет человеку скорректировать мысли, вызывающие эмоции вроде тревоги, гнева или чувства низкой самооценки. Терапевт помогает человеку менять свои мысли, эмоции и поведение с помощью рассудка и логики. КПТ также способствует формированию большей уверенности и оптимистичности, опираясь на такие признанные качества человека с синдромом Аспергера, как логика и интеллект.

Первым этапом является поиск доказательств для какой-то конкретной мысли или убеждения. Люди с синдромом Аспергера могут делать ложные предположения об обстоятельствах и о намерениях других людей из-за нарушенной работы модели психического или задержки её развития. Они также склонны к буквальному пониманию, и обычная реплика может быть вырвана из контекста или же воспринята ими крайне обострённо. Например, другой ребёнок в школе может сильно злиться на ребёнка с синдромом Аспергера и «в сердцах» сказать: «Завтра, когда ты придёшь в школу, я тебя убью». Ребёнок с синдромом Аспергера может буквально понять сказанное и бояться того, что его завтра убьют. Другой пример неправильного понимания чувств или намерений связан с любовью и привязанностью: пятилетняя девочка с синдромом Аспергера пришла домой из школы, определённо чем-то обеспокоенная, и начала собирать чемодан, настаивая на том, чтобы она и её мать покинули город этим вечером. В конце концов её мать разуднала причину отчаянного желания покинуть их городок: маленький мальчик того же возраста подошёл к ней и сказал: «Я собираюсь жениться на тебе».

Ключевой и действенный компонент когнитивной реструктуризации — постановка под сомнение конкретных убеждений с помощью фактов и логики. Это может быть информация, показывающая реальные намерения других людей и говорящая о том, что по статистике риск какого-то определённого события крайне низок и не обязательно фатален. Все мы уязвимы по отношению к искажениям при концептуализации, но люди с синдромом Аспергера в меньшей степени способны посмотреть на вещи в более широкой перспективе, попросить разъяснений или рассмотреть альтернативные объяснения или способы реагирования. В КПТ человека поощряют быть более гибким в своём мышлении и запрашивать разъяснения, используя вопросы или реплики вроде: «Вы шутите?» — или: «Я в замешательстве из-за сказанного Вами». Такие реплики могут использоваться и при неправильном понимании намерений другого человека, например: «Вы серьёзно?» — или: «Вы сказали это намеренно?» — а также чтобы спасти ситуацию после неуместного ответа с помощью комментария вроде: «Мне жаль, что я оскорбил Вас», — или: «Боже мой, что я должен был сделать?» Стивен Шор задаёт примерно такие вопросы: «Я вижу на Вашем лице какое-то выражение, но не могу понять его. Сделал ли я что-то, что Вас обеспокоило?»

Другой аспект когнитивной реструктуризации — это расширение репертуара конструктивных ответов в отдельной ситуации. К сожалению, у детей и взрослых с синдромом Аспергера обычно ограничен диапазон реакций в вызывающих тревогу или гнев ситуациях. Терапевт и ребёнок создают список уместных и неуместных реакций, а также последствий каждой из них. Различные варианты могут быть изображены в виде блок-схемы, позволяющей ребёнку определить наиболее уместную реакцию в долгосрочной перспективе и для всех участников.

Разговоры в комиксах

Для объяснения альтернативных точек зрения или исправления ошибок или предположений можно использовать разработанные Кэрол Грей Разговоры в комиксах. Они помогут ребёнку или взрослому понять мысли, убеждения, знания и намерения участников конкретной ситуации. Эта методика заключается в изображении события или последовательности событий в виде раскадровки комикса со схематичными фигурками, представляющими каждого участника, и пузырями, представляющими их слова и мысли. Ребёнок и терапевт используют набор разноцветных фломастеров, где каж-

дый цвет соответствует какой-то эмоции. Когда они заполняют пузырь с речью или мыслями, ребёнок выбирает цвет, показывающий его восприятие выражаемых или подразумеваемых эмоций и мыслей. Это проливает свет на интерпретацию событий ребёнком и объясняет его мысли и реакции. Такая методика может помочь ребёнку выявить и исправить ошибочное восприятие и определить, как альтернативные реакции будут влиять на мысли и чувства участников.

Разговоры в комиксах также позволяют ребёнку проанализировать и понять являющийся естественной частью разговора и взаимодействия диапазон сообщений и смыслов. Я обнаружил, что дети с синдромом Аспергера часто полагают, что другие люди думают в точности то же, что и они (т. е. дети); или что другие люди думают именно о том, что было сказано, и ни о чём более. Разговоры в комиксах можно использовать для демонстрации того, что в одной и той же ситуации у каждого человека могут быть совершенно разные мысли, чувства и мнения о том, что надо думать и делать. Эту методику также можно использовать для определения и исследования клиентом и терапевтом возможных мыслей и поступков человека при его реакциях на целый ряд альтернативных вариантов поведения. Затем клиент может выбрать, о чём думать, что говорить и что делать, чтобы достичь наилучшего исхода для всех сторон.

Набор эмоциональных инструментов

С самых ранних лет детям знакомы наборы инструментов, содержащие самые разнообразные приспособления, которыми можно починить автомобиль или что-нибудь в доме. Я недавно разработал концепцию *набора эмоциональных инструментов* (англ. Emotional Toolbox), оказавшейся весьма успешной методикой когнитивной реструктуризации и терапии тревоги и гнева у людей с синдромом Аспергера (Sofronoff et al., 2005). Идея заключается в обнаружении разных видов «инструментов», способных устранять проблемы, связанные с отрицательными эмоциями, особенно с тревогой, гневом и грустью. Весь этот набор можно разделить на те, что помогают быстро и конструктивно сбросить или медленно ослабить силу эмоций, и на улучшающие мышление. Терапевт работает с ребёнком или взрослым с синдромом Аспергера и с его семьёй, чтобы выявить разные инструменты, способные привести в порядок чувства, а также те, которые могут усугубить как эмоции, так и их последствия. Они вместе используют ручки и бумагу во время сессий «мозгового штурма», на которых они рисуют

ящик с инструментами, изображают и составляют описания разных типов инструментов и действий, которые помогут привести эмоции в порядок конструктивными способами.

Физические инструменты

Управление эмоциями может быть понято детьми и взрослыми с синдромом Аспергера как проблема «управления энергией», т. е. избыточного количества эмоциональной энергии и сложностей с её контролем и конструктивным высвобождением. Дети и взрослые с синдромом Аспергера оказываются менее способными к медленному выпуску эмоциональной энергии через релаксацию и размышления и обычно предпочитают приводить в порядок чувства или высвобождать их энергичным действием.

Я прошу человека перечислить виды инструментов в наборе и использовать различные категории инструментов, представляющие разные стратегии управления энергией. Молоток может соответствовать инструментам или действиям, физически высвобождающим эмоциональную энергию через конструктивные действия. На большом листе бумаги рисуется молоток, и человек с синдромом Аспергера и терапевт разрабатывают список безопасных и уместных способов физического высвобождения энергии. Для маленьких детей это могут быть прыжки на батуте или качание на качелях. Детям постарше и взрослым пробежка, занятия спортом или танцами позволят «выпустить пар» или высвободить эмоциональную энергию. Один ребёнок с синдромом Аспергера предложил игру в теннис в качестве физического инструмента, поскольку он «остужает мой „боевой дух“». Возможны и другие виды физической активности — катание на велосипеде, плавание или игра на барабанах. Некоторые домашние дела могут также дать неплохой выход энергии: например, выжимание апельсинового сока или отбивание мяса на кухне; взрослые же могут заняться некоторыми видами работ в саду или ремонтом жилища.

Некоторые дети и взрослые с синдромом могут осознать, что разрушение — это физический инструмент, который может быть очень эффективным «быстрым» решением для прекращения неприятных чувств или фрустрации. Существуют некоторые домашние дела, дающие приемлемый и конструктивный выход потенциально деструктивной энергии без разрушений, связанных с последующим дорогим ремонтом. Например, можно смять банки или упаковки для переработки или порвать старую одежду на

тряпки. У подростков с синдромом Аспергера это «созидательное разрушение» может быть первоочередным механизмом по приведению чувств в порядок.

Инструменты релаксации

Инструменты релаксации могут помочь человеку успокоиться, снизить пульс и постепенно высвободить эмоциональную энергию. Возможно, этой категории инструментов для приведения эмоций в порядок соответствует картинка с кистью. Инструменты или деятельность для релаксации могут включать рисование, чтение и особенно прослушивание расслабляющей музыки для постепенного успокоения мыслей и страхов. Люди с синдромом Аспергера часто обнаруживают, что одиночество — это очень эффективный способ релаксации. Им может быть нужно уйти в тихое, уединённое убежище, что будет эффективным средством нормализации эмоционального состояния. Необходимо обеспечить дома убежище для эмоционального восстановления, возможно, в спальне ребёнка. А также убежище в школе: возможно, укромное место в классе или место на детской площадке, защищённое от склонных к хулиганству и травле детей (см. Главу 4). Маленький ребёнок может расслабиться с помощью спокойного раскачивания или выполнения повторяющихся действий: например, манипуляций с предметом вроде мячика для снятия стресса, кубиком Рубика, или чётками для расслабления. Повторяемость и предсказуемость, как правило, способствует релаксации, и подросток или взрослый с синдромом Аспергера может прослушивать одну и ту же песню снова и снова. Однако это не то, что расслабляет других.

Шон Баррон объяснял:

Я совершенно не в курсе, сколько существует способов борьбы со страхом, который настолько силён, что нависает над всей вашей жизнью словно грозовая туча. Я выбрал три средства, которые оказались наиболее разумными для меня во всех сферах моей жизни: повторение, повторение и повторение (Grandin and Barron, 2005, с. 85).

Для взрослых рутинные домашние хлопоты вроде уборки дома или упорядочения вещей могут стать теми повторяющимися действиями, которые, будучи завершёнными, дают удовлетворение и релаксацию. Подобные рутинные дела могут также использоваться учителями в классе. Так, учитель, заметивший возрастание уровня стресса у ребёнка, может предложить ему

почётную и позволяющую покинуть стрессовую ситуацию обязанность. Например, выйти из класса и доставить важное сообщение или документ в школьную администрацию. Он может отвлечь ребёнка деятельностью по восстановлению порядка и постоянства: например, убрать в книжном шкафу и расставить все книги по алфавиту. Взрослый с синдромом Аспергера может предложить собственные инструменты релаксации для использования как на работе, так и дома.

Программа КПТ должна включать обучение техникам релаксации, основанным на дыхании, мышечном расслаблении и образах, способствующих спокойствию и контролю над своими эмоциями. Это особенно ценно, если человек с синдромом Аспергера склонен приходить в крайне возбуждение, когда что-то не работает или когда он не может решить задачу. Детям я объясняю: если ты сохраняешь спокойствие, то ты остаёшься умным. Как только ты становишься взвинченным, ты становишься глупым. Взрослым же я объясняю: когда они нервничают при решении задачи, то IQ падает на 30 баллов, а когда они злятся, то IQ падает на 60 баллов. Если сохранять спокойствие и контроль над чувствами, решение перестанет ускользать, и его будет легче найти.

Когда ребёнок с синдромом Аспергера возбуждён из-за неудач при поиске решения, я прошу его родителя или учителя сначала сконцентрироваться на том, чтобы помочь ребёнку успокоиться. Только в расслабленном состоянии ребёнок будет способен слушать или достаточно гибко мыслить, чтобы рассмотреть ваши предложения или поискать другое решение.

Социальные инструменты

Эта категория инструментов использует других людей или животных для управления эмоциями. Стратегия в этом случае связана с поиском человека или животного, способного помочь в восстановлении нормального настроения. Такое общение должно приносить удовольствие и не причинять стресса, который может быть связан с социальным взаимодействием, особенно когда в это взаимодействие вовлечено более одного человека.

Поддерживающий социальный контакт должен быть с тем, кто по-настоящему восхищается ребёнком или любит его, говорит комплименты (а не критикует) и может найти правильные слова для того, чтобы восстановить его эмоциональное состояние. Такая социальная и эмоциональная поддержка может исходить от члена семьи, друга или школьного работника, у которых есть время терпеливо проявлять внимание к ребёнку, слушать

его (без осуждения), признавать его чувства и проявлять понимание. Для маленьких детей наиболее способным оказать эмоциональную поддержку человеком может оказаться бабушка или дедушка. Я иногда предлагаю бабушке или дедушке записать успокаивающие реплики о ребёнке, которые он сможет прослушать во время стресса и при необходимости расслабиться, например, чтобы заснуть.

Иногда лучшим другом оказывается животное. Несмотря на плохое настроение или случившиеся за день стрессовые события, собаки очень рады видеть своих хозяев, демонстрируют безусловное обожание и определённо получают удовольствие от общества человека, что показывает виляние хвостом. Проведённое в компании животных время может быть большой эмоциональной поддержкой для детей и взрослых с синдромом Аспергера. Животные — лучшие и принимающие слушатели, они великодушнее людей.

Для подростков успешной социальной деятельностью, способствующей нормализации эмоционального состояния, могут стать интернет-чаты. Люди с синдромом Аспергера могут проявлять большее красноречие и пронизательность в описании своих мыслей и чувств при печати, а не при разговоре. При участии в «разговоре» в Интернете от человека не требуется навыков глазного контакта, способности считывать выражение лица или понимать изменения в тоне голоса или языке тела. В чате могут быть другие люди с синдромом Аспергера, проявляющие подлинное сочувствие и способные предложить нечто конструктивное для нормализации настроения или ситуации. Я знал нескольких взрослых с синдромом Аспергера зрелого возраста, которые оказывали компетентную поддержку и давали мудрые советы по эмоциональной саморегуляции более юным участникам «сообщества аспергеров» через Интернет.

Другой социальный инструмент, способный помочь справиться с чувством отчаяния, — это оказать помощь кому-то нуждающемуся в ней, т. е. акт альтруизма. Я заметил, что у некоторых детей и в особенности у взрослых с синдромом Аспергера при помощи другим людям настроение может смениться от самокритики и пессимизма к чувствам самоуважения и энтузиазма. Это может быть деятельность вроде помощи людям со сложностями в тех сферах, в которых ребёнок талантлив и обладает знаниями: например, помочь взрослому решить проблему с компьютером или взять шефство над одноклассником, не столь способным, как сам ребёнок, к предметам вроде математики. Взрослые с синдромом Аспергера могут получить удовольствие и улучшить своё эмоциональное состояние с помощью волонтер-

ской деятельности, особенно связанной с пожилыми людьми, малышами и животными. Быть нужным и ценным — это важный механизм эмоционального восстановления для всех нас, в том числе для людей с синдромом Аспергера.

Мыслительные инструменты

Ребёнок или взрослый может предложить другой тип орудия вроде отвёртки или гаечного ключа, который бы представлял категорию инструментов для изменения мыслей или знаний. В этом случае поощряется использование интеллектуальных способностей для контроля над чувствами с помощью различных методик. Мы можем контролировать чувства и поведение, разговаривая сами с собой: внутренний диалог и разговор с самим собой — ценный способ управления эмоциями. Человеку предлагается использовать в стрессовых ситуациях мысли или «внутреннюю речь», например: «Я могу контролировать свои чувства» или «Я могу сохранять спокойствие». Эти слова обнадёживают и укрепляют самооценку.

Эван, молодой мужчина с синдромом Аспергера, выработал свои собственные разновидности мыслительных инструментов и создал свои «противоядия от токсичных мыслей». Эта методика заключается в придумывании нейтрализующей, т. е. служащей противоядием к негативным (токсичным) мыслям реплики. Например, негативная мысль «я не могу сделать это» (токсичная мысль) может быть нейтрализована противоядием «попросить помощи — это мудрый способ разрешить проблему». Или мысль «я вечный неудачник» может быть нейтрализована противоядием «но я постоянно выигрываю в шахматах». Создаётся список негативных или токсичных мыслей человека, и терапевт с клиентом находят персонализированное противоядие для каждой из этих мыслей. Эван всегда носил с собой список противоядий для своих токсичных мыслей, которые «вводил» или вспоминал при необходимости. Эти противоядия основаны на способностях человека, а также на мыслях, которые логичны и разумны.

Другой мыслительный инструмент — это рассмотрение события в более широкой перспективе, т. е. тестирование реальности. Этот подход заключается в установлении логики и фактов посредством серии вопросов вроде: «Есть ли другой магазин, где я мог бы купить эту компьютерную игру?» — или: «А могут ли дети, которые дразнят меня из-за моего интереса к астрономии, помешать мне стать астрономом?»

Тэмпл Грандин объясняла это так:

Когда мне было за 20, моя тётя Энн успешно использовала когнитивную терапию по отношению ко мне. Когда я была депрессивной и жаловалась, она приводила мне объективные причины, по которым я должна быть счастлива. Она говорила: «У тебя есть прекрасный новый грузовик, а у меня он старый и обшарпанный». Она также приводила мне другие примеры того, что были позитивно или шло верным путём в моей жизни. И меня взбадривало сравнение в моей голове изображений этих двух грузовиков. Это на конкретных примерах помогало мне понять, что некоторые из моих мыслей были нелогичными и не основанными на фактах. Эмоции могут приводить к этому; они запутывают мысли (Grandin and Barron, 2005, с. 110).

Нита Джексон объяснила, как она смотрит в более широкой перспективе на проблему, которая до этого вызывала сильное чувство гнева.

Если что-то меня злит, я не бегаю по комнате, кипя от возмущения, с красным лицом и с идущим из ушей и ноздрей паром. Вместо этого я применяю тактику, которой меня научила моя лучшая подруга и наставница Джоди: отвлечься от гнева кратковременной, минутной концентрацией на чём-то ещё. Например, на моей учёбе, моей музыке или моих романах, и уже затем возвращаться к проблеме и пытаться разрешить её. Честно говоря, после этого проблема не производит и половины того плохого впечатления, которое она производила до этого, поскольку я могу взглянуть на неё в более широкой перспективе (Jackson, 2002b, с. 91).

Один из мыслительных инструментов, который может быть использован ребёнком с синдромом Аспергера для улучшения настроения и самооценки, — достижение успехов в учёбе, что зачастую не является механизмом нормализации эмоционального состояния у других детей. Когда ребёнок с синдромом Аспергера возбуждён или взволнован, учитель может поручить ему выполнить школьное задание, которое ему нравится и к которому у ребёнка есть природный талант: например, решение математических задач или правописание. Это контрастирует с поведением других детей, которые, скорее всего, будут избегать учебных заданий в состоянии стресса.

Релаксация с помощью ключевого сигнала также является полезным мыслительным инструментом. Эта стратегия предполагает, что у ребёнка в кармане будет предмет, который символизирует релаксацию или благодаря которому посредством классического обуславливания или ассоциаций у ребёнка возникает чувство расслабленности. Например, Кэролин, девочка-подросток с синдромом Аспергера, очень любила читать художественную

литературу, и её любимой книгой был «Таинственный сад»³. Она хранила в кармане ключ, который метафорически «открывал дверь в таинственный сад», — воображаемое место, где она чувствовала себя расслабленной и счастливой. Мимолётное прикосновение или взгляд на этот ключ помогали ей мысленно воссоздать пейзаж, описанный в книге, и в результате расслабиться и достичь более позитивного настроения. Взрослые могут носить специальную картинку в своём бумажнике, например фотографию лесного пейзажа, напоминающую им об уединении и спокойствии.

Специальные интересы как инструмент

Дети и взрослые с синдромом Аспергера могут испытывать массу удовольствия, занимаясь своими специальными интересами (см. Главу 7). Эта радость по своей силе может оставлять далеко позади другие приносящие удовольствие виды деятельности и служить очень эффективным средством эмоционального восстановления. Иногда такой интерес завораживает и занимает все мысли, но при этом эффективно вытесняет негативные мысли вроде тревоги и гнева, т. е. воздействует как некая форма «блокирования мыслей». Интерес может служить источником сильного удовольствия и релаксации и действовать как кнопка «выключить» при возбуждении.

Мы знаем, что в общей популяции связанные с рутинной, ритуалами и повторением занятия успокаивают, и одна из особенностей специальных интересов детей и взрослых с синдромом Аспергера — это повторяющаяся, рутинная и ритуализованная природа связанной с ними деятельности. У одной девочки-подростка с синдромом Аспергера был сильный интерес к японской культуре, и при чувстве тревоги она исполняла сложную и ритуализованную чайную церемонию. Эта деятельность определённо очень хорошо успокаивала её. Люк Джексон (Jackson, 2002a), подросток с синдромом Аспергера с выраженными способностями, связанными с компьютерами, описывал каталогизацию примеров своих интересов как средство «дефрагментации личности». Это занятие создавало у него чувство комфорта и безопасности.

Я заметил, что уровень мотивации и продолжительность потраченного на интерес времени пропорциональны уровням стресса, тревоги или возбуждения. Чем больше человек испытывает беспокойства, замешательства

³Примечание переводчика: «Таинственный сад» (The Secret Garden, 1911) — роман Френсис Ходжсон Бёрнетт (1849–1924).

и возбуждения, тем более навязчиво интерес начинает преобладать в мыслях или в повседневной жизни человека. Если у ребёнка или взрослого с синдромом Аспергера крайне ограничен репертуар способов получения удовольствия и релаксации, т. е. в его наборе мало инструментов нормализации эмоционального состояния, тогда то, что изначально было источником удовольствия и расслабления, в условиях крайнего стресса может стать навязчивым действием, напоминаям таким при обсессивно-компульсивном расстройстве. Если специальный интерес является единственным способом релаксации или эскапизма, то тяга к интересу может стать непреодолимой навязчивостью. И препятствование неограниченному доступу к такому мощному инструменту эмоционального восстановления создаёт ещё больший стресс.

Можно использовать программы по контролю или ограничению времени доступа, чтобы удостовериться, что затрачиваемое на интерес время не является избыточным. К сожалению, с точки зрения ребёнка время столь радостной деятельности пролетает быстро. И может возникнуть нужда в договорённостях и компромиссах, связанных с продолжительностью доступа.

Когда ребёнок с синдромом Аспергера крайне возбуждён или взволнован, набор инструментов для нормализации эмоционального состояния сужается и часто сводится к трём: физическому высвобождению энергии, уединению или обращению к специальному интересу. Интерес не просто приносит удовольствие, он зачаровывает, и никакие негативные мысли не могут прорваться через такую фиксацию. Я обнаружил, что доступ к специальному интересу может стать эффективным «выключателем». Например, если у подростка есть специальный интерес к футбольным командам, результатам матчей и турнирным таблицам, то предложение выписать результаты игр за прошлую субботу может оказать выраженный успокаивающий эффект. Это не вознаграждение неподобающего поведения. Это эмоциональная «скорая помощь», поиск быстрого способа предотвратить дальнейшее возбуждение в тех ситуациях, когда в наборе нет других инструментов.

Медикаменты

Медикаменты часто прописывают детям и взрослым с синдромом Аспергера для нормализации эмоционального состояния. Если у ребёнка или взрослого есть чёткие симптомы расстройства настроения, то можно рекомендовать медикаментозную поддержку как инструмент управления эмоци-

ями. Клинический опыт подтверждает ценность медикаментов для терапии тревоги, депрессии или гнева у детей и взрослых с синдромом Аспергера, но с ними связаны определенные опасения, нередко озвучиваемые как родителями, так и самими людьми с синдромом Аспергера. Один из поводов для беспокойства у родителей и врачей связан — то, что в настоящее время у нас нет лонгитюдных исследований по долгосрочному воздействию психотропных препаратов на маленьких детей с синдромом Аспергера. Однако существуют доказательства тому, что низкие дозы таких препаратов могут помочь некоторым взрослым с синдромом Аспергера (Alexander et al., 2004).

Другой повод для беспокойства у родителей, учителей и особенно у самих детей и взрослых с синдромом Аспергера — это воздействие препаратов на ясность мышления. Многие дети и взрослые с синдромом Аспергера говорят о том, что медикаменты замедляют их мышление и ухудшают когнитивные навыки. Люди с синдромом Аспергера часто ценят свою ясность мышления. Один взрослый с синдромом Аспергера описал свою реакцию на медикаменты так: «Меня словно не пускают в мой собственный дом». Несколько взрослых с синдромом Аспергера, принимавших антипсихотики для управления гневом, объяснили мне, что эти препараты не меняют внутреннего восприятия эмоции, но ослабляют доступные для её выражения силы.

Некоторые расстройства настроения могут быть настолько тяжёлыми, что «мощности» самой по себе психотерапии вроде КПТ недостаточно, чтобы помочь человеку совладать с сильными эмоциями. Когда медикаменты «поднимают» настроение или снижают интенсивность эмоций, то другие стратегии могут стать более эффективными, и в итоге заменить собой медикаменты. Впрочем, есть такие люди с синдромом Аспергера, чьи способности управлять своими эмоциями и качество жизни в целом серьёзно улучшились благодаря долговременному использованию относительно низких доз медикаментов, ослабляющих чувства тревоги и депрессии.

Хотя препараты для управления эмоциями могут быть очень ценной составляющей в наборе эмоциональных инструментов, меня беспокоит ситуация, когда они становятся единственным, что добавляется в набор, поскольку медикаменты относительно дешёвы и просты в использовании. Всё же важно разобраться, почему возникают конкретные чувства, и работать с причинами эмоций.

Другие инструменты в наборе

Другие возможные эмоциональные инструменты в наборе — это приносящая радость деятельность, например, просмотр любимой комедии. Иногда возможность от души посмеяться может очень эффективно нормализовать эмоциональное состояние. Другой инструмент — это чтение автобиографий (которых существует несколько) подростков и взрослых с синдромом Аспергера для вдохновения, ободрения и поиска совета.

Важной категорией инструментов, используемой практикующими КПТ терапевтами, является информирование, расширяющее знания и изменяющее отношение людей, взаимодействующих с человеком с синдромом Аспергера или руководящих им. Меняющие отношения инструменты могут предотвратить ситуации, способные вызвать серьёзный эмоциональный стресс. Я участвовал в одной конференции в США, на которой подросток с синдромом Аспергера носил футболку со следующими словами на груди: «Такие, как вы — это причина, по которой таким, как я, приходится пить таблетки».

Один из инструментов поощрения самоконтроля — это предложить приз или награду. Вознаграждение может быть предоставление доступа к желаемой деятельности, специальному интересу или даже деньги. Я заметил, что некоторые дети с синдромом Аспергера — прирождённые капиталисты. К сожалению, за этим могут последовать проблемы инфляции и манипуляции экономикой.

Ещё одна категория инструментов, которая может быть описана как сенсорные инструменты, предполагает оценку способностей человека справляться с сенсорными стимулами окружающего мира и выработку стратегий избегания специфических сенсорных стимулов (см. Главу 11). Например, расположение парты ребёнка в классе или рабочего места взрослого может быть изменено так, чтобы снизить общий уровень шума, интенсивность освещения и проникновение запахов вроде чистящих средств. В посвящённой когнитивным способностям Главе 9 разъясняются и другие стратегии по снижению замешательства и фрустрации при выполнении учебных задач.

Если известно, что какая-то ситуация вызывает крайний стресс у ребёнка с синдромом Аспергера, то будет благоразумным по возможности избегать её. Например, если маленького ребёнка почти наверняка крайне встревожит однодневное отсутствие его учителя и его временная замена кем-то другим, Социальная История™ может подготовить ребёнка к изменению в обычном порядке вещей, атмосфере в классе и поведении других детей. Если же эта

стратегия неэффективна для подготовки к предстоящим событиям, тогда родители могут предложить ребёнку выполнить классную работу этого дня дома.

Иногда степень стресса и эмоционального истощения от походов в школу может оказывать вредное воздействие на психическое здоровье ребёнка. Информация о росте эмоциональной температуры на «термометре» и в дневнике настроения может свидетельствовать о неизбежности нервного срыва («мелтдауна»), и родители, терапевт и учитель должны определить, поможет ли ребёнку кратковременное освобождение от школы. Когда ребёнок заболевает обычной детской болезнью, он вполне ожидаемо может оставаться какое-то время дома, чтобы поправиться. То же самое может происходить и в случае эмоционального недомогания. Однако родителям и учителям нужно быть бдительными в плане того, действительно ли ребёнок нуждается во временном освобождении от школы и не пытается ли он манипулировать ситуацией в свою пользу.

Неподходящие инструменты

При объяснении концепции набора эмоциональных инструментов терапевт и клиент обсуждают между собой неподходящие инструменты (заметим, что никто не будет чинить компьютер кувалдой), чтобы объяснить, что некоторые действия, например, насилие, мысли о самоубийстве и заикливание на возмездии, — это инструменты, которые не должны применяться для нормализации эмоционального состояния. Другая стратегия нормализации эмоционального состояния, которую можно признать неподходящей, — это уход в фантастический мир. Обращение к литературе и играм в жанре фэнтези как к средству эскапизма может быть типичным для обычных подростков, но оно даёт повод для беспокойства, если становится преобладающим или даже единственным инструментом. Границы между фантазией и реальностью могут размыться, и тут предметом обеспокоенности станет уже развитие признаков шизофрении. Терапевту также нужно выяснить, не прибегает ли подросток или взрослый с синдромом Аспергера к наркотикам или алкоголю для того, чтобы справиться со стрессом и настроением. И если да, то не будет ли более эффективным и безопасным прописать ему медикаменты. Среди неподходящих инструментов может быть и «вымещение» напряжения на ком-то другом путём насилия, а также самоповреждения или разрушение чего-то ценного или дорогостоящего.

Терапевту необходимо оценить инструменты нормализации эмоционального состояния, используемые родителями, членами семьи и учителями, и убрать из их набора те, которые являются неподходящими или контрпродуктивными. Дети и взрослые с синдромом Аспергера часто приходят в замешательство из-за отдельных эмоций, в том числе и из-за выражений душевной теплоты, которое может стать причиной ещё большего возбуждения или замешательства. Мальчик-подросток с синдромом Аспергера рассказывал о том, что иногда он чувствует себя очень грустным, но отметил: «Я злюсь, когда кто-то пытается меня подбодрить». Попытка «атаковать» сарказмом лишь усилит замешательство и возбуждение человека с синдромом Аспергера, а угрозы могут накалить ситуацию. Одна из причин столь высокой эффективности КПТ для людей с синдромом Аспергера заключается в том, что её методы основаны на логике, а не на наказании. Мой клинический опыт показывает, что наказание редко меняет эмоции и поведение человека с синдромом Аспергера. Наказание может использоваться родителями и учителями, но если оно явно не работает, то должно быть изъято из набора эмоциональных инструментов.

Наконец, концепция набора инструментов может быть очень полезной людям с синдромом Аспергера для приведения в порядок не только своих собственных чувств, но и чувств других людей. Они часто извлекают пользу из изучения того, какие инструменты можно применять для помощи друзьям и членам семьи. Они учатся подмечать и то, какие инструменты используют другие люди, и таким образом могут «позаимствовать» инструменты, чтобы добавить их в свой собственный «набор» для нормализации эмоций.

Применение набора эмоциональных инструментов на практике

Когда у ребёнка есть список инструментов для нормализации эмоций, терапевт может сделать «набор инструментов» из, например, картотечного ящика, в котором каждая карточка представляет категорию инструментов. На каждой карточке может быть рисунок с типом инструмента: например, молоток или отвертка, и список попадающих в эту категорию инструментов или методик. По мере развития терапии могут быть найдены и добавлены в список новые инструменты. Родитель может закрепить эмоциональный термометр на дверце холодильника, чтобы он был легкодоступен. Таким образом ребёнок сможет указать на силу испытываемых им эмоций или стресса после, например, возвращения домой из школы днём, и решить, какие инструменты можно применить в первую очередь для понижения

эмоциональной температуры. Взрослые могут использовать альтернативу картотеке в виде, например, бумажника для кредитных карт, в котором каждая категория инструментов записана на отдельной карточке, и они удобно и легкодоступно размещены в бумажнике.

Практическое использование ящика с эмоциональными инструментами может быть описано в виде Социальной Истории™. Следующая ранее не публиковавшаяся Социальная История™ была написана Кэрл Грей и мной для подростка с синдромом Аспергера.

Использование набора инструментов для сохранения спокойствия и самоконтроля

У подростков на протяжении дня будут такие периоды, в которые они чувствуют грусть, тревогу, замешательство или фрустрацию. Также у них бывают периоды уверенности, спокойствия и сохранения самоконтроля. Искусство и наука управления эмоциями заключаются в том, чтобы научиться опираться на положительные эмоции и использовать стратегии для того, чтобы продолжать двигаться вперед, несмотря на трудные времена.

Сохранение спокойствия и самоконтроля — это разумная вещь.

По мере взросления люди учатся использовать интеллект для удержания своих эмоций под контролем. Благодаря этому все вокруг них чувствуют себя комфортно. Поддержание контроля над отрицательными эмоциями важно при дружбе и при работе с другими людьми. Каждый человек ответственен за то, какое воздействие оказывают его эмоции на других. Первый шаг поддержания самоконтроля — это знать, когда эмоции становятся более интенсивными. У каждого человека есть свои собственные сигналы, говорящие о том, что его эмоции усиливаются. Мои сигналы таковы: (список).

Когда эмоции становятся сильнее, каждый человек учится сохранять самоконтроль с помощью использования персонального набора инструментов для нормализации эмоционального состояния. Мои инструменты: (список).

Если другие люди знают о моём наборе инструментов и о том, что я чувствую, они могут помочь мне сохранить самоконтроль.

Практическое использование методик КПТ

Как только ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера улучшит своё интеллектуальное понимание эмоций и идентифицирует стратегии (или инструменты) управления эмоциями, следующая стадия КПТ — начать применять эти стратегии в постепенно усложняющейся последовательности заданий. Первый этап — моделирование подобающего мышления и действий в ролевой игре с ребёнком или взрослым с синдромом Аспергера, проговаривая мысли для отслеживания когнитивных процессов. При этом используются постепенно усложняющиеся практические задания, начиная с ситуаций, связанных со сравнительно мягким уровнем стресса или возбуждения. Для этого на основе проведенного в начале терапии изучения эмоций создаётся список ситуаций или провоцирующих факторов, инициирующих конкретные эмоции, и каждая ситуация записывается на маленькой карточке. Ребёнок или взрослый применяет термометр или иной измерительный инструмент, изначально использовавшийся в заданиях по повышению эмоциональной компетентности, чтобы определить иерархию или провести ранжирование ситуаций. Наиболее стрессовые из них помещаются в верхней части термометра. По мере прогресса в терапии человек продвигается через эту иерархию для управления всё более сильными эмоциями.

После практики на терапевтических сессиях ребёнку или взрослому даётся план по применению его новых знаний и умений в реальных жизненных ситуациях. Успешные экспозиционные упражнения — это ключевой аспект КПТ. Терапевту, очевидно, понадобится общаться и координировать свою работу с теми, кто будет поддерживать человека в повседневных обстоятельствах. После каждого практического опыта происходит обсуждение его успешности с использованием таких методик, как Разговоры в комиксах, для подведения итогов; положительного подкрепления за успехи, например, в виде сертификата о достижениях; и «книги достижений» или написания Социальной Истории™ для фиксации успехов в управлении эмоциями.

Одна из проблем практического этапа КПТ — это генерализация. Люди с синдромом Аспергера довольно ригидны при определении, применимы ли новые стратегии в ситуациях, сходство которых с практическими сессиями не очевидно. Необходимо убедиться в том, что эти стратегии будут использоваться в широком диапазоне ситуации, не полагаясь на то, что если однажды подходящая стратегия управления эмоциями доказала свою успешность, то она будет продолжать использоваться при любых обстоятельствах.

Продолжительность практического этапа зависит как от степени успешности, так и от списка ситуаций. Постепенно терапевт предоставляет всё меньше прямого руководства и поддержки и таким образом поощряет уверенность в независимом использовании новых стратегий. Цель — выработка шаблона для решения текущих и будущих проблем, но, возможно, потребуется ещё какое-то время поддерживать контакт для предотвращения рецидивов.

6.7. Резюме и подведение итогов

У людей с синдромом Аспергера определённно есть проблемы с пониманием как своих, так и чужих эмоций, а также с их выражением соответствующим ситуации образом. В настоящее время существуют методы помощи людям с синдромом Аспергера, позволяющие им больше узнать об эмоциях, а также эффективная психологическая терапия вторичных расстройств настроения. К сожалению, обычным людям сложно разделить таким переживания, и они могут разве что вообразить, каково это — жить в мире мощных эмоций, сбивающих с толку и переполняющих. Лилиана, взрослая с синдромом Аспергера, объяснила мне одну из причин, которая вынуждает людей с синдромом Аспергера к эмоционально закрытой жизни, когда она призналась: «У нас нет эмоциональной „кожи“ или защиты. Мы оголены, и поэтому мы прячемся».

6.8. Ключевые моменты и стратегии

- Качественные отличия в понимании и выражении эмоций, изначально описанные Гансом Аспергером, в настоящее время признаны в диагностических критериях синдрома Аспергера.
- Эмоциональное созревание детей с синдромом Аспергера обычно запаздывает по меньшей мере на три года по сравнению со сверстниками.
- Словарный запас для описания эмоций может быть ограничен, а выражению эмоций недостаёт тонкости и разнообразия.

- Существует связь между синдромом Аспергера и развитием коморбидного или вторичного расстройства настроения, включая депрессию, тревожное расстройство, а также проблемы с управлением гневом и выражением любви, нежности и привязанности.
- Примерно у 25 процентов взрослых с синдромом Аспергера также есть чёткие клинические симптомы обсессивно-компульсивного расстройства.
- Люди с синдромом Аспергера уязвимы по отношению к депрессивным состояниям, и примерно у одного из трёх детей и взрослых с синдромом Аспергера есть клиническая депрессия.
- Мы не знаем, насколько часто у детей и взрослых с синдромом Аспергера встречаются проблемы с управлением гневом, но мы точно знаем, что когда такие проблемы появляются, то у человека с синдромом Аспергера и членов его семьи появляется крайняя заинтересованность в снижении частоты, силы и последствий гнева.
- Человек с синдромом Аспергера может испытывать удовольствие от очень коротких и не интенсивных выражений любви и привязанности и приходить в замешательство и перегружаться, если он сталкивается с более сильными выражениями этого чувства либо если таких проявлений ожидают от него самого.
- Основной психологической терапией расстройств настроения является когнитивная поведенческая терапия (КПТ). В настоящее время опубликованы клинические случаи и объективные научные доказательства того, что КПТ действительно существенно ослабляет расстройства настроения у детей и взрослых с синдромом Аспергера.
- В связанном с повышением эмоциональной компетентности компоненте КПТ человек изучает преимущества и недостатки эмоций и учится идентифицировать разную интенсивность их выражения в словах и поступках, причём как самого человека, так и окружающих.
- Связанный с когнитивной реструктуризацией компонент КПТ позволяет человеку скорректировать мысли, вызывающие эмоции вроде тревоги, гнева или чувства низкой самооценки.

- Управление эмоциями для детей и взрослых с синдромом Аспергера может быть представлено как проблема «управления энергией», а именно — как проблема избыточного количества эмоциональной энергии и сложностей с её контролем и конструктивным высвобождением.
- Методика «Набора эмоциональных инструментов» (англ. Emotional Toolbox) нацелена на выявление разных типов «инструментов», предназначенных для решения проблем, связанных с отрицательными эмоциями, особенно тревогой, гневом и грустью.

Глава 7

Специальные интересы

Ещё один ребёнок интересуется преимущественно техникой: он знает невероятно много об устройстве сложных машин — он приобрёл эти знания путём подробнейших расспросов, от которых невозможно было уклониться, и в первую очередь посредством собственных наблюдений.

(Аспергер, 2011, с. 93) (перевод Asperger (1944))

Хотя у людей с синдромом Аспергера имеются трудности с межличностным взаимодействием, большинство из них проявляют выдающиеся способности в выбранной для изучения области. Ганс Аспергер описал некоторые из подобных черт специальных интересов:

Один из них может быть «натуралистом», поднимающим по-настоящему научные вопросы, он наблюдает и необычайно хорошо видит суть явлений, составляет из них свою картину мира, выстраивает собственные теории, которые порой несколько запутанны; некоторое из этого было им прочитано или услышано, он всегда основывается на собственных переживаниях. Другой — химик, который все свои деньги — даже если ему приходится красть их — тратит на эксперименты, которые часто вызывают ужас его окружения; некоторые идут в своей специализации ещё дальше — на экспериментах, где что-то взрывается или воняет; другой мальчик-аутист сосредоточился на ядах, располагал совершенно невероятными знаниями по этой теме, имел коллекцию ядов, частично наивно приготовленных им самим; он попал к нам, так как украл из ящика с ядовитыми химическими реактивами в школе довольно много цианистого калия! Для иного важно царство чисел: без каких-либо инструкций и занятий в школе сложнейшие счетные операции не представляют для него никакой трудности (Аспергер, 2011, с. 92) (перевод Asperger (1944)).

Ключевая составляющая такого интереса — это накопление и каталогизация предметов или накопление фактов и информации по конкретной тематике. Специальный интерес — это больше, чем хобби, и он может занимать всё свободное время и преобладать в разговорах человека. В критерии Гиллбергов (Gillberg and Gillberg, 1989) для синдрома Аспергера включено присутствие узкого интереса, проявляемого по меньшей мере одной из следующих 3 черт:

- исключение другой деятельности;
- повторяющееся «залипание»;
- более развитое механическое запоминание, чем логическое.

В критерии В из диагностических критериев DSM-IV синдрома Аспергера описываются такие особенности специальных интересов, используемые для подтверждения диагноза:

Ограниченное повторяющееся и стереотипное поведение, интересы и деятельность, имеющие, по меньшей мере, одно из следующих проявлений:

1. Деятельность по одному или более стереотипному и ограниченному интересу, который является аномальным или по интенсивности или по направленности.
2. Явная жёсткая приверженность к специфическим и нефункциональным распорядкам или ритуалам.
3. Стереотипные и повторяющиеся движения (например, размахивания руками, скручивание рук или пальцев или комплекс движений всем телом).
4. Настойчивое внимание к частям объектов (American Psychiatric Association (APA), 2000, с. 84).

Одна из отличающих специальный интерес от хобби особенностей — клиническая значимость аномальности его интенсивности или направленности. Клиницист выносит субъективное суждение об интенсивности, основываясь на количестве времени, которое бы затратили типичные дети или взрослые на такую же деятельность: например, игры с поездами и лошадьми или разговоры о них, или собирание старых записей, или просмотр научно-фантастических фильмов. Если предмет интереса эксцентричен,

например, ребёнок запоем читает каталоги газонокосилок, начинает длинные монологи о газонокосилках, хранит коллекцию из нескольких старых газонокосилок в гараже, то такой интерес у восьмилетней девочки может быть сочтён необычным и имеющим клиническую значимость.

В критериях DSM упоминается развитие нефункционального распорядка или ритуалов, а в критериях Гиллбергов для синдрома Аспергера (Gillberg and Gillberg, 1989) есть отдельный критерий, в котором упоминается повторяющийся распорядок и влияние этого распорядка на все или почти все аспекты повседневной жизни человека.

Сложно определить, является ли приверженность распорядку и ритуалам одной из центральных характеристик синдрома Аспергера, или же она присуща тем, кто тревожен. Такая черта, как приверженность распорядку и ритуалам, может быть связана с тревожными расстройствами, а дети и взрослые с синдромом Аспергера склонны к высокой тревожности. Жёсткое следование распорядку также может развиваться как компенсаторный механизм, связанный с необычным характером когнитивных способностей при синдроме Аспергера. Навязчивая приверженность распорядку может сделать жизнь более предсказуемой и привнести в неё порядок, поскольку сюрпризы, хаос и неопределённость с трудом переносятся детьми и взрослыми с синдромом Аспергера (см. Главу 9). Тереза Джоллифф описала это так:

Реальность для аутичного человека — это приводящая в замешательство и взаимодействующая внутри себя масса событий, людей, мест, звуков и взглядов. И кажется, что в ней нет чётких границ, порядка или какого-либо смысла. Значительная часть моей жизни ушла на попытки выявить закономерности, стоящие за всем вокруг. Установление распорядка, точного времени, фиксированных маршрутов и ритуалов — всё это помогает привнести порядок в невыносимо хаотичную жизнь. Попытки сохранять всё неизменным немного ослабляют этот жуткий страх (Jolliffe et al., 1992).

Такие стереотипные и повторяющиеся движения, как размахивание руками или пальцами, могут быть незрелым выражением взволнованности (во многом похожим на то, как совсем маленькие обычные дети «прыгают от радости»), а также голосовыми или моторными тиками, которые могут быть симптомами, достаточными для двойного диагноза — синдрома Туретта (см. Главу 10). Сложные движения всем телом также могут быть связаны со специфической эмоцией. Например, лёгкое раскачивание при возбуждении

может быть как средством релаксации, так и признаком синдрома Туретта. Если исходить из моего клинического опыта, то моторные стереотипии вроде тряски руками при волнении или возбуждении, а также настойчивое внимание к частям предметов, более типичны для маленьких детей с синдромом Аспергера, и к младшему школьному возрасту эти признаки часто исчезают, хотя иногда их можно наблюдать и у взрослых с синдромом Аспергера (South et al., 2005).

В диагностических критериях Питера Сзатмари и его коллег не упоминается наличие специальных интересов, и клинический опыт говорит о том, что у небольшой доли детей (особенно маленьких) и взрослых, которые удовлетворяют всем остальным диагностическим критериям, в данный момент специального интереса может не быть (Szatmari et al., 1989b). Исследования показали, что количество детей и взрослых, у которых есть все остальные признаки синдрома Аспергера, но нет специального интереса, составляет от 5 до 15 процентов (Bashe and Kirby, 2001; Hippler and Klicpera, 2004; Kerbeshian et al., 1990; Tantam, 1991). Таким образом, я бы не исключал автоматически возможность диагностирования синдрома Аспергера при отсутствии специального интереса в данный момент.

Если клиницист желает глубже исследовать повторяющееся поведение или специальный интерес, то есть следующие две шкалы, которые могут дать больше информации. «Интервью о повторяющемся поведении» (Repetitive Behaviour Interview) (Turner, 1997) можно использовать для исследования природы каких-либо необычных движений телом, манипуляций предметами и настойчивости в поддержании жёсткого распорядка. «Йельское интервью о специальных интересах» (Yale Special Interest Interview) (South et al., 1999) можно использовать для исследования качественных аспектов специальных интересов.

Мы знаем, что посвящаемое специальному интересу количество времени и ресурсов может серьёзно нарушать повседневную жизнь как самого человека с синдромом Аспергера, так и его семьи, и что эта черта в высшей степени устойчива (Piven et al., 1996; South et al., 2005). Однако, специальный интерес может служить ценным источником интеллектуального удовольствия, и его можно использовать конструктивно для содействия дружбе и трудоустройству.

7.1. Развитие специальных интересов

Необычные или специальные интересы могут развиваться уже в два или три года (Bashe and Kirby, 2001) и часто начинаются с настойчивого внимания к частям объектов: например, с кручения колёс игрушечных машинок или манипулирования электрическими выключателями. Следующим этапом может быть фиксация на чём-то, не являющимся человеком или игрушкой (Pyles, 2002), или увлечение специфической категорией объектов и собирание всех возможных их образцов. Иногда эти коллекции содержат предметы, представляющие интерес для других детей, например, камни или крышечки от бутылок. Но иногда они могут быть довольно эксцентричными: например, свечи зажигания и жёлтые карандаши. Ребёнок с синдромом Аспергера с нетерпением ждёт любой возможности пополнить свою коллекцию, а также с энтузиазмом тратит ощутимую часть свободного времени на поиск новых образцов или «трофеев».

Привязанность к предметам может быть особенно сильной и сопровождаться выраженным беспокойством, когда какой-то из них отсутствует, и видимым удовлетворением, когда он найден. Привязанность или «любовь» к предметам может оказаться сильнее, чем к членам семьи. В научных исследованиях навыков модели психического было установлено, что у детей с синдромом Аспергера есть существенные трудности с пониманием мыслей и чувств других людей, а также с реагированием на них. Мир социальных и межличностных отношений сбивает с толку, и ребёнок обнаруживает, что предметы и машины проще понять. Они надёжнее людей, не могут передумать, не отвлекаются и не дают волю эмоциям. У сестры моей жены синдром Аспергера, и в своей автобиографии (неопубликованной) она писала следующее:

Легко дарить любовь предметам, а не людям, потому что хотя они не могут ответить взаимностью, они также не могут в чём-либо упрекнуть. Это в высшей степени безопасная форма преклонения, при которой никто никому не может сделать больно.

Игры маленького ребёнка также могут быть несколько эксцентричными в том плане, что он может выбрать роль предмета своего интереса, а не человека, супергероя или животного, что было бы типичным выбором в символической игре у маленьких детей. Например, в школе был маскарад, и ожидалось, что дети придут в школу в костюмах. Было много костюмов, основанных на персонажах из детской литературы, популярных фильмов

или телепередач. Однако Джошуа, у которого синдром Аспергера, решил прийти в образе своего специального интереса — стиральной машины. Другая маленькая девочка с синдромом Аспергера находила укромное место на детской площадке и принимала необычную позу, говоря о том, что она — засорившийся унитаз. Её специальным интересом были туалеты.

В своём письме одна бабушка описала мне необычное поведение внука с синдромом Аспергера:

Джейкоб требует, чтобы его на какое-то время оставляли в одиночестве в его комнате, особенно когда он приходит домой из школы. Он закрывает дверь и играет в очень шумную и активную игру, включающую бег по комнате, падения на кровать, столкновения с дверью стенового шкафа и т. п. Однажды он позволил мне понаблюдать за этим и неохотно сообщил, что он играл в футбол, шахматы, хоккей, бейсбол и т. п. в специфическом порядке. Он показывал это, и я не понимала, что происходит, пока он не объяснил, что он был мячом или шахматной фигурой.

В биографии своего сына Бена, имеющего синдром Аспергера, Барбара Ла Салль описывала один необычный аспект его символической игры со сверстниками:

Я вспоминаю детский сад, уголок с гардеробом и девочку, спрашивающую: «Бен, ты будешь папой?» Нет, Бен определённо не желал быть папой, но он хотел быть радио. Чтобы быть папой, ты должен импровизировать, т. е. быть актёром без сценария. А если ты радио, то у тебя есть сценарий — сценарий ведущего прогноза погоды, сценарий спортивного обозревателя, сценарий репортажа о дорожном движении (LaSalle, 2003, с. 233–234).

В то время как первым интересом может быть увлечение необычными предметами, последующим этапом становится сбор цифр и фактов по специфической теме. Даже если эти интересы соответствуют возрасту, их интенсивность и продолжительность могут быть необычными. У многих обычных дошкольников бывает интерес к телепередачам вроде «паровозика Томаса», но когда они становятся старше, этот интерес сменяется другими популярными и попутно рекламируемыми программами. Однако у ребёнка с синдромом Аспергера интерес к «паровозу Томасу» может продолжаться и в подростковом возрасте.

Тема интереса может не соответствовать возрасту и быть несколько необычной для маленького ребёнка. Стивен Шор объяснял, как это происходило в его детстве:

Каталоги и различные руководства неизменно привлекали меня своей предсказуемостью. Я с удовольствием сравнивал размеры и типы рекламируемых в них товаров. В какой-то момент я заинтересовался мощностью кондиционеров, выраженной в британских термических единицах. С тех пор в каждом каталоге я обязательно выискивал кондиционер с самой высокой мощностью, рассчитанный на 115 вольт переменного тока (Шор, 2014, с. 69) (перевод Shore (2001)).

Стивен прислал мне дополнительные комментарии, связанные с этой цитатой, в которых сообщил, что его внушительные знания кондиционеров воздуха, изначально приобретённые в детстве, оказались очень полезными при консультировании по кондиционерам его семьи, друзей и коллег. Он предполагает, что одна из причин, по которой кондиционеры могли стать специальным интересом, заключается в том, что он, как и многие другие находящиеся в аутичном спектре дети и взрослые, не переносил жару и высокую влажность (см. Главу 11).

Иногда тематика интереса такова, что её трудно было бы ожидать от ребёнка с синдромом Аспергера. Например, интерес к спорту едва ли можно было бы предвидеть, если принимать во внимание моторную неловкость многих таких детей. Однако он может заключаться в сборе и запоминании спортивной статистики и рекордов, а не в личном участии в занятиях спортом. Существуют исключения, и у некоторых детей с синдромом Аспергера могут развиваться интерес и способности к одиночному, а не командному спорту. В этих видах спорта для достижения мастерства требуются одиночные тренировки, точность, расчёт времени и стоицизм. Например, таковы гольф, плавание, снукер (бильярд), скалолазание и марафонский бег. Целеустремлённость людей с синдромом Аспергера и затраченное на тренировки время могут привести к выдающимся спортивным достижениям.

Значительная часть связанных с интересом знаний приобретается посредством самомотивации и самообучения. Интерес выбирается потому, что некоторые его аспекты показались привлекательными или важными ребёнку с синдромом Аспергера, а не из-за того, что эта деятельность — «последний писк моды», а у ребёнка должна быть «разменная монета» для достижения популярности. Интерес зачастую представляет из себя одиночную и интуитивную деятельность, которой человек отдаётся с огромным

энтузиазмом, но обычно не стремится разделить её с членами семьи или сверстниками. Проявляемые при этом знания, опыт и таланты могут быть необычайными, и, например, приводить к успеху на школьных или национальных олимпиадах по правописанию или математике, а также вызывать неподдельное восхищение со стороны других людей.

Интерес может проявляться и в области художественного творчества, например, как удивительные способности к рисованию, скульптуре или музыке. Внимание к деталям, фотографический реализм и использование цвета могут быть выдающимися. Художественные работы обычно связаны с интересом, например, картины маслом, изображающие паровозы. Также могут иметь место редкие качества вроде пения при абсолютном слухе или способности выражать эмоции через музыкальные композиции и выступления, что выглядит совершенным контрастом по сравнению со сложностями, которые испытывает человек при выражении эмоций посредством речи и языка тела.

В предподростковом и подростковом возрасте могут развиваться интересы к электронике и компьютерам, литературе жанра «фэнтези», научной фантастике, а иногда и увлечение конкретным человеком. Все они соответствуют интересам сверстников, но их интенсивность и концентрация снова оказываются необычными.

Нита Джексон, подросток с синдромом Аспергера, так описывает своё продвижение от интереса к предметам до интереса к конкретным людям:

Мои предпочтения начались с пластиковых предметов вроде бутылок, фигурок «Мои маленькие пони» (всего я собрала 44, выстраивая их на подоконнике в алфавитном порядке) и Барби. Далее я переключилась на людей. В возрасте от 8 до 12 лет меня заиклило на женщинах, которыми я восхищалась и которым отчаянно хотела подражать вне зависимости от того, реальные они или вымышленные. Одним из таких персонажей была Танкистка (англ. Tank Girl) из комиксов Хьюлетта и Мартина: безбашенная австралийская героиня-оторва, которая могла выбить дурь из любого, кто осмелится бы встать на её пути. У неё был парень по имени Буга, панкующий гибрид человека и кенгуру, а также шумная компания друзей, состоящая из мужчин, женщин, других похожих человекокенгуру, бесподобного модника — говорящего Манерного Коалы, а ещё трубказуба — Господина Скороспела (англ. Mr Precocious), а также многих других созданий. Я буквально теряла голову от неё, потому что у неё было всё то, чего у меня не было. Она была высокой, привлекательной, способной жёстко говорить и

жёстко бить, сильной, независимой и востребованной. Я читала комиксы Хьюлетт и Мартин с религиозным рвением до тех пор, пока не научилась цитировать их слово в слово. Должно быть, я выглядела нелепо, когда вставляла фразы из «Танкистки» посреди разговора, и при этом они имели слабое отношение к его теме. Вот типичный пример:

Мама: Что ты делала в школе сегодня?

Я: Кто вообще такой этот Дэвид Эссекс, Буга? И кстати, Манерный Коала говорит, что ты сражаешься первым (Jackson, 2002b, с. 37).

Может присутствовать увлеченность конкретным персонажем — мифическим, историческим или реальным. Если интерес направлен на реального человека, то могут счесть, что подросток «запал» или влюбился, но интенсивность такого интереса может привести к проблемам и обвинениям в преследовании и домогательствах, а также в неправильном понимании намерений. Интерес к литературе жанра «фэнтези» и связанным с ней изображениями и фигуркам может быть столь силён, что человек разрабатывает собственные ролевые игры и развивает в себе навыки детализированного рисования, основываясь на специальном интересе.

Некоторые подростки и взрослые с синдромом Аспергера проявляют природные способности к пониманию компьютерных языков и компьютерной графики, а зачастую и продвинутые навыки компьютерного программирования. Такой интерес находит признание у сверстников, и существует отдельная подростковая культура компьютерных экспертов. Те личности, которых раньше сверстники считали «ботанами» и презирали, теперь популярны, поскольку они могут достать чит-коды, разрешить проблемы с компьютером и изображаются героями, а не «козлами отпущения», в популярных фильмах и телепередачах.

Взрослые с синдромом Аспергера более склонны к чтению, а не разговорам о своём интересе, который может стать хобби или даже источником заработка. Взрослый, считающийся экспертом в какой-то специализированной области, может получить признание в группе по хобби или интересу. Также его могут нанять на работу, чтобы он давал информацию или советы в этой специализированной области. Люди с синдромом Аспергера — прирождённые эксперты.

7.2. Категории интересов

По-видимому, существуют две основные категории интересов: коллекционирование и приобретение знаний о специфической теме или идее.

Коллекционирование

Ганс Аспергер впервые описал склонность детей с аутичной личностью к заядлому коллекционированию:

Часто отношение этих детей к вещам сужено до коллекционирования. И здесь мы сталкиваемся с таким же поведением, как и в ряде других случаев: вместо гармонично структурированной полноты, в которой ничто особенно не бросается в глаза, мы видим здесь дефекты и пустоты, в которых гипертрофировано что-то отдельное. Коллекционирование, в особенности та его разновидность, что характерна для детей-аутистов, является обездушенным обладанием. Они накапливают какие-либо вещи, но не для того, чтобы делать с ними что-то, играть с ними, изменять или оформлять их каким-либо образом, но лишь для того, чтобы увериться в обладании ими. Так, один мальчик шести лет хочет довести свою коллекцию спичечных коробков до 1000, и к этой цели он стремится с фанатичной энергией (Аспергер, 2011, с. 101).

Коллекции необычных предметов встречаются и у взрослых с синдромом Аспергера. Роберт Сандерс в своей автобиографии описывает увлечённость коллекционированием старых телефонов:

Вот один из примеров уникальности моей коллекции старых телефонов. Когда я был в Новой Зеландии в 1986 г., я заметил, что во многих маленьких городках в то время (не сейчас) у операторов были ручные коммутаторы для соединения всех абонентов. В частности, в Каикоуре с населением 3000 человек звонки коммутировались вручную 9 телефонистами. Сами телефоны были сделаны из чёрного бакелита, и у каждого из них была рукоятка индуктора. В начале следующего года я написал в New Zealand Post Office (их телефонную компанию) и спросил о возможности продать мне какие-нибудь из этих телефонов с рукояткой. Начальник почтового отделения ответил мне и написал, что Каикоура была переведена на автоматическую коммутацию 15 октября 1986 г., и они распродают старое оборудование по 2 новозеландских доллара за каждую вещь. Я ответил и послал

деньги, чтобы заказать три аппарата, и общая сумма вместе с доставкой составила около 60 долларов США. После того, как мои деньги дошли, он послал мне телефоны корабельной почтой.

Несколько лет спустя я снова путешествовал по Новой Зеландии, и когда проезжал через Каикоуру, то у меня был там разговор в почтовом отделении. Начальник почтового отделения всё ещё работал там, и я поблагодарил его за содействие мне в продаже и доставке этих телефонов с рукояткой индуктора, и сказал, что они были оценены по достоинству. Он удивил меня, когда сообщил, что я был *единственным* американцем, написавшим ему и заказавшим телефоны с рукояткой.

Единственный?! В этот момент я осознал, насколько я уникален, да что уж, как уникально множество людей в этом мире. Я просто предположил, что по меньшей мере 10 или 20 американцев, включая коллекционеров телефонных аппаратов, определённо бы заказали телефоны с рукояткой индуктора из Каикоуры (Sanders, 2002, с. 54).

По мере того, как растёт число накопленных предметов, возникает необходимость в разработке системы их каталогизации или «библиотеке». Эта система должна быть логичной, но может быть очень своеобразной. Когда Гизела и Крис поженились, у них был общий интерес к классической музыке, и они объединили свои коллекции записей. У Криса синдром Аспергера, в отличие от его жены. Он осуществил каталогизацию и сортировку объединённой коллекции записей на основе даты рождения композиторов, а не в алфавитном порядке (Slater-Walker and Slater-Walker, 2002). Его система каталогизации логична и, возможно, интеллектуально и функционально превосходит алфавитную систему, в которой рядом оказываются такие разные композиторы, как Бах и Барток. Если основываться на дате рождения композитора, то упорядоченная коллекция записей показывает и развитие музыкальных стилей. Однако большинство обычных людей не знают даты рождения композитора, которая в этом случае необходима для поиска конкретной записи в коллекции.

Если предметы экспонируются, то может быть создана специфическая система упорядочения и присутствовать увлечённость симметрией. И если кто-то случайно или намеренно сдвинет какой-либо предмет в этой последовательности, то человек с синдромом Аспергера может быть этим крайне взволнован и исполнен решимости восстановить симметрию.

Получение и углубление знаний

Коллекционирование предметов может перерасти в коллекционирование фактов о какой-то конкретной теме или концепции, и человек становится экспертом в своём специальном интересе. Ребёнок может заваливать взрослых вопросами об этой теме, обычно не распознавая признаков скуки или раздражения у взрослого, связанных с ответами на неиссякаемый поток вопросов. Невербальные сигналы и контекст, которые были бы очевидными для других детей, не воспринимаются человеком с синдромом Аспергера, который словно впадает в похожее на транс состояние из-за своего энтузиазма.

Ребёнок или взрослый может достичь энциклопедического знания фактов. Кэролин, взрослая женщина с синдромом Аспергера, написала мне в e-mail: «Факты важны для нас, поскольку они дают нам какие-то „гарантии“ в этом очень нестабильном мире. Голые факты дают чувство комфорта и безопасности». Ребёнок или взрослый может составлять перечни фактов и в конце концов запоминать цифры и факты. Человек напоминает учёного при сборе данных, но подборка фактов может быть эксцентричной, вроде автомобильных номерных знаков или расположения радиопередатчиков в штате или стране.

Повторное изучение историй болезней детей, которых наблюдал Ганс Аспергер в своей клинике в Вене с 1950 по 1980 гг., показало, что есть определённые темы, являющиеся очень привлекательными для детей с одноимённым синдромом (Hippler and Klicpera, 2004). Наиболее частым был интерес к животным и природе, который мог начинаться с интереса к динозаврам, типичным для многих маленьких детей, хотя глубина знаний и преобладание тематики динозавров в речи ребёнка и в его свободном времени могли быть необычными. Интерес к животным может развиваться в специальный интерес к отдельным категориям животных, например, к паукообразным или пустынным рептилиям. Вторые по частоте — интересы научно-технического характера, они могут быть связаны с техническими спецификациями отдельных транспортных средств вроде машин BMW или поездов Deltic, или с интересом к отдельным отраслям науки: к географии и вулканам, астрономии и планетам, математике и простым числам, химии и таблице Менделеева. Третий по частоте интерес — это системы общественного транспорта. Сюда может входить запоминание всех станций метро в городе, реставрация старых транспортных средств и путешествия по малоизвестным железнодорожным веткам. Среди прочих интересов может быть

рисование, зачастую на какую-то специфическую тему или по отдельной книге комиксов, или рисование животных с фотографическим реализмом. Или к музыке — в качестве слушателя, исполнителя или коллекционера записей (Mercier et al., 2000).

Недавнее анкетирование родителей детей с синдромом Аспергера подтверждает распространённость тематик или предметов специальных интересов, изначально выявленную Гансом Аспергером (Bashe and Kirby, 2001). Однако опрос Баше и Кирби отражает современные интересы, которых не существовало во время работы Ганса Аспергера, и включают интересы к компьютерным играм и японской мультипликации, а также к научно-фантастическим фильмам.

«Энциклопедические» знания ребёнка могут быть весьма примечательными, а ребёнок — восприниматься как «маленький профессор», стремящийся читать об интересе, задавать связанные с интересом вопросы взрослым, а также инструктировать сверстников по своему интересу (в манере, скорее напоминающей учительскую, чем характерную для сверстников). Может возникнуть впечатление, что ребёнок — потенциальный гений, но учителя замечают, что, хотя продолжительность концентрации внимания и внимание к деталям при занятиях специальным интересом выглядят весьма впечатляющими, очевидно явное отсутствие аналогичного уровня мотивации, внимания и умений при участии в другой деятельности в классе, особенно той, которая может быть интересной сверстникам.

Предмет интереса неизбежно меняется, но время этой замены диктует ребёнок, и появляется другой специальный интерес, который опять же является выбором ребёнка, а не родителя. Сложность и число интересов зависит от уровня развития ребёнка и его интеллектуальных способностей. С течением времени наблюдается их перерастание во множественные и более абстрактные или сложные интересы вроде исторических периодов, отдельных стран или культур. У некоторых детей развиваются два или более одновременных интересов, и число одновременных интересов растёт по мере взросления (Bashe and Kirby, 2001).

7.3. Интересы девочек и женщин

Девочки и мальчики с синдромом Аспергера могут иметь схожие специальные интересы, например, становясь экспертами по «Титанику» или заядлыми коллекционерами карточек с Покемонами. Однако я заметил некоторые различия между интересами мальчиков и девочек с синдромом

Аспергера. Специальный интерес девочки с синдромом Аспергера может быть типичным для девочек в целом, например, коллекционированием кукол Барби, но в коллекции девочки с синдромом Аспергера будет гораздо больше кукол, чем у её сверстниц. Куклы при этом могут быть расставлены в особом порядке, и она обычно не играет со своими Барби вместе с подругой. Она может использовать куклы как фигурки, представляющие реальных окружающих её людей, и воспроизводить с ними события для улучшения своего понимания социальных ситуаций — подобным образом повторный просмотр видео помогает понять происходящее в сложной сцене фильма. Куклы также могут использоваться для репетирования того, что сказать в возможных в будущем ситуациях, и стать альтернативными подругами, которые, в отличие от настоящих девочек в её жизни, всегда проявляют поддержку, принятие и доброту. Такой интерес практикуется в одиночестве, и он функционален.

Как мальчики, так и девочки могут изучать факты в области своего интереса, зачастую научного характера, и наиболее популярными материалами для чтения становятся энциклопедии и справочники. Однако, я заметил, что у некоторых девочек с синдромом Аспергера развивается специальный интерес к художественной литературе, а не к фактам. Интерес к художественной литературе может предусматривать коллекционирование и многократное перечитывание романов таких авторов, как Дж. К. Роулинг, и классическую литературу, например, пьесы Шекспира или рассказы Чарльза Диккенса или Роальда Даля. И не для того, чтобы достичь успеха на школьных уроках английской¹ литературы, а из-за подлинного интереса к великим авторам и их произведениям. Девочка может уходить в фантазии об альтернативных мирах и задумываться о написании собственных художественных произведений. Это может стать отправной точкой в карьере писателя. Чтение и написание художественных произведений нередко косвенно помогает узнать больше о содержании мыслей других людей и способствует развитию модели психического.

Иногда появляется специальный интерес к животным, но при этом такой интенсивный, что девочка сама ведёт себя как животное: например, если это интерес к лошадям, то она может изъявлять желание спать в конюшне. Животные могут интуитивно восприниматься как кто-то, кто проявляет симпатию и не намерен причинить вреда, а развившиеся взаимоотношения с

¹Примечание переводчика: язык оригинальной книги — английский.

ними служат заменой друзьям-людям. Животные не обманывают, не дразнят и не ведут себя столь же переменчиво, как люди, и они не осуждают, слушая рассказ человека о произошедших за день событиях.

В подростковом возрасте у некоторых девочек (а иногда и у мальчиков) с синдромом Аспергера может появиться специальный интерес к фантастическим мирам. Это может быть научная фантастика и фэнтези, а также феи, ведьмы и мифологические чудовища. Выраженный интерес к сверхъестественному может быть ошибочно принят за связанные с шизофренией симптомы, и клиницист должен знать о качественных и функциональных различиях между специальным интересом к сверхъестественному и ранними признаками шизофрении.

Один из конструктивных способов, которым девочки и женщины с синдромом Аспергера могут изучать социальные взаимоотношения и ожидания,— это запойный просмотр телевизионных «мыльных опер». Разворачивающаяся драма позволяет «подглядеть» межличностные отношения, а также послужить потенциальным сценарием для встреч в реальной жизни. Специальный интерес к «мыльным операм» имеет ценность как окно в социальный мир. Это занятие также даёт «безопасный» наблюдательный пункт для накопления знаний о дружбе и более интимных взаимоотношениях. Однако эти ролевые модели и игра актёров иногда оказываются излишне драматичными и неуместными, если человек с синдромом Аспергера пробует применить эти сценарии в реальных жизненных ситуациях.

У взрослого выраженный интерес к литературе может привести к чтению книг по «популярной психологии», в которых даются практические и столь необходимые советы по отношениям. Лиан Холлидей Уилли, у которой есть синдром Аспергера и чья научная карьера была основана на любви к языкам и литературе, обнаружила, что чтение книг о нормальном развитии ребёнка позволило ей лучше понять своих собственных детей (Willey, 2001). При столкновении с проблемой люди с синдромом Аспергера ищут знания о том, к чему не могут применить интуицию.

7.4. Функции специальных интересов

Исследований, посвящённых происхождению и функциям специальных интересов при синдроме Аспергера, очень мало, но если исходить из моего обширного клинического опыта и чтения автобиографий взрослых с синдромом Аспергера, то можно выделить несколько функций.

Преодоление тревожности

Разумный и практичный способ снижения страха — узнать больше о причине тревоги: для всех людей знание является противоядием от страха. Лиза Пайлс, мать ребёнка с синдромом Аспергера, написала в своей биографии сына, что интерес может помочь ребёнку в контроле над страхами. Интерес сына к ведьмам был его способом справиться с их боязнью (Pyles, 2002). Несколько родителей рассказывали мне о том, как предмет страха может превратиться в специальный интерес. Страх шума от смыва унитаза может развиваться в увлечение водопроводом. А повышенная слуховая чувствительность к гудению пылесоса может привести к увлечению различными типами пылесосов, принципами их работы и функциями. Я сталкивался с несколькими девочками с синдромом Аспергера, которые сильно боялись грома, и у них развился интерес к погодным системам — и способность предсказать, когда гроза неминуема. Лилиана, взрослая женщина с синдромом Аспергера, рассказывала мне, что в детстве она изначально боялась пауков, но решила преодолеть свой страх, читая все доступные ей книги про пауков, и даже стала искать пауков вокруг себя, чтобы изучить их. Маттиас объяснял мне в переписке по e-mail: «Когда я переполнен страхом или чувствую хаос внутри себя, я склонен говорить о системах безопасности, одном из моих специальных интересов».

Обычные дети могут справиться со своими страхами, обращаясь за поддержкой и душевной теплотой к родителям и друзьям, но эти методы преодоления тревожности бывают недостаточно действенными для детей с синдромом Аспергера. Однако их сравнительно сильная сторона — способность овладевать знаниям и фактами, и это становится их способом снижения тревожности.

Источник удовольствия

Некоторые интересы начинаются в связи с приятным опытом. Такой интерес — своего рода память о более счастливых или простых временах (Tantam, 2000a). Одним из ранних интересов сестры моей жены (который в действительности продлился несколько десятилетий) были поезда. Или, если говорить более конкретно, специфический типу дизельных локомотивам, известных как Deltic. В первых абзацах моей книги «Синдром Аспергера» (Asperger's Syndrome), опубликованной в 1998 году (Attwood, 1998), рассказывается о вымышленной, но репрезентативной истории, описы-

вающей сестру моей жены и её тягу говорить с энтузиазмом о поездах Deltic с незнакомцами. Она недавно прислала мне свою автобиографию (неопубликованную), в которой писала следующее:

Большинство счастливых деньков случались во время каникул, и поэтому я люблю корабли и поезда (поскольку мы их видели только во время каникул). И эти ситуации ощущались мной как более безопасные и стабильные.

Связь с удовольствием можно увидеть на примере маленького ребёнка с синдромом Аспергера, посетившего парк развлечений и впервые покатавшегося там на американских горках. Эмоции от ускорения и падения были необычайно захватывающими для него, и он настоял на том, чтобы провести почти весь день на переднем сидении горок, где кричал, но не от страха, а от удовольствия. И в дальнейшем всякий раз, когда он видел картинки с американскими горками, читал или разговаривал о них, он испытывал «тень» той эйфории, которую он пережил при своём первом катании на американских горках. Впоследствии у него развился специальный интерес к американским горкам, и когда мы встретились, он прочёл мне увлекательную и подробную «лекцию» по истории американских горок и их различным видам. Ему было всего лишь восемь лет.

В своей книге-руководстве для подростков с синдромом Аспергера Люк Джексон объяснял:

Когда я поглощён своим увлечением: динозаврами ли (спешу добавить, это было когда я был маленьким), покемонами ли, конкретной ли игрой для PlayStation, компьютерами ли — они были всегда всепоглощающей одержимостью для меня — или чем-то ещё, я чувствовал переполняющий меня неопиcуемый азарт и волнение (Jackson, 2002a, с. 43–44).

Интерес может быть источником юмора. У Грейс, молодой женщины, есть фантастический мир и рисунки воображаемых машин с довольно заковырыстыми названиями вроде «кубикл для объятий с турбовентилатором» (англ. Turbo Fan Cuddle Cubicle) и «прыткая и бриткая машина-мачо» (англ. Glinker Flinker Macho Machine). Неологизмы (новые слова) и воображаемые миры являются одной из особенностей синдрома Аспергера, и Грейс встраивает свой интерес в свои страхи и радости. Грейс ненавидит вельветовые брюки и избрела «вельветобрюкопохититель»

(англ. Corduroytrousersnatcher). Её каламбуры или шутки основаны на её интересах и не нацелены на то, чтобы насмешить других, или на получение совместного удовольствия от них с кем-либо (Werth et al., 2001).

Когда я изучаю и обсуждаю удовольствия в жизни взрослого с синдромом Аспергера в рамках терапевтической программы когнитивной поведенческой терапии, то связанные со специальным интересом удовольствия намного превосходят множество других жизненных благ. В самом деле, обретение крайне редкой вещи для коллекции может восприниматься как интеллектуально-эстетический «оргазм», оставляющий далеко позади какие бы то ни было удовольствия от межличностного взаимодействия.

Удовольствие или радость также может приносить овладение каким-то навыком и/или его совершенствованием, который одновременно даёт чувство личной самооценности и становится средством личностного роста (Mercier et al., 2000). Такие способности часто заслуживают благодарности со стороны членов семьи, рожают подлинную дружбу и могут стать формой компенсации и способствовать росту самооценки, особенно если человек малоуспешен в социальных и межличностных аспектах жизни.

Средство релаксации

Повторяющаяся деятельность может способствовать уменьшению чувства напряжения и обеспечивать релаксацию за счёт предсказуемости распорядка. Клинический опыт, связанный с людьми с синдромом Аспергера, показал, что степень преобладания интереса в повседневной жизни человека пропорциональна степени стресса: чем сильнее стресс, тем более интенсивным становится интерес. Если говорить в психологических терминах, то интерес в этом случае играет роль отрицательного подкрепления, т. к. он прекращает неприятное чувство. Интерес также может быть формой блокирования мыслей: никакие тревожные, критические или депрессивные мысли не прорвутся в сознание, когда человек всецело поглощён своим специальным интересом. При этом также меняется восприятие времени, и подросток, которому говорят, что он провёл пять часов за компьютером, жалуется, что этого было недостаточно, и ощущает эти пять часов словно пять минут. За развлечением время летит быстро.

Один из моих клиентов — очень успешный рок-музыкант. Он крайне тревожная и застенчивая личность. Когда он учился в старшей школе и возвращался домой из школы, чувствуя умственное истощение и взвинченность, он уходил в свою спальню как в убежище и сосредоточенно слушал

рок-музыку. Его специальным интересом стала рок- и поп-музыка конкретного периода, написанная за несколько лет до его рождения. Прослушивание музыки было его формой релаксации, но он также развил способность выражать свои мысли и чувства посредством написания собственной оригинальной музыки, которая служила ему куда более эффективным средством выражения мыслей и чувств, чем разговорная речь. После создания рок-группы его песни стали чрезвычайно популярными, и он со своей группой проводил туры по всему миру. Я спрашивал его, как, будучи таким застенчивым человеком, он смог выступить перед десятками тысяч людей. Он ответил: «Моя музыка защищает меня». Но когда музыка перестаёт играть, ему приходится уходить со сцены как можно быстрее.

В своей автобиографии Лиан Холлидей Уилли объясняла то, как один из её интересов служит источником релаксации и удовольствия:

Архитектурный дизайн и сейчас остается одним из моих любимых увлечений, и теперь, будучи старше, я предаюсь ему без стеснения, и это приносит мне огромную радость. Для меня это волшебный эликсир от всех забот. Когда я ощущаю напряжение или растерянность, я достаю свои книги по архитектуре и рассматриваю сооружения, которые мне понятнее всего — симметричные здания с четкими прямыми очертаниями, несущие в себе сильное чувство равновесия. Когда я устаю от собственных ошибок и недопонимания, я запускаю на компьютере программы по домашнему дизайну и приступаю к постройке идеального дома (Willey, 1999, с. 48).

Попытка достичь упорядоченности

Распорядок или рутины, которые включены в повседневную жизнь и могут быть частью специального интереса, обеспечивают большую предсказуемость и определённость в жизни. Человек вырабатывает основанную на логике и симметрии систему каталогизации или упорядочения, и она вселяет в него уверенность и успокаивает. У людей с синдромом Аспергера часто есть трудности с введением изменений в обычный распорядок жизни и в планы, а также с тем, чтобы справляться с этими изменениями. А интересы обычно связаны с упорядочиванием, например, в виде каталогизации информации, создания таблиц или списков.

Разработанная Утой Фрит и Франческой Аппе (Frith and Harré, 1994) психологическая теория может помочь объяснить некоторые аспекты специальных интересов и установления распорядка и ритуалов. Они полагают,

у детей и взрослых с синдромом Аспергера иная система обработки информации, концентрирующаяся на деталях окружающей среды, а не на «гештальте» или «большой картине», и они склонны «запутываться» в деталях. Человек может не воспринимать более широкий контекст или смысл и испытывать проблемы с «центральным согласованием». Поскольку у человека *слабое центральное согласование* (психологический термин, изначально использованный Фрит и Аппе, англ. *weak central coherence*), то его интересы являются попыткой достичь хоть какого-то согласования.

Когда человек с синдромом Аспергера обнаруживает или разрабатывает систематику, пригодную для своего интереса, вроде различных классификаций насекомых или таблицы Менделеева, или же разрабатывает систему каталогизации, то он достигает понимания и предсказуемости, что приносит глубокое удовлетворение. Таким образом, интересы могут быть попыткой превратить видимый хаос в порядок.

Интерес к поездам может быть связан с увлечённостью порядком (вагоны сцепляют в составы), а также с предсказуемостью (поезда всегда ездят по рельсам). Интерес к симметрии или закономерностям — также вероятный фактор, если учесть параллельность путей либо рельсов или шпал.

Люк Джексон писал:

Я бы сказал, что коллекционирование чего-либо — это совершенно безвредный способ достичь чувства безопасности, и никто не должен мешать кому-либо это делать. Организация чего-либо — это чудесный способ стряхнуть с себя чувство хаоса, которое приходит к нам из-за жизни в таком дезорганизованном мире (Jackson, 2002a, с. 50).

У подростков и взрослых поиск закономерностей или правил в жизни может включать увлечённость не только научными законами, но и юридическими, что может перерасти в карьеру в юридической сфере, а также религиозными — с последующим интересом к Библии и мировым религиям. Это может дать ему пропуск в группу сверстников, разделяющую те же убеждения, и в сообщества со сходными ценностями. Однако следует соблюдать осторожность, чтобы вследствие социальной уязвимости человека с синдромом Аспергера случайно не вовлекли в экстремистскую организацию. Это может случиться, если интерес связан с политикой, а человек действует под влиянием «чёрно-белых» или радикальных взглядов.

Понимание физического мира

Природные способности человека с синдромом Аспергера ориентированы скорее на постижение физического мира, а не мира межличностных отношений, и это отражается на выборе интересов (Baron-Cohen and Wheelwright, 1999). И в то время, как другие дети исследуют социальный мир, дети с синдромом Аспергера исследуют предметы, машины, животных и научные концепции. Мы используем термин «пожизненный поиск упорядоченности или осмысленности в жизни»: люди с синдромом Аспергера, по-видимому, обладают природной способностью определять функции предметов, а также врождённый интерес к тому, что физически влияет на нашу жизнь, например, к науке (особенно к погоде и географии), а также к закономерностям или формулам в жизни, выявленным историей, биологией и математикой. В автобиографиях взрослых с синдромом Аспергера часто описывается, насколько хаотичной и непредсказуемой ими воспринимается повседневная жизнь. Поэтому специальный интерес, связанный с отдельными аспектами физического мира, может принести много пользы таким людям, дать им ту упорядоченность и предсказуемость, которой они жаждут.

Создание альтернативного мира

Интерес может представлять ценность для человека с синдромом Аспергера как альтернативный мир, в котором он счастлив, успешен и популярен. Сестра моей жены писала об этом в неопубликованной автобиографии:

Когда мне было примерно семь лет, я, возможно, увидела нечто в книге, что очаровало меня и всё ещё очаровывает. Потому что это было чем-то непохожим ни на что из ранее увиденного мной и совершенно не связанным с нашим миром и нашей культурой и далёким от них. Это была Скандинавия и её народ. Из-за своей иноземности она была совершенно чужда и противоположна всем и всему, что я знала ранее. Это было моим побегом в мир грёз, в котором ничто не могло напомнить мне о повседневной жизни и всех привносимых ей невзгодах. Люди из этого чудесного места были совершенно непохожими на каких-либо людей из «реального мира». Взгляд на эти лица не мог напомнить о ком-либо, кто унижал, пугал или упрекал меня. Одним словом, я поворачивалась спиной к реальной жизни и её той боли, которую она могла причинить, и совершала побег от неё.

У неё развился специальный интерес к Скандинавии, в особенности к викингам. Она настояла на том, чтобы мать сделала ей костюм викинга, который включал в себя перевёрнутую миску для пудинга с прикреплёнными к ней «рогами», выполнявшую роль шлема. В возрасте восьми лет она бродила вокруг своей родной деревни в Англии, изображая викинга. К счастью, эта ролевая игра не дошла до действий настоящих викингов тысячелетней давности, то есть до краж скота или сбора дани.

Интерес может проявиться к определённым периодам истории, например, к древнему Египту. Или к другим странам, в особенности к Японии (страна, славящаяся своей увлечённостью технологиями, а также созданием мультипликационных персонажей). Или к научной фантастике. Это поиск другого мира — в прошлом, настоящем или будущем — альтернативного миру, в котором живёт человек с синдромом Аспергера, чья реальная жизнь часто связана с отсутствием успеха в социальной интеграции и дружбе.

У Дэниела Таммета синдром Аспергера, и он развил у себя выдающиеся способности в математике, которая стала его специальным интересом в детстве. Он объяснял в своём интервью, что в начальной школе он бродил вокруг игровой площадки и считал листья на деревьях вместо того, чтобы тусоваться со своими сверстниками (Metro, 2006)². Когда он испытывает чувство тревоги, он считает про себя в двоичной системе счисления. Он рассматривает числа как своих друзей, и описывает свою привязанность к ним как эмоциональную, а не как чисто интеллектуальную. Он обращается с числами «так же, как поэт очеловечивает реку или дерево посредством метафоры» (Sunday Mail, The, 2005, с. 69).

Бегство в воображаемый или альтернативный мир может иметь явные преимущества для человека с синдромом Аспергера. Однако если контраст между реальным и вымышленным мирами становится слишком сильным, и человек проводит в альтернативном мире непропорционально много времени, это становится поводом для беспокойства. Иногда наступает размывание границы между фантазией и реальностью, и человек начинает исключать другие важные виды деятельности из своей жизни.

²Примечание переводчика: в оригинале — написано (Metro 2006, с.10), но в библиографии нет ссылки на выпуск газеты, найти его не удалось. В библиографии перевода дана ссылка на онлайн-версию.

Чувство идентичности

Маленький ребёнок с синдромом Аспергера, всё больше осознавая отсутствие популярности и успешности в социальных ситуациях, может приобрести низкую самооценку и грустить из-за своих отличий от других людей. Он осознаёт свои низкие статус и ценность в группе сверстников. Интерес к супергероям вроде человека-паука и связанные с ним ролевые игры могут быть способом достижения социального успеха и восхищения. Многие супергерои имеют две личности. Одна из них — робкий и зачастую кроткий и неуспешный человек, который может превращаться в существо, имеющее сверхспособности и легко побеждающее невзгоды. Бывший «неудачник» превращается в героя. Таким образом, супергерою компенсирует недостающий аспект в жизни ребёнка в виде альтер-эго.

В e-mail, полученном от Дженнифер Макэлви Майерс, взрослой женщины с синдромом Аспергера, это объясняется так:

Тематика отвратительного и ужасного становится способом осмысления собственной инаковости, равно как и постоянного, укоренившегося страха перед болью и отвержением. Вот несколько примеров. Интерес к «чудикам» даёт простор для осмысления своей инаковости. Произведения Эдгара Аллена По и Говарда Лавкрафта предоставляют выход чувствам паранойи и инаковости. Идентификация с неизбежно непонятыми и потому опасными чудовищам (вроде Франкенштейна, человека-волка, Призрака Оперы) даёт возможность справиться с очень тяжёлым и болезненным чувством отверженности. Если интерес служит правильной цели, то к нему нужно проявлять терпимость, даже если он выглядит странным или неприятным.

Специальный интерес может «запустить» чтение о ком-то, кто отличается от остальных, об изгое вроде Гарри Поттера из книг Дж. К. Роулинг. Ребёнок с синдромом Аспергера может соотносить с собой переживаемые героем невзгоды и, возможно, мечтать о том, чтобы у него тоже были особые способности, которые в конце концов сделали персонажа победоносным героем.

Специальные интересы также важны, поскольку помогают сформировать личностное чувство идентичности у взрослых. При разговоре взрослые с синдромом Аспергера часто описывают себя в терминах своих интересов, а не личностных качеств. Коллекция предметов даёт одновременно чувство и идентичности. И хотя могут появляться новые интересы, человек с синдромом Аспергера обычно крайне сопротивляется любым разговорам

о том, что ранее накопленные «сокровища» — это хлам, который только занимает место и который нужно отправить на помойку. Чувство идентичности человека и его личная история определяются через эти коллекции, и предложение их уничтожить почти равнозначно предложению отрезать палец.

Времяпрепровождение, облегчение коммуникации и показатель ума

Как человек станет проводить своё время, если оно не занято социализацией? Специальный интерес для человека с синдромом Аспергера — это вид отдыха, который дарит удовольствие, увеличивает знания и может иметь практическую ценность: например, написание компьютерных программ или ремонт старых транспортных средств.

Если в социальных ситуациях человек с синдромом Аспергера не проявляет себя как интересный собеседник, слабо разбирается в «разговоре ни о чём» или бытовой «болтовне», не уверен в контекстуальных знаках, которые указывают на уместность темы разговора, то в случае диалога (или монолога) о специнтересе достигается комфортная уверенность и беглость речи. При этом слова сами собой слетают с губ и появляется красноречие, достигнутое практикой во многих аналогичных ситуациях. Человек с синдромом Аспергера может предполагать, что другой человек настолько же сильно увлечён темой или может «заразиться» столь выраженным энтузиазмом.

Часто люди с синдромом Аспергера стремятся не выглядеть глупыми, и у них может развиваться компенсаторное интеллектуальное высокомерие и тщеславие, особенно после того, как такой человек осознаёт, что он не настолько успешен в общении, как его сверстники. Один из способов продемонстрировать свой интеллект и произвести впечатление на людей своими знаниями — это выдать монолог, изобилующий незнакомыми слушателям техническими терминами. Если человек с синдромом Аспергера профессор, или если его профессия известна малопонятностью терминологии (например, юрист, учёный или медик), то другие люди могут предположить в нём типичного чудака-профессионала, и терпеть его или даже восхищаться его недоступными простым смертным знаниями, особенно если слушатель может извлечь из них какую-то пользу.

7.5. Точка зрения родителей

С точки зрения родителей ребёнка с синдромом Аспергера, специальный интерес создаёт ряд проблем. Родителям приходится утолять практически ненасытную жажду доступа к предмету интереса. Опрос родителей выявил, что им часто приходилось совершать поездки специально для замены или покупки вещи, связанной с этим интересом, опаздывать на деловые встречи по связанным с конкретным интересом причинам, а также отклоняться от маршрута или планировать необычный отпуск так, чтобы предоставить ребёнку доступ к предмету интереса (Bashe and Kirby, 2001).

Продолжительность и преобладание интереса в игре ребёнка может иметь и другие последствия. Встреча для игр, организованная родителями, может потерпеть крах из-за того, что ребёнок оттягивает всё внимание на себя и демонстрирует явное отсутствие взаимности в выбранных играх или разговоре. Зато им намного проще понять, что хотел бы ребёнок в подарок на Рождество или на день рождения, или какую книгу почитать перед сном.

Пристрастие к бесконечным разговорам на специфическую тему может стать серьёзным испытанием для терпения родителей и членов семьи, особенно если ребёнок или взрослых выдаёт монолог и не проявляет заинтересованности в мыслях, мнениях и жизненном опыте другого человека. В своей биографии Донна Уильямс писала о том, что её монологи были не попыткой диалога, а, скорее, озвучиванием мыслей и процесса решения задач.

В разговорчивом настроении я могла без перерыва болтать о чём-нибудь, что меня интересовало. Чем старше я становилась, тем больше интересовалась разными вещами — и тем дольше могла о них рассуждать. Споры меня не интересовали; ответов или чужих мнений я не ждала и, если мне начинали отвечать, часто этого не замечала и продолжала гнуть свое. В сущности, для меня было важно лишь одно — ответить на *собственные* вопросы; и это мне часто удавалось (Уильямс, 2015, с. 64) (перевод Williams (1998)).

К сожалению, решимость в сохранении доступа к интересу может привести к большому числу проблем, когда ребёнок становится подростком. Доступ к интересу может происходить без тщательного планирования и обдумывания последствий. Я сталкивался с подростками с синдромом Аспергера, которые интересовались поездками и совершали путешествия на них, не рассчитывая, когда они вернутся, или не ставя в известность родителей о

своих путешествиях и их точке назначения. Они совершенно не осознавали, как сильно могут переживать родители, не зная, где находятся и в порядке ли их сын или дочь. Интерес может затрагивать и финансовое планирование человека, который тратит на него непропорциональную часть своего дохода. А это, в свою очередь, может сказываться на семье, у которой возникают финансовые проблемы или возникает необходимость искать дополнительные источники дохода.

Препятствия в доступе к интересу могут вызывать гнев. В своей автобиографии Люк Джексон пишет: «Я чувствую переполняющее меня возбуждение, которое не могу описать. Стоит мне лишь поговорить об этом — и раздражение от препятствий может легко перерасти в бушующую ярость» (Jackson, 2002a, с. 44). Родителей часто беспокоит то, что прерывание деятельности ребёнка может привести его к крайней степени возбуждения.

Отказ в доступе к требуемым материалам может вызвать у человека с синдромом Аспергера проблемы с законом (Chen et al., 2003). Взрослые с синдромом Аспергера обычно очень обеспокоены законопослушностью окружающих, но сами они могут поддаваться соблазну пойти на преступление, чтобы получить деньги для доступа к своему специальному интересу (см. Главу 15, с. 489)

Классного руководителя может беспокоить то, что ребёнок из-за своих монологов о специальном интересе выглядит эксцентричным и поэтому уязвимым к насмешкам со стороны других детей, считающих ребёнка с синдромом Аспергера занудным, педантичным, эгоцентричным и грубым. Таким образом, интерес может стать препятствием для социальной интеграции. Стремление говорить или читать только об интересе может мешать ребёнку принимать участие в других видах деятельности. А посвящаемое интересу время может идти в ущерб освоению новых навыков (Klin et al., 1997).

Интерес к холодному или огнестрельному оружию в сочетании со склонностью не задумываться над возможными последствиями сказанного («в пылу момента») (включая угрозы, которые другие люди могут счесть вполне реальными), может привести к временному или постоянному исключению из школы, а иногда и к привлечению сотрудников правоохранительных органов.

7.6. Точка зрения клинициста

Специальный интерес может дать ценную информацию клиницисту. Во время диагностического обследования подростки или взрослые часто взаимодействуют с клиницистом настороженно, обдумывая каждый ответ, и иногда вяло или неохотно участвуют в разговоре. Это связано с их неуверенностью в «сценарии» разговора с малознакомым человеком, и который, к тому же, наблюдает и анализирует их поведение и способности. Однако их нрав может разительно измениться, когда затрагивается тема их особого интереса. Они заметно расслабляются, проявляют энтузиазм и энергию, а также наслаждаются впечатлением, производимым на клинициста их знаниями. Такой контраст между двумя «личностями» может быть одним из признаков, указывающих на синдром Аспергера.

Предмет интереса также может иметь клиническую значимость. Изменение тематики на ужасную или мрачную, например, смерть, может быть признаком клинической депрессии, а интерес к оружию, боевым искусствам и мести — возможным признаком травли в школе (см. Главу 4).

Ребёнок или взрослый может собирать информацию по теме, вызывающей стресс или замешательство, чтобы понять это чувство или ситуацию. Это может быть интерес к смерти и смертности. Например, у ребёнка с синдромом Аспергера были очень близкие отношения с бабушкой. Они часто гуляли вдвоём по семейной ферме, углубляясь в разговоры о животных и сельскохозяйственной технике. На одной из таких прогулок у бабушки случился сердечный приступ, и он умер. Ребёнок не проявлял скорби по поводу смерти бабушки обычными способами, но у него начался специальный интерес к сердечно-сосудистым заболеваниям, и он прочитал все доступные ему книги по болезням сердца. Он хотел точно знать, почему и как умер его горячо любимый, обожаемый бабушка.

Интерес может стать настолько интенсивным и настолько преобладать в жизни человека, что клиницист будет обеспокоен тем, что он больше не приносит удовольствие и не имеет интеллектуальной или психологической ценности, но превратился в нечто не поддающееся контролю и нежелательное. Неспособность контролировать посвящаемое специальному интересу время может быть признаком развития обсессивно-компульсивного расстройства (Baron-Cohen, 1990). Люк Джексон в своей автобиографии описывал эту особенность: «Я даже не могу подступить к объяснению того чувства, возникающего, когда что-то нельзя исполнить. Было ощущение, будто всё моё тело готово взорваться» (Jackson, 2002a, с. 56). Если

специальный интерес пересекает психологическую «границу» и становится нежелательным или оказывает вредное воздействие на качество жизни человека, тогда ему может быть нужна профессиональная помощь для лечения тревожного расстройства (см. Главу 6). Специальный интерес также может быть связан с бредовым расстройством (Kurita, 1999). Это может случиться, если предмет интереса — литература жанра фэнтези и супергерои, и человек подражает выбранному им персонажу с целью достижения успеха и уважения при социальном взаимодействии со сверстниками. Эта черта или компенсаторная стратегия при синдроме Аспергера может стать клинически значимой, если человек не может отделить себя от своего «альтер-эго» и при этом считает себя обладателем особых или магических способностей и всемогущества.

Некоторые аспекты специального интереса могут свидетельствовать о нарушенной исполнительной функции (см. Главу 9). Одной из ролей «исполнительных» или фронтальных лобных долей мозга — это когнитивный или мыслительный контроль над тем, что вы делаете или говорите, в особенности способность менять и тормозить мысли и действия. В то время, когда человек с синдромом Аспергера вовлечён в занятие своим специальным интересом или в разговор о нём, могут наблюдаться признаки персеверации и «застревания» со значительными трудностями в переключении фокуса внимания или разговора на другую тему (Turner, 1997). Кажется, что у человека «однозадачный» ум, и его решимостью завершить деятельность или монолог не поддаётся контролю. Дети и взрослые с синдромом Аспергера часто говорят о том, что их специальный интерес преобладает в их мыслях, и о том, как сложно прервать мысль или деятельность «на середине» и переключиться на что-то другое. Как будто если человек начал что-то, то он принуждён обязательно завершить начатое. Человека нельзя остановить или отвлечь, или прервать мысль до её полного логического завершения.

У нас нет биологической модели развития специальных интересов, но недавние исследования четырёхлетних типично развивающихся детей показали, что наблюдается положительная корреляция между наличием ограниченных интересов у мальчиков и девочек и уровнем тестостерона в эмбриональном периоде (Knickmeyer et al., 2005). И хотя это может быть одним из факторов, влияющих на развитие специальных интересов, существует и множество других факторов, описанных выше, которые также влияют на их развитие у детей и взрослых с синдромом Аспергера.

Мы признаём, что специальный интерес может приносить чрезвычайно сильное удовольствие человеку с синдромом Аспергера. Однако несколько взрослых, которым были прописаны медикаменты для лечения тревоги, депрессии или проблем с управлением гневом, рассказали, что медикаменты «подняли» им настроение, но их удовольствие от специальных интересов «потускнело». Клиницисту может понадобиться принять во внимание и объяснить преимущества и побочные эффекты медикаментов, связанные с настроением в целом, включая их воздействие на удовольствие, которое даёт специальный интерес.

Люди с синдромом Аспергера и их семьи часто спрашивают о методах управления, адаптации, ослабления, диверсификации или конструктивного использования специальных интересов. К счастью, у нас есть несколько предложений на этот счёт.

Ослабление, прекращение или конструктивное использование специального интереса

В то время как ребёнок с синдромом Аспергера время, посвящённое его интересу, учителя и родители, напротив, стремятся снизить продолжительность и частоту доступа к интересу. Это нужно для того, чтобы ребёнок включился в более широкий круг деятельности, что особенно важно, если посвящаемое интересу время практически исключает социальное взаимодействие с членами семьи дома, со сверстниками в школе, а также влияет на выполнение домашних заданий. Какие стратегии позволят уменьшить затраты времени на интерес, нужно ли пресекать некоторые интересы — или же они могут служить конструктивным целям?

Контроль доступа

Проблемой может быть не сама деятельность, а её продолжительность и преобладание над другими видами деятельности. Можно достичь некоторых успехов, ограничивая доступное время с помощью часов или таймера. Когда выделенное время заканчивается, то деятельность должна прекращаться, и ребёнка можно активно побуждать к реализации других интересов и приоритетов, например, к социальным контактам и выполнению работы по дому или домашних заданий. Ребёнка можно приободрить тем, что скоро обязательно снова настанет время в расписании, когда он сможет наслаждаться своим специальным интересом. Важно, чтобы при этой аль-

тернативной деятельности всё, что связано с интересом, находилось вне зоны видимости. Сблaзн продолжить заниматься интересом может быть весьма силён, поэтому новую деятельность лучше перенести в другую комнату или на улицу. Замещающая деятельность, возможно, должна быть чем-то приятным для ребёнка, пусть и не в такой степени, как специальный интерес. Этот подход связан с дозированием доступа и активным поощрением более широкого круга интересов. Идеи для альтернативных видов деятельности можно позаимствовать из «книги удовольствий», описанной в Главе 6 (см. с. 235).

Частью программы контролируемого доступа может быть выделение отдельного времени общения или досуга на занятие интересом как социальной деятельностью. В этом случае родитель или учитель регулярно выделяет в расписании время на разговор об интересе или его совместное исследование. Взрослый должен удостовериться, что их не отвлекут, и для обеих сторон это времяпровождение приятно. Я обнаружил, что такие сессии, зачастую в конце клинического приёма, дают мне возможность расширить знания по таким интересным темам, как книга рекордов Гиннесса, бабочки, «Титаник» или погодные системы. И впоследствии я могу более авторитетно и располагая к себе разговаривать с детьми с синдромом Аспергера, которые разделяют интересы детей, ставших моими учителями. Разговор может стать взаимным, если вы, как взрослый, объясните, что интересно вам, и вы вдвоём сможете провести время, исследуя интересы друг друга.

Видоизменение или прекращение неприемлемых интересов

Если интерес потенциально опасен, противозаконен или с высокой вероятностью может быть неправильно понят (например, интерес к пожарам, оружию или порнографии), то можно предпринять шаги по прекращению или, по меньшей мере, видоизменению интереса, хотя клинический опыт говорит о том, что это нелёгкая задача. Вы должны объяснить, почему интерес неприемлем для других людей, возможно, используя Социальные Истории™ для объяснения социальных условностей. Вам, возможно, понадобится разъяснить какие-то относящиеся к делу законы, а также исследовать возможность некоторых модификаций текущего интереса (Gray, 1998). Например, интерес к порнографии может быть способом понять отношения и сексуальность. Интерес к ней может стать неприемлемым, если подросток или взрослый с синдромом Аспергера считает, что такие изображения

реалистично передают отношения обычных людей, а показанные действия сексуального характера являются руководством по поведению на первом свидании. К счастью, в настоящее время есть специальные программы по информированию подростков и взрослых с синдромом Аспергера об уместных уровнях интимности и сексуальности (Hénault, 2005).

Разговоры в комиксах (изображение ситуации с помощью схематических фигурок и пузырей с мыслями и речью), также разработанные Кэрол Грей (Gray, 1998), могут помочь ребёнку понять точки зрения других людей. На этих рисунках изображаются не только мысли самого ребёнка, но и мысли, эмоции и точки зрения членов семьи, других взрослых, а также взгляд общества и возможные последствия. Можно обращаться к Я-образу самого ребёнка и говорить о том, что логичным, зрелым и благоразумным решением будет модификация предмета интереса. Например, интерес к ядам может быть видоизменён в интерес к пищеварительной системе или плотоядным растениям.

Альтернативный вариант — это прекратить интерес. Можно активно искать и поощрять заменяющий интерес, который приемлем для всех сторон. Однако вы должны понимать, что его выбор должен быть основан на характере ребёнка, видах предыдущих интересов, а также функции заменяемого интереса. Например, если интерес к оружию и возмездию возник из-за травли в школе, то нужно предпринять шаги по прекращению травли.

Конструктивное применение

Иногда благоразумнее работать с мотивацией следовать специальному интересу, чем бороться с ним. Интерес может быть источником наслаждения, знаний, самоидентичности и самооценки, и этим могут конструктивно воспользоваться родители, учителям и терапевты.

Мотивация и учёба

Обычного ребёнка обычно мотивирует расположение со стороны родителей или учителей, впечатление, произведённое на других детей, подражание им и его включение сверстниками в свою деятельность. Эти стандартные желания или мотивации не столь сильны у детей с синдромом Аспергера. Напротив, у них обычно сильнее выражена мотивация быть занятым своим специальным интересом, а не получить расположение со стороны других людей. Конструктивное применение специнтереса — это его задействова-

ние для усиления мотивации к нелюбимым занятиям, либо использование доступа к интересу в качестве поощрения. Например, если у маленького ребёнка с синдромом Аспергера есть интерес к «паровозу Томасу», то можно найти множество товаров с изображениями этого персонажа: книги для чтения для разных возрастов, математические задания, а также задания по письму и рисованию. У ребёнка наверняка будет выше мотивация читать книгу о любимом персонаже, а не о ком-то, к кому у него нет никакого интереса.

Если интерес связан с географией, в особенности с флагами, то ребёнок может считать флаги вместо стандартных счётных предметов, причём как в классе, так и дома. И в самом деле, одна из проблем, с которой сталкиваются родители, — это мотивация ребёнка при выполнении домашних заданий. Если домашнее задание включает какой-то связанный со специальным интересом аспект, то возникает меньше проблем с его выполнением (Hinton and Kern, 1999).

Доступ к интересу — это примечательный своей мощью стимул (Mercier et al., 2000). Завершение выданных задач в классе освобождает время для занятий интересом. Например, если ребёнок решает десять математических задач за десять минут, то он зарабатывает десять минут свободного времени за компьютером. У детей постарше специальный интерес к отдельной отрасли науки может перерасти в знания о научной методологии, успехи в научных конкурсах, что может давать внутреннюю мотивацию и улучшать самооценку. Подход, связанный со встраиванием интереса в школьную программу, требует от учителя более гибко представлять задания в классе и использовать систему поощрения. Однако он может дать преимущества в виде более продвинутых способностей и концентрации.

Некоторые родители прекращали доступ к интересу в качестве наказания за плохое поведение или за невыполненные задания. Хотя эта стратегия показывает эффективность как компонент домашней программы по управлению поведением, она может спровоцировать перевозбуждение, если для ребёнка отказ в доступе оказывается непереносимым. Я рекомендую с осторожностью использовать прекращение доступа к интересу в качестве наказания, поскольку другие методы могут быть более эффективными, а интерес должен оставаться позитивным аспектом повседневной жизни человека. И прекращение доступа к одному из немногих удовольствий неизбежно будет вызывать сопротивление.

Элиза Ганьон разработала концепцию «карточек силы» (англ. Power Cards) (Gagnon, 2001). Методика заключается в использовании интереса для увеличения мотивации и содействия учёбе. Эту методику можно использовать как в классе, так и дома. Она предусматривает создание карточек (размером с визитную или коллекционную карточку), которые дают объяснение или совет по какой-то ситуации, используя при этом связанные со специальным интересом сцены или персонажи. Текст написан в стиле Социальной Истории™ и может дополняться рисунками и персонажами, связанными с интересом. Например, одна девочка с синдромом Аспергера не пользовалась популярностью из-за своих прямых и иногда переходящих на личности реплик о сверстниках. Она могла громко сказать: «У тебя плохо пахнет изо рта». Ей нужно было научиться воздерживаться от таких реплик или высказывать их более тактично. Поскольку у неё был сильный интерес к популярной певице Бритни Спирс, то была составлена «карточка силы» с изображением Бритни и текстом, который включал «совет» Бритни, связанный с тем, что говорить другим детям в классе. Задействие интереса может привлечь внимание ребёнка, и это повышает вероятность, что он эти рекомендации запомнит и использует.

Трудоустройство

Некоторые интересы в итоге становятся источником дохода и профессией. У одного подростка с синдромом Аспергера — потрясающие знания о рыбалке, особенно о разных видах рыб и рыболовных принадлежностях. В его школе была программа по профессиональной ориентации, в рамках которой в конце учебного года ученик на один день направлялся на какое-то рабочее место, чтобы получить соответствующий опыт. И учителя какое-то время обсуждали, на какую работу его направить. В конце концов ему предложили пойти поработать один день в местном магазине рыболовных снастей. Он пошёл туда на один день, но уже не вернулся в школу: его приняли на работу в конце этого же дня, поскольку владелец магазина понял, что его знания и энтузиазм сделают его ценным сотрудником.

Интерес к погоде может привести в метеорологию. А интерес к картам — к работе водителем такси или водителем грузовика. Интерес к различным культурам и языкам — к работе экскурсоводом или переводчиком. Стивену Шору нравилось собирать велосипеды и кататься на них, и он объяснял мне, что получил работу механика в велосипедном магазине, используя свой уникальный самостоятельно собранный велосипед в качестве «порт-

фолио». Когда Стивен показывал и описывал свой уникальный велосипед, то упомянул, что он умеет собирать велосипедные колёса, что в то время было редким и ценным навыком. Изначально менеджер поручил ему собрать десять велосипедных колёс. В дальнейшем он был нанят на большее количество часов и в конце концов стал менеджером магазина.

Родителям стоит рассмотреть возможность индивидуальных занятий для развития адаптивным способом тех интересов, которые могут стать источником дохода или профессией: например, способности, связанные с компьютерами. Я думаю, что компьютеры были разработаны людьми с синдромом Аспергера для людей с синдромом Аспергера, и в XXI веке связанные с компьютером навыки требуются во многих сферах. Интерес к книгам и системам каталогизации может составить навыки, которые позволят стать успешным библиотекарем. А интерес к животным — привести к карьере в ветеринарии.

Тэмпл Грандин, у которой диагностирован высокофункциональный аутизм или синдром Аспергера, отстаивала точку зрения, согласно которой люди с аутизмом и синдромом Аспергера должны задумываться о том, как стать экспертами в выбранном ими предмете, чтобы к ним обращались ради их знаний, а не о развитии социальных способностей ради трудоустройства. Рабочее портфолио, демонстрирующее их способности и знания, может компенсировать трудности с необходимыми на собеседовании социальными навыками.

Поскольку для специального интереса характерно накопление знаний и опыта, то его конструктивным применением может стать академическая карьера. Профессор с синдромом Аспергера из Калифорнийского университета писал мне: «Лучшее в академической среде — это то, что нам платят за разговоры о нашей любимой теме, а студенты сначала конспектируют, а затем пересказывают наши мудрые слова на экзаменах».

Взрослые с синдромом Аспергера могут «накапливаться» в рабочей среде, в которой требуется быть экспертом в тех специальных интересах, которые часты при этом синдроме. В компаниях, где работают инженеры и специалисты по информационным технологиям, может быть больше сотрудников с синдромом Аспергера, чем их ожидаемое количество с учётом распространённости в общей популяции. Такие работодатели могут создать «дружественный к „аспергерам“» и ценящий их коллектив. То же самое бывает в связанных с искусством сообществах, где зачастую принимаются необычные или эксцентричные черты человека, если он высоко компетентен в качестве писателя или художника (Fitzgerald, 2005).

Специальный интерес как часть программы когнитивной поведенческой терапии

Первоочередной психологической терапией для расстройств настроения является когнитивная поведенческая терапия (КПТ). Я разработал несколько модификаций КПТ, чтобы приспособить их к необычному характеру когнитивных и социальных навыков, связанных с синдромом Аспергера (Sofronoff et al., 2005). Одна из этих модификаций — концепция или метафора «ящика с инструментами», в котором находятся ряд инструментов для «починки» или нормализации эмоций (см. Главу 6, с. 245). Поскольку одно из свойств специального интереса — служить источником удовольствия и релаксации, то одним из «инструментов в ящике» может быть доступ к интересу как средству эмоционального восстановления. В то время как отвлечение, утешение и разговор могут быть неэффективными для управления эмоциями, посвящённое специальному интересу время поможет расслабиться, получить удовольствие, а также блокировать мысли, позволяя избежать дальнейшего ухудшения настроения.

Интерес также может быть встроен в часть программы КПТ, связанную с когнитивной реструктуризацией. Например, у одного подростка, у которого был двойной диагноз синдрома Аспергера и обсессивно-компульсивного расстройства, был страх заражения микробами. Его специальным интересом был телесериал «доктор Кто» о путешествиях в пространстве и времени. Терапевтическая деятельность строилась вокруг того, что клиента просили представить себя в роли доктора Кто, заброшенного на планету с невидимым чудовищем, сеющим и нагоняющим страх вокруг себя. Я, клинический психолог, мог быть в воображении подростка учёным, изучившим поведение этого чудовища. Работая как единая команда, доктор Кто и учёный разработали способы побороть чудовище и сбежать с планеты. Такой сюжет был характерен для многих телевизионных приключений доктора Кто и послужил источником ролей, концепций и структур, которые оказались привлекательными для подростка и способствовали клиническому успеху терапии.

В связанном с повышением эмоциональной компетентности компоненте КПТ, разработанном для расширения знаний человека о том, как эмоции влияют на мысли, чувства и поведение, специальный интерес опять же может быть использован как метафора. Например, у одной девочки был интерес к погоде, и она смогла развить в себе «барометр» для предсказания

изменений в настроении, выражая мысли в погодных состояниях (например, замешательство описывалось как туман), и для объяснения своих эмоций и мыслей, словно они были прогнозом погоды.

Способ найти друзей

Может ли специальный интерес на самом деле способствовать дружбе детей с синдромом Аспергера? Один и наиболее распространённых ответов на вопрос: «Что делает человека хорошим другом?» — от обычных детей и взрослых — это: «Нам нравится одно и то же». И общий интерес может быть основой дружбы. Родителям стоит рассмотреть возможности социальной инженерии и задействовать специальный интерес ребёнка, чтобы подтолкнуть развитие будущей дружбы. В местных группах поддержки для родителей могут храниться не только имена и адреса членов группы, но и специальные интересы их сыновей или дочерей, что даёт возможность возникнуть специально организованной, но потенциально успешной дружбе. Однако я заметил, что когда общий интерес заканчивается у одной из сторон, то и дружба может закончиться. У взрослых с синдромом Аспергера есть шанс встретить единомышленников и возможных друзей в специальных клубах и на тематических встречах, вроде клубов железнодорожных фанатов или конвентов по «Звёздному пути» — это излюбленные возможности воссоединения людей с синдромом Аспергера.

Сам по себе интерес может способствовать развитию дружбы с обычными сверстниками, хотя и не всегда успешно. У сестры моей жены есть выдающиеся художественные способности — она рисует с фотографическим реализмом. В своей неопубликованной автобиографии она писала о школьных годах: «Я очень хотела с кем-нибудь подружиться. После того, как кто-то похвалил мой рисунок, я начала раздавать людям рисунки и раздавала до тех пор, пока кто-то не обвинил меня в хвастовстве — упрёк, который я никогда не забуду. Я всего лишь пыталась завоевать дружбу».

Интерес к компьютерам может быть распространён среди сверстников, и ребёнок может испытывать глубокое наслаждение своей востребованностью благодаря умению дать совет, способности починить «сломавшийся» компьютер, разработать новую компьютерную программу или графику. Это даёт редкие моменты подлинной востребованности и оценки по достоинству другими людьми. В школе на основе общего интереса к компьютерам может сформироваться небольшая группа друзей, и в этой группе человек может найти настоящую дружбу.

Иногда основанная на общем интересе дружба может перерасти платонический этап и превратиться в более серьёзные отношения. При разговоре с партнёрами взрослых с синдромом Аспергера я часто слышал о том, что специальные интересы их партнёра изначально воспринимались как нечто милое и привлекательное. Это мнение может измениться, когда взрослый с синдромом Аспергера расставляет свои приоритеты как партнёр или родитель. Партнёры без синдрома Аспергера могут впоследствии жаловаться, что на специальный интерес тратится слишком много времени и ресурсов.

Сам по себе интерес позволяет найти друга, который в дальнейшем станет партнёром на всю жизнь. На одной конференции я говорил о том, что интерес к насекомым может вести к карьере энтомолога, стать способом подружиться с коллегами-энтомологами, и что коллега-энтомолог может даже стать партнёром. Это был гипотетический сюжет, но во время одного из перерывов ко мне подошла женщина и сказала, что и в самом деле она и её муж — энтомологи. И она лишь недавно поняла, что диагноз синдрома Аспергера есть не только у её сына, но и, возможно, у её мужа. Способности её мужа в энтомологии были одним из тех качеств, которые превратили чувство восхищения в чувство любви.

7.7. Обучение тому, когда можно говорить об интересе

Если в разговоре речь заходит о специальном интересе, то ребёнку или взрослому с синдромом Аспергера обычно необходимо заучить признаки и реакции, которые свидетельствуют о том, что разговор сохраняет взаимный, диалоговый характер. Можно дать задание на «поиск сообщений», говорящих о том, что слушатель скучает, смущён или раздражён. Человеку с синдромом Аспергера надо напоминать о необходимости регулярных проверок восприятия разговора другими людьми, а также внесении своего вклада в беседу, наблюдения за одобрительным киванием головой и иными признаками настоящей заинтересованности. Если человек с синдромом Аспергера не уверен в этих сигналах, то ему необходимо научиться получать нужную информацию при помощи реплик или вопросов: «Я надеюсь, это Вам не скучно?» — или: «А каковы Ваши мысли и мнение на этот счёт?» Также вероятно, что у человека с синдромом Аспергера при разговоре об интересе восприятие времени отличается от обычного, и ему нужно осознавать, как долго его монолог доминировал в разговоре. Как уже отмечено ранее, время летит быстро, когда человек развлекается.

Иногда у родителей или учителей есть «тайный знак» для ребёнка с синдромом Аспергера, который говорит о том, что нужно увидеть тонкие намёки от других детей и отреагировать на них, давая другу высказать свои знания и предложения, или сменив тему на интересную другому ребёнку. Ребёнок с синдромом Аспергера также может нуждаться в явной информации о том, с кем уместно, а с кем неуместно вести разговор о своём интересе. Можно использовать концепцию концентрических кругов отношений, в которой с людьми во внутренних кругах, например, членами семьи, родственниками и близкими друзьями, его тематика может быть уместной. Однако с менее близкими людьми человек с синдромом Аспергера должен лучше осознавать контекст и социальные сигналы перед тем, как вступать в разговор о специальном интересе.

Один подросток с синдромом Аспергера знал, что при разговоре с незнакомым человеком он должен немного подождать перед тем, как начать говорить о своём специальном интересе. Он спросил у меня совета, как скоро будет уместно рассказать привлекательной девушке-подростку о своём интересе к посещению кладбищ и переписыванию надписей с надгробий. Он, по меньшей мере, понял, как важно подождать хотя бы несколько минут, прежде чем с энтузиазмом перейти к описанию всех городских кладбищ.

7.8. Специальные интересы: проблема или талант?

У Ганса Аспергера было очень положительное отношение к специальным интересам, и он считал способности, демонстрируемые в областях интересов, особым даром. В своей первой опубликованной работе, описывающей аутистическую личность (согласно его изначальной терминологии), он утверждал:

Мы заявляем, причём не из теоретических соображений, но из связанного со многими детьми опыта, что положительные и отрицательные черты этого мальчика — это две стороны одной медали, взаимосвязанные аспекты одной по-настоящему целостной личности. Мы также можем выразить это так: сложности, испытываемые этим мальчиком как с самим собой, так и со взаимоотношениями с окружающим миром — это та цена, которую ему приходится платить за его особый дар (Asperger, 1938, с. 1315).

Интерес может быть как барьером, так и мостиком к социальным контактам, его можно конструктивно использовать в школе и в психологической терапии или сделать основой для успешной карьеры. При рассмотрении

качеств, связанных со специальными интересами, важно учитывать не только пользу для самого человека с синдромом Аспергера, но и пользу для общества. Ранее выдвигались предположения о том, что у достигавших успеха в науке и искусстве людей личностные особенности напоминали связанные с синдромом Аспергера черты (Fitzgerald, 2005; Ledgin, 2002; Paradiz, 2002).

Ганс Аспергер считал:

Похоже, для достижения успеха в науке или искусстве крупица аутизма является необходимой. Необходимыми составляющими для успеха может быть способность отрешаться от повседневного мира, от простой практичности, а также способность оригинально переосмыслить предмет, чтобы в творчестве идти новыми, нехоженными тропами, причём направляя все свои способности на одну специальность (Asperger, 1979, с. 49).

В разных сообществах и культурах специальные интересы воспринимаются по-разному. В некоторых обществах такой интерес считается патологией и признаком того, что человек нуждается в психиатрическом лечении либо должен наконец начать «жить по-человечески». Но в некоторых культурах, особенно в британской, человека просто считают немного эксцентричным, а специальный интерес может быть темой популярной телевизионной программы, аудитория которой оценивает по достоинству способности и личность человека. Я смотрел британское телешоу про антиквариат *Antiques Roadshow* и получал удовольствие от энтузиазма заядлых коллекционеров, у которых, похоже, проявлялись признаки синдрома Аспергера. В британской культуре всегда принимали эксцентричных людей и восторгались ими. В заключение я хочу поддержать комментарий Дженнифер Макэлви Майерс, у которой есть синдром Аспергера, в отправленном мне e-mail: «Обращайтесь со специальным интересом не как с токсином, который нужно вывести, но как с чертой, которой нужно управлять». И с моей точки зрения, эта черта может очень многое дать обществу.

7.9. Ключевые моменты и стратегии

- Одной из особенностей, отличающих специальный интерес от хобби, является аномальность его интенсивности или направленности, обладающая клинической значимостью.
- Необычные или специальные интересы могут развиваться уже в два или три года и, возможно, начинаются с настойчивого внимания к частям объектов: например, с кручения колёс игрушечных машинок или манипулирования электрическими выключателями.
- Следующим этапом может быть фиксация на чём-то, не являющимся ни человеком, ни игрушкой, или увлечение специфической категорией объектов и собирание всех возможных их образцов.
- Последующим этапом может стать сбор цифр и фактов по специфической теме.
- Значительная часть связанных с интересом знаний приобретается посредством самомотивации и самообучения.
- В предподростковом и подростковом возрасте могут развиваться интересы к электронике и компьютерам, литературе жанра фэнтези, научной фантастике, а иногда и увлечение конкретным человеком.
- По-видимому, существует две основные категории интересов: коллекционирование и приобретение знаний о специфической теме или концепции.
- У некоторых девочек с синдромом Аспергера может развиваться специальный интерес к художественной литературе, а не к фактам.
- Иногда специальный интерес может быть к животным, но при этом такой силы, что ребёнок ведёт себя как животное.
- У специальных интересов есть несколько функций:
 - преодоление тревоги;
 - источник удовольствия;
 - средство релаксации;

- обеспечение большей предсказуемости и определённости в жизни;
 - способствование пониманию физического мира;
 - создание альтернативного мира;
 - формирование чувства идентичности;
 - времяпрепровождение, способствование разговору, средство демонстрации интеллектуальных способностей.
- Родителям приходится утолять практически ненасытную жажду доступа к интересу.
 - Специальный интерес может дать ценную информацию клиницисту.
 - Изменение тематики на ужасную или мрачную, например, смерть, может быть признаком клинической депрессии, а интерес к оружию, боевым искусствам и мести — возможным признаком травли в школе.
 - Ребёнок или взрослый могут собирать информацию по теме, вызывающей стресс или замешательство, и это является средством понимания чувства или ситуации.
 - Неспособность контролировать посвящаемое специальному интересу время может быть признаком развития обсессивно-компульсивного расстройства.
 - Проблемой может быть не сама по себе деятельность, а её продолжительность и преобладание над другими видами деятельности. Можно достичь некоторых успехов, ограничивая доступное время с помощью часов или таймера.
 - Частью программы контроля доступа может быть выделение отдельного времени общения или совместного досуга на занятие интересом как социальной деятельностью.
 - Если интерес потенциально опасен, противозаконен или с высокой вероятностью может быть неправильно понят, то есть смысл предпринять шаги по прекращению или, по меньшей мере, видоизменению интереса, хотя клинический опыт говорит о том, что это нелёгкая задача.

- Иногда благоразумнее *работать с* мотивацией следовать специальному интересу, чем *бороться с* ней.
- Интерес часто является источником наслаждения, знаний, самоидентичности и самооценки, что может конструктивно использоваться родителями, учителями и терапевтами.
- Родителям стоит рассмотреть возможность индивидуальных занятий для развития адаптивным способом тех интересов, которые могут стать источником дохода или профессией, например, связанные с компьютером природные способности.
- Специальный интерес может быть встроен в программу когнитивной поведенческой терапии по пониманию и управлению эмоциями.
- Интерес можно использовать как средство, способствующее дружбе с обычными сверстниками и людьми с синдромом Аспергера, которые разделяют сходные интересы.
- Если в разговоре речь заходит о специальном интересе, то ребёнку или взрослому с синдромом Аспергера следует выучить соответствующие признаки и реакции, чтобы удостовериться, что разговор сохраняет взаимный, диалоговый характер.
- При рассмотрении качеств, связанных со специальными интересами, важно учитывать не только пользу для самого человека с синдромом Аспергера, но и пользу для общества.

Глава 8

Речь

Общим во всех этих случаях является следующее: даже неподготовленному слушателю подобная речь покажется неестественной.

(Аспергер, 2011, с. 91) (перевод Asperger (1944))

Ганс Аспергер дал красноречивое описание необычного характера языковых способностей, подразумевающего проблемы с разговорными навыками, «мелодикой» или плавностью речи, а также необычную историю развития речи: например, её раннее или позднее развитие. Он также описал склонность некоторых маленьких детей говорить как взрослые с использованием обширного словарного запаса и довольно сложных предложений. Аспергер писал, что «всегда, когда мы обращаем на это внимание, речь аутистов кажется нам странной — и этот вывод для нас очень важен с диагностической точки зрения» (Аспергер, 2011, с. 91).

В диагностических критериях Кристофера Гиллберга говорится о необычном характере языковых навыков, причём языковые и речевые проблемы проявляются по меньшей мере в 3 из последующих 5 пунктов (Gillberg and Gillberg, 1989):

- задержка развития речи;
- внешне правильная экспрессивная речь;
- формальная, педантичная речь;
- необычная просодика, своеобразные голосовые характеристики;
- нарушение понимания, включая неправильную интерпретацию подразумеваемых (небуквальных) значений.

В диагностических критериях Питера Сзатмари и его коллег также упоминаются речевые странности и требуется соответствие по меньшей мере 2 из следующих пунктов (Szatmari et al., 1989b):

- нарушения в интонации;
- говорит слишком много;
- говорит слишком мало;
- неспособность включиться в разговор;
- идиосинкразическое употребление слов;
- повторяющаяся речь.

Эти диагностические критерии объединяют в себе как изначально данное Гансом Аспергером описание, так и специфику языковых способностей, выявленную клиницистами в результате проведения диагностических обследований. В диагностических критериях синдрома Аспергера Американской психиатрической ассоциации в DSM-IV, а также в критериях Всемирной организации здравоохранения в МКБ-10 дано краткое описание языковых способностей, но при этом утверждается «отсутствие клинически значимой задержки речи» (American Psychiatric Association (APA), 2000, с. 84). К сожалению, это может быть понято как отсутствие чего-либо необычного в языковых навыках. К возрасту пяти лет у ребёнка с синдромом Аспергера нет общей задержки речевого развития, но научные исследования, клинический опыт и описания родителей говорят о том, что у ребёнка или взрослого проявляются необычные характеристики, связанные со специфическими и более тонкими аспектами языка.

В пояснительном тексте к диагностическим критериям DSM-IV говорится о том, что речь может быть аномальной в плане фиксации человека на отдельных темах, многословности и неумении осознать и учесть общепринятые правила разговора, а также что словарный запас ребёнка может быть характерен скорее для взрослого. К сожалению, эти характеристики не включены в диагностические критерии DSM. По моему мнению, необычные языковые способности являются одной из ключевых характеристик синдрома Аспергера, и должны быть включены в будущие пересмотры критериев DSM.

8.1. Оценка языковых способностей

Стандартные тесты, измеряющие уровень развития рецептивной и экспрессивной речи, могут быть нечувствительными к специфическим речевым особенностям детей и взрослых с синдромом Аспергера. В целом поверх-

ностная структура может соответствовать возрасту в плане развитости словарного запаса и способности говорить довольно сложными предложениями. Однако формализованная оценка с использованием таких тестов, как «Клиническая оценка основ речи» (Clinical Evaluation of Language Fundamentals IV, CELF-IV) может выявить проблемы с рецептивными речевыми способностями, особенно со специфическими аспектами восприятия языка, например, с пониманием образных выражений, а также с интерпретацией, запоминанием и исполнением усложняющихся устных указаний (Koning and Magill-Evans, 2001).

Это может объяснить одну проблему, о которой часто говорят родители и учителя: ребёнок, который может изъясняться довольно сложными предложениями, иногда более характерными для взрослых, а не для детей, приходит в замешательство, когда взрослый просит его выполнить последовательность указаний, понятную любому обычному ребёнку в этом возрасте. Склонность к использованию ребёнком с синдромом Аспергера сложных синтаксических конструкций не обязательно означает, что он может полностью понять ваши сложные указания.

Языковые способности ребёнка могут включать в себя высокоразвитые синтаксис, грамматику и словарный запас, и в результате ребёнка могут счесть не нуждающимся в программах по логопедии или речевой терапии (Paul and Sutherland, 2003). Однако родителям и учителям часто требуется руководство в том, как способствовать развитию у ребёнка взаимной коммуникации (Linblad, 2005), а также помощь в случаях, когда проблемы с разговорными навыками мешают успешной интеграции ребёнка в среду сверстников в классе и на детской площадке. Формальная оценка языковых способностей детей с синдромом Аспергера должна включать тесты для исследования прагматических аспектов языка или «искусства ведения разговора» (Bishop and Baird, 2001), равно как и таких аспектов просодии, как расстановка акцентов на ключевых словах или слогах, а также беглости речи и её интонирования. Обследование должно рассматривать язык и речь в широком смысле и включать оценку способности к пониманию образных выражений, письменного языка, способности к повествованию (умения рассказать историю) и аспекты невербальной коммуникации — язык тела и выражение эмоций. При обследовании также должно проверяться наличие таких характеристик, как педантизм или креативность при использовании языка.

Часто заметно существенное различие между знанием языка и его практическим использованием. Ребёнок может демонстрировать достаточные лингвистические способности в ситуации формального тестирования у логопеда, но при этом иметь значительные трудности со скоростью обработки речи, необходимой в повседневных жизненных ситуациях, например, при игре со сверстниками, а также с восприятием на слух и пониманием чужой речи при наличии отвлекающих факторов и фонового шума.

При обследовании также должна изучаться способность человека выражать мысли и чувства с помощью неречевых коммуникативных средств. Мои наблюдения говорят об одной из интересных языковых особенностей людей с синдромом Аспергера: у них могут быть сложности с объяснением вызвавшего эмоциональное потрясение события при личном разговоре, но при этом они проявляют красноречие и проницательность при выражении своих мыслей и чувств при ведении дневниковых записей на компьютере или же в электронных письмах. Их владение языком при письме или печати часто превосходит возможности их устной коммуникации (Frith, 2004).

8.2. Речевые особенности и трудности

В речевом развитии ребёнка с синдромом Аспергера обнаруживаются отдельные области примечательных способностей. Ребёнок может накопить впечатляющий словарный запас, включающий технические термины (часто связанные со специальным интересом), а также обороты, характерные скорее для речи взрослого. Ребёнок иногда может говорить как «маленький профессор» и ошеломить кого-нибудь хорошо отрепетированным монологом по своей любимой теме. Однако когда эти черты проявляются у подростка, они могут стать дополнительным фактором, способствующим социальной изоляции. Ребёнок может проявлять природное любопытство по отношению к физическому миру и тому, как всё работает, а также склонность задавать вопросы и рассказывать интереснейшие факты. Я получаю удовольствие от интеллектуального обмена информацией при разговоре с людьми с синдромом Аспергера и обнаружил, что такие люди (особенно взрослые), чьи знания превосходят мои, могут быть чрезвычайно терпеливыми в объяснении отдельных понятий. Это особенно важно, если они помогают мне решить проблемы с компьютером, предохраняя меня тем самым от эмоционального «срыва» («мелтдауна»).

У некоторых маленьких детей, впоследствии получивших диагноз синдрома Аспергера, могла быть задержка речевого развития, но их первые слова — это зачастую выражения, составленные из нескольких слов, или даже предложения. У сестры моей жены — синдром Аспергера, и она не говорила до трёх с небольшим лет, но её первые слова были весьма примечательными. Она собиралась поцеловать своего отца в щёку, но вдруг отпрянула и сказала: «Не хочу целовать папу, пока папа не возьмёт Hoover»¹. Hoover — это марка пылесоса, и она отпрянула, потому что он не побрился. Этот случай также иллюстрирует образное использование слов: бритва была переосмыслена как пылесос для волос на лице.

Произношение звуков может соответствовать возрасту, но быть необычным своей почти что чрезмерной точностью. Слова могут произноситься как они написаны, а не как говорятя: ребёнок учил язык больше читая, чем слушая. Ударение может падать на слоги, не соответствующие ожидаемому произношению. Я обнаружил, что у некоторых маленьких детей с синдромом Аспергера развитие речи опирается не столько на разговоры с семьёй и сверстниками, сколько на то, что усваивается из телепередач и фильмов. Зачастую маленькие дети с синдромом Аспергера произносят слово с акцентом того человека, от которого они впервые его услышали. Это объясняет склонность некоторых маленьких детей с синдромом Аспергера в Великобритании и Австралии говорить с американским акцентом. Их словарный запас и произношение слов развивалось через просмотр телепередач, а не разговоров с людьми, и в особенности — через просмотр мультфильмов и фильмов, в которых играли и которые озвучивали американцы. Эта черта может быть очень заметной, если у членов семьи местный акцент, а ребёнок с синдромом Аспергера говорит так, словно он чужестранец.

Ребёнок с синдромом Аспергера также может придумывать свои собственные слова или неологизмы (Tantam, 1991; Volden and Lord, 1991). Один ребёнок придумал слово «носинка»², чтобы описать торчащую чешуйку шоколада в мороженом, и слово «звякалка»³ для магнита. У ещё одного ребёнка спросили, почему он не проявляет интерес к своему брату-малышу, то он ответил: «Он не может ходить, он не может говорить — он сломался». Когда другой ребёнок устраивал беспорядок в своей спальне, разбрасывая

¹Примечание переводчика: англ. No wanna kissa da Daddy till Daddy usa da Hoover.

²Примечание переводчика: англ. snook.

³Примечание переводчика: англ. clink.

игрушки по всему полу, то объяснял, что он «уводит её от порядка» (антоним «приводить в порядок»). Сестра моей жены описала свою лодыжку как «запястье на моей ноге», а кубики как «водяные кости».

Иногда звучание или значение конкретного слова провоцирует у ребёнка бурный смех или хихикание. Он может раз за разом повторять это слово вслух и смеяться, не проявляя при этом намерения разделить свою радость или объяснить, почему это слово настолько чарующее или смешное. Этот юмор очень своеобразен и может быть настоящей головоломкой для учителя или родителя. Способность взглянуть на язык под совершенно новым углом очаровывает и это один из подкупающих, по-настоящему творческих аспектов синдрома Аспергера. Возможно, ребёнку можно было бы дать приз за нестандартное мышление, которое производит такие необычные слова, фразы или описания, и поощрять его к их использованию в письменном творчестве.

Хотя в таком характере языковых способностей можно найти позитивные стороны, здесь есть и специфические трудности. Наиболее явная — неспособность видоизменять речь в зависимости от социального контекста. Обычные дети школьного возраста участвуют во взаимном, «сбалансированном» разговоре, оставаясь в курсе знаний, интересов и намерений другого человека, а также социальных условностей, определяющих, что говорить, как говорить и как быть внимательным слушателем. Логопеды называют эти модификации речи и её использование в социальном контексте *прагматическим аспектом* языка. В следующем разделе этой главы будут детально описаны трудности в этом аспекте языка, а также даны методики коррекции для использования родителями и учителями.

Просодия и в особенности тон голоса могут быть необычными, у некоторых детей и взрослых с синдромом Аспергера интонация «однообразна» и может восприниматься как монотонная. Особенностью речи могут быть проблемы с громкостью, слишком высокой или низкой для данной ситуации. Слишком громкая речь может сильно раздражать членов семьи и быть особенно проблемной для учителей, пытающихся снизить уровень шума в классе. Человек может говорить необычно высоким голосом, либо «в нос», что заметно слушателю и может отвлекать его. Темп речи иногда бывает слишком быстрым, особенно когда человек возбуждён или говорит о своём специальном интересе. И наоборот, речь может быть необычно тягучей, когда человеку приходится думать, что говорить, особенно если ответ требует понимания, что думает или чувствует другой человек во время разговора.

При общении с человеком с синдромом Аспергера бывают моменты, когда наблюдается «обрыв связи» или остановка в коммуникации. Человек уходит глубоко в свои мысли, думая, что сказать, и, пытаясь достичь полной концентрации, избегает взгляда на лицо другого человека. К сожалению, эта временное выпадение из разговора и потеря глазного контакта может вызвать замешательство у собеседника, который ожидает немедленного ответа и не знает, нужно ли прервать человека с синдромом Аспергера, чтобы возобновить диалог. Я обычно терпеливо жду, зная, что некоторые люди с синдромом Аспергера не любят, чтобы их перебивали, поскольку это может привести к необходимости начать весь мыслительный процесс сначала.

И хотя самому человеку с синдромом Аспергера может не нравиться, когда его перебивают, он же может пользоваться дурной славой из-за склонности перебивать или «заглушать» речь других людей. Учителя часто жалуются на то, что, хотя сам ребёнок ненавидит, когда его перебивают при разговоре или работе, он не проявляет восприимчивости к сигналам, говорящим о том, когда не следует перебивать других. И к логопедам и психологам часто обращаются за советом, как прекратить постоянное перебивание учителя ребёнком.

Во время разговора человек с синдромом Аспергера может часто менять тему, не осознавая, что логическая связь между темами не очевидна слушателю. Такие разговоры или монологи выглядят бесструктурными и воспринимаются как поток мыслей и переживаний, которым недостаёт связности или которые не имеют отношения к ситуации. У человека не получается принять во внимание точку зрения слушателя, пытающегося уловить его логику и всё время думающего о том, каков же будет итог, а также о том, дадут ли ему возможность поучаствовать в разговоре. Может наблюдаться и очевидное отсутствие приглашающих к диалогу реплик вроде: «Что Вы думаете об этом предложении?» — или: «Был ли у Вас аналогичный опыт?»

Другой чертой детей и некоторых взрослых с синдромом Аспергера является проговаривание своих мыслей вслух, комментирование своих собственных действий или же выдача монологов без потребности в слушателе (Hirpler and Klispega, 2004). Для всех маленьких детей характерно проговаривать вслух свои мысли вне зависимости от того, играют они в одиночестве или с другими. Однако к моменту поступления в школу они обучаются держать свои мысли при себе. В конце концов, разговор человека с самим собой рассматривается некоторыми обывателями как признак

психических нарушений. Дети с синдромом Аспергера могут продолжать проговаривать свои мысли вслух спустя много лет после того возраста, когда должны были бы научиться держать их внутри себя. Это часто отвлекает других детей в классе и может привести к тому, что ребёнка начнут дразнить, когда он разговаривает сам с собой в одиночестве на детской площадке. Ребёнок может также не услышать указаний учителя из-за того, что слишком поглощён своим персональным «разговором».

У такого поведения может быть несколько причин. Во-первых, на ребёнка может меньше влиять пример сверстников, или же он может быть меньше обеспокоен возможностью показаться иным. Проговаривание вслух может преследовать конструктивные цели или использоваться для придания себе уверенности. Например, одна девушка-подросток с синдромом Аспергера говорит: «разговор с самой собой помогает мне понять, как качественно выразить идеи, и попрактиковаться в этом». Тогда как другая объясняет:

Вы знаете, мне нравится звучание моего собственного голоса, потому что он защищает меня от чувства одиночества. Также я думаю, что я немного боюсь того, что если я не буду много говорить, то могу потерять свой голос. Я ведь не говорила почти что до пяти лет (Dewey, 1991, с. 204).

Другая причина может состоять в том, что человек репетирует возможные разговоры следующего дня либо повторяет предыдущие разговоры, чтобы попытаться их понять. Некоторые склонные к тревожности дети и взрослые с синдромом Аспергера говорят сами с собой, чтобы успокоиться и придать себе уверенности. Человек выносит вонне ободряющие реплики, которые обычный человек держит при себе.

Важно узнать, почему человек разговаривает сам с собой. Это может быть просто задержкой развития или средством организации собственных мыслей, улучшающим понимание и дающим комфорт. Если этот аспект речи становится проблемой, нужно поощрять ребёнка говорить шёпотом, а не в полный голос, а также стараться использовать принцип «обдумывай, а не проговаривай вслух», если рядом находятся другие люди. Я заметил, что когда некоторые взрослые с синдромом Аспергера глубоко погружены в свои мысли, их губы движутся, словно человеку сложно «расстыковать» мысли и рот.

Существуют вторичные социальные последствия необычного характера языковых способностей, связанных с синдромом Аспергера. Другие дети могут исключать ребёнка из своих игр или разговоров из-за его проблем с

разговорными навыками. Его могут дразнить и поднимать на смех из-за его странного произношения. Ганс Аспергер говорил об их речи: «Даже неподготовленному слушателю подобная речь покажется неестественной, как карикатура, доведенная до издевательства»⁴ (Аспергер, 2011, с. 91). Таким образом, терапевтические программы по развитию языковых способностей — ключевой компонент специализированного сопровождения для людей с синдромом Аспергера.

8.3. Искусство разговора

Слушая речь ребёнка с синдромом Аспергера, вы, наверное, будете впечатлены сложностью предложений, используемых ребёнком, и его внушительным запасом научных и технических терминов. Однако общим впечатлением будет явное несоответствие лингвистических способностей и специфических ошибок при поддержании естественного разговора.

Человек с синдромом Аспергера может не придерживаться общепринятых правил, связанных с тем, как начинать, поддерживать и завершать разговор. Он может начинать взаимодействие с реплики, не соответствующей ситуации, или нарушить социальные или культурные условности. Например, маленький ребёнок может подойти к незнакомцу в супермаркете и завязать разговор, внезапно сказав: «А у Вас есть цилиндрическая газонокосилка?» — а затем перейти к монологу, демонстрирующему энциклопедические знания садового оборудования. Стоит разговору начаться, и его уже нельзя «выключить», он закончится только тогда, когда ребёнок отработает свой предопределённый и отрепетированный «сценарий». Иногда родители могут в точности предсказать, что ребёнок скажет дальше, придерживаясь своего отрепетированного сценария.

Ребёнок с синдромом Аспергера обычно не осознаёт, как воздействует его монолог на слушателя, а также не видит очевидных признаков смущения, замешательства или желания прекратить взаимодействие. Может сложиться впечатление, что ребёнок говорит, но не слушает и не понимает тонких невербальных сигналов, которые должны регулировать течение разговора. Во время разговора может не хватать понимания или учёта

⁴Примечание переводчика: перевод Уты Фрит в этом месте («often like a caricature, which provokes ridicule in the naïve listener») ближе по смыслу к «провоцирующая издевательства» (Asperger, 1991, с. 70), что лучше соответствует смыслу текста книги Эттвуда.

контекста, социальной иерархии и условностей, делаться мало попыток дать собеседнику высказать свои комментарии, поделиться чувствами или знаниями.

Противоположностью «монологам» могут быть периоды, на протяжении которых человек с синдромом Аспергера крайне неохотно участвует в разговорах. Он может прослыть многословным в разговорах на интересные ему темы, но с трудом поддерживает разговор, если не имеет к его предмету особого личного интереса или если тема была предложена другим человеком (Paul and Sutherland, 2003). У меня сложилось впечатление, что многие люди с синдромом Аспергера воспринимают разговор в основном как возможность обменяться информацией, что-то узнать или рассказать, и если нет практически значимой информации для обмена, то к чему тратить время впустую?

Другой пример нарушенных разговорных навыков — это слабое представление о том, как исправить возникшую при общении неловкую ситуацию. Когда при разговоре возникает замешательство, возможно, из-за того, что другой человек был неточен или ответ был неясным, то естественная реакция большинства людей — обратиться за разъяснениями для поддержания темы разговора. Когда у человека с синдромом Аспергера возникают сомнения в том, что сказать, ему может не доставать уверенности, чтобы честно признаться: «Я не знаю», — или: «Я в замешательстве». И вместо того, чтобы сказать: «Я не вполне понимаю, что Вы имели в виду», — или: «Об этом нелегко говорить», — или: «Мне нечего сказать», — он может длительное время обдумывать свой ответ или внезапно сменить тему разговора на знакомую ему. Разговору может не доставать гибкости в плане тематики и мыслей, могут наблюдаться проблемы с придумыванием соответствующих ситуации идей (Bishop and Frazier Norbury, 2005). Таким образом, возможны резкие изменения темы разговора и не имеющие прямого отношения к ней ответы (Adams et al., 2002; Fine et al., 1994). Неудачная черта некоторых разговоров с человеком с синдромом Аспергера — это то, что разговор в конце концов переключается на обсуждение его специальных интересов, или, как говорится: «А теперь нечто совсем иное»⁵.

⁵Примечание переводчика: «А теперь нечто совсем иное» (And now for something completely different) — название полнометражного фильма (1971) на основе серии скетчей «Летающий цирк Монти Пайтона» (1969), а также ставшая мемом фраза из этого фильма, которую якобы для связки эпизодов произносил ведущий, появляясь в неуместном для сюжета виде.

Когда собеседник в замешательстве, то человеку с синдромом Аспергера зачастую не хватает гибкости мышления для того, чтобы переформулировать объяснение, или пояснить его жестами или метафорой. Когда ребёнку с синдромом Аспергера задают вопрос или ожидают от него ответа на реплику, он может избегать ответа или предоставления новой или релевантной информации (Capps et al., 1998). Это не обязательно означает безразличие или дерзкое высокомерие, но может быть ещё одним примером подлинных трудностей с поддержанием разговора и исправлением неловких ситуаций в нём.

Другая необычная особенность ведения разговора — склонность к репликам, воспринимающимся как не имеющие отношения к теме. Связь заданного вопроса или высказанного утверждения с темой разговора может быть не очевидной. В числе таких высказываний — словесные ассоциации, фрагменты диалогов из предыдущего разговора или же выглядящие довольно странными утверждения. Кажется, что ребёнок говорит первое, что приходит в голову, не понимая, насколько сильное замешательство это может вызвать у другого человека. Причины этой особенности остаются неясными, но, возможно, она связана со склонностью к импульсивности, пониженной способностью к формированию логической структуры или последовательности в утверждении или описании, а также с неспособностью учесть восприятие ситуации другим человеком. Когда это случается, вы не вполне понимаете, отвечать ли на не имеющий отношения к теме комментарий или же продолжать разговор так, словно его не было. Я обычно игнорирую такие реплики и концентрируюсь на главной теме разговора.

У детей и взрослых с синдромом Аспергера может быть склонность перебивать или говорить тогда, когда говорят другие. Тэмпл Грандин объясняет, как это происходит:

За последние пару лет я стала лучше осознавать особый роде магнетизма, протекающий между людьми. Я наблюдала, что когда несколько людей собираются вместе и хорошо проводят время, их речь и смех следуют некоему ритму. Они будут смеяться все вместе и затем разговаривать тихо до тех пор, пока не наступит следующий цикл смеха. Мне всегда было сложно попасть в этот ритм, и я обычно перебиваю собеседников, не понимая своей ошибки. Проблема заключается в том, что я не могу следовать этому ритму (Grandin, 1995, с. 91–92).

Такие перебивания могут приводить других в ярость и создавать впечатление, что человек с синдромом Аспергера очень груб. Собеседнику следует понимать, что это черта синдрома Аспергера, и она не связана с недостатком уважения.

Во время обычного разговора ожидается, что слушатель будет проявлять видимые знаки внимания к говорящему, и показывать, что он слушает, киванием головой, сопереживающим выражением лица или междометиями вроде «ага» или «да». Такое поведение подтверждает чувство взаимопонимания и нахождение «на одной волне» с говорящим. Необходима синхронность в жестах и движениях, особенно когда между двумя людьми благожелательные отношения. Эти сигналы могут быть менее явными, если у одного из собеседников синдром Аспергера. Хотя признаки несогласия могут быть чёткими, признаки согласия, внимательного слушания и симпатии могут быть не столь явными, как можно было бы ожидать. Человек с синдромом Аспергера часто воспринимается как плохой слушатель. Это может быть не столь большой проблемой при случайных знакомствах, но становится поводом для беспокойства партнёра, близких родственников, друга или коллеги.

Иногда человека с синдромом Аспергера могут критиковать за бестактность или социальную наивность во время разговора. Возможно, из-за того, что он сказал нечто правдивое, но при этом ранящее чьи-то чувства или неуместное в данном контексте. Обычные дети с раннего детства видоизменяют тему разговора в зависимости от того, с кем они говорят. Такие видоизменения основаны на понимании социальной иерархии и условностей, а также необходимости оставить при себе некоторые реплики с учётом мыслей и чувств другого человека. Из-за нарушений или задержки развития модели психического (см. Главу 5) разговор может стать хождением по социальному «минному полю», причём собеседник нередко оскорбляется из-за реплик, критики и оценочных суждений человека с синдромом Аспергера. Однако человек с синдромом Аспергера обычно не намеревается оскорбить. Он просто склонен к озвучиванию своих мыслей и, к сожалению, в большей степени привержен фактам и правде, а не чьим-то чувствам.

Иногда проблема состоит не в том, что сказал человек с синдромом Аспергера, а в том, как он это сказал. Может возникнуть впечатление, что он чрезмерно критичен, скуп на комплименты, резок, любит поспорить и невежлив. Другие люди могут знать, когда лучше подумать о чём-то, а не озвучивать это, и как избегать комментариев, которые могут быть

восприняты как оскорбительные, или же слегка видоизменить их. Повторю ещё раз: важно понимать, что за этими ошибками не обязательно стоит злонамеренность.

Нарушения или задержка в развитии модели психического могут объяснить и другие особенности, связанные с нарушением прагматических языковых навыков. Так, что человек с синдромом Аспергера иногда не вполне понимает, что знает или хочет знать другой человек. Когда мать обычного ребёнка спрашивает: «Что ты делал сегодня в школе?» — то у него есть определённые представления о том, что хочет знать его мать. Однако ребёнка с синдромом Аспергера может ошарашить неточность этого вопроса. Хочет ли она знать, с кем я разговаривал, что я учил, куда я ходил, с кем я играл, был ли я счастлив, дразнил ли меня кто-нибудь, или что говорил и делал учитель? Реакцией может быть как отказ отвечать вовсе, так и детальное описание всего дня — в надежде, что что-нибудь из сказанного будет правильным ответом.

Когда ребёнка с синдромом Аспергера просят описать какое-то событие (т. е. дать «повествовательный дискурс»), у него могут возникнуть серьёзные трудности с выработкой организованной и согласованной структуры рассказа (Abele and Grenier, 2005). Уже примерно с шести лет обычный ребёнок может сочинить рассказ в виде структурированного повествования, которое будет вполне понятно слушателю. Тут присутствует чёткий каркас и логическая последовательность с выделением ключевых событий, мыслей и выводов (Landa, 2000). Если у обычного ребёнка спросить, что он делал на выходных, то он проанализирует всю доступную информацию для того, чтобы определить, какие аспекты имеют значение и будут интересны слушателю, и оценит время, нужное как для передачи этих фактов, так и для рассказа истории. У ребёнка (а иногда и взрослого) с синдромом Аспергера возможна существенная задержка в развитии аспектов разговора, связанных с повествовательным дискурсом. У рассказа может не быть явного начала, слушателю будет выдано слишком мало или слишком много информации, ключевая информация может отсутствовать, и при этом он может «съезжать» на подробности, не имеющие отношения к делу. Возможны трудности с кратким резюмированием и переходу к сути дела, что может наскучивать слушателю или привести его раздражение, потому что он ожидает более краткого и связного рассказа. Даже если факты будут изложены, логическая структура, а также мысли и чувства участников зачастую отсутствуют. Ошибки в прагматических аспектах языка часто заставляют других

людей полагать, что человек с синдромом Аспергера притворяется тупым и не хочет сотрудничать, и поэтому могут отказываться от последующего участия в разговорах с ним.

8.4. Методы улучшения разговорных навыков

Человеку с синдромом Аспергера необходимо специальное обучение искусству разговора. Оно должно включать объяснение социального контекста и условностей с помощью Социальных Историй™ (Gray, 1998), изучить и отработать на практике ведение беседы, а также задания по развитию модели психического.

Описанные в Главе 3 методики улучшения социального интеллекта также подойдут для развития у человека прагматических аспектов языка. Использование Социальных Историй™ поможет понять социальный контекст, условности, ожидания, а также мысли и чувства каждого участника разговора. Можно дать инструкции и по использованию различных способов исправления неловких ситуаций в разговоре. Первые Социальные Истории™ должны отражать уже имеющиеся разговорные навыки ребёнка. Последующие Социальные Истории™ должны выдерживать баланс между историями, отражающими имеющиеся возможности, и историями для изучения новой информации. Социальные Истории™ или Социальные Статьи (англ. Social Articles) можно написать и для подростков и взрослых. Например, Социальная Рабочая Тетрадь (англ. Social Workbook) была разработана Кэрол Грей в качестве руководства для молодых взрослых с синдромом Аспергера в том, как делать и понимать комплименты (Gray, 1999).

В то время как Социальные Истории™ могут улучшить социальный интеллект или знания, также важно практиковать новые навыки в контролируемой и поддерживающей среде. Логопеды, учителя и психологи могут организовать программы по развитию социальных навыков, включающие задания по улучшению разговорных навыков (Abele and Grenier, 2005; Chin and Bernard-Opitz, 2000).

Первый этап при организации программы — выявление прагматических языковых способностей и ошибок ребёнка или взрослого с синдромом Аспергера. Это могут быть различные ошибки, связанные с контекстом. Например, ребёнок в состоянии участвовать в разумном разговоре со взрослым, но допускает бросающиеся в глаза ошибки в прагматических аспектах языка при игре со сверстниками и может не понимать, когда общение должно быть формальным или неформальным. Подросток с синдромом Аспергера

может не знать разговорных слов и не разбираться в интересующих его сверстников-подростков темах. Взрослый может успешно участвовать в практически ориентированном разговоре, но испытывать значительные трудности с разговорами «ни о чём» или с языком ухаживаний.

Следующий этап — это расширение знаний и способности к пониманию с помощью Социальных Историй™ или Социальных Статей. Затем возможны индивидуальные или групповые занятия и обсуждение, направленные на освоение социальных подсказок или сигналов, которые указывают на необходимость внесения каких-то изменений в разговор. Участники тренируют новые реакции и навыки под руководством и с поддержкой ведущего, и затем применяют новые разговорные навыки в реальных ситуациях. Дети с синдромом Аспергера могут осваивать и отрабатывать новые навыки с помощью различных игр, в том числе ролевых (Schroeder, 2003). Можно апеллировать к искренней заботе ребёнка о других людях и его желанию быть хорошим другом и объяснить, что иногда разговор о том, о чём хочет другой человек, — это проявление доброты и дружелюбия. Также важно освоить способы выхода из разговора или его завершения, чтобы избежать неопределённо долгого продолжения «разговора».

Чтобы ребёнок с синдромом Аспергера не чувствовал себя некомпетентным и не утратил охоту участвовать в разговорах, взрослый может сыграть роль человека, делающего ошибки в беседе или прагматическом использовании речи и попросить ребёнка определить, где ведение беседы было неправильным. Затем ребёнка просят порекомендовать, как взрослый мог бы улучшить свои разговорные навыки. В результате ребёнок сможет сформировать нужное умение, отвечая на вопрос: «Хорошо, покажи, что мне следовало сказать». Если ребёнок не уверен в том, что сказать или сделать во время разговорной практики навыков, взрослый может прошептать подсказку ему на ухо.

Ребёнок с синдромом Аспергера должен знать о признаках, которые указывают на необходимость внести изменения в «сценарий». Например, если во время разговора о недавнем походе по магазинам выясняется, что у кого-то случилась неприятность, например, пропажа денег, мы обычно меняем ход или «сценарий» разговора и выражаем сочувствие своими репликами. В разговорах людей с синдромом Аспергера встречается меньше спонтанных сочувственных комментариев. Однако когда взрослый предлагает пример подходящего утверждения, ребёнок с синдромом Аспергера может использовать его как подсказку для собственных выражающих сопереживание реплик (Loveland and Tunali, 1991). Таким образом, хотя значимость

некоторых знаков-подсказок может быть не признана, ребёнка стоит поощрять к уместному отклику, если родитель или учитель продемонстрировал его перед этим в качестве примера.

Ребёнку или взрослому с синдромом Аспергера, вероятно, понадобится выучить «спасительные» вопросы или реплики, которые исправят неловкое положение в разговоре или помогут получить разъяснения. Примеры таких вопросов: «Я в замешательстве. Не могли бы Вы объяснить, что Вы имели в виду?» — «Мы точно понимаем друг друга?» — или комментарии вроде: «Мне интересны твои мысли».

Другие составляющие искусства вести разговор — вопросы или комментарии о мнениях, способностях и жизненном опыте другого человека, выражение сопереживания, согласия и комплименты, а также знания о том, как сделать тему разговора интересной, как и когда слушать и смотреть на другого человека. Эти навыки примечательны своей сложностью и продвинутостью, и их освоение может не даваться ребёнку или подростку с синдромом Аспергера. Задание для маленьких детей по развитию подобных навыков выполняется так: ребёнок с синдромом Аспергера сидит рядом с тьютором (учителем, терапевтом или родителем), который помогает вести разговор с другим ребёнком или взрослым. Идея заключается в том, что при разговоре тьютор нащёптывает на ухо ребёнку, что говорить или делать, а также когда это говорить. Тьютор выявляет соответствующие знаки и предлагает или подсказывает подходящие ответы, постепенно поощряя ребёнка инициировать свой собственный диалог. Вот примеры (шёпотом): «Спроси Джесссику, какая у неё любимая телепередача», — или: «Скажи „мне тоже нравится эта передача“». Они направлены на то, чтобы разговор не ограничивался серией вопросов.

Задание для выполнения в классе по развитию разговорных навыков — это работа в парах. Каждый участник учится тому, как начинать и поддерживать разговор с приятелем. Предварительно в классе можно договориться о ряде реплик для начала разговора, например: «Как твои дела сегодня?» — или: «Что ты думаешь о погоде?» — либо что-нибудь из сегодняшних новостей. Каждому ребёнку также нужно выяснить и запомнить информацию о своём собеседнике и подумать о подходящих вопросах, репликах или темах для разговора, например: «А твоя бабушка уже чувствует себя лучше?» — «Мне действительно нравятся твои новые очки», — или: «Вчерашняя новая вечерняя телепередача с „Симпсонами“ была действительно смешной». Другое задание — это попытаться выяснить в разговоре общие интересы и мнения, что может стать основой для дружбы.

Программа по улучшению разговорных навыков включает инструкции и задания для развития следующих умений:

- навык слушания;
- умение как дарить комплименты и высказывать критику, так и принимать их;
- понимание того, когда и как можно прерывать собеседника;
- способность делать связующие комментарии, подготавливая смену темы;
- владение репликами для исправления неловкой ситуации в разговоре;
- представление о том, как задавать вопросы, если непонятно, что говорить или делать дальше.

Могут также понадобиться инструктаж и тренировки по выбору темы, передаче контроля над разговором и его завершению. В программе можно использовать видеозаписи заданий для выявления ошибок и успехов, а также части телепередач и фильмов, иллюстрирующие допускаемые при разговоре оплошности. Можно давать задания на тренировку умения рассказывать истории: мысленно выделять важную информацию и создавать ясную и согласованную структуру рассказа. С маленькими детьми это может быть рассказ истории на основе картинок из книги без слов, а у детей постарше можно тренировать подготовку рассказа перед ожидаемым разговором. Например, родитель может сказать ребёнку: «Возможно, бабушка спросит тебя о том, как прошло празднование твоего дня рождения. Давай отрепетируем твой рассказ». Во время программы акцент делается на открытии для себя новых навыков, а не на чувстве некомпетентности, и любые улучшения способностей отмечаются и приветствуются.

Подростки с синдромом Аспергера могут неохотно участвовать в группах по обучению разговорным навыкам, но охотно принять инструктаж по навыкам общения при посещении факультативных занятий по актёрскому мастерству. Присоединение к таким занятиям, вероятно, будет приемлемым как с точки зрения сверстников, так и для самооценки подростка с синдромом Аспергера. В этом случае режиссёр, а не психотерапевт даёт возможный сценарий и тренирует владение языком тела, тоном голоса и эмоциями. Одновременно можно определить и отрепетировать, что и как говорить в повседневных ситуациях. Как итог, сценарий и новые навыки могут быть применены в реальности, а не на сцене. Это может воодушевить человека с синдромом Аспергера на наблюдение за сверстниками с хорошими разговорными навыками, чтобы перенять их способности, подражая им.



Перебивание: когда мои слова врезаются в слова других людей

Рис. 8.1. Разговор в комиксах о перебивании

Иногда актёрская игра может быть настолько убедительной, что собеседник не будет подозревать о том, что навыки ведения разговора являются приобретёнными, а также кто был ролевой моделью.

Разговоры в комиксах, изначально разработанные Кэрол Грей (Gray, 1998), можно использовать для объяснения возможных мыслей и чувств другого человека во время разговора. Собеседники изображаются в виде схематических фигурок, а пузыри с речью, мыслями и эмоциями используются для выявления скрытых мыслей людей. Пузыри с речью можно рисовать самыми разными способами, передавая разные эмоции. Например, острые края могут показывать гнев, а волнистые линии — тревогу. Также можно использовать цвета. Счастливые или позитивные утверждения можно писать одним цветом (выбранным ребёнком), а неприятные мысли — другим. Можно выработать целую цветовую палитру. Например, выражающие смущения реплики записываются розовым фломастером, а грустные чувства — синим⁶. Они могут быть соотнесены со значимыми аспектами интонации или языка тела человека.

Если человек с синдромом Аспергера известен своей склонностью перебивать, то Социальная История™ может объяснить, как это воздействует на мысли и чувства другого человека. Но лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать, а Разговоры в комиксах дают графическое представление, и соответствующий Разговор в комиксах для ситуации с перебиванием показан на Рисунке 8.1.

⁶Примечание переводчика: игра слов с обозначением цвета; см. «feeling blue».

Инструктаж и задания, включающие ролевые игры, могут использоваться для выявления знаков, говорящих о том, когда вступать в разговор. Например, как выглядит естественное завершение темы или «абзаца» беседы или взгляд, сообщающий: «Ваша очередь говорить». Человека с синдромом Аспергера заслужит одобрение, если будет реагировать на соответствующие «разрешающие» сигналы.

Разговоры в комиксах — чрезвычайно ценное средство исследования и объяснения целого диапазона посланий и смыслов, которые являются естественной частью разговора или игры. Многие дети с синдромом Аспергера приходят в замешательство и расстраиваются из-за насмешек или сарказма. Пузыри с речью и мыслями, равно как и выбор цветов, могут показать скрытые сообщения и дать ребёнку возможность понять, как другие дети воспринимают его речь и разговорные навыки.

Маленький ребёнок с синдромом Аспергера часто полагает, что другие люди думают в точности так же, как и он сам, или же считает, что слова других людей соответствуют их мыслям. Разговоры в комиксах можно использовать для того, чтобы показать, что у каждого человека могут быть очень разные мысли и чувства в одной и той же ситуации и что люди не всегда говорят то, что они думают. Другое преимущество этой методики состоит в том, что её можно использовать для представления последовательности событий в разговоре и показывать возможное воздействие целого диапазона альтернативных комментариев или действий.

Ряд заданий по обучению навыкам модели психического, описанных в Главе 5, подходит и для улучшения разговорных навыков. Интерактивный DVD «Понимание внутреннего мира других людей: интерактивное руководство по эмоциям» (*Mind Reading: The Interactive Guide to Emotions*, 2004) ценен тем, что может помочь распознавать изменения выражений лица и интонаций для возможного внесения изменений в ход разговора. Этот DVD могут использовать как дети, так и взрослые с синдромом Аспергера, и эмоции в нём ранжированы по уровням сложности (см. раздел «Ресурсы» в конце этой книги). Взрослые с синдромом Аспергера также могут читать самоучители по искусству разговора (Gabor, 2001; Гейбор, 2012).

Последний этап программы — это применение новых навыков в реальных ситуациях. Возможно, понадобится предупредить сверстников и членов семьи о новых разговорных способностях для подстраховки с их использованием и для поощрения мотивации и укрепления самооценки ребёнка. Очень важно, чтобы человека с синдромом Аспергера хвалили за успехи в разговоре, указывая на удачные моменты, и отмечая прогресс в

развитии разговорных навыков. По мере взросления от человека ожидают новых разговорных навыков, и их, возможно, тоже понадобится объяснить и отработать. Обучение искусству ведения разговора может быть пожизненной программой.

8.5. Буквальное понимание

Человек с синдромом Аспергера склонен к буквальному пониманию сказанного другим человеком и приходит в сильное замешательство от идиом, иронии, образных выражений, намёков и сарказма. Вот один из примеров буквального понимания сказанного: отец попросил молодого человека заварить чай. Через некоторое время отец забеспокоился, потому что он не получил свой освежающий напиток, и спросил у сына: «А где чай?» Сын ответил: «В заварочном чайнике, разумеется». Он не предполагал, что изначальная просьба подразумевала не просто приготовление чая, но и его подачу. Человек с синдромом Аспергера — не злостный лентяй, бестолковый или дерзкий: он реагирует на буквальное, а не подразумеваемое значение.

Во время диагностического обследования я спросил у маленькой девочки с синдромом Аспергера: «Ты можешь досчитать до десяти?» — на что она ответила: «Да», — и молчаливо продолжила играть в свою игру. Бывает и буквальное понимание изображений. Ребёнок с синдромом Аспергера смотрел мультфильм «Дорожный бегун» (The Road Runner), в котором кой-от упал со скалы, и вдруг у него из ничего появился зонтик, играющий роль парашюта. Растерянный ребёнок прокомментировал: «Почему он это сделал, если дождя не было?»

Человек не пытается осознанно досадить, и он не глупый. На самом деле он хуже осознаёт скрытые, подразумеваемые или множественные смыслы. Эта черта также влияет на понимание распространённых фраз, идиом или метафор наподобие следующих:

- Ты что, язык проглотил?
- Ты мне лапшу на уши вешаешь.
- Села батарейка.
- Я поймал его взгляд.
- Взглядом можно убить.
- Твой голос ломается.
- Держи руку на пульсе.

- Возьми себя в руки.
- Я передумал⁷.

Я заметил, что каждая из этих реплик вызывает некоторое замешательство у детей с синдромом Аспергера, и вам приходится объяснять им точное значение многих образных выражений. К счастью, сложности с буквальным пониманием уже известны родителям и психологами. Есть две книги, одна для детей, а другая для взрослых — по сути, это иллюстрированные путеводители в понимании метафор и повседневных образных выражений (Stuart-Hamilton, 2004; Welton and Telford, 2004).

Для облегчения понимания образных выражений и идиом также можно использовать Социальные Истории™. Кэрол Грей применила следующую Социальную Историю™ для объяснения одного из приведённых ранее выражений:

Иногда человек говорит: «Я передумал».

Это означает, что ранее у него была одна идея, но сейчас у него — другая идея.

Я постараюсь сохранять спокойствие, когда кто-то передумывает.

Когда кто-то говорит: «Я передумал», — я могу представить, как человек сначала пишет что-то, затем стирает это и пишет что-то новое (Attwood, 1998, с. 77).

Дети могут предложить свою фразу, которую они считают сбивающей с толку. Например, «остыть» (в значении «успокоиться») или «пересечёмся позже». Для объяснения её значения можно составить историю и описать в ней те ситуации, в которых эта фраза может быть использована.

Людей с синдромом Аспергера часто очень смущают насмешки, ирония и сарказм. Исследования подтвердили, что понимание идиом у них менее развито, чем можно было бы ожидать, исходя из интеллектуальных и языковых способностей ребёнка (Kerbel and Grunwell, 1998). Другие дети, а иногда и учителя могут знатно позабавиться, используя эту наивность. Ироничные замечания чаще приводят человека с синдромом Аспергера к мысли, что собеседник лжёт (Martin and McDonald, 2004). И скрытое значение не улавливается. Человек с синдромом Аспергера может не настолько

⁷Примечание переводчика: в оригинале — «I've changed my mind», выражение более образное, чем русское (дословно — «я изменил свой ум», т. е. своё мнение), оно используется в Социальной Истории™ чуть ниже.

гибко мыслить, чтобы понять альтернативные смыслы, и полагается на логику, а не на символизм, а также на предположение, что другой человек говорит в точности то, что он подразумевает. Образные выражения воспринимаются как нелогичные и как ещё один пример того, что обычные люди не в состоянии чётко обозначить свои намерения.

Буквальное понимание сказанного также может привести к предположению о поведенческих проблемах или расстройствах. Например, об этом говорила Донна Уильямс в своей биографии:

Если мне и удавалось уловить значение сказанного, то это значение я, как правило, применяла лишь к конкретному разговору или ситуации. Так, однажды в ходе экскурсии я выслушала серьезнейшую нотацию о том, что рисовать на стенах здания Парламента ни в коем случае нельзя, искренне согласилась никогда больше так не поступать — а через десять минут меня застигли за рисованием на стене школы. Я не могла понять, почему учителя считают, что я их не слушаю или издаваюсь над ними: ведь *именно того*, что мне запретили, я и в самом деле больше не делаю! (Уильямс, 2015, с. 82–83) (перевод Williams (1998))

Родителям, учителям и членам семьи нужно осознавать склонность ребёнка к буквальному пониманию, и каждый раз остановиться и задуматься о том, может ли реплика или инструкция быть неправильно понята или вызвать замешательство. И всякий раз после буквального истолкования важно объяснить скрытое намерение или полное значение. Подобное случилось с сестрой моей жены в подростковом возрасте. Она отвечала на телефонный звонок, и у неё спросили: «А Сара здесь?» Сара — её сестра. Поскольку Сары не было в комнате, она ответила: «Нет», — и быстро повесила трубку. Звонившим тогда был я, и я был в курсе её склонности к буквализму. Я позвонил снова и объяснил, что если Сара не здесь, то я бы хотел, чтобы она нашла Сару и попросила её подойти к телефону, чтобы я мог с ней поговорить.

8.6. Просодия

Если вы слушаете речь человека с синдромом Аспергера, то можете услышать необычные особенности высоты голоса, ударения и ритма, т. е. просодии или мелодики речи (Fine et al., 1991; Paul et al., 2005; Shriberg et al., 2001). Голосу может не хватать модуляций, и речь воспринимается как

монотонная или однообразная. Также может наблюдаться необычная расстановка акцентов, либо чрезмерно точная дикция с ударением практически на каждом слоге.

Существуют три уровня функций просодии: грамматический, прагматический и аффективный. *Грамматическая* функция выражает такие аспекты, как вопросительность (с повышением голоса) или утвердительность (с понижением голоса) предложения, а также использование слова в качестве существительного или глагола⁸. Этот аспект просодии оказывается наименее затронутым у детей и взрослых с синдромом Аспергера. *Прагматическая* функция заключается в предоставлении слушателю социальной информации, использовании выделения или противопоставления голосом для выражения мыслей, мнений и намерений или для привлечения внимания слушателя к информации, которая в разговоре является новой. Это голосовой эквивалент маркера для выделения читаемого текста.

Аффективная просодия работает как средство выражения чувств и отношений. Например, простая просьба «иди сюда» может быть сказана с интонацией, которая показывает, что человек нашёл что-то интересное и счастлив; либо он встревожен, и его нужно приободрить; или он, возможно, злится и собирается претворить в жизнь ожидаемое наказание (Pyles, 2002). Исследования подтвердили впечатления родителей и клиницистов о том, что просодия детей и взрослых с синдромом Аспергера может быть необычной, особенно в случае прагматической и аффективной просодии (Shriberg et al., 2001). Речь человека может не передавать то количество социальной и эмоциональной информации, которое можно было бы ожидать.

Просодия некоторых детей и взрослых может восприниматься как недостаточно беглая в плане частоты повторения слов, меньшего числа пауз по сравнению с типичной для данного возраста речью, а также искажённого или необычного произношения слов. Также могут быть проблемы с громкостью, зачастую чрезмерной, и иногда — с произношением «в нос» и/или излишне высоким тоном, что было впервые описано Гансом Аспергером и подтверждено в дальнейших исследованиях просодии (Shriberg et al., 2001).

Ребёнку или взрослому с синдромом Аспергера также может быть сложно понять, с чем связаны смена тона, акцента на отдельных словах или их выделение при восприятии на слух речи другого человека (Koning and Magill-Evans, 2001). Эти тонкие признаки крайне важны для выявления различных намерений, мыслей и эмоций. Следующий пример взят из книги

⁸Примечание переводчика: в оригинальном тексте речь идёт об английском языке.

Эндрю Мэтьюза «Будьте хорошим другом» (Making Friends, русский перевод книги — (Мэтьюз, 2003)). Он показывает, как меняется значение при выделении логическим ударением различных слов (Matthews, 1990, с. 129):

Я не говорил, что она украла мои деньги.

Я не говорил, что она украла мои деньги [но *кто-то другой* это сказал].

Я *НЕ* говорил, что она украла мои деньги [я *точно* этого не говорил].

Я не *говори*л, что она украла мои деньги [но *подразумевал* это].

Я не говорил, что *она* украла мои деньги [но их украл *кто-то другой*].

Я не говорил, что она *украла* мои деньги [но она сделала *что-то другое* с ними].

Я не говорил, что она украла *мои* деньги [она украла их у *кого-то другого*].

Я не говорил, что она украла мои *деньги* [она украла *что-то другое*].

Мы видим семь разных значений, выраженных простым выделением каждого из слов в предложении.

Человеку с синдромом Аспергера, у которого есть проблемы как с использованием, так и с восприятием просодии, необходимо руководство в понимании передаваемых с её помощью сообщений. Для объяснения того, как и почему меняется интонационное выделение слов, можно использовать ролевые игры, прослушивание аудиозаписей, занятия по актёрскому мастерству. Выделение отдельного слова можно объяснить по аналогии с использованием маркера и затем рассмотреть, какие слова нужно выделить для передачи важности отдельных мыслей, чувств и информации слушателю. Игра «найди спрятанное сообщение» может использоваться для выявления мыслей и чувств говорящего при прослушивании аудиозаписей. DVD «Понимание внутреннего мира других людей: интерактивное руководство по эмоциям» (Mind Reading: The Interactive Guide to Emotions) содержит аудиозаписи диалогов, в которых показаны отдельные эмоции (см. раздел «Ресурсы» в конце этой книги). Их можно использовать для выявления чувств, а также в качестве моделей для тренировок в выражении отдельных эмоций. Некоторые из описанных в Главе 6 заданий по эмоциональной коммуникации можно использовать и для того, чтобы улучшить понимание и использование просодии в речи.

Также важно, чтобы дети с синдромом Аспергера понимали, как громкость и темп их речи, интонация и т. п. влияют на способность слушателя понять то, что они говорят. Аудиозаписи ценны тем, что дают почувствовать это на примерах, и уже на этой основе можно выстраивать стратегии, улучшающие понятность речи, например: «Поезд твоих мыслей едет слишком быстро для того, чтобы я смог запрыгнуть на ходу».

8.7. Педантичная речь

Речь детей и взрослых с синдромом Аспергера может восприниматься как педантичная, чрезмерно формальная и претенциозная (Ghaziuddin and Gerstein, 1996; Ghaziuddin et al., 2000; Kerbeshian et al., 1990). Её характеризуют предоставление избыточной информации, акценте на правилах и второстепенных деталях, склонностью к исправлению ошибок в предшествующем высказывании другого человека, слишком формальная структура предложений, а также негибкая интерпретация сказанного другими, что может восприниматься как вступление в спор, а не как поправки. О человеке с синдромом Аспергера часто говорят как о педанте, при этом не пытаюсь сделать комплимент.

Вот пример. Подростка, который помогал своему отцу, работавшему уборщиком офисов после рабочего дня, попросили выкинуть мусор из всех мусорных вёдер. Некоторое время спустя отец высказал недовольство тем, что несколько корзин не очищены. Когда он спросил у сына, почему, тот ответил: «Это не мусорные вёдра, а плетёные корзины». Склонность к педантизму может восприниматься как нечто неприятное и оскорбительное, как в следующем примере. Я разговаривал с молодым человеком из США, который был увлечён максимальными допустимыми скоростями для разных типов транспортных средств, а также ограничениями скорости в разных странах. Я живу в Австралии, и разговор был весьма благожелательным до тех пор, пока я не упомянул роль низкой скорости в сбережении горючего. Молодой человек вдруг встрепенулся и начал неистово возражать, говоря, что правильное слово — «топливо», а не «горючее»⁹.

Выбор слов детьми с синдромом Аспергера может быть чрезмерно формальным, как в примере с пятилетней девочкой. Когда её забрала из школы старшая сестра, она спросила: «А моя мать дома?» Старшая сестра ответила: «Нет, мама ещё не дома». Ясно, что в семье использовалось

⁹Примечание переводчика: в оригинале слова с одинаковым значением «gasoline» и «petrol», что связано с разницей между английским в США и Австралии.

слово «мама», но девочка с синдромом Аспергера использовала необычно формальный способ упомянуть свою мать. К людям могут обращаться по их полным именам и титулам. И вместо того, чтобы сказать: «Здравствуй, Мэри», — ребёнок может сказать: «Здравствуйте, госпожа Мэри Смит».

Иногда ребёнок использует такие слова и фразы, которые скорее были бы уместны для взрослого. Стиль речи ребёнка был усвоен и скопирован из разговоров взрослых из-за преимущественного взаимодействия с ними, а не со сверстниками. Именно взрослые, а не другие дети оказывают более существенное влияние на развитие языковых шаблонов детей школьного возраста с синдромом Аспергера. Например, акцент ребёнка может не совпадать с произношением местных детей и, возможно, сохранять акцент матери (Baron-Cohen and Staunton, 1994). Мы, как правило, ожидаем, что у обычного ребёнка школьного возраста произношение изменится на характерное для его сверстников в школе, что особенно заметно, когда семья переезжает в регион с другим акцентом. Ребёнок с синдромом Аспергера менее склонен к изменению своего акцента на характерный для других местных детей. Стоит ребёнку с синдромом Аспергера услышать какое-то слово или фразу — и он будет продолжать использовать изначальное произношение в дальнейшем. И опытный слушатель даже может определить, чей акцент воспроизводится.

Другое связанное с педантичностью свойство заключается в следующем: во время разговора с человеком с синдромом Аспергера собеседник вскоре понимает, что того раздражают абстракции и недостаток точности. Члены семьи учатся избегать комментариев или реплик с использованием слов вроде «может быть», «возможно», «иногда», «позже». Например, Тереза Джоллифф объясняет это так:

Жизнь — это борьба. Нерешительность в каких-то вещах, которую другие люди воспринимают как нечто само собой разумеющееся, приводит к ужасному внутреннему стрессу. Например, если кто-то дома говорит: «Может быть, мы пойдём по магазинам завтра», — или кто-то говорит: «Посмотрим, что случится», — они, по-видимому, не осознают, что неопределённость вызывает много внутреннего стресса. И что я постоянно тружусь, в когнитивном смысле, над тем, что может произойти, а может и не произойти. Связанная с событиями неопределённость распространяется и на неопределённость, связанную с другими вещами. Например, куда кладутся или где ищутся предметы, а также чего другие люди ожидают от меня (Jolliffe et al., 1992, с. 16).

В состоянии тревоги человек с синдромом Аспергера может стать ещё более педантичным. Иногда ребёнок с синдромом Аспергера непрерывно заваливает родителя вопросами, стремясь узнать гарантированно точное время наступления определённого события. И чтобы избежать неясности и снизить тревожность, родитель может стать столь же педантичным, как и ребёнок.

8.8. Слуховое восприятие и его искажения

В нескольких автобиографиях людей с синдромом Аспергера описаны проблемы с концентрацией на голосе одного человека, если рядом разговаривают несколько людей, или искажённое восприятие речи других людей. Вот один пример из моего клинического опыта: я помню ребёнка с синдромом Аспергера, который находился в классной комнате открытой планировки, предназначенной для двух классов. Учительница в его классе зачитывала вопросы математического теста, в то время как учитель другого класса диктовал тест по орфографии. Когда учительница проверяла его работу, то обнаружила, что он написал ответы на оба теста.

Кэнди описывала то, как «многоголосье затрудняет понимание речи», и ребёнок может прийти в сильное замешательство, когда слишком много людей говорят одновременно, особенно если они все говорят на одну и ту же тему, как нередко происходит при фоновой болтовне в классе. В настоящее время есть научные доказательства, подтверждающие существенные проблемы у детей с синдромом Аспергера со способностью понимать чужую речь при наличии фоновой речи или шума (Alcantara et al., 2004), а также с восприятием, распознаванием и обработкой слуховой информации (Jansson-Verkasalo et al., 2005).

Большинство людей используют моменты ослабления фонового шума, чтобы понять суть разговора, т. е. «заполнить пробелы» в понимании того, что говорит другой человек. У людей с синдромом Аспергера эта способность развита не очень хорошо. Это бесценная информация для родителей и особенно для учителей. Чтобы помочь восприятию на слух и пониманию речи, важно минимизировать фоновые шум и болтовню. Ребёнка следует посадить как можно ближе к учителю, чтобы он мог лучше его слышать, и сам мог бы спокойно сказать, слышит он указания учителя или нет. Проблема может заключаться именно в слуховом восприятии человека, а не обязательно в невнимательности.

Даррен Уайт объяснял искажение чужой речи так:

Иногда я мог услышать одно или два слова в начале и понять их, а затем следующая порция слов в каком-то смысле сливалась друг с другом, и я не мог понять, где у них начало, а где конец (White and White, 1987, с. 224).

Я часто ленился в школе, потому что иногда мой слух искажал указания учителя, либо мои глаза застилал туман, который не позволял мне видеть доску как следует, а учителя при этом говорили: «Продолжай работать, Даррен» (White and White, 1987, с. 225).

Донна Уильямс описывала это так:

Все, что я воспринимала, приходилось расшифровывать, как бы проводить через процедуру сложной проверки. Порой людям приходилось повторять мне какую-то фразу несколько раз: я воспринимала ее как-то кусками, мое сознание разбивало ее на части таким образом, что смысл получался странным, а иногда и совершенно непонятным. Как будто кто-то играл с регулятором громкости — что-то я слышала, что-то нет (Уильямс, 2015, с. 82) (перевод Williams (1998)).

Тэмпл Грандин также упоминает об этом:

Даже сейчас у меня всё ещё есть проблемы с «выпадениями». Я могу слушать мою любимую песню по радио и затем заметить, что я пропустила половину из неё. Мой слух отключается неожиданно. В колледже мне приходилось постоянно делать заметки, чтобы предотвратить у себя «выпадения» (Grandin, 1990, с. 61).

Если такие проблемы становятся очевидными, возможно, проявляясь как «избирательная глухота», то в этом случае логопеду или отоларингологу важно оценить способности ребёнка к обработке слуховой информации корой головного мозга. Строго говоря, это не проблема со слухом, но проблема с тем, как мозг обрабатывает речь другого человека.

Ребёнка следует поощрять к просьбам повторить сказанное, упростить комментарий или указания, либо изложить их другими словами. К сожалению, дети с синдромом Аспергера могут неохотно просить о помощи из-за страха показаться глупыми или надоесть взрослому. Одна из стратегий, позволяющих удостовериться в том, что ребёнок понял указания, — это попросить ребёнка повторить вслух то, что вы сказали, либо спросить: «Ты можешь сказать мне, что ты должен сделать?»

Также могут помочь паузы между предложениями, чтобы дать человеку время на обработку сказанного вами, и использование письменных инструкций. Преимущества этих приёмов объяснены Терезой Джоллифф в следующей цитате:

Но если кто-то разговаривает со мной, то мне приходится действительно стараться и слушать внимательно, чтобы у меня был хоть какой-то шанс разобрать слова. В начальной школе мне помогал тот факт, что я могла обстоятельно познакомиться с темой при помощи чтения, нужные вещи также записывались на доске, работа обычно строилась в логической последовательности. И поскольку новый материал чётко разъяснялся ученикам, то учителя говорили не слишком быстро. Напротив, они обычно делали паузу длительностью от 1 до 2 секунд между предложениями, что позволяло мне точнее догадаться о том, что же я услышала. Когда я читаю книги, то проблема декодирования написанных там слов не стоит передо мной, потому что я могу сразу же видеть их правильно (Jolliffe et al., 1992, с. 14).

Таким образом, человек с синдромом Аспергера с большей вероятностью поймёт сказанное, если он сконцентрируется только на одном голосе, будут делаться короткие паузы между всеми указаниями, и эти указания будут доступны в письменном виде. Примером преимущества чтения перед восприятием на слух для понимания того, что надо делать, может послужить молодой человек с синдромом Аспергера, который успешно справлялся со своей работой, поскольку его непосредственный начальник давал ему как письменное резюме необходимых действий, так и устные инструкции. Когда был назначен новый начальник, он отказался тратить своё время на составление письменных инструкций для сотрудника с синдромом Аспергера. А у этого молодого человека были существенные трудности со следованием сложным устным инструкциями в заводском цеху. Он стал крайне тревожным из-за того, что он не знал в точности, что делать, и его производительность труда действительно упала. В конце концов новый начальник понял, что использовать письменные инструкции для этого конкретного работника благоразумно.

У некоторых детей с синдромом Аспергера очень рано развиваются навыки чтения (см. Главу 9), связанные со способностью разбирать печатный текст, но уровень его понимания ограничен их уровнем языкового развития. Ребёнок может прочесть вслух сложные слова, которые бывает очень сложно произнести правильно другим детям его возраста. Однако при том, что оценка навыков чтения ребёнка обычно показывает довольно

развитую точность воспроизведения, понимание прочитанного соответствует языковым способностям ребёнка. Таким образом, напечатанные или написанные инструкции для ребёнка с синдромом Аспергера должны соответствовать его уровню понимания языка, а не основываться на его способностях произносить или читать сложные слова.

8.9. Беглость речи

Одна из особенностей речи детей с синдромом Аспергера заключается в том, что они могут говорить слишком много или слишком мало. Иногда неподдельный энтузиазм ребёнка, связанный со специальным интересом, ведёт к говорливости и нескончаемым вопросам, неиссякаемому «поток сознания» (ещё один пример образного выражения, потенциально способного привести в замешательство), что может показаться весьма милым, но всё же иногда изрядно надоедать. Ребёнок энергично берётся за усвоение знаний и их демонстрацию, проявляя при этом поразительную беглость речи, но ему стоит выучить признаки, говорящие о том, что пора помолчать.

И напротив, у некоторых детей с синдромом Аспергера могут быть периоды, когда они действительно «теряют дар речи» или даже замолкают вовсе. Клинический опыт позволил выявить детей с синдромом Аспергера, которые разговаривают только со своими родителями и избирательно молчат при взаимодействии с другими взрослыми или в классе (Gillberg and Billstedt, 2000; Kopp and Gillberg, 1997). Как объясняет Тереза Джоллифф, на беглость речи влияет тревожность:

Одна из самых печальных и раздражающих вещей, связанных с аутизмом,— это то, что очень сложно объяснить, как ты себя чувствуешь; ранит ли тебя что-то или пугает, либо ты плохо себя чувствуешь и не можешь позаботиться о себе. Иногда я принимаю бета-блокаторы для ослабления физических симптомов страха; и хотя сейчас я могу сказать людям, что нечто пугает меня, на самом деле у меня никогда не получается сказать им это тогда, когда это непосредственно происходит. Аналогично, было несколько ситуаций, в которых незнакомый человек спрашивал у меня моё имя, и я не всегда могла его вспомнить. И при этом, когда я более расслаблена, я могу вспомнить телефонные номера и формулы, и для этого мне достаточно услышать их всего лишь один раз. Когда я сильно напугана кем-то или чем-то или мне больно, я часто могу совершать отдельные движения и издавать какие-то звуки, но не могу выдать из себя ни слова (Jolliffe et al., 1992, с. 14).

Таким образом, потеря дара речи или даже полное молчание могут быть связаны с высоким уровнем тревоги. Некоторые взрослые с синдромом Аспергера склонны к заиканию при тревоге. В этом случае проблема, строго говоря, не в нарушении речевых навыков, а в воздействии эмоций на способность говорить. Если эта проблема становится очевидной, существует ряд методик, помогающих человеку с синдромом Аспергера справиться с тревогой (они описаны в Главе 6).

8.10. «Аспергерский язык»

За много лет я смог достичь большего понимания когнитивных, социальных и языковых способностей людей с синдромом Аспергера и участвовал в бесчисленном количестве разговоров с такими индивидуумами. Я выработал стиль разговора, который называю «аспергерским языком», предусматривающий тщательное обдумывание того, что говорить и как говорить. При разговоре с человеком с синдромом Аспергера обычный человек может улучшить коммуникацию, избегая образных выражений, поскольку люди с синдромом Аспергера склонны буквально понимать сказанное другими людьми. Если разговор затрагивает социальные условности либо мысли и чувства, тогда я делаю краткие паузы между утверждениями, чтобы дать возможность человеку с синдромом Аспергера обработать информацию, полагаясь при этом на интеллект, а не интуицию. Тэмпл Грандин объяснила мне, что с её точки зрения люди склонны говорить слишком быстро, и она не успевает обработать все каналы коммуникации, включающие сказанные слова, просодию, язык тела и мимику.

При разговоре на «аспергерском» обычному человеку нужно чётко обозначать свои намерения, избегая при этом неоднозначности или ненужной тонкости. Важно давать человеку с синдромом Аспергера некоторое время на то, чтобы он смог собраться с мыслями перед тем, как даст ответ на вопрос, и не обращать внимания на краткие паузы и отсутствие контакта глазами. Следует предварительно объяснить своё намерение выразить душевную теплоту какими-то действиями перед тем, как начинать сами действия, чтобы прикосновение к руке, выражающее сочувствие, или поцелуй в ответ на получение подарка не стали неожиданными или неприятными сюрпризами.

Выражения лица должны быть ясными и согласовываться с темой разговора; насмешек и сарказма лучше избегать вовсе. Человек с синдромом Аспергера может нуждаться в большем количестве подтверждений того,

что вы понимаете сказанное им, и вам, возможно, следует иметь в виду, что человек может не знать, как реагировать на похвалу и комплименты. Если это возможно, то сведите фоновые шумы и разговоры к минимуму, возможно, уйдя в более тихое место. Повышенный уровень стресса, особенно при попытках вести разговор в очень людном месте, может влиять на понимание языка человеком с синдромом Аспергера и беглость его речи. Также важно не оскорбляться прямолинейной честностью человека с синдромом Аспергера и осознавать, что этот человек не обладает природным талантом в искусстве ведения разговора.

8.11. Иностранные языки

В предыдущей главе было дано объяснение склонности многих людей с синдромом Аспергера к развитию специальных интересов. Иногда у них проявляется природный талант и специальный интерес к иностранным языкам. Человек может приобрести способность говорить на многих языках без ошибок произношения, типичных для изучающих этот язык обычных людей родом из конкретной страны. Например, когда англичанин учит французский язык, то носитель французского может легко понять, что родной язык говорящего — английский. Когда человек с синдромом Аспергера учит иностранный язык, он может проявлять примечательную способность произносить слова так же, как носители языка. Это возможный путь к успешной карьере в языковой сфере: например, в качестве письменного или устного переводчика. Однако есть один универсальный язык, постоянно не даётся людям с синдромом Аспергера, — язык социального взаимодействия. Как сказал мне Джефф: «Если ведётся обычный разговор, то это словно другой язык». Если мы поймём, что язык социального взаимодействия для людей с синдромом Аспергера аналогичен иностранному, то, возможно, обнаружим, что, изучая этот при поощрении и поддержке его развития с ранних лет, дети с синдромом Аспергера в итоге могут заговорить на этом «иностранном языке» как его носители.

8.12. Ключевые моменты и стратегии

- Необычные языковые способности являются одной из ключевых характеристик синдрома Аспергера.
- Стандартные тесты, измеряющие уровень развития рецептивной и экспрессивной речи, могут быть нечувствительными к специфическим речевым особенностям детей и взрослых с синдромом Аспергера.
- Склонность ребёнка к использованию сложных предложений не означает, что он сможет полностью понять ваши сложные указания.
- Ребёнок может демонстрировать лингвистические способности в ситуации формального тестирования у логопеда, но при этом иметь значительные трудности со скоростью обработки речи, необходимой в повседневных жизненных ситуациях.
- У некоторых маленьких детей, впоследствии получивших диагноз синдрома Аспергера, могла быть задержка речевого развития, но первым, что они произнесли, часто были выражения, составленные из нескольких слов, или даже предложения.
- Человек с синдромом Аспергера может не придерживаться общепринятых правил, связанных с тем, как начинать, поддерживать и завершать разговор.
- Использование Социальных Историй™ помогает понять социальный контекст, условности, ожидания, а также мысли и чувства каждого участника разговора.
- Новые разговорные навыки могут заучиваться и отрабатываться при помощи заданий, основанных на интерактивных и ролевых играх.
- Взрослый может играть роль человека, делающего ошибки в ведении разговора или при прагматическом использовании речи, и просить ребёнка определить, какие из использованных им приёмов ведения разговора были неправильными.

- Ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера может нуждаться в заучивании вопросов или реплик, которые помогают исправить неловкое положение в разговоре или используются для получения разъяснений.
- Задание для маленьких детей заключается в том, что ребёнок сидит рядом со взрослым, который помогает вести разговор с другим ребёнком (или взрослым), и этот помощник нашёптывает на ухо ребёнку, что говорить или делать, а также когда это говорить.
- Программа по улучшению разговорных навыков должна включать инструкции и задания для развития:
 - навыков слушания;
 - умения как дарить комплименты и высказывать критику, так и принимать их;
 - понимания того, когда и как можно прерывать собеседника;
 - способности делать связующие комментарии, чтобы подготовить смену темы;
 - владения репликами для исправления неловкой ситуации в разговоре;
 - умения задавать вопросы, если непонятно, что говорить или делать дальше.
- В программе можно использовать видеозаписи заданий, чтобы выявить ошибки и отметить успехи в ведении разговоров.
- Подростки с синдромом Аспергера иногда неохотно участвуют в группах по обучению разговорным навыкам, но они могут обучаться навыкам ведения разговора при посещении занятий по актёрскому мастерству в школе.
- Разговоры в комиксах можно использовать для объяснения того, что другой человек может думать или чувствовать во время разговора.
- Крайне важно, чтобы человека с синдромом Аспергера хвалили за успешное ведение разговора, и при этом указывая, что было удачно сказано (или не сказано).

- Человек с синдромом Аспергера склонен к буквальному пониманию сказанного другими, приходит в сильное замешательство от идиом, иронии, образных выражений, намёков и особенно от сарказма.
- Образные выражения воспринимаются людьми с синдромом Аспергера как нелогичные и как ещё одно свидетельство того, что обычные люди не в состоянии чётко обозначить свои намерения.
- Когда ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера слушает речь другого человека, ему может быть сложно понять информацию, передаваемую изменением тональности, интонации или постановкой ударений на конкретных словах, и оценить её значимость.
- Можно использовать ролевые игры, прослушивание аудиозаписей, занятия по актёрскому мастерству для объяснения того, как и почему меняются тональность, интонация и ударения при передаче скрытых сообщений.
- Человек с синдромом Аспергера редко проявляет терпимость к абстракциям и недостатку точности. Члены семьи учатся избегать комментариев или реплик с использованием слов вроде «может быть», «иногда» или «позже».
- В нескольких автобиографиях людей с синдромом Аспергера описаны проблемы с концентрацией на голосе одного человека, если рядом разговаривают несколько людей, или искажённое восприятие речи других людей.
- Чтобы помочь восприятию на слух и пониманию речи, важно минимизировать фоновые шум и болтовню.
- Напечатанные или написанные инструкции для ребёнка с синдромом Аспергера должны соответствовать уровню понимания языка ребёнком, а не основываться на его способностях произносить или читать сложные слова.
- Я выработал стиль разговора, который я называю «аспергерским языком», предусматривающий тщательное обдумывание того, что говорить и как говорить при разговоре с человеком с синдромом Аспергера.

- При разговоре на «аспергерском» обычному человеку нужно чётко обозначать свои намерения, избегая при этом неоднозначности или ненужной тонкости. Также важно давать человеку с синдромом Аспергера некоторое время на то, чтобы он смог собраться с мыслями, прежде чем дать ответ на вопрос, и не обращать внимания на краткие паузы и отсутствие контакта глазами.
- Не оскорбляйтесь прямолинейной честностью человека с синдромом Аспергера, и осознайте, что он не обладает природным талантом в искусстве ведения разговора.
- Если рассматривать язык социального взаимодействия как аналог иностранного языка для людей с синдромом Аспергера, то, обучаясь ему с ранних лет, дети с синдромом Аспергера, возможно, смогут научиться говорить на этом «иностранном языке» как на родном.

Глава 9

КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ

Когда речь заходит о логическом мышлении, когда тема затрагивает их специальные интересы, тогда они «на коне», удивляя своих учителей умными ответами. Но когда дело доходит до более или менее механического заучивания наизусть, когда необходима концентрация при обучении (переписывание, правописание, арифметические действия), эти «умные» дети терпят полный крах и зачастую находятся в двух шагах от провала на экзаменах.

(Asperger, 1938)

У детей и взрослых с синдромом Аспергера необычный профиль когнитивных (т. е. мыслительных и учебных) способностей. Некоторые дети с синдромом Аспергера начинают учиться в школе, проявляя способности, опережающие их возраст. Такие продвинутые навыки чтения и счёта могут быть результатом самостоятельного научения в раннем возрасте — при просмотре телепрограмм вроде «улицы Сезам», работе с обучающими компьютерными программами или живом интересе к чтению книг по специальным интересам. И напротив, у некоторых детей с синдромом Аспергера наблюдается существенное отставание в учёбе, и при ранней оценке их когнитивных способностей выявляются специфические проблемы в обучении. По-видимому, среди детей с синдромом Аспергера больше крайних случаев в проявлении когнитивных способностей, чем можно было бы ожидать.

В школе учителя скоро понимают, что у ребёнка есть свой специфический стиль обучения, а также таланты в понимании логических суждений и физического мира, внимании к деталям и запоминании и упорядочивании фактов со склонностью к систематизации (Baron-Cohen, 2003). Однако этот же ребёнок может легко отвлекаться, особенно в классе, и при решении задач проявлять «однозадачный» ум и страх неудачи. По мере перехода ребёнка из класса в класс учителя обнаруживают проблемы со способностями к самоорганизации, особенно в связи с домашними заданиями,

сочинениями и эссе. Также они могут заметить, что ребёнок, по-видимому, не прислушивается к советам и не учится на своих ошибках. В характеристике, полученной в выпускном классе, часто описывается явно неровный профиль академических способностей с областями как выдающихся достижений, так и требующими коррекционной помощи.

Очень важно, чтобы учителя и родители знали, как конкретный ребёнок с синдромом Аспергера мыслит и учится, чтобы помочь ему в развитии когнитивных способностей и достижении успехов в учёбе. И особенно важно то, что у ребёнка обычно две причины ходить в школу: учёба и социализация. Если ребёнок с синдромом Аспергера не достигает социальных успехов в школе, тогда успехи в учёбе становятся более важными и являются ключевой мотивацией посещения школ, и базой для развития самооценки.

Сам по себе диагноз синдрома Аспергера даёт очень мало информации о профиле когнитивных способностей конкретного ребёнка, более ценная информация может быть получена путём формального тестирования с использованием стандартизованных тестов интеллекта или академических навыков.

9.1. Профиль способностей в тестах на интеллект

Стандартные тесты на интеллект включают по меньшей мере десять подшкал, измеряющих уровень интеллектуальных способностей. Некоторые подшкалы измеряют специфические компоненты вербального интеллекта, другие — измеряют компоненты визуального интеллекта. Психологический термин для визуального интеллекта — это невербальный интеллект, и в коэффициент интеллекта (IQ) человека обычно входят вербальный IQ и невербальный IQ, а также общий уровень интеллекта. Общий уровень интеллекта (IQ), как правило, рассчитывают на основе четырёх отдельных факторов: понимания устной речи, визуального мышления, рабочей памяти и скорости обработки информации. В то время как показатели по вербальной, невербальной и общей шкале IQ у детей с синдромом Аспергера находятся в пределах нормы, т. е. показатель IQ более 70, врачей больше интересует то, есть ли разрыв между вербальным IQ и невербальным IQ и каков профиль когнитивных способностей ребёнка по подшкалам. Этот профиль даёт информацию о том, как ребёнок усваивает учебный материал и каковы его когнитивные трудности, и это может быть ценной информацией для учителя.

Элизабет Вюрст, коллега Ганса Аспергера, была первой, кто обнаружил отличия в когнитивных способностях, связанных с синдромом Аспергера. Она и Ганс Аспергер заметили, что у многих детей, которых они наблюдали в своей детской клинике в Вене, вербальный IQ был существенно выше, чем невербальный IQ. Спустя более чем через 30 лет повторное рассмотрение описанных Аспергером и его коллегами клинических случаев подтвердило, что у 48 процентов этих детей вербальный IQ был существенно выше, чем невербальный IQ (Hippler and Klicpera, 2004). Детей, у которых не было существенных различий между вербальным IQ и невербальным IQ, было 38 процентов, при этом у 18 процентов детей с синдромом Аспергера наблюдалась противоположная тенденция, т. е. их невербальный или визуальный IQ оказался существенно выше, чем вербальный IQ.

В настоящее время существование такого разрыва между вербальным и невербальным IQ у детей с синдромом Аспергера было подтверждено в нескольких других работах (Barnhill et al., 2000; Cederlund and Gillberg, 2004; Dickerson Mayes and Calhoun, 2003; Ehlers et al., 1997; Ghaziuddin and Mountain-Kimchi, 2004; Klin et al., 1995; Lincoln et al., 1988; Miller and Ozonoff, 2000). У детей с вербальным IQ, значительно превышающим невербальный IQ, и соответствующим профилем когнитивных способностей, может быть диагностировано т.н. невербальное расстройство обучения (англ. Non-Verbal Learning Disability или NLD) (Rourke, 1989). Методики, предназначенные для помощи детям с невербальным расстройством обучения, могут применяться и для детей с синдромом Аспергера со сходным профилем когнитивных особенностей (Brown Rubinstein, 2005; Russell Burger, 2004; Tanguay, 2002).

Интересно, что существуют исследования, в которых не было выявлено явного превосходства вербального IQ над невербальным среди большинства детей с синдромом Аспергера, особенно среди интеллектуально одарённых (Manjiviona and Prior, 1999; Szatmari et al., 1990). В недавнем исследовании также предполагалось, что разрыв между вербальным и невербальным IQ сокращается по мере взросления (Dickerson Mayes and Calhoun, 2003). Таким образом, нет какого-либо специфического профиля когнитивных способностей в тестах на интеллект, который мог бы использоваться для подтверждения диагноза синдрома Аспергера. Единственное, что мы можем сказать точно, это то, что общий профиль способностей в тестах на интеллект у ребёнка с синдромом Аспергера нередко бывает очень неров-

ным, и нужно крайне осторожно подходить к использованию лишь значения IQ для представления когнитивных способностей ребёнка. Профиль или характер интеллектуальных способностей важнее, чем суммарный IQ.

Примерно у 50 процентов детей с синдромом Аспергера довольно хорошо развита способность к вербальному мышлению, и их можно кратко охарактеризовать как «вербализаторов». Если у такого ребёнка есть проблемы в усвоении какой-то учебной темы в социальном «театре» класса, тогда он может улучшить свои знания и понимание при помощи чтения об этой теме или её обсуждения в индивидуальном порядке. Если у ребёнка с синдромом Аспергера лучше развито визуальное мышление («визуализатор» — примерно каждый пятый ребёнок с синдромом Аспергера), тогда учёбе помогут наблюдения и визуальные материалы. Пословица «лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать», очень подходит таким детям. «Вербализаторы» могут в итоге преуспеть в профессиях, требующих вербальных способностей, например, в журналистике или юриспруденции, а «визуализаторы» — достичь успеха в профессиях, связанных с инженерией или визуальным искусством.

При анализе результатов тестирования IQ ребёнка для клинициста может оказаться ценным анализ профиля когнитивных способностей, основанный на результатах в подшкалах теста на интеллект. Исследование профилей IQ показало, что ребёнок с синдромом Аспергера может демонстрировать хорошее знание фактов и лексики (т. е. слов). Наивысшие баллы зачастую наблюдаются в подтестах, которые измеряют словарный запас, общую эрудицию и решение словесно сформулированных задач. Некоторые дети имеют впечатляющий словарный запас, и их память на факты может сделать их популярными членами команды в викторине типа «Что, где, когда?» В подшкалах на невербальное или визуальное мышление ребёнок с синдромом Аспергера может набрать относительно много баллов на подшкале «кубики Кооса». В этом тесте ребёнок должен копировать абстрактные узоры, используя разноцветные кубики и укладываясь в отведённое время. У таких детей часто хорошо получается разбивать большие геометрические узоры на маленькие сегменты. Это может объяснить способность ребёнка глядя на картинку с собранной моделью «Лего» очень быстро собрать такую же конструкцию. У детей с синдромом Аспергера также может хорошо получаться находить фигуру, встроенную в сложный геометрический узор (Frith, 1989). У них очень хорошо получается «находить иголку в стоге сена». Однако некоторые учителя могут с этим поспорить, вспоминая, как ребёнок не может найти учебник на своей парте.

Наихудшие результаты у них обычно в тестах, требующих мысленного манипулирования информацией (т. е. «многозадачности»), или в тех задачах, в которых ребёнок уязвим по отношению к отвлекающим факторам, а также там, где проявляется дотошный перфекционизм ребёнка, а именно в подшкалах «повторение цифр», «арифметика» и «шифровка» («цифровые символы»). В этих тестах ребёнку надо запоминать последовательности чисел, решать арифметические задачи в уме и пользоваться карандашом для копирования последовательностей форм за отведённое время. Дети с синдромом Аспергера также могут испытывать относительно большие трудности с тестами, требующими последовательного мышления, такими как тест на упорядочивание картинок. В нём даётся последовательность картинок, в которых показана история, но они перемешаны, и ребёнку надо понять эту историю, чтобы расставить картинки в правильном порядке.

Психолог, проводящий тест на интеллект, может предоставить классному руководителю или родителю объяснение сильных и слабых сторон мышления ребёнка, чтобы они могли понять, почему ребёнок достигает меньших успехов в каких-то частях школьной программы, чем можно было бы ожидать. Этот психолог также может предложить альтернативные подходы, помогающие ребёнку развить определённые академические способности, основываясь на сильных сторонах его интеллекта. Относительная задержка в приобретении какой-то конкретной способности может быть связана с настоящими трудностями в понимании нужной идеи, т. е. проблемой с «жёсткой прошивкой мозга», и изменения в методах обучения, основанные на знаниях, полученных из результатов тестирования интеллектуальных способностей, возможно, позволят достичь больших успехов.

Проведение теста IQ может дать ценную информацию о когнитивных способностях, но Ганс Аспергер заметил, что в большинстве своём тесты на интеллект специально избегают проверки школьных знаний и исключают задачи, в которых играют роль обучение и окружающая среда. Он писал следующее:

Когда же этим детям дают учебные задания, когда сам исследователь в ходе теста наблюдает уже описанное нами нарушение способа работы во время учебы, только тогда и становится ясным, с чем не справляются подобные дети. Поэтому мы и включили в нашу методику учебные тесты, которые не только позволяют увидеть школьные знания детей, но и дают нам информацию об их способе работы, внимании, концентрации, выдержке, о том, насколько они склонны отвлекаться (Аспергер, 2011, с. 96) (перевод Asperger (1944)).

Полное тестирование умственных способностей должно включать в себя проверку школьных знаний по программе того класса, на уровне которого ребёнок знает школьные предметы.

9.2. Профиль учебных способностей в школе

У ребёнка с синдромом Аспергера может быть высокий IQ, говорящий об интеллектуальном потенциале, достаточном для хорошей успеваемости в школе, но у некоторых детей может быть необычный профиль учебных способностей, включающий специфические трудности в обучении и успеваемость ниже ожидаемого уровня (Manjiviona, 2003). Учителя и родители согласны с тем, что ребёнок умный, но учится хуже, чем можно было бы ожидать. Это может очень вредить самооценке ребёнка.

Существует несколько причин этому, и важнейшая из них состоит в том, что у детей с синдромом Аспергера часто бывают проблемы с вниманием и *исполнительной функцией*. Возможно, наилучший способ понять, что такое исполнительная функция, — это представить себе исполнительного директора в большой компании, который способен увидеть «общую картину», может рассмотреть потенциальные последствия различных решений, способен организовывать ресурсы и знания, планировать и расставлять приоритеты с учётом имеющихся временных рамок и менять решения на основе получаемых результатов. Развитие подобных навыков, связанных с исполнительной функцией, может существенно отставать у детей и взрослых с синдромом Аспергера.

Проблемы с вниманием

Ганс Аспергер заметил, что «нарушение активного внимания почти регулярно встречается у детей данного типа» (Аспергер, 2011, с. 95) (перевод Asperger (1944)), и последующие исследования подтвердили, что не менее чем у 75 процентов детей с синдромом Аспергера профиль учебных способностей соответствует дополнительному диагнозу синдрома дефицита внимания (СДВ) (Fein et al., 2005; Goldstein and Schwabach, 2004; Holtmann et al., 2005; Nydén et al., 1999; Schatz et al., 2002; Sturm et al., 2004; Yoshida and Uchiyama, 2004).

Психологи выделяют во внимании 4 составляющих: способность удерживать внимание, уделять внимание релевантной информации, переключать внимание при необходимости и кодировать (модулировать с помощью па-

мяти) внимание — т. е. помнить, на что обращалось внимание. У детей с синдромом Аспергера наблюдаются проблемы со всеми четырьмя составляющими внимания (Nydén et al., 1999). Продолжительность внимания при выполнении школьных заданий может быть очевидной проблемой, но глубина внимания может меняться и в зависимости от уровня мотивации. Если ребёнок занимается деятельностью, которая связана с его специальными интересами, глубина внимания может быть избыточной. Ребёнок оказывается почти в трансе и не обращает внимания на подсказки извне о том, что настало время сменить деятельность или обратить внимание на комментарии, запросы или инструкции учителя или родителя. Кажется, что отвлечь его на этом уровне концентрации может разве что землетрясение. Уровень произвольного внимания может также зависеть от того, насколько сам ребёнок хочет уделить внимание тому, чего от него требует взрослый. Ребёнок с синдромом Аспергера может иметь свои собственные соображения насчёт того, чему надо уделять внимание.

Даже когда ребёнок проявляет внимание к данному учителем заданию, он может обращать внимание не на то, что считается важным в предложенном ему материале. Обычному ребёнку в состоянии значительно легче выявить и выбрать, на что надо обратить внимание в контексте полученной задачи. Дети с синдромом Аспергера часто легко отвлекаются на детали, не имеющие отношения к делу и сбивающие их с толку, т. е. они не понимают автоматически, на что нужно смотреть. Им могут понадобиться особые указания по поводу того, на что именно надо смотреть на странице.

Некоторые учебные задания требуют способности переключать внимание во время их выполнения и концентрироваться на новой информации. К сожалению, детям с синдромом Аспергера может быть сложно «сойти с накатанного пути», когда их мыслительный «поезд» уже «набрал ход». Могут возникнуть и проблемы с запоминанием, связанные с тем, что выученная информация не откладывается и не кодируется с ожидаемой эффективностью. Такие дети могут не помнить, на что обращать внимание, когда они снова сталкиваются задачей уже известного типа. Эта черта может влиять и на социальные ситуации. Дети и взрослые с синдромом Аспергера обрабатывают социальную информацию, полагаясь на интеллект, а не на интуицию, и у них могут быть проблемы с тем, чтобы вспомнить релевантные социальные сигналы и «съехать с накатанной колеи» при взаимодействии более чем с одним человеком.

Одна из особенностей нарушенной исполнительной функции — это сложности с переходом от одной задачи к другой. У человека с синдромом Аспергера обычно имеются значительные проблемы с перестройкой мыслительного процесса при переходе к новой деятельности, если прежняя задача не была закрыта, т. е. завершена успешно. Другие дети способны приостановить мысль или деятельность и легко перейти к новой задаче. В классе дети с синдромом Аспергера могут сопротивляться смене деятельности до тех пор, пока они не завершат предыдущее задание, зная, что их мышление не справится так легко с этим переходом, пока не закрыта предыдущая задача. Учителю или родителю, возможно, придётся несколько раз словесно предупредить, что скоро будет смена деятельности, ведя обратный отсчёт до момента завершения, и при возможности то дать ребёнку с синдромом Аспергера дополнительное время для завершения задачи.

Коррекционные программы для детей с синдромом Аспергера, испытывающих проблемы с вниманием, будут очень похожими на разработанные для детей с синдромом дефицита внимания. Например:

- релевантная информация должна быть специально выделена;
- задания должны быть разбиты на меньшие подзадачи в соответствии с продолжительностью концентрации внимания у ребёнка;
- учитель должен регулярно наблюдать за ребёнком и давать обратную связь для удержания внимания;
- необходимо снизить количество внешних отвлекающих факторов;
- должно быть обеспечено тихое изолированное рабочее место;
- нужно рассмотреть целесообразность медикаментозной поддержки при наличии дополнительного диагноза синдрома дефицита внимания.

В настоящее время мы разрабатываем методики поддержания и усиления внимания, которые смогут использоваться в школе и дома и будут предназначены именно для детей с сочетанием синдрома Аспергера и синдрома дефицита внимания (Kutscher, 2005; Wilkinson, 2005).

Исполнительная функция

Психологический термин «исполнительная функция» включает в себя:

- способности к организации и планированию;
- рабочую память;
- торможение и контроль импульсивного поведения;
- саморефлексию и самомониторинг;
- управление временем и расстановку приоритетов;
- понимание сложных или абстрактных идей;
- использование новых стратегий.

В настоящее время множество научных исследований доказывает, что у детей, но в большей степени у подростков и взрослых с синдромом Аспергера есть нарушения исполнительной функции (Goldberg et al., 2005; Goldstein et al., 2001; Hughes et al., 1994; Joseph et al., 2005; Kleinhans et al., 2005; Landa and Goldberg, 2005; Ozonoff et al., 2004, 2005b; Prior and Hoffmann, 1990; Rumsey and Hamburger, 1990; Shu et al., 2001; Szatmari et al., 1990).

В начальной школе основными признаками нарушенной исполнительной функции являются трудности с подавлением немедленной реакции (т. е. импульсивное поведение), сложности с рабочей памятью и использованием новых стратегий. Дети с синдромом Аспергера могут прослыть импульсивными в учебной деятельности и в социальных ситуациях, реагируя без обдумывания контекста, последствий и предыдущего опыта. К возрасту восьми лет обычный ребёнок в состоянии «включить голову» и воспользоваться своими лобными долями для того, чтобы затормозить импульсивную реакцию и подумать перед тем, как что-либо сказать или сделать. Ребёнок с синдромом Аспергера обычно способен на тщательное обдумывание перед тем, как отреагировать, но в условиях стресса, перегрузки или смущения может вести себя импульсивно. Важно поощрять ребёнка в том, чтобы он расслабился и рассмотрел другие варианты перед тем, как отреагировать, и понимать, что импульсивность может быть признаком смущения и стресса.

Рабочая память — это способность удерживать информацию «в голове» при решении какой-либо задачи. У детей с синдромом Аспергера может быть исключительная долговременная память, и они бывают способны цитировать титры или диалоги из своих любимых фильмов, но при этом испытывают трудности с памятью и работой с информацией во время выполнения учебных заданий. Объём рабочей памяти у ребёнка может быть меньше, чем у его сверстников. У других детей этот объём для запоминания и использования релевантной информации может быть размером с «ведро», а у детей с синдромом Аспергера — всего лишь с «чашку», что влияет на количество информации, которое они могут почерпнуть из «колодца» памяти.

Другая проблема с рабочей памятью — склонность быстро забывать мысли. Одна из причин, по которой дети с синдромом Аспергера известны своей способностью перебивать других, была объяснена одним ребёнком так: ему приходится говорить, что у него в голове, потому что если он будет ждать, то забудет, что хотел сказать.

Нарушения исполнительной функции могут включать сложности с рассмотрением альтернативных стратегий решения задач. Гарольд Стоун, мужчина с синдромом Аспергера, объяснял мне, что мышление детей и взрослых с синдромом Аспергера можно уподобить поезду на пути без ответвлений. Если это правильный путь, ребёнок быстро прибудет в место назначения, т. е. к решению задачи. Однако я наблюдал, как ребёнок с синдромом Аспергера оказывался последним, кто узнавал, что он на неверном пути, или осознавал, что существуют и другие пути к месту назначения. Таким образом, могут наблюдаться проблемы с гибкостью мышления, и это один из признаков нарушенной исполнительной функции. Обычный ребёнок или взрослый способен быстро отреагировать на обратную связь и подготовиться к изменению стратегий или направления. Их способу мышления соответствует не поезд, но четырёхколёсный транспорт, который легко меняет направление движения и может свернуть с дороги.

Одно из исследований показало, что дети с синдромом Аспергера часто продолжают использовать некорректные стратегии и в меньшей степени учатся на своих ошибках, даже если они знают, что их подход не работает (Shu et al., 2001). Один взрослый с синдромом Аспергера объяснил мне это так: при решении задачи он предполагал, что его решение было верным и не требовало изменений. Он думал: «Это верный способ решить эту задачу, почему же он не работает?» — что сильно его расстраивало. Это также объясняет, почему родители и учителя часто говорят, что дети с синдро-

мом Аспергера не учатся на своих ошибках. Теперь мы понимаем, что это качество — частный случай нарушения исполнительной функции, возникающего из-за неврологических проблем (функционирования фронтальных лобных долей), а не вследствие выбора ребёнка.

В средней школе проблемы с исполнительной функцией могут стать более явными, т. к. школьная программа становится сложнее и предполагает больше самостоятельности и самоорганизации, а у учителей и родителей есть соответствующие возрасту ожидания, основанные на созревании когнитивных способностей у сверстников. В начальной школе успехи в предметах вроде истории могут измеряться способностью запоминать факты, например, даты. В средней же школе подход к изучению истории меняется и требует, чтобы дети были способны писать эссе, у которых есть чёткая структура и в которых они выявляют, сравнивают и оценивают разные точки зрения и интерпретации¹. У подростков с нарушенной исполнительной функцией появляются проблемы с организацией и планированием своей классной и самостоятельной работы, а также выполнения домашних заданий. Джерри Ньюпорт, взрослый с синдромом Аспергера, сказал: «Я не вижу ям, когда еду по дороге» (личная коммуникация).

Стивен Шор также поделился своим взглядом изнутри на проблему со способностями к самоорганизации: «Без соответствующей поддержки ребёнок с синдромом Аспергера может чувствовать, что он утопает в море различных подзадач. У многих из нас есть сложности с расстановкой приоритетов и самоорганизацией при выполнении задач» (личная коммуникация). Учителя могут жаловаться на то, что подросток с синдромом Аспергера не может «собраться» и критически высказываются о его неорганизованности. Это ещё один признак нарушенной исполнительной функции, и он не обязательно говорит о лени или недостатке прилежания при выполнении школьных заданий. Человек с синдромом Аспергера также может испытывать сильный стресс в школе, когда ему не даётся достаточно возможностей для повторения материала или для приготовления к изменениям. Внезапное изменение методов оценки работы в классе или контрольных работ может вызвать сильное замешательство и тревожность.

У некоторых подростков с синдромом Аспергера могут быть также проблемы с абстрактным мышлением, выделением приоритетной в данный момент задачи и с управлением временем, особенно с тем, сколько времени тратить на ту или иную деятельность. Это часто раздражает родителей

¹Примечание переводчика: в российской школе подобный подход более характерен для уроков литературы с переходом от пересказа к сочинениям, а не для уроков истории.

и учителей, которые знают, что у ребёнка достаточно интеллектуальных способностей, чтобы выполнить работу на высоком уровне, но нарушенная исполнительная функция ведёт к нарушению сроков сдачи работ, и, как следствие, к снижению оценки.

Могут возникать и проблемы с саморефлексией и с самомониторингом. К средней школе у обычных детей развивается способность к мысленному «разговору», направленному на разрешение проблемы (Russell, 1997). Внутренний мыслительный процесс может содержать диалог, рассматривающий достоинства разных вариантов и решений. Это процесс у детей или подростков с синдромом Аспергера может протекать не так эффективно, как у их типично развивающихся сверстников. Многие люди с синдромом Аспергера «думают картинками» и реже прибегают к внутреннему голосу или диалогу для того, чтобы помочь себе в разрешении проблем (Grandin, 1995). Подросток с синдромом Аспергера может нуждаться в помощи голоса учителя или другого взрослого, который провёл бы его через его собственные мысли.

Некоторые дети и подростки с синдромом Аспергера помогают себе при решении задач ведением диалога вслух (вместо внутреннего диалога), проговаривая свои мысли, и считают, что разговор с самими собой им помогает. Этот адаптивный способ решения задач и обучения имеет как преимущества, так и недостатки: сверстники могут отвлекаться на этот разговор с самим собой, и считать ребёнка странным, зато учителя услышат ход рассуждений ребёнка и могут исправить ошибки в его знаниях и логике рассуждений.

Одна из стратегий уменьшения сложностей, связанных с нарушением исполнительной функции, — прибегать к помощи кого-то, кто будет играть роль «исполнительного секретаря». Родитель ребёнка может вдруг осознать, что он уже стал таким секретарём, помогая с организацией и планированием, особенно связанным с выполнением домашних заданий. Исполнительный секретарь (родитель или учитель) также может оказать поддержку, составляя расписание, вычитывая черновики отчётов, выделяя цветом нужные вещи в учебных материалах, поощряя альтернативные стратегии и составляя списки того, что нужно сделать, а также вырабатывая чёткое расписание всей деятельности. Такие пристальные контроль и руководство могут показаться избыточными для подростка или молодого взрослого с выраженными интеллектуальными способностями.

Родитель, оказывающий поддержку как исполнительный секретарь, может восприниматься как гиперопекающий школьными учителями и членами семьи, но этот родитель уже знает, что без такой поддержки человек с синдромом Аспергера не сможет получить соответствующие его интеллектуальным способностям оценки. Я призываю родителей или учителей брать на себя эту очень важную роль. И мы надеемся, что эта должность будет временной, до достижения человеком с синдромом Аспергера большей независимости в плане самоорганизации. Однако мать может оставаться в роли исполнительного секретаря, пока она не будет замещена на этой должности новым исполнительным секретарём — женой.

9.3. Решение задач

Ребёнок с синдромом Аспергера может предпочитать использовать свой «фирменный» подход к решению задач, и я называю это «синдром Фрэнка Синатры» или «мой путь»². Взрослые с синдромом Аспергера могут пользоваться заслуженной (или дурной) славой из-за своего бунтарского нонконформизма, отрицания популярных стереотипов и здравого смысла. Ребёнок не прислушивается к рекомендациям учителя или не смотрит на то, как действуют другие дети. Здесь есть потенциальное преимущество — получение оригинального ответа, не замеченного другими детьми, но, к сожалению, большинство школьных заданий основывается на развитии навыков решения задач у обычных детей, а «мой путь» может привести к росту раздражения у учителя, пытающегося втолковать ребёнку необходимость рассмотреть сначала стандартные подходы.

Важно поощрять гибкость мышления, и это можно делать с ранних лет. С маленьким ребёнком с синдромом Аспергера взрослый может поиграть в игру «Чем ещё это может быть?» Для обычного ребёнка одним из аспектов символической игры («понарошку») является гибкое мышление, которое позволяет вообразить, что предмет представляет какой-то другой предмет или может выполнять несколько функций. Однако у многих детей с синдромом Аспергера есть негибкие идеи, связанные с функциями предметов. При игре с маленьким ребёнком с синдромом Аспергера я могу взять прямой кусочек железнодорожного пути из набора «паровозик Томас» и спросить, что это такое, и чем ещё это может быть. Делаются разные предположения, такие, как крылья самолёта (изображаем полёт самолёта, используя кусо-

²Примечание переводчика: имеется в виду песня Фрэнсиса Альберта Синатры My Way.

чек вместо крыльев), лестница для домика на дереве (изображаем двумя пальцами подъём по «лесенке»), или линейка для прочерчивания прямой линии (действуем отрезком пути как линейкой). Другое задание — это игра «Сколько применений ты можешь придумать для...?» (например, для кирпича, бельевой прищепки и т. п.). Эти игры могут доставлять массу удовольствия, способствовать развитию гибкого и творческого мышления, а также содействовать совместным играм со сверстниками.

При играх с маленьким ребёнком с синдромом Аспергера важно, чтобы взрослый иногда использовал или намеренно создавал реальные ситуации, в которых нужно решить какую-нибудь задачу. Взрослый может озвучить свои мысли, чтобы ребёнок с синдромом Аспергера услышал о разных подходах к решению задачи, используемых взрослым. Однако когда решение найдено, взрослый может поддержать дальнейшую концентрацию на этой задаче и поискать возможности других успешных подходов к её решению. Это пример реализации принципа «мы можем сделать это так, но могли бы сделать это и вот так», и он способствует пониманию того, что может быть более одного способа решить одну и ту же задачу. Когда взрослый озвучивает свои мысли, проговаривание должно включать в себя реплики вроде: «Если я сохраню спокойствие, то найду решение быстрее», — и: «Будет благоразумно и по-дружески попросить помощи».

В школьные годы учителям может пригодиться эта же методика озвучивания своих мыслей, если понадобится дать указания по решению учебной задачи, стоящей перед ребёнком. Также важно помнить, что ученик с синдромом Аспергера проявляет больше умственной гибкости, когда он расслаблен. Если он начинает волноваться из-за того, что решение не даётся, то первоочередная задача — поощрить спокойное отношение к проблеме или временно переключиться на какую-то расслабляющую деятельность, чтобы к ребёнку вернулась способность слушать, концентрироваться и рассматривать альтернативные стратегии.

Некоторые необычные подходы к решению задач, используемые людьми с синдромом Аспергера, могут быть восприняты как проявление неуважения. Мик объяснял: «Я смотрю на неподвижный предмет, это помогает мне думать. Я могу лучше сконцентрироваться, если смотрю просто на стену, но люди думают, что я игнорирую их». Другим людям стоит понять, что такое поведение — это конструктивные действия, помогающие мыслить, а человеку с синдромом Аспергера может понадобиться объяснить эти действия, чтобы не быть неправильно понятым.

Как справляться с ошибками

Характер академических способностей детей и взрослых с синдромом Аспергера может включать склонность к концентрации на ошибках, потребность в исправлении какой-либо нерегулярности или неправильности, а также страсть к перфекционизму. Это может приводить к страху совершить ошибку и нежеланию ребёнка участвовать в какой-либо деятельности, если он не может делать это идеально. Избегание ошибок может означать, что ребёнок с синдромом Аспергера предпочитает точность скорости, что может влиять на показатели в тестах с ограничением по времени и вести к тому, что его мышление описывается как педантичное. Творческие люди с синдромом Аспергера — композиторы, инженеры и архитекторы — часто не могут принять какое-либо отклонение от их оригинального замысла.

Дети с синдромом Аспергера могут воспринимать самих себя как взрослых, а не как детей, и ожидать от себя взрослого уровня компетентности в своей деятельности. Маленькие дети и подростки с синдромом Аспергера часто боятся ощутить себя или показаться глупыми и испытать ужас от насмешек сверстников из-за незнания того, что делать. Также могут быть проблемы с принятием своей неправоты, что может восприниматься окружающими как высокомерие. Любой совет может восприниматься и вызывать отклик как лично направленная критика, потенциально отталкивая учителей и друзей.

Важно изменить подобное восприятие ребёнком ошибок и недочётов. Люди с синдромом Аспергера часто ценят интеллектуальные способности в самих себе и других людях, и маленького ребёнка может ободрить понимание того, что развитие умственных «сил» подобно развитию физической силы, и мозг нуждается в трудной и напряжённой умственной деятельности для развития интеллектуальных способностей. Если бы все умственные задачи были лёгкими, мы не смогли бы улучшить наш интеллект. Интеллектуальные усилия делают наш мозг умнее.

Можно использовать Социальные Истории™, чтобы объяснить, что мы больше узнаём из наших ошибок, чем из наших успехов; ошибки часто ведут к интересным открытиям, и ошибка является возможностью, а не катастрофой. Взрослым нужно продумать, как реагировать на ошибки, и иметь наготове конструктивный ответ на ошибки ребёнка, например: «Это трудная задача, созданная для того, чтобы ты думал и учился, и вместе мы сможем найти решение». Обязательно надо помнить о том, что, хотя страх совершить ошибку присутствует, то, что сделано правильно, приносит

огромное наслаждение, а успех и совершенство могут быть более важной мотивацией, чем одобрение взрослого или впечатление, произведённое на сверстников.

Я заметил, что дети, а иногда и взрослые с синдромом Аспергера склонны указывать на ошибки других людей, не понимая, что такие замечания нарушают неписанные социальные нормы и могут восприниматься как нечто нескромное или оскорбительное. Ваш статус не важен: ребёнок с синдромом Аспергера укажет вам на вашу ошибку и будет думать, что вы должны быть за это благодарны. Учителя в особенности не любят, когда их ошибки громко озвучиваются перед всем классом. Можно использовать Социальные Истории™ и Разговоры в комиксах, чтобы разобраться, как указать на чьи-то ошибки и никого при этом не оскорбить.

Школьные успехи в чтении и математике

Исследования показали, что в целом школьные успехи детей с синдромом Аспергера в чтении и математике сопоставимы с таковыми у сверстников (Dickerson Mayes and Calhoun, 2003; Griswold et al., 2002; Reitzel and Szatmari, 2003; Smith Myles et al., 2002). Однако с точки зрения статистики значения широко варьируются, при этом у детей с синдромом Аспергера в школе крайние значения в умении читать и писать проявляются чаще, чем можно было бы ожидать. Обзор 74 клинических случаев Аспергера выявил, что 23 процента были выдающимися в математике, у 12 процентов был выдающийся художественный талант, но у 17 процентов обнаружилось серьёзные проблемы с чтением и письмом (Hippler and Klicpera, 2004). Мы знаем, что гиперлексия (развитая способность к распознаванию слов, сочетающаяся с относительной недостаточностью в восприятии разговорной речи и сниженной способностью к повествованию) встречается чаще ожидаемого среди детей с синдромом Аспергера (Grigorenko et al., 2002; Tirosh and Canby, 1993). Но недавнее исследование академических достижений установило, что каждый пятый ребёнок с синдромом Аспергера испытывает сложности с чтением и почти половина детей с синдромом Аспергера испытывает сложности с математикой (Reitzel and Szatmari, 2003). Таким образом, для конкретного ребёнка с синдромом Аспергера более вероятно, чем для его сверстников, наличие как чётких признаков школьных успехов в чтении и математике, так и отсутствие каких-либо достижений в этих областях.

Мы не вполне понимаем, почему отдельные дети с синдромом Аспергера получают высокие оценки при тестировании навыков чтения, но нам известно, что такие дети в дальнейшем чаще получают высокие оценки за школьные проверочные работы из-за относительно развитой способности учиться с использованием письменных материалов (Grigorenko et al., 2002). Уметь хорошо читать в школе — это явное преимущество. Мы также не вполне понимаем, почему у некоторых детей с синдромом Аспергера есть специфические проблемы с чтением. Но мы точно знаем, что у таких детей есть специфические проблемы, связанные с восприятием и использованием языка, которые влияют на способность читать. Например, ребёнок с синдромом Аспергера рассказывал мне, что он мог научиться читать какое-то конкретное слово, но когда оно было напечатано другим шрифтом, он воспринимал его как совершенно новое слово. Проблемы с восприятием, мышлением и языком, а также семейный анамнез могут выявить некоторые связанные с дислексией симптомы.

Мой клинический опыт говорит о том, что стандартные программы коррекционных занятий по чтению оказываются не настолько эффективными для детей с синдромом Аспергера, как можно было бы ожидать. Ребёнку может понадобиться тщательное обследование специалистом-нейропсихологом или экспертом по навыкам чтения, чтобы определить, почему ему сложно учиться читать. Может быть, нам также нужно искать новые методики для таких детей и понимать, какое воздействие на самооценку ребёнка окажут проблемы с чтением, если они сохранятся в средней и старшей школе. Один из интересных аспектов синдрома Аспергера заключается в том, что некоторые дети, у которых в ходе обследований выявили существенную задержку в развитии навыков чтения, могут буквально за несколько дней научиться читать на соответствующем возрасту уровне. Люк Джексон, подросток с синдромом Аспергера, написал руководство для других подростков, в котором он описывает следующее: «Школа предоставила мне все виды дополнительной помощи, связанной с чтением, а я даже не мог отличить одну букву от другой. Сколько бы меня ни учили, это не оставляло ни малейшего следа». А затем, в возрасте семи лет, он почти за одну ночь приобрёл способность читать. В своей книге-руководстве он пишет: «Я надеюсь, что это придаст решимости родителям никогда не сдаваться, если кажется, что ребёнок не способен научиться читать. Я сказал маме и в школе, что кто-то словно „включил свет в моей голове“» (Jackson, 2002a, с. 117).

Встречаются дети с синдромом Аспергера, овладевшие общей способностью читать, но испытывающие специфические проблемы с чтением «про себя» и с независимым чтением, т. е. с чтением на том уровне, когда ребёнок может комфортно читать самостоятельно (Smith Myles et al., 2002). Интересно отметить, что в исследовании Смит Майлес и др. дети с синдромом Аспергера с задержкой развития навыков чтения «про себя» показывали лучший уровень понимания прочитанного, когда читали вслух. На самом деле проговаривание прочитанного вслух может способствовать пониманию, но считается, что по мере взросления ребёнок должен научиться читать молча. У некоторых детей с синдромом Аспергера озвучивание своих мыслей и чтение вслух могут способствовать лучшему пониманию и решению задач.

Специальный интерес и способности в сфере математики, которые развиваются у некоторых детей с синдромом Аспергера, могут быть объяснены профилем умственных способностей, связанным с синдромом Аспергера. Великие математики были склонны развивать математические концепции, используя зрительные образы, в которых числа постигались как формы, а не количества; визуальное мышление и воображение могут быть довольно развиты и у некоторых детей с синдромом Аспергера. Мы также обнаруживаем, что для личностей некоторых великих математиков было характерно множество черт синдрома Аспергера (Harpur et al., 2004; James, 2006). У Марка Флейшера есть синдром Аспергера и природный математический талант. У него есть учёная степень по математике, и он описывает своё наслаждение от этой науки так:

Математика нашпигована мельчайшими деталями и обворожительными вещами, которые так и просятся быть открытыми. Такова сама природа этой дисциплины, которая может привлекать многих имеющих чутьё на детали, включая аутичных людей (Fleisher, 2006, с. 182).

Одну из проблем для детей с синдромом Аспергера, способных решать сложные математические задачи, составляет словесное объяснение того, как они получили ответ. Ганс Аспергер описывал, как один из диагностированных им детей сказал: «Устно я это не могу, а могу головно» (Аспергер, 2011, с. 92). Ребёнок может давать верные ответы на математическую задачу, но с трудом переводить в речевую форму сопровождавшие её решение мыслительные процессы. И когда человек с синдромом Аспергера не в состоянии

объяснить ход решения в контрольной или экзаменационной работе, это может озадачивать учителей и приводить к сложностям на проверочных работах.

Одна из особенностей профиля учебных способностей, связанная с синдромом Аспергера, — сильная потребность в определённости, и ребёнок или взрослый чувствует себя некомфортно в любой ситуации, где есть более одного правильного ответа. В школе они чаще предпочитают предметы, дающие определённость, например, математику, и избегают предметов, включающих в себя ценностные суждения, таких, как литература. Таким образом, склонности к визуализации чисел и поиску определённости могут быть теми двумя факторами, которые объясняют предрасположенность к развитию математического таланта.

У некоторых детей с синдромом Аспергера имеются значительные трудности с пониманием даже основополагающих математических понятий, и для описания подобных сложностей мы используем термин «*дискалькулия*». Как и в случае возможных признаков дислексии, затрагивающей способность читать, ребёнок с признаками дискалькулии нуждается в тщательном обследовании когнитивных способностей, которые требуются для развития математических навыков. Проблема может быть не в решении простых арифметических задач или заучивании таблицы умножения, а в применении математических знаний в повседневной жизни (Jordan, 2003). Нам ещё предстоит выяснить, с чем это связано и что мы можем с этим сделать помимо упорных коррекционных занятий по развитию и особенно по применению математических знаний и навыков.

Слабое центральное согласование

Ута Фрит и Франческа Аппе исследовали профиль учебных способностей и обработку информации у детей с аутизмом и синдромом Аспергера и заметили некоторые интересные явления (Frith and Happé, 1994). Такие дети могут быть особенно внимательными и чувствительными к деталям, но при этом иметь значительные трудности с пониманием картины в целом, т. е. сути. Для осознания этой особенности слабого центрального согласования будет полезна следующая метафора. Представьте себе, что вы взяли свёрнутый в трубочку лист бумаги, закрыли один глаз и смотрите через неё одним глазом, как через телескоп, на окружающий мир: детали видны, но контекст не воспринимается.

У типично развивающихся сверстников когнитивное восприятие шире, чем у детей с синдромом Аспергера. При учёбе в классе проблемой может быть не само внимание, а его направленность. Некоторые задания бывает сложно выполнить вовремя, поскольку ребёнок с синдромом Аспергера застрекает на каких-то деталях, концентрируется на частях, а не на целом. Учителю или родителю иногда приходится объяснять ребёнку, на что нужно смотреть.

Более современный термин — монотропизм (Murray et al., 2005). Человек с синдромом Аспергера применяет необычные способы управления вниманием, и обширные потенциально информативные области не распознаются его мышлением. Это порождает очень фрагментированный взгляд на мир. Человек может выучить отдельные факты, но испытывать сложности с их целостным анализом. Как фотограф-любитель я считаю, что метафорой этой проблемы может служить восприятие мира через телеобъектив вместо широкоугольного объектива.

При обработке сложной информации обычный ребёнок способен соотносить отдельные одновременно происходящие события, собирать их в согласованную картину и обрабатывать информацию на более глубоком уровне. И ключевая для центрального согласования тема быстро обнаруживается. У детей же и взрослых с синдромом Аспергера наблюдаются проблемы с определением того, что является главным, а что второстепенным, и с расшифровкой общей закономерности или построением целостной картины в уме. Для описания подобного стиля обработки информации психологи используют термин *«слабое центральное согласование»*.

Слабое центральное согласование объясняет некоторые способности и трудности людей с синдромом Аспергера в когнитивной, языковой и социальной сфере. В когнитивной сфере человек может иногда выявить детали и заметить связи, которые не воспринимаются людьми с иным стилем мышления. Выявление и демонстрация новых связей позволяет достигать успехов в науке или искусстве, а внимание к деталям может стать преимуществом для юриста-контрактника, бухгалтера или редактора-корректора. Один из недостатков — дополнительные затраты времени и необходимость дополнительных повторений и операций согласования для расшифровки закономерностей в школьных заданиях, которые требуют одновременной обработки информации из множества различных источников.

При восприятии языка обычный ребёнок может понять суть сообщения и выделить его ключевые части, что облегчает запоминание информации. Слабое центральное согласование при разговорном общении означает, что

человек может помнить детали, но не историю в целом; часто таких людей упрекают в сообщении не имеющей отношения к делу информации и неумении выделять ключевые, важные моменты и озвучивать только их.

Если у человека сильное, а не слабое центральное согласование, то он может легко выделить главное и второстепенное в какой-либо ситуации. Когда обычный человек заходит в большую комнату, в которой находится множество людей и происходит много разных вещей, его мозг переполняется новой информацией, но справляется с ситуацией, выделяя то, что важно и на что надо обратить внимание. У нас есть система приоритетов, и обычно приоритетными оказываются люди и их общение, а не узоры на ковре или светильники. Люди же с синдромом Аспергера менее способны определить, что нужно замечать, а что не важно. После завершения событий обычные люди, как правило, запоминают людей, их эмоции и разговоры, а другая информация быстро забывается. Напротив, человек с синдромом Аспергера может не запомнить, кто там присутствовал, но запомнит то, что другие люди сочтут мелкими или неважными деталями.

Пожалуй, наибольшую сложность для ребёнка с синдромом Аспергера представляет обработка социальной и эмоциональной информации. Как только ребёнок проникает в тайны правил поведения в обществе, он зачастую начинает приходить в крайнее возбуждение от нарушения этих правил и показывает крайнюю нетерпимость к их обходу и субкультурным правилам, отличающимся от общепринятых. Эти дети также становятся «полицейскими» в своём же классе, отслеживают любые нарушения правил поведения и решительно оглашают свои «приговоры». Поскольку многие обычные подростки склонны проверять на прочность и нарушать социальные правила и нормы, подросток с синдромом Аспергера становится их постоянным критиком, что явно не прибавляет ему популярности среди обычных подростков.

В диагностических критериях синдрома Аспергера DSM-IV говорится о том, что у ребёнка наблюдается «явная жёсткая приверженность к специфическому и нефункциональному распорядку или ритуалу» (American Psychiatric Association (APA), 2000, с. 84). Появление стереотипного поведения или ритуалов может быть признаком тревожности, и мы знаем, что дети с синдромом Аспергера к ней предрасположены (см. Главу 6), но другой причиной развития негибкого распорядка может быть слабое центральное согласование, т. е. сложности в выявлении закономерностей или согласованности в повседневной жизни. Мы видим, что дети с синдромом Аспергера склонны вырабатывать свой распорядок упорно его отстаивать. Как только

закономерность появляется, её надо поддерживать. К сожалению, число составляющих в такой потенциальной последовательности часто возрастает со временем. Например, привычный порядок отхода ко сну может начинаться с выстраивания в ряд только трёх игрушек, но со временем разрастается в целый ритуал, в котором десятки игрушек расставляются по строгим правилам порядка и симметрии. Когда путешествие к некоторому пункту назначения уже совершалось по определённому маршруту несколько раз, формируется ожидание того, что этот маршрут будет единственным, и отклонения от него недопустимы. Следующая цитата показывает то, откуда берётся эта склонность создавать порядок и определённость:

Реальность для аутичного человека — это сбивающая с толку и взаимодействующая тьма событий, людей, мест, звуков и ракурсов. И может казаться, что нет чётких границ, порядка или смысла в чём-либо. Ощутимая часть моей жизни потрачена просто на попытки выявить закономерности, стоящие за всем окружающим. И установление рутин, распорядка, конкретных маршрутов и ритуалов — всё это нужно, чтобы помочь привнести порядок в невыносимо хаотичную жизнь (Jolliffe et al., 1992, с. 16).

Донна Уильямс описывала это так:

Мне нравилось копировать, создавать и упорядочивать. Я обожала нашу многотомную энциклопедию. На каждом корешке — цифры и буквы, и я внимательно следила за тем, чтобы тома стояли по порядку, переставляла их, если требовалось. Так я создавала порядок из хаоса. [...] В поисках категорий энциклопедиями я не ограничивалась. Читая телефонную книгу, я подсчитывала количество Браунов, сопоставляла разные варианты фамилий, искала фамилии распространенные и редкие. Так я осваивалась с понятиями количества, тождества, различия, порядка. [...] Могло показаться, что мир мой был перевернут вверх тормашками, но я упорно наводила в нем порядок. По большей части все вокруг постоянно менялось, не оставляя мне возможности к этим изменениям подготовиться. Поэтому я с таким удовольствием повторяла одни и те же действия, находя в этом успокоение (Уильямс, 2015, с. 56) (перевод Williams (1998)).

Мы можем понять, почему ребёнок с синдромом Аспергера со слабым центральным согласованием активно привносит распорядок и ритуалы в свою повседневную жизнь: он помогает себе установить хотя бы временный порядок или согласованность. Оказывается, что рутины вырабатываются

для того, чтобы сделать жизнь предсказуемой и привнести в неё порядок, а новизна, хаос или неопределенность вызывают замешательство и расстройство. Установление распорядка не оставляет возможностей для изменений или необходимости создавать новую целостную картину или структуру для того, чтобы понять, что происходит или что теперь от вас требуется.

Ранние детские воспоминания

Слабое центральное согласование может пролить свет на один из занимательных аспектов синдрома Аспергера, а именно, на способность помнить события из очень раннего детства (Lyons and Fitzgerald, 2005). Обычные взрослые, как правило, имеют доступ к автобиографической памяти, начиная с возраста примерно от 3 до 6 лет, и им очень сложно вспомнить более ранние события из своего детства. Родители детей и взрослых с синдромом Аспергера часто отмечают способность своих сыновей или дочерей точно и насыщенно описывать события, происходившие в их раннем детстве. Например, родители Альберта отмечали: «Он помнит детали из того времени, когда он был совсем малышом; например, что-то могло произойти, и далее это никогда не обсуждалось, а через пару лет он часто вспоминал случившееся и помнил каждую деталь» (Cesaroni and Garber, 1991, с. 308). Альберт ответил на это:

Я помню, что, когда мне был один год, я был в Нэшвилле, и воздух иногда пах дровами. Я помню, что слышал музыку, и она изрядно мне надоедала. Я знал, что я был в другом месте, т. к. я проснулся и понюхал воздух; и он был пропитан старыми зданиями (Cesaroni and Garber, 1991, с. 307).

Ранние автобиографические воспоминания могут состоять преимущественно из зрительных образов и значимого для человека опыта; например, Кэнди объяснила, что её воспоминания «состоят из предметов, а не из людей или чего-то личностного» (личная коммуникация).

Мы точно не знаем, почему у человека с синдромом Аспергера может быть образцовая долговременная память на детали и факты, а также способность вспомнить события из раннего детства. Вероятное объяснение заключается в том, что у людей с синдромом Аспергера характер связей в мозгу отличается от обычного с самого рождения, и слабое центральное согласование влияет на восприятие, мышление, а также на процессы запоминания и доступа к памяти. И результатом этого является способность вспомнить события из раннего детства, что не доступно другим людям.

Способность к точному воспроизведению по памяти эпизодов из жизни может распространяться и на запоминание целых страниц из книг. Эйдетическая или фотографическая память может быть крайне полезной на экзаменах, хотя мне известны случаи, когда университетских студентов с синдромом Аспергера ложно обвиняли в обмане, поскольку их ответы на экзаменах включали в себя пространное дословное воспроизведение рекомендуемых источников. Также я знал мальчиков (но крайне редко девочек) с синдромом Аспергера, у которых была исключительная память на направления и места, где они бывали. Маленький ребёнок, находясь на заднем сидении семейного автомобиля, мог дать точные указания относительно того, как добраться в мою клинику, серьёзно облегчая жизнь матери, пытающейся приехать на приём вовремя.

9.4. Способствующие умственному развитию методики для применения в классе

Из опыта известно, что дети с синдромом Аспергера показывают наибольшее продвижение в познавательных и академических умениях при работе в тихой и хорошо структурированной классной комнате. В биографии своего сына Лиза Пайлес упоминает характеристику, которая была дана её тогда ещё маленькому сыну школьным психологом: «Джон очень похож на щенка, который изучает команду „стоять“. Вся концентрация без остатка тратится на то, чтобы просто находиться в классе, борясь со своими инстинктами, которые говорят ему бежать прочь. И у него не остаётся сил на учёбу» (Pyles, 2002, с. 23).

Таким образом, нам нужно очень чётко осознавать перегрузку каналов восприятия и следующий за этим стресс, а также серьёзно задуматься над тем, где сидит ребёнок, чтобы дать ему возможность хорошо видеть и слышать учителя и уменьшить отвлекающие и прерывающие факторы. Могут понадобиться элементы социальной инженерии, чтобы посадить ребёнка рядом с благожелательно настроенными сверстниками, которые могут помочь и дать совет, когда учитель занят. Также нужно минимизировать изменения в распорядке и составе персонала, обеспечить хорошо видимое расписание занятий на каждый день, а также подготовку к переходу из класса в класс. Если учитель младших классов вынужден отсутствовать и приглашается другой учитель на замену, школа может связаться с родите-

лями ребёнка и предупредить их о неизбежном изменении. В некоторых случаях целесообразно в этот день оставить ребёнка дома, как ради него самого, так и ради заменяющего учителя.

Учителю необходимо регулярно контролировать успехи ребёнка, чтобы убедиться, что он «поспевает» и знает, что делать дальше. В некоторых случаях поспособствовать концентрации может установка огороженного рабочего места (кубикла). Детям постарше помогут подробные конспекты и методические пособия, поскольку подростки с синдромом Аспергера обычно не настолько искусны в конспектировании и переписывании информации с доски, как их сверстники. Учителю нужно понимать связанные с исполнительской функцией проблемы и оказывать помощь с навыками самоорганизации и планирования, использованием списков задач, а иногда — давая дополнительное время для завершения задачи или работы.

Когда суммарный интеллект (IQ) ребёнка находится в пределах нормы, школа обычно предполагает, что такому ребёнку не нужна поддержка в классе, связанная с нарушениями обучаемости. Однако у многих детей с синдромом Аспергера суммарный интеллект (IQ) находится в пределах нормы, но при этом профиль когнитивных или умственных способностей крайне неровен. Несмотря на IQ в пределах или выше среднего, у детей с синдромом Аспергера способ мышления и обучения отличается от обычных, и у некоторых детей есть специфические проблемы с обучаемостью, на выявление которых не рассчитаны стандартные тесты на интеллект. Учитель может по-настоящему нуждаться в помощи в классе (и получать её по запросу), чтобы содействовать когнитивному развитию и успехам в учёбе у детей, не имеющих интеллектуальной инвалидности, но чей профиль когнитивных способностей необычен.

Доступ к помощи специальных (коррекционных) педагогов и службы организации инклюзивного образования в школе может обеспечить дополнительные и в некоторых случаях индивидуальные инструкции и руководство при подготовке и выполнении заданий и домашней работы. У ребёнка с синдромом Аспергера могут быть сложности с пониманием какой-то отдельной темы в шумной, отвлекающей, ориентированной на социализацию и языковые навыки среде школьного класса, но ему легче понять эту же тему, если материал будет представлен как часть компьютеризированного учебного курса. Многие школьные предметы, от подготовительного до выпускного класса, доступны на CD-ROM.

Есть дети с синдромом Аспергера, чьи школьные достижения существенно выше, чем у их сверстников, но социальная зрелость значительно ниже. И в конце учебного года возможны споры между школьными работниками и родителями ребёнка о том, должен ли ребёнок остаться на второй год для сглаживания различий в социальной зрелости, перейти в следующий класс или же перепрыгнуть через класс, чтобы быть вместе с детьми, соответствующими его интеллекту.

Дети с синдромом Аспергера могут становиться очень взвинченными, если школьные задания слишком легки, и в классе зачастую предпочитают общаться с детьми с соответствующим уровнем интеллекта. Есть и множество других факторов, влияющих на решение о задержке или ускорении перехода ребёнка из класса в класс. Но я обычно защищаю точку зрения, согласно которой ребёнок с синдромом Аспергера должен быть в классе с детьми, соответствующими его уровню интеллекта, с интересной и поэтому мотивирующей программой. Очевидно, что потребуются и программы для развития социальной зрелости и сокращения разрыва между интеллектуальным и социальным развитием.

9.5. Знания и личность учителя

Более 60 лет назад Ганс Аспергер утверждал:

Эти дети, сколь бы удивительным это ни казалось, очень хорошо чувствуют личность воспитателя. Сколь бы трудными ни были они сами даже в самых благоприятных педагогических условиях — они позволяют по-настоящему руководить собой и обучать себя только тем людям, которые не только понимают их, но и действительно расположены к ним, добры к ним и относятся к ним с юмором. На них тоже распространяется закон «тимогенного автоматизма»: идущее из души (θυμος) поведение воспитателя, его искреннее отношение автоматически воздействует (отсюда и выражение «тимогенный автоматизм»), против воли, бессознательно на настроение и поведение ребенка. Разумеется, руководство именно такими детьми невозможно без признания их своеобразия, без подлинного педагогического опыта, это совершенно ясно, но обычной рутинной практики здесь недостаточно (Аспергер, 2010, с. 108).

Классному руководителю нужно создать дружественную к «аспергерам» среду, основываясь на социальных, языковых и когнитивных способностях ребёнка. А для этого очень важно, чтобы классный руководитель имел

доступ к информации и экспертному мнению о синдроме Аспергера, а также прошёл соответствующие обучающие курсы. Со стороны школы понадобится поддерживать библиотеку материалов по синдрому Аспергера, а образовательные службы должны рассмотреть возможность направить в помощь учителю помощника учителя, который бы содействовал освоению социальной «программы», управлению эмоциями, облегчал социальную инклюзию и обеспечил коррекционное сопровождение при выполнении учебных заданий.

Некоторые личностные особенности дают учителю возможность продуктивно работать с ребёнком с синдромом Аспергера. Я наблюдал много детей с синдромом Аспергера, которых хорошо учили в самых разных школьных условиях, и заметил, что наибольший прогресс в умственном развитии и успехи в учёбе были достигнуты учителями, которые проявляли эмпатическое понимание ребёнка. Такие учителя гибки в своих образовательных методиках, способах оценки и ожиданиях. Они безусловно любят детей и восхищаются ими, уважают их способности и знают, каковы их мотивации и стиль обучения. Кэрол Грей предположила, что продуктивные учителя должны понимать задержку в развитии модели психического у ребёнка (т. е. задержку в понимании мыслей и чувств других людей); но также учитель должен выработать в себе «модель психического „аспергеров“» (т. е. понимание, как может думать или чувствовать ребёнок) (личная коммуникация).

Вот пример, как Нита Джексон описывает одного из своих учителей:

Господин Осборн всегда искрился энтузиазмом и был всегда готов перевести что угодно в весёлую шутку. Он редко сердился или повышал голос по сравнению с большинством моих учителей. Он разрешил мне прятаться в одном из шкафов кабинета музыки на переменах, даже не моргнув глазом, и это было связано с тем, что он понял и принял то, почему мне были нужны такие нелепые меры по отделению себя от общества. Я уважала его за то, что он не пытался вытянуть из меня ответы, как делали все остальные. Иногда он стучал в дверь, говорил: «Ку-ку!» — и предлагал мне печенье (от которого я никогда не отказывалась). В последний день семестра я купила ему коробку печенья в знак благодарности за те вкусные печенья, которые он мне давал (Jackson, 2002b, с. 34).

Также важно помнить, что нет двух детей с синдромом Аспергера, у которых бы в точности совпадал набор способностей, жизненный опыт и характеры. Образовательные методики, успешно сработавшие с одним или

двумя детьми с синдромом Аспергера, могут не подойти для других пришедших к учителю в класс детей; иногда приходится разрабатывать новые подходы для каждого ребёнка.

Другое требование при обучении детей с синдромом Аспергера — не обижаться на реплики, которые могут сперва показаться грубыми или дерзкими. Когда учитель спрашивает у ребёнка: «Не хочешь ли ты отложить свои игры?» — а за этим следует простой ответ: «Нет», — то ребёнок в этом случае честный, а не невежливый. Также важно избегать сарказма, т. к. ребёнок с высокой вероятностью буквально поймёт сказанное.

Учитель также должен осознавать, что общеупотребительные мотивации могут быть не столь эффективными, как для других детей в классе. Ганс Аспергер был очень заинтересован в образовательных подходах для детей, с которыми он работал, и он писал об этом:

Действительно, для Фрица Ф., как и для всех этих детей, характерно то, что на аффективные запреты и требования, на раздражение и гнев, но также и на ласковые уговоры и лесть они реагируют не послушанием и подчинением, а, напротив, негативизмом, злобными выходками и агрессией (Аспергер, 2010, с. 106).

Более продуктивные мотивации включают в себя отсылку к интеллектуальной самооценке и реплики о том, как умён ребёнок, задействование элементов из специальных интересов на занятиях, а также снижение потенциального риска ошибок.

Ганс Аспергер пошёл дальше и утверждал:

Первым, вероятно, является то, что все педагогические действия должны производиться с «отключенным» аффектом: воспитатель никогда не должен гневаться или сердиться, не должен пытаться быть «добреньким» и вести себя на детский манер. В то же время недостаточно казаться спокойным внешне, в то время как внутри все кипит, — а как естественно подобное поведение при всем негативизме и утонченном коварстве этих детей! — воспитатель и внутренне должен оставаться совершенно спокойным, собранным и владеть собой (Аспергер, 2010, с. 107).

Похоже, это разумный совет. Выражение раздражения или нежности во время того, когда дети с синдромом Аспергера пытаются сконцентрироваться, может вызывать у них лишь ещё большее смятение или раздражение.

Это тот момент, когда требуется тихое участие, и нельзя допустить, чтобы растущее возбуждение ребёнка вызвало ответную реакцию со стороны взрослого.

Ганс Аспергер также предложил «следующий педагогический прием, состоящий в том, чтобы формулировать педагогические требования не как что-то личное, а как объективный безличный закон» (Аспергер, 2010, с. 107). Иногда учитель или директор школы должен показать ребёнку копию соответствующих ситуации правил поведения в школе, чтобы доказать, что учитель приводит в исполнение принятые правила, а не демонстрирует своё самодурство или мстительность.

Домашние задания

Серьёзным источником страданий для детей и подростков с синдромом Аспергера, их семей и учителей становится удовлетворительное выполнение домашних заданий. Почему эти дети переживают такие сильные эмоции от одной мысли о том, чтобы приступить к выполнению домашнего задания, и испытывают такие сложности с их завершением? Этому может быть два объяснения. Первое из них заключается в степени стресса и ментального истощения после школьного дня, а второе — в характере когнитивных способностей детей.

Как и их сверстники, дети с синдромом Аспергера должны осваивать традиционную школьную программу, но они сталкиваются с куда большим количеством стресса, чем их одноклассники. Им приходится осваивать дополнительную, параллельную программу, а именно — программу социализации. Они вынуждены напрягать свой интеллект, чтобы понять правила социального взаимодействия в классе и на детской площадке. Другим детям не нужно осознанно учиться навыкам социального взаимодействия, но детям с синдромом Аспергера приходится расшифровывать социальные знаки и коды и определять с помощью интеллекта, что делать и что говорить в той или иной социальной ситуации. Зачастую они в первую очередь получают критику своих ошибок и намного реже — одобрение от других людей в тех ситуациях, когда они ведут себя правильно. К сожалению, учиться только на собственных ошибках — это не самый конструктивный способ. Таким образом, этим детям приходится концентрироваться на дополнительной «программе», которая интеллектуально и эмоционально истощает их к концу школьного дня. Им также сложно распознавать эмоциональные сигналы от учителя и других детей и отвечать на них, справляться со сложными

социальными ситуациями, шумом и хаосом на детской площадке, неожиданными изменениями в школьном распорядке и интенсивной сенсорной нагрузкой в шумном классе. Во время школьного дня у них редко бывает возможность расслабиться.

Когда я беседую с детьми с синдромом Аспергера, у которых есть сложности в освоении социальной «программы» и с управлением стрессом в школе, они часто объясняют, что хотят чёткого разделения между домом и школой. Они говорят, что «школа — это для учёбы, а дом — для веселья и расслабления». Поэтому перспектива прервать такие долгожданные и желаемые веселье и расслабление домашними заданиями — это то, с чем они уже не в силах справиться. Шон Баррон объяснял: «Я совершенно не понимал, почему какие-то из *школьных* заданий надо *делать* дома. То, что мы делали в школе, должно оставаться там, и точка» (Grandin and Barron, 2005, с. 94).

У детей с синдромом Аспергера необычный профиль когнитивных способностей, и это необходимо признавать и учитывать, когда им даются задания в школе, особенно на дом. Из-за нарушенной исполнительной функции им сложно планировать, самоорганизовываться и расставлять приоритеты, они склонны быть импульсивными и негибкими при решении задач, у них ограниченная рабочая память. Среди других особенностей — сложности с генерацией новых идей и с отделением главного от второстепенного, с плохим чувством времени и способностью управлять им, потребность в при-смотре и руководстве. Также есть повышенная вероятность специфических сложностей в обучении, например, затруднений с чтением.

Описанные ниже стратегии разработаны для того, чтобы минимизировать влияние нарушенной исполнительной функции в домашних условиях и помочь ребёнку в завершении своих домашних заданий и при этом снизить стресс как у ребёнка, так и у его семьи.

Создание благоприятной среды для учёбы

Рабочее место ребёнка должно способствовать концентрации и настраивать на учёбу. В качестве образца можно взять классную комнату ребёнка, правильно оборудовать рабочее место и освещение, удалить отвлекающие факторы. Эти факторы могут быть зрительными — игрушки или телевизор, которые напоминают о том, чем мог бы заниматься ребёнок вместо учёбы. Или звуковыми, например, шум электроприборов или болтовня братьев или

сестёр. Убедитесь, что на рабочем столе есть только то, что необходимо для выполнения задания. Рабочее место также должно быть защищено от любопытных младших братьев и сестёр.

Будет очень полезно, если родители составят ежедневное расписание выполнения домашней работы для ребёнка и заведут расширенный дневник для взаимодействия между домом и школой. В этот дневник учитель должен записывать свои пожелания по продолжительности и содержанию каждого задания, включенного в домашнюю работу. Иногда целые часы тратятся на выполнение домашнего задания, для которого учитель закладывал только несколько минут. Дополнительно учитель может дать родителям список необходимых принадлежностей и источников, которые понадобятся для выполнения домашнего задания.

Дневник домашней работы и планировщик могут помочь ребёнку запомнить, какие книги нужно взять домой и какие домашние задания делать каждый вечер. Возможно, ребёнку больше понравится этот метод, если использовать деловой ежедневник из канцелярских товаров. Этот приём поможет соотнести планирование с работой взрослых руководителей, а не детей с проблемами в обучении.

Можно пользоваться таймером, чтобы напоминать ребёнку, сколько времени осталось до завершения каждой части домашнего задания. Также важно удостовериться, что отведённое под домашние задания время не накладывается на любимую телепрограмму ребёнка. Если это так, ему можно предоставить внеочередную возможность воспользоваться видеомангитофоном, чтобы посмотреть передачу после выполнения домашнего задания.

Если регулярные перерывы необходимы для поддержания концентрации, то работа может быть поделена на участки с определением, сколько работы ребёнок должен сделать перед очередным кратким перерывом. Типичная ошибка — это ожидание слишком длительной концентрации внимания, особенно после выматывающего дня в школе.

Подготовка домашнего задания учителем

Учитель может выделить ключевые аспекты на раздаточном материале с домашней работой, дать письменные объяснения и задать вопросы для того, чтобы быть уверенным в том, что ребёнок знает, на что в задании обратить внимание при его выполнении. Учитель может попросить ребёнка составить план перед тем, как он приступит к выполнению задания, что-

бы достичь согласованности и логичности, особенно если задание — это эссе или сочинение. Если для выполнения задания нужно несколько дней, то важно, чтобы учитель регулярно просматривал черновики ребёнка и отслеживал продвижение. Это также увеличивает вероятность того, что домашнее задание будет сделано вовремя.

Проблемы с памятью

Если ребёнку сложно запомнить, что было задано на дом, и вспомнить нужную информацию во время выполнения домашнего задания (проявления нарушенной исполнительской функции), то решением может быть покупка офисного гаджета. Можно использовать маленький диктофон для записи речи, в том числе устных указаний учителя, и ребёнок может добавить свои собственные комментарии или напоминания к записи, чтобы они в дальнейшем помогли вспомнить ключевую информацию. Ребёнок и его родители будут точно знать, что было сказано, и что имеет значение для этого задания. Другой способ — иметь телефон одноклассника, и уточнять информацию у него.

Контроль

Родители и учителя вскоре понимают, что ребёнку может понадобиться серьёзный контроль. И если у родителя есть другие семейные дела в то время, как ребёнок выполняет своё домашнее задание, это может стать немалой проблемой.

Ребёнку может быть сложно начать работу, а также понять, что надо делать в первую очередь. Возможна проблема прокрастинации и родителю придётся проконтролировать начало работы. Но контроль не заканчивается тем моментом, когда ребёнок сел за уроки. Родителю нужно быть неподалёку на тот случай, если ребёнку понадобится помощь из-за возникшего непонимания, чтобы убедиться в выборе правильного способа решения. Таким детям свойственно негибкое мышление при поиске альтернативных стратегий и упорная приверженность какому-то одному подходу, в то время как другие дети поняли бы, что будет разумнее рассмотреть альтернативы. Одним из способов показать, что можно мыслить не только одним путём — это дать ребёнку список альтернативных подходов к решению какой-либо конкретной задачи: ребёнку может быть полезно знать, что есть «запасной план».

Контроль также необходим для того, чтобы помочь ребёнку в расстановке приоритетов и планировании, в подборе слов и поддержании мотивации. Мотивацию можно также повысить какими-то особыми наградами за концентрацию и прилежание.

Когнитивный стиль

Нужно уделять особое внимание когнитивным способностям и слабостям ребёнка. Если сильная сторона ребёнка — это визуальное мышление, тогда пониманию материала будут способствовать блок-схемы, графические органайзеры и концептуальные карты (Hubbard, 2005). Если у ребёнка сильны вербальные способности, тогда помогут письменные инструкции и обсуждение с использованием метафор (особенно метафор, связанных со специальным интересом). Кроме того, можно задействовать компьютер и клавиатуру, особенно для тех детей, у которых есть сложности с письмом от руки. Иногда родитель играет роль «исполнительного секретаря», печатает материалы для ребёнка и проверяет ответы. Домашнее задание часто становится совместной, а не одиночной деятельностью. Родители из своего многолетнего опыта уже знают, что без их участия работа не будет завершена вовремя или не будет соответствовать предъявляемым к ней требованиям.

Детям с синдромом Аспергера часто нравится работать на компьютере, и им может быть проще понять учебный материал, если он показан на экране компьютера. Если материал подаётся человеком, то это добавляет социальное и языковое измерения, что может дополнительно запутать ребёнка. Поэтому учителя должны задуматься об адаптации большинства домашних заданий к их выполнению с использованием компьютера. Возможности текстовых процессоров, особенно связанные с графикой, а также проверкой орфографии и грамматики, неопценимы для повышения понятности и качества конечного результата.

Если родитель не в состоянии помочь ребёнку решить какую-то конкретную задачу, то, возможно, поможет договорённость с учителем о том, чтобы с ним можно было свободно связаться по телефону в заранее оговоренные часы, и он мог поговорить напрямую с ребёнком. Регулярное использование этого подхода может существенно изменить характер и объём выполненных домашних заданий.

Наконец, обучение детей с синдромом Аспергера требует специальных навыков, и от родителя не ожидается владение ими. Как родители, они в большей степени эмоционально вовлечены в ситуацию, чем классный руководитель, и им может быть сложнее оставаться объективными и эмоционально отстранёнными. Возможный вариант — это нанять репетитора, способного обеспечить квалифицированное руководство и контроль. Однако это превышает финансовые возможности большинства семей.

Сокращение объёма домашней работы

Если домашняя работа связана с такими мучениями, то что можно сделать, чтобы уменьшить отчаяние ребёнка, который приходит вымотанным после школы? Притом, что родители пытаются мотивировать ребёнка, а учитель понимает, что домашняя работа — не самая эффективная образовательная методика для таких детей. Если от ребёнка требуют стандартный объём домашней работы, то все должны понимать, что понадобится много времени и участие всех вовлечённых в ситуацию, чтобы работа была выполнена качественно и вовремя.

Один из вариантов — дать возможность сделать часть «домашней» работы в школе. Например, во время обеденного перерыва, до или после начала занятий в том же классе, где проходят занятия, или же в школьной библиотеке. Однако ребёнок по-прежнему будет нуждаться в контроле и руководстве со стороны учителя или ассистента. В старших классах некоторым детям удаётся получить аттестат, взяв меньше предметов по выбору, а появившиеся «окна» в расписании можно посвятить выполнению домашних заданий.

Если все эти стратегии не срабатывают, то какова альтернатива? Мне пока не попадалось научных статей, где была бы найдена явная корреляция между затраченными на выполнение домашних заданий в детстве часами и успешностью во взрослом возрасте в плане карьеры и качества жизни. Люди могут возразить, что домашняя работа способствует самостоятельному обучению, но дети с синдромом Аспергера зачастую весьма успешны в самостоятельном обучении, когда занимаются тем, что им интересно: их проблема — это учёба в социальной среде школьного класса.

Я считаю, что ребёнка с синдромом Аспергера следует избавить от наказания за не сделанное вовремя домашнее задание и что домашняя работа не должна занимать более 30 минут, только если сам ребёнок или подросток не хочет потратить больше времени эту работу. После этого родитель

делает запись в расширенном дневнике, чтобы показать, что данное количество домашней работы было выполнено в отведённое время и что оценка за домашнее задание должна основываться на выполненной работе. Эта рекомендация может серьёзно уменьшить стресс у ребёнка с синдромом Аспергера, у его семьи, и, возможно, даже у учителя.

9.6. Визуальное мышление

У людей с синдромом Аспергера есть свой особенный способ мыслить, зачастую основанный на мышлении картинками, а не словами. В одном замечательном исследовании группа взрослых с синдромом Аспергера на протяжении нескольких дней носила маленькое устройство, которое пищало через случайные промежутки времени (Hurlburt et al., 1994). От испытуемых требовалось «заморозить» содержание своего мышления, когда они слышали сигнал, и записать природу своих мыслей. Когда через эту процедуру проходили обычные люди, то они описывали широкий спектр внутренних мыслей, включающий в себя речь, чувства, телесные ощущения и зрительные образы.

Однако взрослые с синдромом Аспергера рассказывали о своих мыслях главным образом или исключительно в форме изображений. У некоторых людей с синдромом Аспергера доминирующим стилем мышления оказывается визуальный. Это может иметь некоторые преимущества, о чём говорила Тэмпл Грандин:

Моё мышление полностью визуально, и связанная с пространственным воображением работа вроде рисования легка для меня. Я научилась чертить за шесть месяцев. Я разрабатывала крупные загоны и прочее оборудование для скота из стали и бетона, но запомнить номер телефона или складывать числа в уме мне всё ещё трудно. Мне приходится их записывать. Любая запоминаемая мной информация является визуальной. Если мне нужно запомнить абстрактную концепцию, то я «вижу» страницу книги или моих заметок и «читаю» информацию оттуда. Мелодии — это единственная вещь, которую я могу запомнить без зрительного образа. Я запоминаю очень мало из услышанного — только то, что вызывает яркие эмоции или формирует зрительный образ. В классе я делала подробные заметки, потому что забуду воспринятый на слух материал. Когда я думаю об абстрактных представлениях вроде человеческих взаимоотношений, я использую зрительные аналогии. Например, отношения между людьми похожи

на стеклянные раздвижные двери. Эти двери нужно открывать аккуратно, потому что если их пнуть, то они могут разбиться. Если бы мне пришлось учить иностранный язык, то я бы учила его с помощью чтения и визуализации прочитанного (Grandin, 1984, с. 145).

Тэмпл написала книгу, в которой исследует своё собственное визуальное мышление и то, как это повлияло на её жизнь, позволив развить весьма впечатляющие навыки дизайна (Grandin, 1995).

Недостаток этого способа мышления заключается в том, что школьные занятия ориентированы в основном на вербальный способ мышления. Учитель часто объясняет новый материал при помощи речи, в лекционном стиле, а не обращается к его практической демонстрации. Один из способов помочь «визуализаторам» — чаще пользоваться диаграммами, моделями и активным участием. Например, во время уроков математики у ребёнка на парте может лежать абак. Ребёнок также может научиться воображать правила или процессы как реальные сцены. Взрослые с синдромом Аспергера объяснили мне, как они учили историю или естественные науки с помощью визуализации событий: например, проигрывая в голове видео с меняющимися молекулярными структурами.

У этого способа мышления есть и существенные преимущества. Человек с синдромом Аспергера, мыслящий визуально, может обладать природным талантом к шахматам или снукеру (бильярду), и один из величайших учёных XX века, Альберт Эйнштейн, был визуальным мыслителем. Он проваливал языковые тесты в школе, но при этом полагался на визуальные методы обучения. Его теория относительности основана на зрительных образах движущихся вагонов и полётах на лучах света. Интересно, что в его личностных особенностях и семейной истории были моменты, указывающие на синдром Аспергера (Grandin, 1984).

9.7. Интеллектуальная одарённость

Существуют дети и взрослые с синдромом Аспергера, интеллектуальные способности которых существенно выше среднестатистических, т. е. их IQ превышает 130, и о них иногда говорят как об одарённых и талантливых (Lovecky, 2004). Для ребёнка это может нести как преимущества, так и недостатки. Среди преимуществ — возможность обработки и выучивания большего объёма социальных знаков и условностей с помощью интеллекта. Опережающее интеллектуальное развитие может быть по достоинству оценено учителем, а занятие призовых мест на олимпиадах повысит статус

как ребёнка, так и школы. Успехи в учёбе могут повысить самооценку как молодых людей, так и взрослых; зачастую их социальная наивность и эксцентричность может быть принята и даже высоко оценена как часть образа «профессора не от мира сего». Интеллектуальная одарённость может вести к высокооплачиваемой работе в сфере разработки новых технологий или к блестящей карьере исследователя. Однако есть и множество недостатков.

Дети с синдромом Аспергера менее социально и эмоционально зрелы по сравнению со своими сверстниками, что способствует их социальной изоляции, а также насмешкам и издевательствам над ними. И если у ребёнка интеллектуальное развитие значительно превосходит уровень сверстников, это может усилить социальную изоляцию и отчуждение. У ребёнка в классе может просто не оказаться группы сверстников, соответствующих ему с социальной или интеллектуальной точки зрения. Наличие впечатляющего словарного запаса и знаний может привести к тому, что взрослые будут ожидать аналогичной зрелости социального интеллекта, управления эмоциями и поведением. Они могут быть несправедливо критичными к ребёнку, который не в состоянии проявить эти способности на столь же зрелом уровне, как его сверстники.

Высокое интеллектуальное развитие дополняется довольно высоким уровнем нравственности и идеалами. Маленький ребёнок с синдромом Аспергера из-за этого бывает крайне обеспокоен ситуациями несправедливости вроде жестокости к животным, переживать из-за воздействия на людей стихийных бедствий. У него могут быть и высокие идеалы, связанные с честностью, что оказывает влияние на взаимодействие и игры со сверстниками, чей взгляд на правила более гибок и эгоцентричен.

Как и у обычных интеллектуально одарённых детей, у ребёнка с синдромом Аспергера уровень понятийного мышления находится за пределами того, с чем он может совладать эмоционально. Ребёнка могут беспокоить идеи, обычно находящиеся за пределами мышления сверстников. Одарённый и талантливый ребёнок с синдромом Аспергера имеет меньший по сравнению со сверстниками набор механизмов саморегуляции для управления повышенной тревожностью, связанной с высокими интеллектуальными способностями.

Связанный с синдромом Аспергера характер когнитивных способностей также может влиять на способ выражения интеллектуальных талантов. Предлагаемые человеком концепции или решения могут быть выдающимися, но практические аспекты, связанные с организацией идей в нечто

целостное и их выражением посредством речи, могут быть серьёзной проблемой. Ребёнок или взрослый может знать свою идею или решение в совершенстве, но никто не способен понять его.

Мы знаем, что дети и взрослые с синдромом Аспергера склонны концентрироваться на отдельных частях задачи. Высокая концентрация на частях может выявить аспекты, ранее не замеченные другими (Hermelin, 2001), но её недостаток заключается в чрезмерной эмоциональной реакции на относительно менее существенные проблемы. Люди с синдромом Аспергера зачастую перфекционисты с высокими внутренними стандартами успеха, и они склонны быстро забрасывать проект, если в его начале успехи скромны. У ребёнка могут быть развитые интеллектуальные способности, но при этом высокие внутренние стандарты, что может привести к выраженной фрустрации. А дети с синдромом Аспергера известны своей неспособностью справляться с фрустрацией.

Когда у маленького ребёнка с синдромом Аспергера интеллект развит существенно сильнее, чем у сверстников, он может придумывать вымышленные истории, увлекающие других детей (Lovecky, 2004). Такой ребёнок может стать лидером группы малышей, с готовностью играющих в эти истории. По мере взросления творческие способности и талант в сфере искусства могут стать формой самовыражения и личного удовлетворения, которое не связано напрямую с публичностью или восхищением сверстников (Hermelin, 2001).

Дирдри Ловецки (Lovecky, 2004) изучала одарённых и талантливых детей с синдромом Аспергера и заметила, что в школе таким детям редко дают задания, соответствующие их умственным способностям. Важно, чтобы классный руководитель распознавал интеллектуальный потенциал таких детей и обеспечивал более продвинутую программу. Ребёнок также выиграет от участия в программах для одарённых детей: он не только приобретёт новые знания и дальнейшее интеллектуальное развитие, но и получит возможность встретить потенциальных друзей. Эта дружба может основываться на обмене информацией и интеллектуальных дискуссиях, но где ещё ребёнок сможет найти умного сверстника и по-настоящему подружиться с ним?

Мы теперь признаём, что серьёзные прорывы в науке и искусстве соотносятся с индивидуумами, способ мышления которых отличался от стандартного и многие когнитивные особенности которого связаны с синдромом Аспергера (James, 2006). Мышление обычных людей ориентировано на социализацию и использование языка, но у альтернативного восприятия и

профиля когнитивных способностей могут быть свои преимущества, порождающие ценные таланты. Лилиана, женщина с синдромом Аспергера и с выдающимися интеллектуальными способностями сказала мне, что «язык — это клетка для мысли», и многие достижения в науке и философии были достигнуты с помощью выработки альтернативных концепций, не основанных на языковом мышлении.

Ли, студент Оксфордского университета, объясняет:

Я думаю, что синдром Аспергера — это другой взгляд на мир. Он определённо помог мне с математическим взглядом на вещи. Мне легко мыслить в высоко абстрактных терминах. Я могу собрать кубик Рубика за две минуты (Molloy and Vasil, 2004, с. 40).

А Рейчел считает:

Одна из причин, по которой я присоединилась к Менсе, связана с тем, чтобы использовать это как «знак качества» моего интеллекта и говорить: «У меня действительно такой интеллект, и я могу это доказать, потому что я состою в Менсе». В целом я действительно думаю, что в большинстве люди с синдромом Аспергера, как правило, довольно умны. Если я бы могла изменить себя и избавиться от синдрома Аспергера, то я, честно говоря, не думаю, что стала бы делать это, потому что я уверена, что я бы потеряла часть своего интеллекта (Molloy and Vasil, 2004, с. 43).

Нам нужны люди с синдромом Аспергера, чтобы привнести новый взгляд на проблемы завтрашнего дня.

9.8. Ключевые моменты и стратегии

- Некоторые маленькие дети с синдромом Аспергера поступают в школу с академическими способностями, превышающими уровень того класса, куда они поступают.
- По-видимому, среди детей с синдромом Аспергера повышена доля тех, кто проявляет крайности в когнитивных способностях.

- Профиль академических способностей в школе:
 - Учителя вскоре понимают, что у ребёнка свой специфический стиль обучения, и он талантлив в понимании логического и физического мира, обнаружении деталей, запоминании и систематизации фактов.
 - Дети с синдромом Аспергера легко отвлекаются, особенно в классе. При решении задач они демонстрируют «однозадачный» ум и страх ошибок.
 - По мере того, как ребёнок переходит из класса в класс, учителя обнаруживают проблемы с навыками самоорганизации, особенно в связи с выполнением домашней работы и написанием эссе и сочинений.
 - Если ребёнок с синдромом Аспергера не успешен социально в школе, то успехи в учёбе начинают играть более важную роль. Они становятся основной мотивацией посещать школу и ключевыми в развитии самооценки.
 - Профиль или характер интеллектуальных способностей важнее суммарного IQ.
 - Как минимум у 75 процентов детей с синдромом Аспергера есть особенности, свойственные расстройству обучения или же достаточные для сопутствующего диагноза синдрома дефицита внимания.
 - Психологи выделяют во внимании 4 составляющих: способность удерживать внимание, уделять внимание релевантной информации, переключать внимание при необходимости, и кодировать (модулировать с помощью памяти) внимание — т. е. помнить, на что обращалось внимание. У детей с синдромом Аспергера наблюдаются проблемы со всеми четырьмя составляющими.
- Исполнительная функция:
 - В настоящее время множество научных исследований доказывает, что у детей, но в большей степени у подростков и взрослых с синдромом Аспергера, есть нарушение исполнительной функции.

Психологический термин «исполнительная функция» включает в себя:

- * способности к организации и планированию;
 - * рабочую память;
 - * торможение и контроль импульсивного поведения;
 - * саморефлексию и самомониторинг;
 - * управление временем и расстановку приоритетов;
 - * понимание сложных или абстрактных понятий;
 - * использование новых стратегий.
- Один из способов уменьшения сложностей, связанных с нарушенной исполнительной функцией, — это прибегать к помощи кого-то, кто будет играть роль «исполнительного секретаря».
- Решение задач:
 - Исследования показали, что дети с синдромом Аспергера склонны продолжать использовать некорректные стратегии и в меньшей степени учатся на своих ошибках, даже если они знают, что их стратегия не работает.
 - Ребёнок с синдромом Аспергера часто предпочитает использовать свой «фирменный» подход к решению задач.
 - Важно поощрять гибкость мышления, и это можно делать с ранних лет. С маленьким ребёнком с синдромом Аспергера взрослый может поиграть в игру «Чем ещё это может быть?»
 - Взрослый может озвучить свои мысли, чтобы ребёнок с синдромом Аспергера услышал о разных подходах к решению задачи, рассматриваемых взрослым.
 - Как справляться с ошибками:
 - Характер академических способностей детей и взрослых с синдромом Аспергера может включать склонность к концентрации на ошибках, потребность в исправлении любой нерегулярности или неправильности, а также желание быть перфекционистом.
 - Изменить подобное восприятие ребёнком ошибок и недочётов — важная задача.

- Можно использовать Социальные Истории™, чтобы объяснить, что мы больше узнаём из своих ошибок, чем из своих успехов; ошибки часто ведут к интересным открытиям; ошибка является возможностью, а не катастрофой.
- Школьные успехи в чтении и математике:
 - Среди детей с синдромом Аспергера процент тех, кто в школе проявляет крайности в умении читать и писать, больше, чем можно было бы предположить.
 - Мой клинический опыт говорит о том, что стандартные программы коррекционных занятий по чтению оказываются не настолько эффективными для детей с синдромом Аспергера, как можно было бы ожидать.
 - Одной из проблем у детей с синдромом Аспергера, способных решать сложные математические задачи, может быть словесное объяснение того, как они получили ответ.
- Слабое центральное согласование:
 - Дети с синдромом Аспергера могут особенно хорошо подмечать детали, но при этом у них возникают значительные трудности в понимании картины в целом, т. е. сути.
 - Родители детей или взрослых с синдромом Аспергера часто отмечают способность своих сыновей или дочерей точно и насыщенно описывать события, происходившие в их раннем детстве.
- Способствующие умственному развитию методики для применения в классе:
 - Дети с синдромом Аспергера показывают наибольшее продвижение в развитии умственных и академических способностей при работе в тихой и хорошо структурированной классной комнате.
 - Классному руководителю нужно создать дружественную к «аспергерам» среду, основываясь на социальных, языковых и когнитивных способностях ребёнка. Для создания такой среды очень важно, чтобы классный руководитель имел доступ к информации и экспертному мнению о синдроме Аспергера, а также прошёл соответствующие обучающие курсы.

- Наибольший прогресс в умственном развитии и учёбе достигается учителями, которые проявляют эмпатическое понимание ребёнка. Такие учителя гибки в своих образовательных методиках, способах оценки и ожиданиях. Они безусловно любят детей и восхищаются ими, уважают их способности и знают их мотивации и учебный профиль.
- Домашние задания:
 - Серьёзным источником страданий для детей и подростков с синдромом Аспергера, их семей и учителей является удовлетворительное выполнение домашних заданий.
 - Домашнее рабочее место ребёнка должно способствовать концентрации настраивать на учёбу.
 - Будет очень полезно, если родители составят для ребёнка ежедневное расписание выполнения домашней работы и заведут расширенный дневник для взаимодействия между домом и школой.
 - Учитель может выделить ключевые аспекты на раздаточном материале с домашней работой, дать письменные объяснения и задать вопросы для того, чтобы быть уверенным в том, что ребёнок знает, какие аспекты задания важны при его выполнении.
 - Я считаю, что ребёнка с синдромом Аспергера следует избавить от наказания за не сделанное вовремя домашнее задание, и что домашняя работа не должна занимать более 30 минут, только если сам ребёнок или подросток не хочет потратить больше времени на эту работу.
- Мы теперь признаём, что серьёзные прорывы в науке и искусстве соотносятся с индивидуумами, способ мышления которых отличался от стандартного и многие когнитивные особенности которого связаны с синдромом Аспергера.

Глава 10

Координация движений

Его трудности становятся очевидными при занятиях спортом: если даже он подчиняется распоряжениям руководителя группы и старается изо всех сил «правильно» выполнить упражнение, оно всё равно получается угловатым и некрасивым; он никогда не двигается в ритме группы, никогда движение не получается естественным и произвольным и оттого красивым, как это бывает, когда оно проистекает из правильной координации всей моторики.

(Аспергер, 2011, с. 116) (перевод Asperger (1944))

В той же мере, в которой людям с синдромом Аспергера присущ иной способ мышления, у них и иной способ движения. При ходьбе и беге координация ребёнка может быть незрелой, а у взрослых с синдромом Аспергера бывает странная, иногда уникально своеобразная походка, которой не хватает плавности и слаженности. При тщательном наблюдении можно заметить нехватку синхронности в движениях рук и ног, особенно когда человек бежит (Gillberg, 1989; Hallett et al., 1993). Родители часто сообщают о том, что ребёнок научился ходить на один-два месяца позже нормы (Eisenmajer et al., 1996; Manjiviona and Prior, 1995) и нуждался в существенной помощи при обучении действиям, требующим ловкости рук, таким как завязывание шнурков, одевание, пользование столовыми приборами (Szatmari et al., 1989a). Учителя могут замечать проблемы с тонкими моторными навыками вроде умения писать и использования ножниц. Может быть затронута деятельность, требующая координации движений и чувства равновесия, например, обучение езде на велосипеде, скейте или самокате. Дети, а иногда и взрослые с синдромом Аспергера могут испытывать сложности с осознанием положения своего тела в пространстве, из-за чего они часто задевают предметы и врезаются в них, а также проливают напитки. Может быть общее впечатление неуклюжести.

Проблемы с координацией движений часто становятся очевидными для учителя физкультуры и для других детей на занятиях физкультурой и спортом, при играх на площадке, требующих владения мячом. Дети с синдромом Аспергера часто имеют слаборазвитые навыки ловли, бросания мяча и удара по нему (Tantam, 1991). При хватании мяча двумя ладонями, движения рук часто плохо скоординированы и синхронизированы, т. е. ладони становятся в правильное место, но на долю секунду позже, чем надо. Ребёнок слишком долго думал о том, что делать. Перед броском мяча дети с синдромом Аспергера часто не смотрят в направлении цели, что влияет на их меткость (Manjiviona and Prior, 1995). Одно из последствий неуспешности в популярных играх с мячом — исключение ребёнка из некоторых командных игр на площадке. Такие дети могут активно избегать этих занятий, т. к. знают, что не так умелы, как их сверстники. Однако когда они смело пытаются присоединиться к игре, их могут преднамеренно исключать другие дети из-за того, что их воспринимают как обузу, а не ценного игрока для команды. Таким образом, у детей с синдромом Аспергера меньше возможностей улучшить навыки владения мячом, практикуясь со сверстниками.

С раннего возраста родителям надо учить и тренировать ребёнка играть с мячом, причём не для того, чтобы ребёнок стал первоклассным спортсменом, а чтобы обеспечить ему базовые навыки для участия в популярных играх со сверстниками. Однако интересно то, что некоторые дети с синдромом Аспергера проявляют лучшую координацию и плавность движений, когда плавают, достигают замечательной ловкости на батуте, улучшают координацию движений, тренируясь в одиночных видах спорта вроде гольфа, что может стать предметом специального интереса, и получают удовольствие от таких видов отдыха, как верховая езда. В этом они могут быть на голову выше сверстников.

Двигательные навыки можно оценить с помощью наблюдений и ряда стандартизованных тестов, оценивающих отдельные двигательные способности. С точки зрения неинтересного наблюдателя большинство детей с синдромом Аспергера производят впечатление неуклюжих, но несколько работ, использующих специализированные методики исследования, показали, что характерные проявления двигательных нарушений имеются почти у всех детей с синдромом Аспергера (Ghaziuddin et al., 1994; Gillberg, 1989; Gowen and Miall, 2005; Green et al., 2002; Hippler and Klicpera, 2004; Klin et al., 1995; Manjiviona and Prior, 1995; Miyahara et al., 1997).

Поэтому Кристофер Гиллберг включил моторную неловкость в число своих шести диагностических критериев (Gillberg and Gillberg, 1989). Напротив, критерии Питера Сзатмари и коллег, критерии DSM-IV Американской Психиатрической Ассоциации и критерии МКБ-10 Всемирной организации здравоохранения не упоминают прямо о двигательных способностях. Однако DSM-IV содержит перечень связанных с синдромом Аспергера особенностей, включающий наличие моторной неуклюжести и неловкости, которая, будучи сравнительно мягкой, всё же способна внести свой вклад в неприятие сверстниками и социальную изоляцию. В настоящее время неуклюжесть рассматривается как связанная с синдромом Аспергера черта, но при этом не являющаяся определяющей особенностью в трёх из четырёх диагностических критериев.

10.1. Особенности двигательных навыков

Профиль двигательных способностей может включать нарушения мелкой моторики рук (Gunter et al., 2002; Manjiviona and Prior, 1995; Miyahara et al., 1997), нарушенную координацию, чувство равновесия, хватательные движения и интонацию (Nass and Gutman, 1997), а также замедленное выполнение задач, требующих ловкости рук (Nass and Gutman, 1997; Szatmari et al., 1989a). Могут быть проблемы с поддержанием равновесия, которые выявляются при проверке способности стоять на одной ноге с закрытыми глазами, а также тандемной ходьбы, т. е. способности ходить, ставя одну ступню перед другой, как по натянутому канату (Iwanaga et al., 2000; Manjiviona and Prior, 1995; Tantam, 1991). Тэмпл Грандин описывает следующее: «Не могу держать равновесие, когда я ставлю одну ступню перед другой (тандемная ходьба)» (Grandin, 1984). Нита Джексон говорит о своих трудностях с ходьбой:

Но учиться ходить — было наихудшим. Моя верхняя часть тела оставалась одеревенелой и не подумывала об использовании рук, чтобы помочь мне, они были словно приклеены к бокам. Хождение по линии (ставя одну ступню перед другой, словно по натянутому канату) оказывалось невозможным, и я выработала эту странную походку — вразвалочку, словно утка или человек с серьёзными проблемами с мочевым пузырём. Это было лишь одной из многих причин, по которой сверстники издевались надо мной (Jackson, 2002b, с. 87).

Эти особенности будут влиять на способность ребёнка использовать спортивные снаряды на детской площадке и на его сноровку при некоторых занятиях в спортзале. Они также увеличивают вероятность того, что ребёнка будут дразнить.

Ганс Аспергер заметил, что у некоторых детей, которых он наблюдал, можно было увидеть необычные выражения лиц. О мимике одного из детей он писал как о «скудной, застывшей» (Аспергер, 2010, с. 116) (перевод Asperger (1944)). Им может не хватать разнообразия мимических движений для выражения мыслей и чувств. Из-за «застывшего» выражения лица, которому не хватает оттенков и еле уловимых движений, человек может выглядеть грустным. Неуклюжий, нескладный «язык тела» включён в диагностические критерии Кристофера Гиллберга (Gillberg and Gillberg, 1989). Я также наблюдал, что «язык тела» может не быть синхронным «танцем» с собеседником.

В то время как у нас есть значительное количество исследований и клинические знания о социальных, языковых и когнитивных способностях людей с синдромом Аспергера, мы относительно мало знаем об их двигательных навыках (Smith, 2000). В следующем десятилетии определённо должны активизироваться исследования этого аспекта синдрома Аспергера, а также разработка и испытание коррекционных методик для улучшения двигательных навыков и координации движений.

10.2. Раннее выявление двигательных нарушений

Недавние исследования показали, что у младенцев, у которых в дальнейшем разовьются клинические симптомы синдрома Аспергера, можно выявить аномальные двигательные паттерны. Оснат Тейтельбаум с коллегами проанализировали домашние видеозаписи ранних годов жизни 16 детей с синдромом Аспергера (Teitelbaum et al., 2004). Двигательные паттерны и рефлексy детей были детально изучены, и исследование выявило, что примитивные рефлексy держались слишком долго, а другие рефлексy не появлялись в ожидаемом возрасте. Авторы отметили, что у некоторых младенцев, у которых впоследствии развился синдром Аспергера, наблюдалась необычная форма рта, похожая на соответствующее проявление *синдрома Мёбиуса*: приподнятая верхняя губа и прямая нижняя. Также наблюдались признаки необычной асимметрии, когда дети лежали на спине и тянулись к игрушкам и манипулировали ими: например, использование только одной руки и особый способ переворачивания со спины на живот. Появление

умения сидеть могло задерживаться на несколько месяцев, а в движениях при ползании могло не быть базового паттерна противопоставления конечностей. Анализ попыток младенцев ходить выявил проблемы с падением, например, склонность заваливаться на одну сторону, а также проблемы с защитными рефлексам.

Другой рефлекс, развитие которого запаздывало, — это удержание головы в вертикальном положении при повороте тела. Между шестью и восемью месяцами обычного младенца можно поднять в воздух за талию, медленно повернуть его на 45 градусов сначала в одну сторону, потом в другую, и ожидать компенсаторных движений головы для её поддержания в вертикальном положении. Это называется пассивной ортостатической пробой (тилт-тестом), и задержка развития этой способности может быть ещё одним признаком задержки развития рефлексов, наблюдаемой у младенцев, у которых впоследствии проявятся симптомы синдрома Аспергера.

Требуются дальнейшие исследования для подтверждения и более детального описания необычных двигательных паттернов и задержки в формировании рефлексов в младенческом возрасте, которые могут быть связаны с синдромом Аспергера. Родители заинтересованы в диагностических процедурах, которые могли бы выявить у нового члена семьи развивающиеся признаки синдрома Аспергера, а педиатры могут учесть возможность использования подобных методик в качестве раннего скрининга для выявления младенцев, развитие которых потребует тщательного наблюдения относительно других признаков синдрома.

10.3. Мысленное планирование и координация движений

Говорят, что у человека *апраксия*, когда у него есть проблемы с осмыслением и планированием движений, и действия становятся менее умелыми и координированными, чем можно было бы ожидать. Исследования показали, что у детей с синдромом Аспергера имеются проблемы с мысленной подготовкой и планированием движения при относительно сохранных моторных путях (Minshew et al., 1997; Rinehart et al., 2001; Rogers et al., 1996; Smith, 1998; Smith and Bryson, 2007; Weimer et al., 2001). Плохое планирование движения и медленная мысленная подготовка к нему — это более точное описание, чем просто неуклюжесть.

Бен рассказывает о своём опыте задержки или ощущения рассогласованности между мыслью и действием:

Я всегда чувствовал нарушение связи между моим телом и моим мозгом. Иногда у меня как будто не было тела. Моё тело меня подводило. Я падал, когда пытался повернуться. У меня проблемы со взглядом. Я не могу сфокусировать его. Я не могу заставить мои руки двигаться так, как я этого хочу (LaSalle, 2003, с. 47).

Также могут быть проблемы с проприоцепцией — интеграцией информации о положении и движении тела в пространстве (Weimer et al., 2001) и способностью поддерживать позу и равновесие (Gepner and Mestre, 2002; Molloy et al., 2003). Эти навыки часто используются при лазании и различных авантюрных играх детей. Нередки падения со спортивных снарядов для лазания, а также риск падения и травм при попытке залезть на дерево. Ребёнок с синдромом Аспергера может, опять же, с большой неохотой участвовать в подобной деятельности со сверстниками и друзьями. Я также знал нескольких детей с синдромом Аспергера, которым нравилось длительное время находиться вниз головой. Эти дети при просмотре телевизора принимали позу, в которой их ноги были наверху стула, а голова висела прямо над полом.

При обследовании общих двигательных способностей у детей с синдромом Аспергера, могут иметься признаки *атаксии* — менее упорядоченной мышечной координации и аномальных паттернов движений. Это может быть совершение движений с нарушениями силы, ритма и точности, а также нетвёрдая походка. Наблюдения за ходьбой и бегом, подъёмом по лестнице, прыганием, а также прикосновением к цели (например, тест «палец к носу») у детей с синдромом Аспергера выявляют признаки атаксии (Ahsgren et al., 2005). Эрготерапевтами, психотерапевтам и медикам — специалистам по расстройствам развития координации движений следует учитывать это направление обследований по новым направлениям с возможностью постановки дополнительного диагноза «синдром Аспергера» (Ahsgren et al., 2005).

Одним из двигательных расстройств, связанных с синдромом Аспергера, является гипермобильность суставов (Tantam et al., 1990). Мы не знаем, является ли это структурной аномалией или происходит из-за сниженного мышечного тонуса, но в своей автобиографии Дэвид Медяник описывает следующее:

Я, по-видимому, помню, как в детском саду играл во множество игр и то, как нас учили писать. Мне обычно говорили перестать держать ручку неправильно как в детском саду, так и в начальной школе. Я

всё ещё не очень хорошо держу свою ручку и по сей день, и мой почерк никогда не был хорошим. Я думаю, что я плохо держу ручку во многом из-за того, что суставы моих кончиков пальцев гнутся в обе стороны и я могу отогнуть свои пальцы назад (Miedzianik, 1986, с. 4).

Независимо от того, появляются ли проблемы из-за гипермобильности суставов или необычного хвата, в результате ребёнок может быть направлен к эрготерапевту или физиотерапевту для обследования и коррекционных занятий. Это должно быть приоритетным для маленьких детей, так как школьные занятия часто требуют использования карандаша или ручки.

Когда Аспергер впервые выделил особенности синдрома, он описал проблемы с копированием различных ритмов. Эта характеристика была описана в одной из автобиографических эссе Тэмпл Грандин:

Как в детстве, так и во взрослом возрасте у меня есть проблемы со следованием ритму. На концерте, когда люди хлопают в такт музыке, мне приходится повторять за другим человеком, сидящим рядом со мной. Я могу довольно неплохо сохранять ритм сама по себе, но синхронизировать мои ритмические движения с другими людьми или музыкальным сопровождением мне крайне сложно (Grandin, 1984, с. 165).

Это объясняет особенность, которая довольно заметна, если идти рядом с человеком с синдромом Аспергера. Когда два человека идут вместе, они склонны синхронизировать свои движения, как солдаты на параде: их движения подчиняются единому ритму. Человек с синдромом Аспергера идёт под бой другого барабана.

10.4. Почерк

Ганс Аспергер впервые описал проблемы некоторых детей с письмом. Его оригинальная опубликованная работа была основана на тщательных наблюдениях за четырьмя детьми, и у одного ребёнка, Фрица, он наблюдал, что «в его судорожно сжатых руках карандаш не слушался» (Аспергер, 2010, с. 108), а у другого, Эрнста, что «перо его не слушается, застревает, чернила текут» (Аспергер, 2011, с. 85) (перевод Asperger (1944)). Учителя и родители могут серьёзно обеспокоиться проблемами с почерком. Отдельные буквы могут быть написанными некрасиво и необычно крупными (Beversdorf et al., 2001). С технической точки зрения это можно назвать *макрографией*.

Иногда ребёнок тратит слишком много времени на выведение каждой буквы, что приводит к задержке при выполнении письменных заданий. В то время, как остальные в классе написали несколько предложений, ребёнок с синдромом Аспергера всё ещё корпит над первым предложением, пытаясь писать разборчиво, и всё сильнее расстраивается или смущается из-за своей неспособности писать аккуратно и ровно.

Иногда ребёнок многократно стирает ластиком слово, написанное карандашом, так как считает, что буквы недостаточно совершенны, не являются точной копией напечатанных в книге. Деятельность в классе может отвергаться из-за отвращения к письму, а не из-за антипатии к самому предмету. Учителя могут проявлять недовольство неразборчивостью почерка, но им нужно помнить о том, что это проявление расстройства координации движений и не обязательно недостаток прилежания.

Некоторые дети с синдромом Аспергера так сильно увлекаются чистописанием, что у них может развиваться интерес к каллиграфии. В этом случае проблема заключается в том, что у ребёнка уходит слишком много времени на выполнение письменных заданий в классе. Каждая буква будет превосходной, но ребёнок поглощён больше написанием букв, чем содержанием предложения.

Если у ребёнка с синдромом Аспергера проблемы с почерком, то можно работать в нескольких направлениях. Коррекционные упражнения для улучшения координации движений — в основном практические — могут улучшить навыки, связанные с мелкой моторикой, необходимые для разборчивого письма, но такая деятельность бывает чрезвычайно скучной и вызывает сопротивление ребёнка. Эрготерапевт может предложить приёмы для улучшения письменных навыков, например, слегка наклонную поверхность для письма или ручку, которую удобнее держать. В классе можно использовать помощника, пишущего за ребёнка. Однако я говорю учителям и родителям о том, что умение писать от руки — это в двадцать первом веке устаревший навык: современные технологии приходят на помощь, предлагая печать вместо письма.

Маленького ребёнка с синдромом Аспергера нужно поощрять к освоению печати с использованием клавиатуры, компьютера и принтера в классе. Базовые навыки письма всё ещё нужны, но к тому времени, когда нынешнее поколение детей станет взрослым, у них будет возможность надиктовывать всё необходимое текстовому процессору, который запишет и распечатает текст. Мало кто сегодня пишет рукописные письма: в общении доминирует печатная электронная переписка. Экзамены в старшей школе и универси-

тете для подростков и молодых взрослых с синдромом Аспергера можно проводить, используя печать ответов на вопросы, что более эффективно в плане демонстрации знаний и облегчает чтение экзаменаторам. Таким образом, учителям и родителям не следует слишком беспокоиться из-за плохого почерка. Лучше научите ребёнка печатать. Когда эта возможность недоступна, некоторым детям может понадобиться дополнительное время на выполнение заданий и экзаменов.

10.5. Занятия и стратегии для улучшения координации движений

Когда проблемы с развитием координации движений обнаружены, обследование эрготерапевтом или физиотерапевтом поможет определить степень отставания и профиль двигательных способностей. Это даёт уровень отсчёта, на который можно ориентироваться, измеряя прогресс и разрабатывая, реализуя и оценивая коррекционные занятия. Обследование может показать, какие коррективы нужно внести как в повседневную жизнь человека, так и в ожидания других людей, чтобы добиться адаптации при определённых нарушениях координации движений. Также важно оценить, как нарушение двигательных навыков влияет на повседневную жизнь ребёнка, особенно на навыки самообслуживания, самооценку, принятие или отвержение сверстниками, а также есть ли вероятность насмешек над ребёнком. То, что ребёнок оценивается как неуклюжий, может иметь для него серьёзное практическое и психологическое значение.

Специалист предложит домашние задания для улучшения двигательных навыков и может включить ребёнка в программу по двигательной терапии. Важно, чтобы коррекционные занятия дома, во время терапии и в школе приносили удовольствие. Ребёнок с синдромом Аспергера будет остро осознавать, что его способности меньше по сравнению со сверстниками, и неохотно участвовать в занятиях, если они не будут действительно доставлять ему удовольствие и приносить явный прогресс, поощрение и успех.

Учителю физкультуры следует понимать природу синдрома Аспергера и то, как можно приспособить к ней занятия по физкультуре (Groft and Block, 2003). Эта адаптация должна включать концентрацию на физической форме, а не на соревновательных видах спорта. Когда учитель требует участия ребёнка в играх с мячом, он должен препятствовать насмешкам других детей над неумелым обращением ребёнка с мячом и не должен

давать капитанам команд самостоятельно выбирать их членов, что очень часто приводит к тому, что ребёнка с синдромом Аспергера выбирают в последнюю очередь, а другие дети ворчат из-за такого неуклюжего ребёнка в их команде.

Учителю физкультуры также важно понимать, что спортзал — неприятное место для ребёнка с синдромом Аспергера. Там может быть очень шумно, и крики детей эхом отражаются от стен; обилие быстрых движений вокруг кажется лихорадочным и приводит в замешательство ребёнка с проблемной координацией движений; а тесный физический контакт с другими детьми неминуем. Учителю также надо уметь контролировать уровень стресса и чрезмерную реакцию при совершении ребёнком ошибки или при проигрыше его команды.

Помочь может предоставление наставника, способного поддержать и защитить ребёнка с синдромом Аспергера от осмеяния. Учитель физкультуры может обдуманно подойти к организации командных игр. Например, способность ребёнка к выявлению ошибок и его знание правил может сделать его идеальным помощником арбитра, а связанные с числами способности позволят прекрасно вести счёт и составлять турнирные таблицы для школьных команд.

При коррекции специфических проблем с координацией движений будет лучше, если учитель или терапевт будет показывать то, что надо делать, стоя рядом, а не лицом к человеку с синдромом Аспергера. Можно использовать видеозаписи для того, чтобы дать возможность ребёнку видеть свои движения и документировать улучшение отдельных способностей в ходе программы (Manjiviona and Prior, 1995). Иногда необходимую степень руководства соответствующими движениями даёт обучение по принципу «ведение за руку». Наконец, ежедневная программа по поддержанию физической формы тоже может улучшить двигательные навыки и координацию движений, а выход физической энергии будет полезным для восстановления эмоционального равновесия у тех детей с синдромом Аспергера, которые имеют проблемы с контролем и выражением эмоций.

10.6. Непроизвольные движения или тики

Клинический опыт и наблюдения за детьми и взрослыми с синдромом Аспергера показали, что эпизодически могут появляться непроизвольные движения или тики. Исследования выявили, что у 20–60 процентов детей с синдромом Аспергера развиваются тики (Gadow and DeVincent, 2005;

Таблица 10.1. Простые и сложные моторные тики

Простые моторные тики	Сложные моторные тики
Подмигивание	Подпрыгивание
Гримасы	Кружение
Подёргивание носом	Трогание предметов
Надувание губ	Покусывание губ
Пожимание плечами	Мимические выражения
Подёргивание руками	Облизывание
Кивание головой	Щипание (себя и других)
Высовывание языка	Взмахи руками со сгибанием в локтях, как крыльями птицы
«Прочистка» горла	Бормотание вполголоса
Фырканье	Звуки животных
Хрюканье	Повторение только что произнесённых слов или фраз
Свистение	Сложные дыхательные паттерны
Покашливание	
Сопение	
Лай	
Сосущие звуки	

Hippler and Klicpera, 2004; Kerbeshian and Burd, 1986, 1996; Marriage et al., 1993; Nass and Gutman, 1997; Sverd, 1991). Они могут варьироваться от мимолётных «подергиваний» до сложных движений. Иногда голосовые связки выдают произвольный звук или фразу. В таблице 10.1 приведены некоторые примеры простых и сложных моторных и голосовых тиков.

Произвольные движения или звуки неожиданны и бесцельны. Если у ребёнка с синдромом Аспергера развиваются тики, то первые симптомы обычно можно увидеть в раннем детстве, и со временем частота и сложность тиков постепенно увеличивается, с относительным пиком произвольных движений между 10 и 12 годами. В позднем подростковом возрасте частота тиков обычно убывает, и к 18 годам 40 процентов детей с тиками избавляются от них (Burd et al., 2001).

«Репертуар» тиков у ребёнка может меняться со временем, различные их типы приходят и уходят, и могут быть месяцы их почти полного отсутствия. Тики могут исчезать, когда ребёнок сосредоточивается на какой-то деятельности, и становятся более заметными при некоторых специфических занятиях вроде ответов на открытые вопросы (Nass and Gutman, 1997).

Непроизвольные движения могут появляться, когда ребёнок расслаблен, например при сидении и просмотре телепередачи. И хотя стресс не вызывает напрямую тик, частота тиков возрастает при переживания стресса.

Тики могут быть не только непроизвольными движениями или звуками. Я встречал подростков с синдромом Аспергера и хроническими тиками, и они говорили о вещах вроде «иррациональных мыслей, всплывающих в голове». Я называю это мысленными и эмоциональными тиками. Эти мысли и последующие действия или чувства могут быть не связаны с текущей ситуацией. Иногда могут появляться мысли о совершении чего-то неприемлемого и потенциально постыдного или эмоциональные тики в виде внезапно появляющейся сильной грусти, гнева или тревоги. Эти чувства длятся только несколько секунд, но могут представлять проблему, если появляются часто на протяжении дня.

Мы знаем, что тики происходят из-за нарушения взаимодействия между корой и двигательными центрами головного мозга, а также активности нейротрансмиттеров дофамина и норадреналина (Kutscher, 2005). Медицинское лечение для снижения частоты тиков основано на снижении уровня дофамина. Родителям следует понимать, что некоторые препараты, например, стимуляторы для лечения СДВГ, увеличивают уровень дофамина и могут повысить частоту моторных тиков.

Так как движение является непроизвольным, ребёнок не знает, когда случится тик и поэтому испытывает трудности с подавлением движения или звука. К сожалению, действия вроде прерывистого фырканья могут выводить из себя членов семьи, а сверстники в школе из-за этого могут начать дразнить и высмеивать ребёнка. Важно, чтобы члены семьи, учителя и сверстники не критиковали и не насмехались над ребёнком из-за его непроизвольных движений или звуков. Иногда лучше всего просто не обращать внимания на тики, а родителям — проявить сочувствие и эмоциональную поддержку, если ребёнок страдает от реакции других людей на свои непроизвольные движения или звуки. Тики могут мешать деятельности в классе, приводя к большим затратам времени на выполнение работы из-за частых непроизвольных действий, способных нарушать внимание ребёнка, а иногда и беспокоить других детей. Учитель может служить примером для остальных в принятии этих тиков, и, если нужно, давать ребёнку дополнительное время на завершение задания, а также призывать других детей игнорировать этих движения и звуки.

Клинические психологи и психиатры заинтересованы в изучении развития тиков, поскольку клинический опыт и недавние исследования показали, что у некоторых детей с синдромом Аспергера могут развиваться признаки следующих трёх разных расстройств развития. Синдром Туретта диагностируется, если у ребёнка имеется сочетание по меньшей мере двух моторных тиков и одного голосового тика, и они продолжаются по крайней мере год. Дети с сочетанием синдрома Аспергера и синдрома Туретта могут быть подвержены более высокому риску появления признаков СДВГ, а также появлению тревожного расстройства, например, обсессивно-компульсивного расстройства (Epstein and Saltzman-Benaiah, 2005; Gadow and DeVincent, 2005). Таким образом, хотя появление тиков считается относительно мягким симптомом, при выявлении тиков на диагностическом обследовании клиницистам следует также проверить наличие симптомов СДВГ и быть в курсе возможности дальнейшего развития у ребёнка и симптомов ОКР. Клинцистам также необходимо понимать, как влияет это конкретное сочетание на повседневную жизнь ребёнка, и быть знакомыми с возможными способами лечения и модификациями учебного процесса, которые могут потребоваться в данном случае.

10.7. Ухудшение двигательных навыков

В исследовательской литературе сообщалось о клинических случаях развития у подростков с синдромом Аспергера медленного и неуклонного ухудшения двигательных способностей (Dhossche, 1998; Ghaziuddin et al., 2005; Hare and Malone, 2004; Realmuto and August, 1991; Wing and Attwood, 1987; Wing and Shah, 2000). Такие случаи крайне необычны. Паттерн ухудшения заключается в нарастающей медлительности, влияющей на движения и устные ответы. Человек испытывает трудности с началом и завершением движений и начинает всё больше полагаться на физическое руководство и вербальные подсказки в деятельности вроде заправки постели или одевания. Иногда человек может на мгновение «замереть» во время какой-то деятельности, и временами у него может наблюдаться тремор покоя, медленная шаркающая походка, мускульная ригидность и безжизненное, почти как маска, лицо. Эти характеристики напоминают двигательные паттерны, связанные с кататонией и болезнью Паркинсона.

Ухудшение двигательных навыков обычно происходит в возрасте между 10 и 19 годами и скорее появляется у подростков с аутизмом, а не синдромом Аспергера, т. е. у человека со значительными расстройствами речи и

обучения. Однако имеются редкие случаи такого регресса и у подростков с синдромом Аспергера. Этот паттерн ухудшения только похож, но не должен напрямую сопоставляться с нашими представлениями о кататонии и болезни Паркинсона, и следует подумать о новом термине: аутистическая кататония (Hare and Malone, 2004). Мы не уверены в том, из-за чего появляется этот регресс двигательных навыков: из-за какого-то конкретной неврологического состояния, необычного проявления психомоторной задержанности и потери мотивации, связанных клинической депрессией, или серьезного ухудшения когнитивных способностей к планированию движения и его практическому выполнению, т. е. к превращению мыслей в действия.

К счастью, исследуется ряд возможных вариантов лечения (Dhossche, 1998; Ghaziuddin et al., 2005; Hare and Malone, 2004). Если у человека развиваются признаки аутистической кататонии, важно, чтобы он был направлен к неврологу или нейропсихиатру для тщательного обследования двигательных навыков. Медикаменты и другие терапевтические методики могут существенно уменьшить выраженность этого редкого двигательного расстройства. Также есть простые способы, которые родители могут использовать, чтобы помочь ребёнку начать или возобновить движение. Например, прикосновение другого человека к руке или ноге, которой надо двигать, может быть ощутимой помощью. Работа рядом с человеком с таким же набором инструментов может быть достаточной для запуска нужного движения. Прослушивание музыки может поддерживать плавность движений. Психотерапевты также разработали занятия для людей с болезнью Паркинсона, которые могут быть применимы и к подросткам с синдромом Аспергера и аутистической кататонией.

10.8. Мастерство в двигательных навыках

Хотя нам известно, что при синдроме Аспергера часто наблюдается нарушение координации движений, я знаю много детей и взрослых с синдромом Аспергера, достигших исключительного мастерства в двигательных навыках, что способствовало победам на национальных и международных чемпионатах. Нарушение координации движений не оказывает видимого воздействия на некоторые виды спорта, такие как плавание, батут, игра в гольф и верховая езда. Кроме того, это деятельность, которую можно практиковать в одиночестве. Из-за относительного успеха в этих занятиях

у ребёнка с синдромом Аспергера может появиться специальный интерес к ним, и с помощью упорных тренировок и целеустремлённости он может достичь мастерства, соответствующего очень высоким стандартам.

Могут проявиться и способности к видам спорта, требующим выносливости, например, марафонский бег. С того момента, как движения в беге становятся отточенными, человек с синдромом Аспергера может быть удивительно выносливым по отношению к дискомфорту и способен просто продолжать бег. Некоторые виды спорта вроде фехтования также могут доставлять удовольствие детям с синдромом Аспергера. Участникам необходимо носить маску (нет проблем с контактом глазами с соперником), и есть набор движений и реакций, которые надо выучить. Боевые искусства также могут быть привлекательными, особенно если для начального разучивания оборонительных и наступательных движений используется подход с замедленным темпом. История и культура боевых искусств могут представлять интеллектуальный интерес для ребёнка с синдромом Аспергера. Игры в бильярд или снукер обычно не относят к требующим ловкости видам спорта, но подросток с синдромом Аспергера может проявлять природное понимание геометрии движения шаров. Хотя Джерри Ньюпорт, мужчина с синдромом Аспергера, сказал мне: «У меня никогда не было чувства природной грации», — у детей с синдромом Аспергера есть потенциальная возможность заниматься самыми разными видами спорта и получать от этого удовольствие, а иногда и преуспеть в каком-то из них.

10.9. Ключевые моменты и стратегии

- 60 процентов детей с синдромом Аспергера производят впечатление неуклюжих, но несколько исследований, использующих специальную процедуру обследования, выявили, что специфические нарушения координации движений имеются почти у всех детей с синдромом Аспергера.
- При беге или ходьбе координация ребёнка может быть незрелой, а у взрослых может быть странная, иногда уникальная походка, которой не хватает плавности и слаженности.
- Учителя могут заметить проблемы с тонкими моторными навыками вроде умения писать или пользоваться ножницами.

- Некоторые дети с синдромом Аспергера могут отставать в развитии умения хватать, бросать и пинать ногой мяч.
- С раннего возраста родителям надо практически обучать ребёнка играть с мячом, причём не для превращения в первоклассного спортсмена, а чтобы обеспечить базовые навыки для участия в популярных играх с мячом со сверстниками.
- Недавние исследования показали, что у младенцев, у которых в дальнейшем разовьются клинические симптомы синдрома Аспергера, можно выявить аномальные двигательные паттерны.
- Плохое планирование движений и замедленное время мысленной подготовки к ним является более точным описанием, чем просто неуклюжесть.
- Учителей и родителей могут серьёзно беспокоить трудности с почерком.
- Я говорю учителям и родителям о том, что умение писать от руки — устаревший для двадцать первого века навык: современные технологии приходят на помощь, предлагая печать вместо письма.
- Учителю физкультуры следует понимать природу синдрома Аспергера и то, как можно приспособить к ней занятия по физкультуре.
- Клинический опыт и наблюдения за детьми и взрослыми с синдромом Аспергера показали, что эпизодически у них могут появляться непроизвольные движения или тики.
- Нарушение координаций движений не оказывает видимого влияния на некоторые виды спорта вроде плавания, батута, игры в гольф и верховой езды.

Глава 11

Сенсорная чувствительность

Практически регулярно мы обнаруживаем различные вкусовые предпочтения или неприятие в области вкусовых ощущений <...> Нечто аналогичное мы находим и в области осязания: для многих из этих детей характерно очень сильное, доходящее до ненормальности отвращение к ощущениям от соприкосновения с бархатом, шёлком, ватой, мелом, они не выносят грубого прикосновения новой рубашки, заштопанных чулок, стрижки ногтей <...> И вода при мытье часто становится источником неприятных ощущений и тем самым поводом для конфликтов. <...> Эти дети часто гиперчувствительны по отношению к шороху или шуму, порою именно те, которые в других ситуациях совершенно не обращают внимание на то, что вокруг них происходит, в том числе и на шум.

(Аспергер, 2011, с. 99) (перевод Asperger (1944))

Клиницисты и учёные определяют синдром Аспергера преимущественно через особенности человека, связанные с такими областями, как социальный интеллект, эмпатия, язык и когнитивные способности. Но один из признаков синдрома Аспергера, чётко обозначенный в автобиографиях, а также в рассказах родителей о своих детях — это гипер- и гипочувствительность к отдельным сенсорным стимулам. Недавние исследования и обзоры подтвердили необычный характер сенсорного восприятия и реакций (Dunn et al., 2002; Harrison and Hare, 2004; Hippler and Klicpera, 2004; Jones et al., 2003; O'Neill and Jones, 1997; Rogers and Ozonoff, 2005). Некоторые взрослые с синдромом Аспергера считают, что их сенсорная чувствительность влияет на их повседневную жизнь сильнее, чем сложности с обретением друзей, управлением эмоциями и поиском подходящей работы. К сожалению, клиницисты и учёные нередко игнорировали этот аспект синдрома

Аспергера, и у нас нет ни удовлетворительного объяснения того, почему у человека бывает необычная сенсорная чувствительность, ни набора эффективных методик для её изменения.

Самая распространённая чувствительность проявляется к совершенно конкретным звукам, но может быть и чувствительность к тактильным стимулам, яркости света, вкусу и консистенции пищи, а также к каким-то специфическим запахам. Могут наблюдаться недостаточная или избыточная реакция на испытываемую боль или дискомфорт, аномалии в чувстве равновесия, восприятии движения и положения тела в пространстве. Одна или несколько сенсорных систем могут быть затронуты до такой степени, что ощущения из повседневной жизни будут восприниматься как непереносимо сильные или же вообще не восприниматься. Родители часто озадачены тем, почему эти ощущения непереносимы или не замечаются, в то время как человек с синдромом Аспергера не менее озадачен тем, почему другие люди не чувствуют того же, что и они сами.

Родители часто сообщают о том, что ребёнок может действительно замечать звуки, слишком тихие для того, чтобы быть услышанными другими. Или же чрезмерно пугается внезапного шума, или воспринимает звуки определённой частоты (вроде звука сушилки для рук или пылесоса) как невыносимые. Ребёнок зажимает уши, чтобы заглушить звук, или отчаянно пытается убежать от источника специфического шума. Ребёнку могут не нравиться нежные проявления любви и привязанности вроде объятий или поцелуев, поскольку они неприятны с сенсорной (не обязательно эмоциональной) точки зрения. Яркий солнечный свет может быть почти «ослепляющим», отдельные цвета избегаются из-за восприятия их как слишком ярких. В то же время ребёнок может обращать внимание на визуальные детали вроде танцующих пылинок в солнечных лучах и зачарованно наблюдать за ними. Маленький ребёнок с синдромом Аспергера может установить для себя ограниченную диету, из которой исключена пища определённых консистенции, вкуса, запаха или температуры. Запахи, например, парфюмерии или чистящих средств, могут активно избегаться, поскольку ребёнка от них тошнит. Могут быть и проблемы с чувством равновесия, и ребёнок будет бояться оторвать ноги от земли или ненавидеть находиться вверх тормашками.

И напротив, может наблюдаться недостаточная чувствительность к отдельным сенсорным стимулам: например, отсутствие реакции на какие-то специфические звуки, отсутствие жалоб на боль при травмах или же явное нежелание тепло одеваться морозной зимой. В каких-то аспектах сенсорная

система может быть гиперчувствительной, а в каких-то — гипочувствительной. Однако некоторые сенсорные стимулы могут доставлять большое удовольствие: например, звуки и тактильные ощущения от вибрирующей посудомоечной машины, или спектр цветов уличного освещения.

11.1. Сенсорная перегрузка

Дети и взрослые с синдромом Аспергера часто описывают свои ощущения, связанные с сенсорной перегрузкой. У Клэр Сейнсбури синдром Аспергера, она объясняет влияние сенсорных проблем на нахождение в школе так:

Коридоры и залы почти любой обычной школы всегда полны буйства шумного эха, ламп дневного света (важный источник связанного со зрительным и слуховым восприятием стресса у людей в спектре аутизма), школьных звонков, сталкивающихся друг с другом людей, запахов чистящих средств и т. д. При типичных для состояний аутистического спектра сенсорной гиперчувствительности и проблемах с обработкой сенсорной информации это ведёт к тому, что мы проводим большую часть дня в опасной близости от сенсорной перегрузки (Sainsbury, 2000, с. 101).

Интенсивный поток ощущений был описан Нитой Джексон как «резкие сенсорные всплески» (Jackson, 2002b, с. 53), которые приводят к тому, что человек с синдромом Аспергера находится в состоянии крайней тревоги и стресса и чувствует себя словно «контуженным» в тех ситуациях, которые у других детей вызывают не отвращение, но радость. Ребёнок с сенсорной гиперчувствительностью становится настороженным, напряжённым, легко отвлекается в сенсорно стимулирующих средах вроде школьного класса и не знает, когда он столкнётся с очередным болезненным ощущением. Ребёнок активно избегает определённых ситуаций вроде школьных коридоров, игровых площадок, оживлённых торговых центров и супермаркетов, которые заведомо полны слишком сильных сенсорных стимулов. Исполненное страха «предчувствие» может быть настолько сильным, что способно спровоцировать развитие тревожных расстройств, например, панической боязни собак, поскольку они могут неожиданно залаять, или же агорафобии (страха общественных мест), поскольку дом более безопасен и контролируем с сенсорной точки зрения. Некоторые социальные ситуации вроде посещения дней рождения могут избегаться не только из-за неуверенности,

связанной с ожидаемым соответствием социальным нормам, но также из-за создаваемого буйствующими детьми шума и риска услышать лопающиеся шарики.

11.2. Диагностическое обследование и диагностические критерии

Мы знаем, что сенсорная чувствительность может быть выявлена в раннем детстве у тех детей, у которых позже разовьются другие симптомы синдрома Аспергера (Dawson et al., 2000; Gillberg et al., 1990). Поэтому специфические особенности, связанные с сенсорной чувствительностью, могли бы быть включены в будущие инструменты для выявления совсем маленьких детей, попадающих в группу риска последующего развития других симптомов синдрома Аспергера. Мы также знаем, что эти особенности ярче проявляются в раннем детстве и постепенно сглаживаются к подростковому возрасту, но у некоторых взрослых с синдромом Аспергера они могут сохраниться на всю оставшуюся жизнь (Baranek et al., 1997; Church et al., 2000).

Скрининговые инструменты предназначены для выявления детей, у которых могут быть симптомы синдрома Аспергера и которые нуждаются в полноценном диагностическом обследовании опытными профессионалами. Существующие скрининговые инструменты (см. Главу 1) включают вопросы о сенсорной чувствительности, поскольку клиницисты признают, что необычный характер сенсорной чувствительности — один из признаков, отличающих детей с синдромом Аспергера от обычных детей (Rogers and Ozonoff, 2005). Сенсорная чувствительность признана одной из особенностей тяжёлого аутизма, и основной диагностический инструмент для выявления аутизма, «Интервью при Диагностике Аутизма — Пересмотренное» (Autism Diagnostic Interview — Revised, ADI-R) (Rutter et al., 2003), содержит ряд вопросов для родителей, направленных на выяснение того, был ли ребёнок когда-либо гиперчувствительным по отношению к шуму или проявлял ли он необычную реакцию на вкусы, запахи или тактильные ощущения. В настоящее время не существует эквивалента ADI-R для синдрома Аспергера, но я и другие клиницисты включаем сбор информации о сенсорной чувствительности в диагностическое обследование, и имеющийся опыт необычного сенсорного восприятия рассматривается как один из признаков, подтверждающих наличие синдрома Аспергера. Однако необычное сенсорное восприятие не включено ни в один из четырёх диа-

гностических критериев синдрома Аспергера. Будущие пересмотры диагностических критериев должны включать отсылку к необычному сенсорному восприятию, особенно если его возможные последствия воздействуют на качество повседневной жизни человека.

Понятийный аппарат

Клиницисты и учёные нуждаются в понятийном и описательном аппарате для исследования сенсорного восприятия детей и взрослых с синдромом Аспергера, и Богдашина (Bogdashina, 2003), Харрисон и Хэр (Harrison and Hare, 2004) предложили выделить следующие сенсорные особенности, возможные у человека с синдромом Аспергера:

- как гипер-, так и гипочувствительность к сенсорным стимулам;
- искажения сенсорного восприятия;
- сенсорные «выпадения»;
- сенсорные перегрузки;
- необычная обработка сенсорной информации;
- сложности с пониманием того, из какого канала восприятия пришла сенсорная информация.

Определённый сенсорный и перцептивный опыт может вызывать сильный дискомфорт, и у человека зачастую развивается целый спектр адаптивных и компенсаторных стратегий. Однако некоторые сенсорные стимулы вроде тиканья и боя часов могут приносить массу удовольствия, и человек жадно ищет доступа к дарящим радость ощущениям (Jones et al., 2003). И вне зависимости от того, вызывают ощущения удовольствие или дискомфорт, мир ощущений людей с синдромом Аспергера определённо отличается от обычного.

Диагностические инструменты

В настоящее время у нас есть выбор из нескольких диагностических инструментов, разработанных для измерения сенсорной чувствительности во всех модальностях восприятия. «Оценка сенсорного поведения» (The Sensory Behaviour Schedule, SBS) — скрининговый опросник из 17 пунктов, разработанный с целью дать краткое описание сенсорного восприятия и связанных с ним проблем (Harrison and Hare, 2004). «Сенсорный профиль» (The Sensory Profile) — это опросник из 125 пунктов для детей от 5 до 11 лет,

измеряющий степень выраженности проблем с обработкой сенсорной информации, сенсорной модуляции, поведенческих и эмоциональных реакций на сенсорные стимулы, а также гипер- и гипочувствительности (Dunn, 1999b). Для большего удобства также есть «Краткий сенсорный профиль» (Short Sensory Profile), который может быть заполнен родителями всего за десять минут (Dunn, 1999a).

«Опросник по сенсорному профилю пересмотренный» (The Sensory Profile Checklist Revised, SPCR) — чрезвычайно многосторонний диагностический инструмент для детей с аутизмом и синдромом Аспергера. Он состоит из 232 вопросов, адресованных родителям и нацеленных на выявление сильных и слабых сторон сенсорного восприятия, и предназначен для поиска подходящих методов коррекции (Bogdashina, 2003).

Клиницисты могут разработать свои собственные диагностические инструменты, включая перечень известных им сенсорных стимулов, которые могут быть факторами повышения тревоги и ажитации. Оценка школьной среды может включать изучение сенсорных стимулов, таких как скрип маркеров по доске, мерцание и шум от ламп дневного света, скрипучие стулья и полы, температура в помещении, уровень фонового шума и интенсивность запахов от дезодорантов, средств для рисования и чистящих средств. Когда я наблюдаю ребёнка с синдромом Аспергера, находящегося в обстановке, связанной с проблемным поведением, я закрываю глаза и слушаю, глубоко дышу, чтобы ощутить все возможные запахи, и пытаюсь «смотреть глазами» и «пользоваться» другими каналами сенсорной системы ребёнка с синдромом Аспергера.

11.3. Чувствительность к звукам

От 70 до 85 процентов детей с синдромом Аспергера проявляют крайнюю чувствительность к отдельным звукам (Bromley et al., 2004; Smith Myles et al., 2000). Клинические наблюдения, а также самоотчёты людей с синдромом Аспергера говорят о том, что существуют три типа шумов, которые воспринимаются как исключительно неприятные. Первая категория — это внезапные, неожиданные шумы, которые один взрослый с синдромом Аспергера описал как «резкие» или «острые», например, лай собаки, телефонный звонок, чей-то кашель, школьная пожарная сирена, щелчок колпачка ручки, а также хруст. Вторая категория — это высокочастотные продолжительные звуки, в особенности шум маленьких электромоторов в бытовых электроприборах вроде кухонных комбайнов или пылесосов,

или же высокочастотные звуки от смыва туалета. Третья категория — это сбивающие с толку звуки либо сложного характера, либо происходящие из многих источников, например, в торговых центрах или на шумных собраниях людей.

И родителю или учителю может быть сложно сопереживать ребёнку, поскольку эти звуки не воспринимаются обычными людьми как особо неприятные. Однако подходящей аналогией подобного опыта является дискомфорт многих людей от специфических звуков вроде шума ногтей, скребущих по школьной доске. Одна мысль об этом звуке может вызвать у некоторых людей дрожь от отвращения.

Приведённые ниже цитаты людей с синдромом Аспергера иллюстрируют силу сенсорного опыта и связанные с ним боль и дискомфорт. Первая из них — цитата Тэмпл Грандин:

Громкие, внезапные шумы всё ещё пугают меня. Моя реакция на них более выражена, чем у других людей. Я по-прежнему ненавижу воздушные шарики, поскольку я никогда не знаю, когда один из них лопнет и заставит меня подпрыгнуть. Продолжительный высокочастотный шум моторов сушилок для рук или фенов в ванной комнате все ещё беспокоит меня, но более низкочастотный гул моторов — нет (Grandin, 1988, с. 3).

Даррен Уайт описывал свой опыт так:

Я также пугался пылесоса, кухонного комбайна и блендера, потому что для меня они звучали примерно в пять раз громче, чем на самом деле.

Двигатель автобуса заводился с хлопком, похожим на раскат грома, и мотор шумел почти в четыре раз сильнее обычного, и мне приходилось зажимать уши руками почти всю поездку (White and White, 1987, с. 224–225).

Тереза Джоллифф так описывала свою чувствительность к звукам:

Вот только некоторые из тех шумов, которые всё ещё беспокоят меня в настолько, чтобы зажимать уши для их блокировки: крики, шумные многолюдные места, прикосновения к полистиролу, воздушные шары и самолёты, шумные машины на стройке, удары молотка и стуки, работающие электроинструменты, шум моря, скрип фломастера или маркера, используемого для выделения цветом, а также фейерверки.

Несмотря на это, я могу читать ноты и исполнять музыку, и я люблю некоторые жанры музыки. На самом деле, когда я чувствую гнев или отчаяние по отношению ко всему, то музыка — единственное средство, внутренне меня успокаивающее (Jolliffe et al., 1992, с. 15).

Лиан Холлидей Уилли описывала специфические звуки, причиняющие ей крайний стресс:

Высокие, пронзительные, гудящие звуки терзали мои нервы. Свистки, дудки, флейты, трубы и им подобные инструменты выводили из себя и превращали мир в крайне неприятное место (Willey, 1999, с. 22).

Уилл Хэдкрофт объясняет, как ожидание неприятных слуховых раздражителей может приводить человека в очень тревожное состояние:

Я постоянно нервничал и всего боялся. Я ненавидел, когда поезд проезжал по железнодорожному мосту, под которым я нахожусь, я боялся лопающихся воздушных шариков, внезапного грохота хлопушек на вечеринке, а также треска от рождественских хлопушек-крекеров. Я был очень осторожным со всем, что могло издать неожиданный громкий шум. Нечего и говорить о том, насколько меня ужасала гроза. Даже потом, когда я уже знал, что опасна молния, а не гром, я всегда боялся грома больше. Ночь Гая Фокса также меня напрягала, хотя мне нравилось наблюдать за фейерверками (Hadcroft, 2005, с. 22).

Столь острый слух можно использовать как преимущество. Например, Альберт знал, когда поезд приедет на станцию, за несколько минут до того, как его родители начинали слышать его приближение. Он говорил: «Я всегда его слышу, а мама и папа — нет, я чувствую его шум своими ушами и всем телом» (Cesaroni and Garber, 1991, с. 306). В моей клинической практике у одного ребёнка был специальный интерес к автобусам, и он мог узнать каждый проезжавший мимо его дома автобус по уникальному звуку его двигателя. У него был побочный интерес к номерным знакам транспортных средств, и он мог назвать номерной знак этого находящегося рядом, но ещё невидимого автобуса. Он также неохотно играл в саду рядом с домом. Когда его спросили, почему, он ответил, что ему не нравилось стрекотание крыльев летающих насекомых, например, бабочек.

Возможны также искажения слухового восприятия и «выпадение» его фрагментов. Искажения в виде колебаний описывает Даррен:

Ещё одна шутка, которую со мной играли мои уши, — это изменение громкости звуков вокруг меня. Иногда речь других детей была еле слышимой для меня, но иногда она звучала словно пули (White and White, 1987, с. 224).

Донна Уильямс объясняла это следующим образом:

Порой людям приходилось повторять мне какую-то фразу несколько раз: я воспринимала ее как-то кусками, мое сознание разбивало ее на части таким образом, что смысл получался странным, а иногда и совершенно непонятным. Как будто кто-то играл с регулятором громкости — что-то я слышала, что-то нет (Уильямс, 2015, с. 82) (перевод Williams (1998)).

Мы точно не знаем, связаны ли сенсорные «выпадения» с увлечённостью текущей деятельностью настолько сильной, что слуховые ощущения не могут прервать концентрацию, или же они действительно обусловлены временными и колеблющимися выключениями восприятия и обработки слуховой информации. Однако эта черта иногда наводит родителей на мысли, что их маленький ребёнок с синдромом Аспергера может быть ещё и глухим. Донна Уильямс описывала это так:

Мать и отец долго считали меня глухой. По очереди они кричали и шумели, стоя прямо у меня за спиной — а я даже не моргала. Меня повели на проверку слуха. Проверка показала, что я не глухая — так оно и было. Несколько лет спустя была вторая проверка. Там оказалось, что слух у меня даже лучше обыкновенного — я слышу некоторые частоты, которые в норме воспринимают только животные. Очевидно, проблема была в том, что я не всегда осознавала, что я слышу (Уильямс, 2015, с. 59) (перевод Williams (1998)).

Как человек с синдромом Аспергера может справиться с подобной чувствительностью к звукам? Некоторые учатся «выключать» или «вырезать» отдельные звуки, как описано Тэмпл Грандин:

Когда я сталкивалась с громким или сбивающим с толку шумом, я не могла регулировать его восприятие. Я могла либо «заблокировать» его и отстраниться либо впустить его полностью, словно грузовой поезд. Чтобы избежать его «натиска», я часто отстраняюсь и выключаю все звуки окружающего мира. И во взрослом возрасте у меня всё ещё есть проблемы с модуляцией потока слуховых ощущений. Когда

я разговариваю по телефону в аэропорту, я не могу отфильтровать фоновый шум без того, чтобы не «отфильтровать» и голос в телефоне. Другие люди могут пользоваться телефонами в шумной обстановке, но я не могу, хотя у меня нормальный слух (Grandin, 1988, с. 3).

Среди других методик — блокирующие шум мычание с закрытым ртом или предельное сосредоточение на какой-нибудь деятельности: такая форма всецелой поглощённости или «зачарованности» помогает предотвратить столкновение с неприятными сенсорными стимулами.

Способы снижения чувствительности к звукам

Важно сначала выяснить, какие акустические стимулы воспринимаются как болезненно сильные, — такие, при которых зажимает уши, выражая таким образом своё страдание, вздрагивает или моргает в ответ на внезапные шумы, или просто говорит взрослым, какие звуки ему неприятны. И затем некоторых из этих звуков можно избегать. Например, если шум пылесоса воспринимается как слишком сильный, то пропылесосить можно, пока ребёнок в школе. Часто есть простые и практичные решения. Маленькая девочка с синдромом Аспергера не могла выносить скрежет стульев, передвигаемых по классу её одноклассниками и учителем. Этот звук удалось устранить, наклеив на каждую ножку стула по кусочку фетра, и в результате она смогла сконцентрироваться на своих школьных заданиях.

Можно использовать барьеры для снижения уровня акустической стимуляции, например, силиконовые беруши. Человек может носить их в кармане для тех ситуаций, когда уровень шума становится нестерпимым. Они особенно полезны в заведомо шумных ситуациях вроде школьной столовой. В приведённой в предыдущем подразделе цитате Тереза Джоллифф предлагает другой способ: «Когда я чувствую гнев или отчаяние по отношению ко всему, то музыка — единственное средство, внутренне меня успокаивающее» (Jolliffe et al., 1992, с. 15). Мы начинаем понимать, что прослушивание музыки через наушники может заглушить шум, воспринимающийся слишком сильным, и дать человеку возможность спокойно ходить по торговому центру или концентрироваться на работе в шумном классе.

Также может помочь разъяснение причины и продолжительности звука, которой воспринимается как невыносимый. Разработанные Кэрл Грей Социальные Истории™ (см. Главу 3) — очень гибкий инструмент, который может быть приспособлен для ситуаций, связанных с чувствительностью к звукам. Социальная История™ для ребёнка, который чувствителен к шуму

сушилок для рук в общественных туалетах, включала в себя описание функции и устройства машины, а также утверждение, что она автоматически выключится через некоторое время. Это надёжное знание может снизить тревожность и повысить устойчивость к звукам.

Определённо важно, чтобы родители и учителя знали о чувствительности ребёнка к звукам и старались минимизировать уровень внезапных шумов, снизить фоновые шумы и разговоры и избегали специфических акустических стимулов, о которых уже известно, что они воспринимаются как невыносимо интенсивные. Это позволит снизить уровень тревожности человека и будет способствовать концентрации и социализации.

Существуют два вида терапии, которые применялись для снижения чувствительности к звукам у детей с аутизмом и синдромом Аспергера. Сенсорно-интегративная терапия (англ. Sensory Integration Therapy) (Ayres, 1972) была разработана эрготерапевтами и основана на пионерских работах Энн Джин Айрес. Эта терапия использует множество специального игрового оборудования, чтобы улучшить обработку, модуляцию, организацию и интеграцию сенсорной информации. Контролируемые и приносящие радость сенсорные стимулы включаются в терапевтический план, исполняемый эрготерапевтом несколько часов в неделю, обычно в течение нескольких месяцев. Несмотря на популярность этой терапии, в настоящее время представлено на удивление мало эмпирических доказательств эффективности сенсорно-интегративной терапии (Baranek, 2002; Dawson and Watling, 2000). Однако, как утверждала Грейс Баранек в своём обзоре научной литературы, недостаток эмпирических данных, связанных с сенсорно-интегративной терапией, не означает, что она неэффективна, скорее, это означает, что её эффективность ещё не была объективно продемонстрирована.

Акустическая интегративная терапия (англ. Auditory Integration Therapy или АИТ) была изначально разработана Ги Берардом во Франции (Berard, 1993). В ходе этой терапии человеку нужно прослушать через наушники десять часов электронно модифицированной музыки на протяжении двух получасовых сессий в день в течение десяти дней. Изначальная диагностика проводится с помощью аудиограммы и нацелена на выявление частот, к которым человек гиперчувствителен. Затем с помощью специального электронного модулирующего и фильтрующего устройства происходит случайная модуляция высоких и низких частот, а также фильтрация выбранных частот на основе информации, полученной из диагностической аудиограммы. Эта терапия дорогая, и хотя есть субъективные сообщения

об отдельных примерах её эффективности в снижении чувствительности к звукам, в целом эмпирические доказательства АИТ отсутствуют (Baranek, 2002; Dawson and Watling, 2000).

Хотя некоторые звуки воспринимаются как крайне неприятные, важно помнить и о том, что некоторые звуки могут быть исключительно приятными: например, маленький ребёнок бывает зачарован какой-нибудь мелодией или тиканьем часов. Донна Уильямс объясняла это так:

Был все же один звук, который я обожала — металлический звон. К несчастью для матери, именно так звенел наш дверной звонок — и, кажется, много лет подряд я навязчиво звонила в дверь (Уильямс, 2015, с. 59) (перевод Williams (1998)).

Мать недавно взяла напрокат фортепиано — а я с самых ранних лет любила всё, что звенит. Я скрепляла вместе несколько английских булавок, а потом (если не тянула в рот) трясла ими над ухом и слушала звон. Вообще мне очень нравилось звяканье металла о металл, а любимыми моими предметами были нож для резки стекла и камертон: последний я носила с собой долгие годы. (Уильямс, 2015, с. 87) (перевод Williams (1998)).

11.4. Тактильная чувствительность

Чувствительность к отдельным видам прикосновений или осязательных стимулов наблюдается более чем у 50 процентов детей с диагностированным синдромом Аспергера (Bromley et al., 2004; Smith Myles et al., 2000). Может проявляться исключительная чувствительность к определённым видам прикосновений, степени давления или же по отношению к прикосновениям к отдельным частям тела. Тэмпл Грандин рассказывает о своей обострённой тактильной чувствительности в раннем детстве:

Когда я была совсем маленькой, я всячески уклонялась от прикосновений, и помню, как в чуть более старшем возрасте я деревенела, вздрагивала и отпихивалась от объятий родственников (Grandin, 1984, с. 155).

В детстве я хотела ощущать комфорт от удерживания, но это уступило место страху потерять контроль и быть задущенной в объятиях (Grandin, 1984, с. 151).

В случае Тэмпл виды прикосновений, использующиеся в обществе для приветствий или выражения душевной теплоты, воспринимались как слишком интенсивные или перегружающие, как «нахлынувшая волна» ощущений. Таким образом, избегание некоторых форм социального взаимодействия было обусловлено физиологической реакцией на прикосновения.

Ребёнок с синдромом Аспергера может бояться находиться совсем рядом с другими детьми из-за риска случайного или внезапного прикосновения, а также избегать встреч с родственниками из-за того, что они могут выражать любовь и привязанность объятиями или поцелуями, ощущения от которых воспринимаются как слишком сильные.

Лиан Холлидей Уилли передавала свои ощущения из детства так:

К некоторым предметам я не могла заставить себя даже прикоснуться. Я ненавидела облегающую одежду и вещи из плотной или «кусачей» материи. Стоило мне подумать о них, представить их себе... Каждый раз от этого меня просто передергивало, по коже бежали мурашки и возникало чувство нервозности. Часто я начинала снимать с себя всё что есть, даже находясь в публичном месте (Willey, 1999, с. 21–22).

Насколько мне известно, во взрослом возрасте Лиан перестала заниматься подобным. Однако в своём недавнем e-mail она сказала о сохраняющейся у неё тактильной чувствительности и объяснила, что иногда ей приходится заходить в магазин одежды и покупать что-то новое, если она находится слишком далеко от дома и не может больше выносить того, что на ней надето. И я понимаю, что это не придуманная ей для мужа отговорка, чтобы покупать больше одежды.

В детстве у Тэмпл Грандин также было отвращение по отношению к тактильным ощущениям от некоторых видов одежды:

Некоторые эпизоды плохого поведения были напрямую вызваны сенсорными проблемами. Я часто плохо себя вела и кричала в церкви, потому что моя воскресная одежда ощущалась иначе. Когда при холодной погоде мне приходилось выходить на улицу в юбке, мои ноги болели. Колючая нижняя юбка сводила меня с ума; эти ощущения были бы несущественными для большинства людей, но аутичным ребёнком воспринимались как царапающая кожу наждачная бумага. Некоторые специфические типы стимулов чрезмерно усиливаются повреждённой нервной системой. Эту проблему мог бы решить подбор выходного костюма, который бы ощущался бы так же, как повседневная одежда. Во взрослом возрасте я часто чувствую крайний

дискомфорт, если мне приходится носить новый вид нижнего белья. Большинство людей привыкают к разным типам одежды, но я продолжаю ощущать их на протяжении многих часов. Сегодня я покупаю повседневную и праздничную одежду так, чтобы она ощущалась одинаково (Grandin, 1988, с. 4–5).

Ребёнок может настаивать на ограниченном гардеробе, чтобы быть уверенным в одинаковости тактильных ощущений. Для родителей часто становится проблемой стирка этих вещей, а также их долговечность. Как только выясняется, что какой-то предмет одежды переносится хорошо, родителям может быть целесообразно купить несколько таких же вещей и ещё нескольких размеров, чтобы справиться со стиркой, износом одежды и ростом ребёнка.

Какие-то отдельные части тела могут обладать повышенной чувствительностью: например, голова, плечи и ладони. И ребёнок может переживать крайне неприятные ощущения во время мытья, расчёсывания или стрижки волос. Стивен Шор так описывает свою реакцию на стрижку в детстве:

Стрижка волос всегда была серьёзным испытанием. Было больно. Чтобы успокоить меня, родители говорили, что волосы не живые и не чувствуют боли. А я не мог объяснить им, что дискомфорт вызван прикосновениям к коже головы. Мытьё головы другим человеком тоже было большой проблемой. Сейчас, после того как я вырос и моя нервная система созрела, стрижка волос больше не вызывает у меня настолько болезненных ощущений. (Шор, 2014, с. 31–32) (перевод Shore (2001)).

На ощущения от стрижки также может влиять чувствительность к звукам, а именно отвращение к «острому» звуку стригущих волосы ножниц и к жужжанию машинки для стрижки волос. Также возможна реакция на тактильные ощущения от падения остриженных волос на лицо или плечи ребёнка, а у маленьких детей — неприятное чувство неустойчивости из-за того, что ступни не касаются пола при сидении в предназначенном для взрослых парикмахерском кресле.

Аспергер заметил, что некоторые из наблюдаемых им детей ненавидели ощущение воды на своём лице. Лия писала мне об этом следующее:

Я ненавидела принимать душ в детстве и предпочитала ванны. Ощущение брызгающей в лицо воды было невыносимым. Я всё ещё ненавижу его. Я могла не мыться неделями и была изумлена, когда узнала, что дети принимают душ регулярно и даже каждый день!

Эта черта определённо влияет вопросы личной гигиены и им подобные и на степень принятия при попытке начать общение со сверстниками.

Тактильная чувствительность влияет на переносимость ребёнком некоторых видов деятельности в классе. Ребёнок с синдромом Аспергера может испытывать отвращение к клею на своих руках, рисованию пальцами, работе с пластилином и участию в маскарадах из-за резкого неприятия тактильных ощущений от костюмов. Может быть чрезмерная реакция на щекотку и избыточная реакция на внезапные прикосновения к отдельным частям тела, например, к основанию спины. Когда подростки обнаруживают это, у них может возникнуть соблазн начать насмехаться и издеваться над сверстником с синдромом Аспергера, тыкая пальцем в его спину и наслаждаясь выраженными проявлениями испуга и дискомфорта.

Осязательная чувствительность также может влиять на страсть и сексуальные отношения между взрослым с синдромом Аспергера и партнёром этого человека (Aston, 2003; Hénault, 2005). Повседневные проявления душевной теплоты, например, выражающее поддержку касание предплечья, или проявления любви и привязанности крепкими объятиями может не восприниматься партнёром с синдромом Аспергера как нечто приятное. Обычный партнёр может обижаться явным отсутствием удовольствия от нежных прикосновений и редкостью таких действий со стороны партнёра с синдромом Аспергера. Когда речь идёт о более интимных прикосновениях, которые должны дарить обоюдное чувственное удовольствие, человек с синдромом Аспергера может проявлять крайнюю тактильную чувствительность и воспринимать такие ощущения как нечто неприятное и с трудом переносимое, а об удовольствии нечего и говорить. Отвращение к физическому контакту во время интимной близости может быть вызвано проблемами с сенсорным восприятием, а не недостатком любви и вовлечённости в отношения.

Способы снижения тактильной чувствительности

Что можно предпринять для снижения тактильной чувствительности? Членам семьи, учителям и друзьям необходимо знать о проблемах с восприятием некоторых тактильных ощущений и с реакцией на них и не принуж-

дать человека к переживанию подобного опыта, если есть возможность его избежать. Маленький ребёнок с синдромом Аспергера может играть с игрушками и участвовать в образовательной деятельности, которая не причиняет стресса из-за тактильной дефензивности (термин, означающий чувствительность к определённым тактильным стимулам) ребёнка. Сенсорно-интегративная терапия может снизить тактильную дефензивность, но, как было сказано в разделе про акустическую чувствительность, в настоящее время отсутствуют эмпирические доказательства эффективности сенсорно-интегративной терапии.

Членам семьи стоит снизить частоту и продолжительность невербальных проявлений душевной теплоты при приветствиях и сообщать к человеку с синдромом Аспергера, как и где к нему прикоснутся, чтобы ощущение не было полной неожиданностью и не напугало. Родители могут отпороть бирки с одежды и поощрять ребёнка за его терпение при мытье и стрижке волос. Иногда массаж головы или медленное, но твёрдое растирание головы и плеч ребёнка полотенцем перед использованием ножниц или машинки для стрижки волос, могут понизить гиперчувствительность кожи головы. Иногда проблема связана с интенсивностью прикосновения: наблюдается повышенная чувствительность к лёгким прикосновениям, в то время как сильное сдавливание воспринимается как приемлемое или даже приятное. Тэмпл Грандин воспринимает глубокое давление или сжатие как приносящее удовольствие и успокаивающее:

Я отшатываюсь и деревенею от объятий, но я жаждала растираний спины. Растирание кожи оказывало успокаивающее воздействие. Также я жаждала такого стимула, как глубокое давление. Я залезала под подушки дивана и просила мою сестру сесть на них. Давление оказывало сильное успокаивающее и расслабляющее воздействие. В детстве я любила забираться в маленькие и уютные места. Я чувствовала себя уверенно, расслабленно и в безопасности (Grandin, 1988, с. 4).

Она разработала выложенную губчатой резиной «обжимную машину» («машину для объятий»), которая обхватывала почти всё её тело и обеспечивала глубокое давление. Она обнаружила, что эта машина дарит успокоение и расслабленность, которые постепенно десенсибилизировали её.

Лиан Холлидей Уилли испытывает довольно немалое тактильное удовольствие от нахождения под водой. В своей автобиографии она описывает это так:

Я находила спокойствие под водой. Я любила то ощущение, которое давало мне плавание. Я сама становилась жидкостью, колышущейся медленно и плавно. Внутри меня все затихало. Вода, упругая и сильная, окутывала меня своей восхитительной темнотой и дарила мне тишину — настоящую тишину, не требующую от меня никаких усилий. Я могла провести так целое утро, долго-долго плавая под водой, погрузившись в беззвучную темноту, пока мои легкие не заставляли меня вынырнуть и глотнуть воздуха (Willey, 1999, с. 22).

Таким образом, существуют отдельные переживаемые в одиночество тактильные ощущения, которые могут приносить радость. Но наличие тактильной дефензивности влияет не только на ментальное состояние человека, оно также воздействует на межличностные отношения, поскольку обычные люди трогают друг друга. И призыв «поддерживать контакт» может не восприниматься как привлекательное приглашение человеком с синдромом Аспергера, который не хочет ни чтобы его держали, ни другого физического контакта.

11.5. Чувствительность к вкусам и запахам

Родители часто рассказывают о том, что у их маленьких детей с синдромом Аспергера есть примечательная способность обнаруживать запахи, не замечаемые остальными, а также что они могут быть крайне привередливыми в выборе еды. У более чем 50 процентов детей с синдромом Аспергера есть повышенная обонятельная и вкусовая чувствительность (Bromley et al., 2004; Smith Myles et al., 2000).

Шон Баррон так объяснял своё восприятие вкуса и консистенции пищи:

У меня были большие проблемы с едой. Я любил есть нечто пресное и несложное. Моей любимой едой были сухие завтраки, причём без молока, а также хлеб, блины, макароны, спагетти, картошка и картошка в молоке. Поскольку всю эту пищу я ел с ранних лет, то для меня она была комфортной и успокаивающей. Я не хотел пробовать ничего нового.

Я был сверхчувствителен к консистенции пищи, и мне приходилось трогать всё пальцами перед тем, как отправить в рот, чтобы понять, каково оно на ощупь. Я люто ненавидел, когда пища была смесью

разных продуктов, например, лапша с овощами или хлеб для сэндвичей с начинкой. Я никогда, никогда не мог положить нечто подобное себе в рот. Я знал, что если я сделаю это, то меня вырвет (Barron and Barron, 1992, с. 96).

Стивен Шор переживал сходный сенсорный опыт:

Консервированная спаржа была мне невыносима из-за скользкой текстуры. После того, как небольшой помидор лопнул у меня во рту, я в течение целого года даже не прикасался к помидорам. Ощущение от брызнувшего во рту сока было настолько сильным и неприятным, что я не хотел повторно подвергать себя риску.

Я до сих пор не выношу морковки, если она попадается мне в салате из зелени, и сельдерея, покрошенного в салат из тунца. Это происходит из-за слишком большого контраста в текстуре между морковкой, сельдереем и другими ингредиентами. Тем не менее, я с удовольствием ем стебли сельдерея и молодую чищенную морковку не в салате, а сами по себе. Кроме того, в детстве я предпочитал съедать лежащую у меня на тарелке еду по порядку, например полностью заканчивая гарнир и только тогда приступая к котлетам. В какой-то степени эта привычка сохранилась и сейчас. (Шор, 2014, с. 55) (перевод Shore (2001)).

Маленький ребёнок может настаивать на скромной или однообразной диете, предусматривающей в качестве ужина, например, только варёный рис или сосиски с жареной картошкой, причём на протяжении нескольких лет. К сожалению, иногда чувствительность к пище, имеющей волокнистую или водянистую текстуру, а также к сочетанию определённых продуктов и, как следствие, их избегание становится источником беспокойства для всей семьи. Матери в особенности склонны приходить в отчаяние из-за того, что ребёнок даже не смотрит на какую-либо новую или более питательную пищу. К счастью, большинство детей с синдромом Аспергера с подобным типом чувствительности расширяют свою диету по мере взросления, и у многих детей эта черта почти исчезает к началу подросткового возраста.

При поедании некоторых продуктов может присутствовать и элемент защиты от тактильных ощущений. Мы понимаем появление рвотных позывов, когда человек засовывает палец в глотку. Эта реакция — безусловный рефлекс, защищающий от попадания твёрдых предметов в глотку, и это

ощущение крайне неприятно. Однако у ребёнка с синдромом Аспергера может быть аналогичная реакция на волокнистую пищу во рту, а не только в глотке.

Иногда отказ есть какой-то фрукт или овощ связана с повышенной чувствительностью к определённым запахам. Этот запах обычному ребёнку или взрослому может казаться восхитительным. Но у ребёнка с синдромом Аспергера бывает обострённая обонятельная чувствительность и расширенный спектр воспринимаемых запахов, и он может считать этот запах чрезмерно резким. Когда я прошу детей с синдромом Аспергера, у которых есть эта особенность, описать, например, букет ощущаемых ими запахов при поедании спелого персика, они могут отвечать так: «он пахнет мочой» или «он пахнет так, словно он гнилой».

Обонятельная чувствительность может приводить к тому, что человека будет тошнить от запаха чужих духов или дезодоранта. Один взрослый сказал мне, что в его восприятии запах парфюмерии похож на запахи инсектицидов. Ребёнок с обонятельной чувствительностью может избегать запахов красок и иных принадлежностей для рисования в школе, школьных столовых, а также помещений, в которых уборка проводилась с помощью специфического моющего или чистящего средства.

Обострённое чувство обоняния может давать и некоторые преимущества. Я знаю нескольких взрослых с синдромом Аспергера, у которых совпали чуткое обоняние и специальный интерес к винам, и они стали знаменитыми винными экспертами и знатоками. Однажды Лиан Холлидей Уилли шла к своему столику в ресторане, и её острый нюх дал ей возможность предупредить обедавшую за другим столиком женщину о том, что её морепродукты испорчены, и ими можно отравиться. Она также пользуется своей способностью, чтобы учуять болезнь у своих дочерей по запаху их дыхания (личная коммуникация).

Способы расширить разнообразие диеты

При поощрении разнообразия в питании важно избегать методов, основанных на принудительном кормлении или голодании. У ребёнка повышена чувствительность к некоторым видам пищи: это не та простая поведенческая проблема, когда ребёнок нарочно капризничает. В то же время, родителям следует быть уверенными в том, что ребёнок достаточно разнообразно питается, и диетолог может посоветовать то, что питательно, но при этом переносимо ребёнком в плане консистенции, запаха или вкуса. Постепенно

чувствительность снижается, но страх и последующее избегание иногда остаются. В таких случаях клинический психолог может использовать метод систематической десенсибилизации. Сначала ребёнка просят описать свой сенсорный опыт и указать на пищу, которая воспринимается как наименее неприятная и с большей вероятностью будет переноситься при наличии поощрений. При вводе нелюбимой еды ребёнка в рацион его сначала просят только лизнуть и попробовать, а не жевать и глотать эту пищу. Когда ребёнок пытается попробовать пищу, чтобы испытать специфические ощущения от неё, находящемуся рядом взрослому следует поддержать ребёнка и помочь ему расслабиться. Затем ребёнка можно поздравить или даже как-то наградить за смелость. Может быть полезна и программа сенсорно-интегративной терапии. Тем не менее, некоторые взрослые с синдромом Аспергера продолжают придерживаться очень ограниченной диеты, состоящей из одних и тех же ключевых ингредиентов, приготавливаемых и подаваемых одним и тем же способом, на протяжении всей жизни. По крайней мере, внушительная практика делает готовку очень эффективной.

11.6. Визуальная чувствительность

Чувствительность к определённым уровням освещения или конкретным цветам, а также искажение зрительного восприятия наблюдается приблизительно у каждого пятого ребёнка с синдромом Аспергера (Smith Myles et al., 2000). Такие дети и взрослые говорят, что их «ослепляет яркость», и избегают яркого освещения. Например, Даррен упоминал: «В ясный день я всё вижу размыто». Иногда встречается и чувствительность к какому-то отдельному цвету, например:

Я помню одно Рождество, на которое мне подарили новый велосипед. Он был жёлтым. Я не мог на него смотреть. К его окраске был добавлен красный цвет, и он стал оранжевым. Было впечатление, что он находится в переливающемся тёплом воздухе и выглядит как охваченный пламенем.

Я также не могу чётко видеть голубой цвет, он выглядит слишком светлым и напоминает лёд (White and White, 1987, с. 224)¹.

¹Примечание переводчика: данный фрагмент текста не удалось найти в статье (White and White, 1987). Вероятно, он мог быть взят из других материалов за авторством Даррена Уайта.

Также может наблюдаться выраженная фиксация на визуальных деталях: подмечание пятнышек или крошек на ковре или прыщей на чужой коже. Если у ребёнка с синдромом Аспергера есть природный талант к рисованию и он сочетается со специальным интересом и серьёзной практикой, то результатом могут быть произведения искусства, создающие впечатление фотографического реализма. Например, маленький ребёнок, проявляющий интерес к поездам, может очень рано научиться рисовать картины с железнодорожными путями, используя перспективу и учитывая практически каждую деталь изображаемых локомотивов. С этим может контрастировать то, что люди на картине часто изображаются в манере, соответствующей возрасту ребёнка.

Присутствуют также сообщения о визуальных искажениях. Например, так их описывал Даррен:

Я ненавидел маленькие магазинчики, потому что в моём зрительном восприятии они выглядели даже меньшими, чем были на самом деле (White and White, 1987, с. 224).

Такая реакция на специфические визуальные стимулы может вызывать страх или тревогу. Тереза Джоллифф объясняла это так:

Возможно, это связано с тем, что когда я вижу какие-то объекты, то не всегда их правильно воспринимаю, и поэтому пугаюсь столь многого: людей, особенно их лиц, очень яркого света, толп, внезапно сдвинувшихся предметов, больших и незнакомых механизмов и строений, незнакомых мест, своей собственной тени, темноты, мостов, рек, каналов, ручьёв и моря (Jolliffe et al., 1992, с. 15).

Отдельные визуальные стимулы могут приводить в замешательство: например, яркий свет, отражающийся от доски для маркеров в классе, делает написанное на ней нечитаемым, вызывая тем самым беспокойство и отвлекающая от работы. Лиан Холлидей Уилли описывала это так:

Яркий свет, полуденное солнце, блики, огни стробоскопа, мигающие лампочки, люминесцентные лампы, казалось, жгли мне глаза. Сочетания резких звуков и яркого света было более чем достаточно, чтобы вызвать у меня перегрузку. В голове росло напряжение, желудок скручивало узлом, пульс учащался, сердце колотилось — до тех пор, пока я не оказывалась в безопасном месте (Willey, 1999, с. 22).

Кэролин в отправленном мне e-mail объясняла:

Флуоресцентное освещение — это не только беспокоящее меня ослепительное сияние, оно ещё и мерцает. Это приводит к «затенениям» в моём зрительном восприятии (когда я была маленькой, они очень меня пугали), а длительное воздействие может вызывать дезориентацию и головокружение, которые часто заканчиваются мигренью.

Иногда описываются ситуации, в которых человек не видит того, что он ищет, хотя оно находится на виду (Smith Myles et al., 2000). У человека с синдромом Аспергера чаще обычного проявляются распространённые случаи, когда он не видит того, что «перед носом». Ребёнка могут попросить найти какую-то книгу на своей парте или в своём шкафу, и хотя другие люди хорошо видят эту книгу, ребёнок не может опознать то, что он ищет. Это часто приводит в бешенство как самого ребёнка, так и учителя.

Но не все визуальные стимулы неприятны. И ребёнок с синдромом Аспергера может испытывать значительное удовольствие при наблюдении визуальной симметрии. Для маленького ребёнка это могут быть параллельные линии, например, рельсы или шпалы на железнодорожном пути, или столбы линий электропередач в сельской местности. У взрослых с синдромом Аспергера интерес к симметрии может развиваться в достаточной степени, чтобы ценить и понимать архитектуру. У Лиан Холлидей Уилли выдающееся знание и понимание архитектуры:

Архитектурный дизайн и сейчас остается одним из моих любимых увлечений, и теперь, будучи старше, я предаюсь ему без стеснения, и это приносит мне огромную радость. Для меня это волшебный эликсир от всех забот. Когда я ощущаю напряжение или растерянность, я достаю свои книги по архитектуре и рассматриваю сооружения, которые мне понятнее всего, — симметричные здания с четкими прямыми очертаниями, несущие в себе сильное чувство равновесия (Willey, 1999, с. 48).

У нескольких известных архитекторов, возможно, были некоторые личностные особенности, характерные для синдрома Аспергера. Однако высокая оценка симметрии в зданиях может быть и недостатком. Лиан объяснила мне, что когда она видит асимметричные здания или, как она говорит, с «рваным» дизайном, они вызывают у неё тошноту и сильную тревогу.

Способы снижения визуальной чувствительности

Родители и учителя могут избавить ребёнка от обстоятельств, связанных с сильными или отвлекающими визуальными стимулами: например, не сажать на освещаемое ярким прямым солнечным светом место в машине или в классе. Другой подход заключается в использовании солнцезащитных очков и козырьков в помещении, чтобы избегать интенсивного освещения или яркого блеска, или смонтировать кубикл, чтобы закрыться от избыточной визуальной стимуляции. Ребёнок может обзавестись естественным «экраном», отрастив длинные волосы, служащие занавесом и барьером для визуальных (и социальных) стимулов. Беспокойство, связанное с интенсивностью восприятия цветов, может привести к предпочтению только чёрной одежды, что не обязательно является следованием моде.

Существуют терапевтические программы, которые могут способствовать снижению визуальной чувствительности ребёнка. Хелен Ирлен разработала методику, в которой используются цветные очки с целью улучшения визуального восприятия и снижения перцептивной перегрузки и вызываемого визуальными стимулами беспокойства. Окрашенные линзы без диоптрий (*фильтры Ирлен*) разработаны для фильтрации тех частот в световом спектре, к которым человек чувствителен. Для правильного выбора цвета в начале проводится обследование, в котором используется как специальный опросник, так и тестовая процедура. В настоящее время нет экспериментальных исследований, которые бы подтвердили полезность этих линз для людей с синдромом Аспергера, но я знаю несколько детей и взрослых, которые сообщали о существенном снижении визуальной чувствительности и сенсорных перегрузок при ношении линз Ирлен.

Визуальная терапия (англ. vision therapy) была разработана поведенческими психологами-оптометристами для «переобучения» глаз и мозговых структур, ответственных за обработку зрительной информации. В начале проводится обследование для выявления возможных зрительных дисфункций и используемых для их компенсации механизмов вроде наклонов или поворотов головы, использования периферического зрения и преимущественного использования одного глаза. Далее коррекционная терапевтическая программа проводится в виде еженедельных терапевтических сессий и домашних заданий. В настоящее время не существует экспериментальных доказательств полезности визуальной терапии для людей с синдромом Аспергера.

Также важно помнить, что, когда человек с синдромом Аспергера испытывает крайний стресс или возбуждение, ему может помочь наличие места или комнаты, в которые можно уйти и успокоиться без присутствия других людей. Сенсорные аспекты этого места должны способствовать расслаблению и успокоению. Это может быть симметрия в мебелировке, подходящий цвет стен, ковёр и отсутствие звуков, запахов или тактильных ощущений, которые могут быть восприняты как неприятные.

11.7. Чувство равновесия и восприятие движения

У некоторых детей с синдромом Аспергера есть проблемы с вестибулярным аппаратом, которые влияют на их чувство равновесия, восприятие движения, а также на координацию движений (Smith Myles et al., 2000). Наглядно это передаёт термин «гравитационная неуверенность», когда у ребёнка возникает тревога при отрыве ног от земли, а также ощущение дезориентации при резком изменении положении тела, что требуется при играх с мячом вроде футбола. Может быть затронута и чувство равновесия, что проявляется в крайнем дискомфорте при положении «вверх тормашками».

Лиан Холлидей Уилли объясняла это так:

Я не дружу с движением. Мой желудок переворачивается, когда я смотрю на карусель, преодолеваю крутой холм на автомобиле или слишком быстро поворачиваю за угол. Когда родился первый ребенок, быстро выяснилось, что мои вестибулярные проблемы касаются не только аттракционов и поездок. Я не могла укачивать своих детей. У меня получалось лишь покачиваться из стороны в сторону, что я и делала, даже сидя в кресле-качалке (Willey, 1999, с. 76).

И напротив, мне встречались дети с синдромом Аспергера, испытывающие огромное удовольствие на американских горках, причём до такой степени, что американские горки стали их специальным интересом. Очень интересно слушать их и наблюдать за ними.

Мы только приступаем к исследованию проблем с вестибулярным аппаратом, которые могут быть у детей и взрослых с синдромом Аспергера, но если у ребёнка есть сложности с чувством равновесия и движения, то можно рекомендовать сенсорно-интегративную терапию.

11.8. Восприятие боли и температуры

Ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера могут реагировать по-настоящему стойчески, не показывая страданий и не дрогнув, на боль такой силы, невыносима для других. И если обратить внимание ребёнка на синяк или порез, то он не может вспомнить, где он их получил. Занозы могут удаляться совершенно спокойно, а горячие напитки — потребляться без какого-либо дискомфорта. В жаркие дни человек может носить тёплую одежду, а в морозные зимние дни настаивать на том, чтобы продолжать носить летние вещи. И возникает впечатление, словно у человека есть своеобразный внутренний термостат.

Может наблюдаться гипо- и гиперчувствительность к боли (Bromley et al., 2004). Низкий порог для некоторых типов боли и дискомфорта бывает частым источником страданий для ребёнка, и из-за его реакций сверстники могут считать его «плаксой». Однако дети с синдромом Аспергера чаще бывают гипо-, чем гиперчувствительными к боли. Один отец подростка с синдромом Аспергера так описывал его высокий болевой порог:

Два года назад мой сын пришёл домой с сильно разодранной ногой, множеством синяков и царапин. Я побежал за аптечкой. Когда я вернулся и сказал ему сесть, чтобы я мог обработать его раны, он меня не понял. Он сказал: «Ничего страшного, она не болит», — и «Это всё время случается», — и продолжил путь в свою спальню. Так происходило постоянно в течение более 18 лет. А ещё он не чувствует холод так, как другие люди. Зимой он редко надевает куртку и обычно носит рубашки с короткими рукавами в школе, и чувствует себя очень комфортно.

Однажды, когда я был в отпуске в пустынном центре Австралии зимой, я случайно встретил молодого американца с синдромом Аспергера. Мы были в группе туристов, наслаждавшихся вечерним ужином свежем воздухе, так что мы могли видеть сверкающие пустынные звёзды, а после еды слушали лекцию астронома. Однако температура упала ниже нуля, и все, кроме молодого человека с синдромом Аспергера, жаловались на то, как им холодно, и надевали несколько слоёв тёплой одежды. На молодом же человеке была только футболка, и он отказывался от предложенной товарищами тёплой одежды. Он объяснил, что ему вполне комфортно, хотя отсутствие на нём подходящей для морозной ночной пустыни одежды заставляло всех окружающих чувствовать дискомфорт.

Другой пример описан в посланном мне по e-mail письме Кэролин. Она объяснила:

Моя реакция на боль и температуру похожа на мою реакцию на пустяковые и травматические события. При низких уровнях стимуляции реакция получается раздутой, но при более высоких уровнях чувства, по-видимому, начинают «выключаться», и в большинстве таких случаев я могу функционировать лучше обычного. Пустяковое событие может довольно разительно ударить по моему функционированию, но когда я сталкиваюсь с травмой, я могу мыслить логически и действовать спокойно и эффективно, в то время как другие запаниковали бы в подобной ситуации.

Аспергер заметил, что каждый четвёртый из обследованных им детей поздно приучался к туалету (Hippler and Klicpera, 2004). Возможно, такие дети хуже чувствуют позывы к мочеиспусканию и дефекации, что повышает вероятность «неожиданностей» с туалетом. Отсутствие реакции на дискомфорт, боль и экстремальную температуру может мешать маленьким детям с синдромом Аспергера учиться избегать некоторых опасных ситуаций, что ведёт к частым визитам в местный травмпункт. И медицинский персонал может удивляться безрассудству ребёнка или считать, что родители за ним недосмотрели.

Один из наиболее беспокоящих родителей вопросов — как заметить, что ребёнок испытывает хроническую боль и нуждается в медицинской помощи. Ушные инфекции или аппендицит могут прогрессировать до опасной степени, прежде чем будут обнаружены. Ребёнок может не сообщать о побочных эффектах лекарств. Зубная или менструальная боль и дискомфорт могут иметь место, но о них ничего не будет сказано. Родители одного ребёнка заметили, что он в течение нескольких дней ведёт себя не вполне обычно, но не сообщал о том, что испытывает сильную боль. Они в итоге пошли к врачу, который диагностировал перекрут яичка, и его пришлось удалить. Если ребёнок слабо реагирует на боль, очень важно, чтобы родители были бдительными по отношению к малейшим признакам дискомфорта, следили за физическими признаками болезни, такими как высокая температура или отёки, а также использовали методики, разработанные для выражения чувств и описанные в Главе 6, например, эмоциональный термометр, чтобы дать ребёнку возможность сообщить об интенсивности боли. Также важно составить Социальную Историю™, чтобы объяснить ребёнку, почему жизненно важно сообщать взрослому о боли: это позволит ребёнку снова почувствовать себя хорошо и избежать более серьёзных последствий.

11.9. Необычная обработка сенсорной информации

Существует редкая форма сенсорного восприятия — *синестезия*, при которой человек, который испытывает ощущение в одной сенсорной системе, также испытывает ощущение другой модальности. Самое распространённое её проявление — это когда человек видит цвет каждый раз, когда слышит определённый звук (цветной слух) или ощущает специфический запах. Эта черта встречается не только при синдроме Аспергера, но несколько взрослых с синдромом Аспергера описали этот необычный феномен. Например, Джим отметил: «Иногда каналы восприятия смешивались, и звук мог представляться как цвет» (Cesaroni and Garber, 1991, с. 305). Он объяснил, что отдельные звуки часто сопровождаются размытыми ощущениями цвета, формы, текстуры, движения, вони или аромата. Лиан описывала: «Я долго и старательно подбирала слова, потому что одни слова щекотали, другие слова имели гладкую текстуру, третьи согревали изнутри, когда я их произносила» (Willey, 1999, с. 31).

Джим также заметил, что акустические стимулы влияют на другие каналы восприятия. Например, ему приходилось «выключать кухонные электроприборы, чтобы попробовать что-нибудь на вкус» (Cesaroni and Garber, 1991, с. 305). Необычное сенсорное восприятие может включать в себя сложности с определением того, из какого канала пришла сенсорная информация. Джим объяснял это так: «Иногда я знаю, что вокруг меня что-то где-то происходит, но я не могу точно указать, через какие чувства это воспринимается» (Cesaroni and Garber, 1991, с. 305). Такой опыт может сильно озадачивать и сбивать с толку; к сожалению, мы только приступили к исследованию этого аспекта сенсорного восприятия (Bogdashina, 2003).

Эту главу о сенсорной чувствительности я завершаю словами Лиан Холлидей Уилли, которая пришла к принятию своего сенсорного восприятия и жизни в «окружении звуков» и говорит о том, как это ей удалось:

Думаю, мои дочери научились принимать мое публичное поведение, не испытывая большого стыда. Конечно, они напоминают мне, чтобы я не разговаривала сама с собой на людях, не слишком повышала голос, не вываливала рассказы о своих собаках на первого встречного, не затыкала в парке уши с криком: «*Кто в здравом уме способен терпеть такой шум?!*» — и не зажимала нос с возгласами: «*Боже, ну и вонь!*» Но меня вполне устраивают их замечания, потому что

при всех моих странностях и особенностях они никогда не забывают говорить мне, что любят меня какой бы то ни было (Willey, 1999, с. 93–94).

11.10. Ключевые моменты и стратегии

- Некоторые взрослые с синдромом Аспергера считают, что их сенсорная чувствительность влияет на их повседневную жизнь сильнее, чем сложности с обретением друзей, управлением эмоциями и поиском подходящей работы.
- Самая распространённая чувствительность — это чувствительность к совершенно конкретным звукам, но может присутствовать и чувствительность к тактильным стимулам, яркости света, вкусу и консистенции пищи, а также к определённым запахам. Может наблюдаться недостаточная или избыточная реакция на испытываемую боль или дискомфорт, а чувство равновесия, восприятие движения, а также положения тела в пространстве могут быть необычными.
- Ребёнок с сенсорной гиперчувствительностью становится настороженным, напряжённым и легко отвлекается в сенсорно стимулирующих средах вроде школьного класса, потому что не знает, когда он столкнётся с очередным болезненным ощущением.
- Нам известно, что эти особенности ярче проявляются в раннем детстве и постепенно сглаживаются к подростковому возрасту, но у некоторых взрослых с синдромом Аспергера они могут сохраниться на всю оставшуюся жизнь.
- Чувствительность к звукам:
 - Есть три типа шумов, которые воспринимаются как крайне неприятные. Первая категория — это внезапные, неожиданные шумы. Вторая категория — высокочастотные продолжительные звуки. Третья категория — сбивающие с толку звуки либо сложного характера, либо происходящие из многих источников.
 - Некоторых из этих звуков можно избежать. Силиконовые беруши могут использоваться как барьер, снижающий уровень аудиальной стимуляции. Маленьким детям также может помочь

разъяснение причины и ограниченной длительности звуков, воспринимающихся как непереносимые, с помощью Социальных Историй™.

- Есть два вида терапии, используемые для снижения акустической чувствительности у детей с синдромом Аспергера: сенсорно-интегративная терапия (англ. Sensory Integration Therapy) и акустическая интегративная терапия (англ. Auditory Integration Therapy). Эффективность ни одной из них ещё не была объективно доказана.
- Может наблюдаться высокая чувствительность к отдельным видам прикосновений, степени давления или же по отношению к прикосновениям к отдельным частям тела.
- Чувствительность к запахам и диете:
 - Родители часто рассказывают о том, что у их маленьких детей с синдромом Аспергера есть примечательная способность обнаруживать запахи, не замечаемые остальными, а также эти дети могут быть крайне привередливыми в выборе еды.
 - Постепенно чувствительность снижается, но страх и последующее избегание могут остаться. В этих случаях клинический психолог может использовать метод систематической десенсибилизации.
- Визуальная чувствительность:
 - Чувствительность к некоторым уровням яркости освещения или конкретным цветам, а также искажение зрительного восприятие наблюдается приблизительно у каждого пятого ребёнка с синдромом Аспергера.
 - Родители и учителя могут не помещать ребёнка в среду, связанную с сильными или отвлекающими визуальными стимулами: например, не сажать ребёнка на освещаемое ярким прямым солнечным светом место в машине или в классе.
- У некоторых детей встречается «гравитационная неуверенность», и они начинают тревожиться и чувствуют дезориентацию при резком изменении положений тела.

- Восприятие боли:
 - Ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера может реагировать по-настоящему стойчески, не показывая страданий и не дрогнув, на боль такой силы, которая воспринимается другими как невыносимая.
 - Один из наиболее беспокоящих родителей вопросов — как заметить, что ребёнок испытывает хроническую боль и нуждается в медицинской помощи.
 - Важно составить Социальную Историю™, чтобы объяснить ребёнку, почему жизненно важно сообщать взрослому о боли: это позволит ребёнку снова почувствовать себя хорошо и избежать более серьёзных последствий.

Глава 12

Жизнь после школы: колледж и карьера

Именно в случае аутистов мы видим — с гораздо большей отчётливостью, чем в случае «нормальных» людей, — что с ранней юности они кажутся предназначенными для определённой профессии, что профессия эта судьбоносно вытекает из их склонностей.

(Аспергер, 2011, с. 106) (перевод Asperger (1944))

За последнее десятилетие наблюдался необычайный рост числа детей, у которых был диагностирован синдром Аспергера. Эти дети вырастают, и многие из них поступают в колледж¹ или университет. В прошлом некоторые подающие надежды студенты с синдромом Аспергера были не в состоянии справиться с переходом из школы в колледж, необходимостью в более развитых навыках независимой жизни, а также с предъявляемыми к студенту университета учебными и социальными требованиями. Стресс и недостаток поддержки могут спровоцировать развитие тревожного расстройства или депрессии и, возможно, привести к отчислению. К счастью, сейчас мы лучше знаем, какая именно поддержка нужна университетскому студенту с синдромом Аспергера (Fleisher, 2003; Harpur et al., 2004; Palmer, 2006).

Для человека с синдромом Аспергера могут найтись несколько подходящих колледжей, университетов и курсов, и это облегчит процесс принятия решения при обсуждении студентом, родителями и школьными работниками преимуществ и недостатков каждого варианта. Информацию можно получить на официальных сайтах с учебными программами, а также при личном посещении учебного заведения, его факультетов и кафедр. Студенты и выпускники могут поделиться своим «потребительским» мнением о

¹Примечание переводчика: англ. college, может означать как высшее, так и среднее специальное образование.

курсах и научно-преподавательском составе. А родителям будут интересны службы поддержки для студентов с синдромом Аспергера. После того, как студент записался на конкретный курс², кто-нибудь из учителей или персонала по поддержке из бывшей школы студента может установить контакт с университетом и предоставить информацию о том, какая поддержка нужна студенту при учёбе.

Некоторые старшеклассники с синдромом Аспергера неохотно ставят в известность университет о своём диагнозе, желая «начать с чистого листа», и не хотят, чтобы их считали отличающимися от других студентов. Может потребоваться обсудить с ними преимущества и недостатки самораскрытия и принять решение, стоит ли информировать университет о диагнозе, чтобы получить необходимую поддержку от персонала. Я обычно призываю студентов ставить в известность колледж или университет. Проблема может быть не в том, информировать ли, а в том, как информировать.

Студенту с синдромом Аспергера нужно быть готовым к совершенно иному стилю жизни, и перед поступлением необходимо принять решения, связанные с проживанием, финансами, а также практической и эмоциональной поддержкой. Если студент с синдромом Аспергера продолжит проживать дома, в этом есть свои преимущества, по крайней мере, на первом курсе, чтобы родитель мог оказать поддержку в сферах планирования бюджета, самообслуживания (например, стирка, готовка и напоминания о личной гигиене), а также с необходимыми организационными аспектами для своевременного выполнения заданий и отслеживанием уровня стресса. Если студенту необходимо покинуть дом, то службам по поддержке учащихся надо знать о том, какие дополнительные поддержка и контроль ему, возможно, понадобятся.

Студенту нужно будет решить, сколько предметов брать в каждом семестре, и благоразумным будет сначала не набирать максимально возможное их количество. Студентам с синдромом Аспергера понадобится больше свободного времени для приспособления к новому стилю жизни, учебной среде и академическим требованиям. Им также нужно руководство, связанное с новыми социальными условиями и правилами поведения на лекциях, семинарах и консультациях, при работе над групповыми заданиями и отправке электронных писем персоналу. Прикреплённый «товарищ» или наставник из студентов может дать дружеские советы, касающиеся правил социального поведения и ожиданий от учащегося.

²Примечание переводчика: в вузах в англоязычных странах, особенно в США, индивидуальные учебные планы — правило, а не исключение.

У студента будет новый ежедневный и еженедельный распорядок, и ему будут полезны планирование учёбы и изначальная поддержка в самоорганизации и выполнении новых академических требований. Студентам с синдромом Аспергера, возможно, понадобится чаще других студентов встречаться со своими академическими тьюторами для того, чтобы увериться, что они «на правильном пути», и «настроиться» на курс обучения. Преимуществом будет наличие академического наставника, расширяющего свои знания по синдрому Аспергера, чтобы быть защитником студента во время его обсуждения научно-преподавательским составом.

Необходимо учитывать когнитивные, социальные, моторные и сенсорные особенности студентов с синдромом Аспергера при выдаче учебных заданий и организации экзаменов. У студентов могут быть трудности со словесным выражением мыслей и решений, а их почерк иногда оказывается неразборчивым. Также будут проблемы с навыками межличностного взаимодействия, необходимыми для участия в групповых проектах, и с чрезмерной чувствительностью к критике и неудачам. Могут быть и сложности, связанные с самооценкой, тревогой и чувствительностью к сенсорным стимулам, что может повлиять на конкретные курсы. Существуют практические решения этих проблем: напечатанные, а не устные объяснения концепции или решения, использование клавиатуры на экзамене для обхода проблем с почерком, а также предпочтение индивидуальных, а не групповых заданий. Научно-преподавательский состав должен понимать природу синдрома Аспергера и в соответствии с этим видоизменять объяснения и ожидания, а также не смущаться, не обижаться и не раздражаться из-за проявления отдельным студентом определённых черт синдрома Аспергера.

Студенческая жизнь состоит не только из учёбы, и человек с синдромом Аспергера, возможно, захочет найти друзей и принять участие в социальной студенческой жизни. Обычные студенческие общества и клубы могут предоставить возможность как развлечений, так и общения. В некоторых университетах есть группы поддержки специально для студентов с синдромом Аспергера. В этих группах даются советы по многим вопросам, от чувства социальной изоляции до методов улучшения учебных навыков. Студенты старших курсов с синдромом Аспергера могут проявить сочувствие к первокурсникам и эмоционально поддержать их.

Студенту с синдромом Аспергера также пойдёт на пользу дружба с обычными студентами. Она может дать поддержку в учёбе, например, через обмен материалами или вычитку эссе, и обеспечить наставничество в тех ситуациях, когда человек с синдромом Аспергера социально наивен и

уязвим к подшучиванию и высмеиванию. Вероятны и проблемы, связанные с опытом отношений и сексуальностью и с доступностью алкоголя и наркотиков. Поэтому студент с синдромом Аспергера будет нуждаться в поддержке как научно-преподавательского состава, так и однокурсников.

Студенческая жизнь может быть полна стрессов, и человека с синдромом Аспергера следует поощрять к обсуждению чувства тревоги, гнева или грусти со студенческим консультантом. Для студентов с синдромом Аспергера могут быть очень полезными когнитивная поведенческая терапия и методы управления эмоциями, описанные в Главе 6. Я обнаружил, что студенты с синдромом Аспергера чаще проваливают учёбу или отчисляются из-за сложностей, связанных с управлением стрессом, а не из-за недостаточных интеллектуальных способностей или нежелания учиться.

Я полагаю, что некоторые колледжи и университеты постепенно нарабатывают опыт и знания в поддержке студентов с синдромом Аспергера, по мере появления в числе их научно-преподавательского и вспомогательного персонала тех, кто понимает и хорошо принимает таких студентов. Появится неофициальный «путеводитель по хорошим университетам для студентов с синдромом Аспергера», и эти университеты станут первоочередным выбором для будущих студентов и их родителей. Некоторые университеты, например, Оксфорд и Кембридж, уже заработали хорошую репутацию своей поддержкой эксцентричных и талантливых студентов и преподавателей. Интересный результат получится, когда появятся выпускники с синдромом Аспергера, занимающиеся научными исследованиями синдрома Аспергера.

Когда человек с синдромом Аспергера всё же заканчивает университет, это для него куда больший праздник, чем для других студентов, поскольку ему пришлось приспособиться к новому стилю жизни, научиться больше полагаться на свои силы и встроиться в новую социальную иерархию. После выпуска приходит время решать, что делать дальше. Некоторые взрослые с синдромом Аспергера настолько хорошо приспосабливаются к академической жизни, что преподавание и наука становятся для них профессией на всю жизнь. Другим же приходится решать, как применить полученное образование в новой карьере.

12.1. Профессии, подходящие для людей с синдромом Аспергера

Не существует профессий, невозможных для человека с синдромом Аспергера. Я встречал несколько тысяч взрослых с синдромом Аспергера, и у них был очень широкий спектр профессий: от работающего неполный день почтальона до владельца и исполнительного директора успешной международной компании. В этом перечне преподавание, политика, авиация, инженерия и психология, а также такие профессии, как электрик, механик, лесник и смотритель заповедников. У людей с синдромом Аспергера есть ценные качества, но также и специфические трудности, и мы начинаем понимать, почему некоторым людям с синдромом Аспергера может не удаваться устроиться на работу, соответствующую их способностям и квалификации. Мы также начинаем разрабатывать стратегии для того, чтобы помочь им с поиском и сохранением любимой и продуктивной работы.

Профессиональные качества

При служебной аттестации работника с синдромом Аспергера, скорее всего, будут выявлены следующие качества:

- надёжность;
- постоянство;
- перфекционизм;
- способность легко находить ошибки;
- технические способности;
- наличие чувства социальной справедливости и внутренняя целостность;
- склонность ставить под сомнение протоколы;
- точность;
- внимание к деталям;
- логичность;
- добросовестность;
- обширные знания;
- оригинальность при решении задач;
- честность;
- прекрасная переносимость рутины и любовь к чётким требованиям.

Однако у него будут и трудности. Человек может испытывать проблемы со следующими вещами:

- навыки командной работы;
- работа начальником;
- общепринятые методы;
- сенсорное восприятие;
- управление временем и рабочий распорядок;
- управление стрессом и тревогой, а также их обсуждение;
- реалистичные карьерные амбиции;
- соответствие между должностью и квалификацией: склонность к избыточной квалификации;
- неправильное понимание инструкций;
- принятие изменений;
- принятие советов (могут восприниматься как критика);
- уход за собой и гигиена;
- встраивание в группу: возможны легковерность и уязвимость по отношению к насмешкам и издевательствам;
- умение просить о помощи;
- организация и планирование;
- при разрешении конфликтов — склонность винить других;
- навыки межличностного взаимодействия.

Обычно люди с синдромом Аспергера говорят о том, что найти подходящую работу или профессию и удержаться там им не столь легко, как обычным людям с той же квалификацией. Однако существуют стратегии, службы и ресурсы, способствующие успешному трудоустройству.

12.2. Стратегии успешного трудоустройства

Первый этап — это проведение тщательной оценки профессиональных навыков и опыта человека. Сюда входят когнитивные способности, личностные особенности, мотивация, интересы и навыки межличностного взаимодействия. Существует рабочая тетрадь по трудоустройству, разработанная специально для подростков и взрослых с синдромом Аспергера, предназначенная для определения сильных и слабых для работы сторон и помогающая разрешить проблемы, выявленные на предыдущих работах (Myer, 2001). Оценка профессиональных способностей должна быть

проведена за некоторое время до окончания человеком школы, колледжа или университета, чтобы можно было улучшить определённые навыки перед поиском работы. Это может быть улучшение навыков сотрудничества, необходимых для командной работы, обучение искусству разговора и взаимодействию во время перерывов, а также умение справляться с меняющимися рабочими требованиями.

Выбор карьерного пути потребует тщательного рассмотрения. Ранее у человека могли быть определённые карьерные амбиции, и необходимы рекомендации относительно того, какие из них реалистичны, а также советы по приобретению необходимой квалификации и характеру работы. Дорогой к успешной карьере может стать специальный интерес. Люди с синдромом Аспергера славятся своими обширными специальными знаниями, и это может привести к успешной карьере, например, в качестве учёного, проводящего исследования в области специального интереса. Другие люди могут принять эксцентричность личности человека, если у него есть ценные знания: например, в идентификации и оценке антиквариата или решении проблем с использованием компьютера либо с его ремонтом. Развитые навыки пространственного мышления и десятилетие игр с конструкторами и движущимися моделями может привести к успешной карьере инженера или механика. Способности в рисовании, пении, игре на музыкальных инструментах, сочинении музыки и написании романов в жанре фэнтези указывают на возможную карьеру в искусстве. Чувство социальной справедливости, а также природная доброта и заботливость, могут привести к карьере в сфере ухода или правосудия, особенно в преподавании, полиции, медицине и связанных с ней профессиях, уходе за животными. Интересы к языкам, законам и математике могут стать основой карьеры переводчика, юриста или бухгалтера. А интерес к картам — работы таксистом, водителем грузовика или почтальоном.

Некоторые подростки и молодые взрослые с синдромом Аспергера могут иметь очень слабое представление о том, какой тип профессии будет соответствовать их способностям и личностным особенностям. Родители могут предложить подростку попробовать себя на разных работах ещё при обучении в школе для того, чтобы определить возможную карьеру. Увеличение доходов подростка тут не будет обязательной целью, поскольку некоторые стажировки могут быть на волонтерской основе, главное — улучшение связанных с работой навыков, а также получение знаний, необходимых для информированного выбора профессии. Службы по трудоустройству и профессиональной ориентации школы, колледжа или университета должны

быть в курсе проблем с работой у людей с синдромом Аспергера и обеспечивать адекватные поддержку и подготовку до окончания учёбы. В случае некоторых профессий и специальностей обучение специфическим рабочим навыкам может оказаться успешнее при традиционном подходе «мастер и подмастерье», а не при их изучении в классе.

Следующий этап — это написание резюме (лат. *curriculum vitae* или CV), которое включает портфолио соответствующих рабочего опыта и достижений, интересов и способностей и может дополняться фотографиями или цифровыми записями свидетельств о достижениях, отзывах и рекомендательных писем с предыдущей работы. Человек с синдромом Аспергера, возможно, не настолько, как другие соискатели, уверен в себе и не столь свободно владеет требующимися для «продажи» своих способностей работодателю навыками межличностного взаимодействия. Но хорошо составленное и информативное резюме поможет работодателю увидеть, что он человек более способный, чем могло бы показаться при прохождении собеседования. Человеку с синдромом Аспергера также понадобится руководство в составлении резюме и заполнении заявления о приёме на работу.

Одна из проблем, встающих перед человеком с синдромом Аспергера при заполнении заявления о приёме на работу, а также во время собеседования, — раскрывать ли информацию о диагнозе, и если да, то в каком объёме. Это очень индивидуальное решение, основанное на множестве факторов, и недавно вышли две публикации, которые могут послужить руководством по раскрытию такой информации (Murray et al., 2006; Shore et al., 2004). В общем, лучше быть честным с работодателем.

Некоторые люди с синдромом Аспергера способны успешно трудоустроиться с минимальными поддержкой и содействием, но для тех, у кого есть сложности с поиском подходящей работы, есть несколько книг, содержащих советы для самих людей, их семей, кадровых агентств и работодателей (Fast, 2004; Grandin and Duffy, 2004; Hawkins, 2004; National Autistic Society, 2005). Человеку может понадобиться отрепетировать прохождение собеседования и обсудить с кем-то из близких знакомых, стоит ли принимать ли конкретное предложение работы. Это не тот случай, когда надо принимать любое предложение трудоустройства: работа должна подходить человеку с синдромом Аспергера. Если работа на предложенной должности окажется неудачной, это может повредить самооценке человека и снизить вероятность последующего трудоустройства. Обязательно нужно учиты-

вать способность человека справляться со стрессом, и иногда благоразумно начать с частичной занятости и сохранять её, пока человек не получит нужные для полной занятости опыт и уверенность в себе.

Сразу после приёма на работу возникают специфические проблемы, которые необходимо решить. Человеку с синдромом Аспергера могут потребоваться начальная и последующая поддержка и руководство, связанные с рабочими требованиями (особенно если в них происходят какие-либо неожиданные изменения), необходимыми для плодотворной и сплочённой работы в команде навыками межличностного взаимодействия, а также требуемыми организационными навыками, в особенности касающимися рабочих приоритетов и управления временем. Однако я обнаружил, что проблемы с личной гигиеной — это наиболее лёгкий для человека с синдромом Аспергера способ потерять работу. Начальнику может потребоваться сопровождать устные инструкции письменными во избежание проблем с запоминанием информации на слух, и помнить, что нельзя начинать объяснение следующей задачи, не завершив предыдущую, во избежание замешательства. Работник с синдромом Аспергера также нуждается в регулярной обратной связи, говорящей как об успехах, так и о навыках, требующих улучшения, и о способах их развития.

Знаний из соответствующей литературы, хороших отношений между работодателем и работником, а также времени на их адаптацию друг к другу может быть достаточно для того, чтобы взрослый с синдромом Аспергера достиг успешного долговременного трудоустройства. Однако есть взрослые с синдромом Аспергера, которым нелегко найти работу и удержаться на ней. Правительства осознали, что безработный с синдромом Аспергера, вероятно, будет зависеть от социальных пособий и практической, финансовой и эмоциональной поддержки своей семьи и вполне может впасть в депрессию и получить низкую самооценку из-за безработности. В то же время, и общество не сможет извлечь пользу из талантов людей с синдромом Аспергера, если они остаются безработными. Для решения этой проблемы в Великобритании была создана и прошла оценку эффективности служба поддерживаемого трудоустройства.

Служба занятости «Перспективы» (Prospects)

«Перспективы» (англ. Prospects) — это совместный проект правительства Великобритании и Национального аутистического сообщества (англ. National Autistic Society), изначально базировавшийся в Лондоне, но теперь

ещё и в Глазго, Шеффилде и Манчестере. Эта служба занятости достигла впечатляющего 70%-ного уровня трудоустройства для 130 взрослых с синдромом Аспергера и высокофункциональным аутизмом (Howlin et al., 2005). Служба предоставляет консультантов по трудоустройству, которые помогают человеку с синдромом Аспергера найти работу и удержаться на ней более нескольких лет. При недавней оценке первых восьми лет работы проекта обнаружилось, что важнейшими особенностями синдрома Аспергера, оказывающими влияние на трудоустройство, были организационные навыки (особенно управление временем, концентрация и способность выполнять две и более задач одновременно), коммуникативные проблемы, незрелые социальные навыки, тревожность и трудности с принятием изменений.

Большинство людей было трудоустроено в сферы, связанные с офисной работой, технической и компьютерной индустрией, преимущественно в крупные частные компании, но также и в государственный сектор, малый бизнес и благотворительные организации. Стоимость программы составила несколько тысяч фунтов на каждого трудоустроенного, но после трудоустройства государство получило выгоду в виде снижения выплат пособий и увеличения налоговых сборов с работающих людей. Польза для человека с синдромом Аспергера состояла в увеличении дохода, повышении самооценки, формировании новой сети социальных связей и возможности продемонстрировать свои особые таланты и способности. Согласно исследованию по оценке работы «Перспектив», и работодателям и работникам выразили мнение, что обе стороны не справились бы без помощи специализированного консультанта по трудоустройству (Howlin et al., 2005).

У консультанта по трудоустройству много ролей: учителя, социального работника и психолога, защитника и переводчика между двумя «культурами» с разными языками и ожиданиями. Консультанту нужно знать сильные и слабые стороны трудоустраиваемого клиента, найти подходящие вакансии, подготовить человека к собеседованию, поддерживать связь между работодателем, клиентом и семьёй клиента, образовывать работодателя, а при необходимости — и коллег, а также найти среди них потенциального наставника. Консультант также должен оказывать эмоциональную и практическую поддержку и отслеживать развивающуюся на работе ситуацию с точки зрения «посредника по урегулированию», способного разрешить любые виды потенциальных конфликтов или разочарований. Индивидуальная поддержка клиента поначалу интенсивная, до 50 часов в месяц, но постепенно она уменьшается всего лишь до нескольких часов в месяц. Про-

фессия консультанта по трудоустройству клиентов с синдромом Аспергера сложная, но она может приносить и огромное удовлетворение, особенно когда происходит значительное улучшение качества жизни человека с синдромом Аспергера благодаря наличию у него любимой и продуктивной работы.

Интересная инициатива по трудоустройству была выдвинута в Орхусе (Дания). В 2004 г. была основана компания, у всех работников которой были диагнозы синдром Аспергера или аутизм. Эта компания, *Specialisterne* (дат. «Специалисты»), тестирует электронное оборудование, например, новые телефоны и компьютерные программы. Её владелец (отец ребёнка с аутизмом) специально хотел нанять работников с синдромом Аспергера, потому что они внимательны к деталям и получают удовольствие от повторяющегося процесса тестирования. У каждого человека есть собственный офис и гибкий рабочий график. Также там есть работник, оказывающий поддержку при личных и межличностных проблемах. На самом деле это может и не быть уникальным и рискованным начинанием: я заметил, что в некоторых международных компаниях в сфере информационных технологий уже есть довольно высокий процент специалистов с не диагностированным синдромом Аспергера или, по крайней мере, с очень похожим типом личности. Кадровые службы или отделы по подбору персонала больших компаний всё больше узнают о синдроме Аспергера и о том, какую выгоду компания может извлечь из способностей работников с синдромом Аспергера и как развить их. В числе прочего — не помещать человека в такие рабочие ситуации, которые вызовут значительный стресс.

Выдвижение на руководящую должность

После того, как человек с синдромом Аспергера доказал на деле свои рабочие качества, его прогресс будет оценен по достоинству, и может рассматриваться возможность его выдвижения на руководящую должность. Я недавно видел человека с синдромом Аспергера, который устроился в крупную компанию ремонтировать офисную технику. Он стал легендарным экспертом в механике и электронике ксероксов и факсов и славился способностью быстро определять причину проблемы, устранять её и переходить к следующему заданию. Работодатель ставил его превосходные умения в пример новым работникам. В знак благодарности за его отличную работу компания решила выдвинуть его в начальники персонала по починке оборудования и перевести в главный офис.

У него был природный талант, связанный с машинами, но не было природного таланта работать с людьми. Он был не в состоянии понять офисную и корпоративную политику, сомнение людей, бумажную работу и не мог справиться с ними. Он начал тонуть во всём этом и, как это обычно бывает со взрослыми с синдромом Аспергера, не рассказал о своих трудностях ни своему начальнику, ни своей жене. В конце концов его стресс стал чрезмерным, и он попытался совершить самоубийство. Изучение его истории развития психиатром указало на диагноз «синдром Аспергера». Лечение его депрессии было довольно незатейливым — возвращение на прежнюю должность, где он мог справляться с ответственностью и продуктивностью и на которой он чувствовал себя успешным.

Недавно вышла книга, в которой рассматриваются проблемы, встающие перед работающими на руководящих должностях людьми с синдромом Аспергера, и даются ценные советы (Johnson, 2005). Среди других способов — наличие исполнительного секретаря, который может скомпенсировать проблемы с организаторскими способностями и межличностными отношениями; понимающий персонал, который осознаёт возможную резкость манеры общения человека и приспосабливается к ней; а также старшее руководство, не переводящее человека с синдромом Аспергера на неподходящую должность, что вызовет непереносимый стресс у всех участников рабочего процесса.

Существуют и другие достойные рассмотрения стратегии для использования в трудоспособном возрасте. В конце концов, человек может оказаться способным к самозанятости, возможно, работая из дома, и стать экспертом в такой области, которая не требует быть частью команды или иерархии в организации. Например, многие люди с синдромом Аспергера — прирождённые изобретатели, эксперты и ремесленники. Однако человеку может быть полезна помощь членов семьи, которые дадут совет в тех ситуациях, когда человек с синдромом Аспергера может не очень хорошо разбираться в людях и оказаться уязвимым для финансовой эксплуатации. Также может быть необходимость в коллеге с хорошими навыками межличностного взаимодействия для общения с публикой или потенциальными заказчиками оборудования, разработанного и сделанного человеком с синдромом Аспергера.

12.3. Психологическая ценность трудоустройства

Установлена связь между безработицей и клинической депрессией у обычных людей, и это определённо справедливо и для людей с синдромом Аспергера. Депрессия также может настать, из-за неполного использования человеком своего потенциала, когда он слишком квалифицирован для своей работы. Например, у человека может быть учёная степень в области информационных технологий, но при этом он может устроиться только разнорабочим или раскладчиком товара в супермаркете. Поэтому приносящая удовлетворение и достойная работа служит профилактикой клинической депрессии.

Наконец, я заметил, что некоторые карьеры и профессии особенно подходят людям с синдромом Аспергера. Университеты славятся своей терпимостью к необычным персонажам, особенно если они проявляют оригинальность и увлечённость своими исследованиями. Я часто говорю о том, что университеты — это не только «храмы науки и знаний», но ещё и «инклюзивные мастерские» для тех, кто испытывает трудности с социализацией.

Также есть несколько других профессий, ещё не упомянутых в этом разделе, которые могут подойти человеку с синдромом Аспергера. Одна из них — это библиотекарь, поскольку библиотека — это тихая рабочая обстановка. Другая возможность — это карьера в армии при условии, что человек с синдромом Аспергера сохраняет относительное спокойствие под огнём, а эмоциональность или дискомфорт не препятствует выполнению военных задач. Наконец, такие профессии, как экскурсовод или телемаркетёр, где есть хорошо отрепетированный сценарий и односторонняя коммуникация, могут быть идеальными для человека с синдромом Аспергера.

Безработица означает не только отсутствие средств, это ещё и отсутствие целей и упорядоченности дня, недостаток самоуважения и, особенно для людей с синдромом Аспергера, нехватка самоидентичности. Карьера или призвание, хорошо соответствующие способностям и характеру человека с синдромом Аспергера, могут дать то самое столь необходимое ему самоуважение и самоидентичность, наряду с прагматическими причинами продолжать работать. Когда я прошу взрослых с синдромом Аспергера описать себя, то их описания обычно связаны с тем, что они делают: работой или специальным интересом, а не с семьей или социальными связями. Как сказала Тэмпл Грандин: «Я — это то, что я делаю».

12.4. Ключевые моменты и стратегии

- Колледж и университет:
 - После того, как студент записался на конкретный курс, кто-нибудь из учителей или персонала по поддержке из бывшей школы студента может контактировать с университетом для предоставления информации о том, какая поддержка нужна студенту.
 - Продолжение проживания студентов с синдрома Аспергера дома имеет свои преимущества, по крайней мере на первом курсе, чтобы родитель мог оказать поддержку в сферах планирования бюджета, самообслуживания и в организационных аспектах, связанных со своевременным выполнением заданий, а также отслеживанием уровня стресса студента.
 - Студенту понадобится решить, сколько предметов брать в каждом семестре, и может оказаться благоразумным сначала не набирать максимально возможное их количество.
 - Студенту понадобится руководство, связанное с новыми социальными условностями и правилами поведения на лекциях, семинарах и консультациях, а также при работе над групповыми заданиями и отправке электронных писем персоналу. Прикреплённый «товарищ» или наставник из студентов может дать дружеские советы, касающиеся социальных правил поведения и ожиданий.
 - Студентам с синдромом Аспергера, возможно, понадобится чаще встречаться со своими академическими тьюторами, чтобы быть уверенными в том, что они «на правильном пути», и «настроиться» на курс обучения.
 - Необходимо учитывать когнитивные, социальные, моторные и сенсорные особенности студентов с синдромом Аспергера при выдаче учебных заданий и организации экзаменов.
 - Существуют практичные решения, например, напечатанные, а не устные объяснения концепций или решений, использование клавиатуры на экзамене для обхода проблем с почерком, а также при возможности выдача индивидуальных, а не групповых заданий.

- В некоторых университетах есть группы поддержки специально для студентов с синдромом Аспергера.
 - Студенты с синдромом Аспергера чаще проваливают учёбу или отчисляются из-за сложностей, связанных с управлением стрессом, а не из-за недостаточных интеллектуальных способностей или нежелания учиться.
- Карьера:
 - Обычно люди с синдромом Аспергера говорят о том, что найти подходящую работу или профессию и удержаться там им не столь легко, как обычным людям с той же квалификацией.
 - В случае некоторых профессий и специальностей обучение специфическим рабочим навыкам может оказаться успешнее при традиционном подходе «мастер и подмастерье», а не при их изучении в классе.
 - Человеку с синдромом Аспергера необходимо подготовить резюме, включающее портфолио соответствующего рабочего опыта и достижений, интересов и способностей, а также, возможно, фотографии или цифровые записи свидетельств о достижениях, отзывов и рекомендательных писем с предыдущей работы.
 - Человеку может понадобиться отрепетировать собеседование и обсудить с кем-то из близких знакомых, принимать ли конкретное предложение работы. Это не тот случай, когда надо принимать любое предложение трудоустройства.
 - Человеку с синдромом Аспергера могут потребоваться начальная и последующая поддержка и руководство, связанные с рабочими требованиями, навыками межличностного взаимодействия, необходимыми для плодотворной и сплочённой работы в команде, а также организационными навыками, в особенности связанными с рабочими приоритетами и управлением временем.
 - Польза для человека с синдромом Аспергера от успешного трудоустройства состоит в увеличении доходов, повышении самооценки, формировании новой сети социальных связей, а также возможности продемонстрировать специфические таланты и способности.

Глава 13

Долгосрочные отношения

Ситуация в семье у многих из тех, кто вступает в брак, проблемная и напряжённая.

(Аспергер, 2011, с. 104) (перевод Asperger (1944))

Мужчина или женщина с синдромом Аспергера может развить интимные личные взаимоотношения и стать партнёром на всю жизнь. Для начала подобных отношений обе стороны должны изначально счесть другого человека привлекательным. Какие же привлекательные характеристики можно найти в человеке с синдромом Аспергера?

13.1. Выбор партнёра

Я знаю из своего клинического опыта и исследований Максина Астон (Aston, 2003) о наличии у мужчин с синдромом Аспергера нескольких привлекательных для предполагаемой партнёрши качеств. Первая встреча может произойти благодаря общему интересу вроде заботы о животных, сходной религиозной веры или изучения одного и того же курса. Многие женщины при описании своего первого впечатления от партнёра, который на этом этапе ещё может не иметь диагноза, говорят о нём как о добром, внимательном и слегка незрелом: столь желанный «красивый и молчаливый незнакомец». Лица детей с синдромом Аспергера часто считают ангельскими, и у взрослых черты лица тоже могут быть симметричными и эстетически привлекательными. Человек может быть красивее предыдущих партнёров и считаться внешне привлекательной «добычей», особенно если у женщины есть сомнения в своей собственной самооценке и физической привлекательности. Недостаток социальных и коммуникативных навыков может привести к его восприятию как «молчаливого незнакомца», чьи социальные способности будут раскрыты и преобразованы партнёршей — знатоком эмпатии и социализации. Может присутствовать материнское сострадание к ограниченным социальным возможностям человека и вера, что его за-

мешательство в социализации и недостаток доверительности в общении обусловлены обстоятельствами его детства и могут быть преодолены со временем. Любовь всё изменит.

Привлекательность мужчины с синдромом Аспергера как партнёра могут усиливать его интеллектуальные способности, карьерные перспективы и степень внимания к своей партнёрше во время ухаживания. Такая преданность может быть очень лестной, хотя некоторые воспринимают подобное преклонение как граничащее с навязчивостью. Хобби или специальный интерес может изначально восприниматься как нечто милое и «обычное для мальчиков и мужчин». В человеке с синдромом Аспергера можно увидеть трогательного «Питера Пэна».

Мужчины с синдромом Аспергера могут вызывать восхищение из-за своей откровенности, чувства социальной справедливости и стойких нравственных убеждений. Их часто описывают как приверженных ценностям «старого мира» и меньше, по сравнению с другими мужчинами, меньше стремящихся к физической интимной близости или к времяпрепровождению с друзьями мужского пола. Мужчина с синдромом Аспергера предстаёт скорее имеющим «женственные» черты, чем «мачо», — т. е. идеальным партнёром для современной женщины.

У мужчины с синдромом Аспергера обычно поздно развивается зрелость в эмоциях и взаимоотношениях, и это может быть его первой серьёзной связью, в то время как у его ровесников уже могло быть несколько долгосрочных отношений. И отсутствие «груза прошлого» в отношениях даёт ему преимущество.

Многие женщины говорили мне о том, что их партнёр с синдромом Аспергера напоминал им их отца. Если у одного из ваших родителей синдром Аспергера, это может оказать влияние на то, какого человека вы выбираете себе в спутники жизни.

Когда у мужчин с синдромом Аспергера спрашивают, что привлекло их в партнёршах в самом начале отношений, они часто описывают одно физическое качество, например, волосы, или конкретную личностную черту, особенно материнское начало в присмотре за детьми (в том числе за уже имеющимися) или заботу о раненых животных. Мужчины с синдромом Аспергера часто меньше озабочены физическими данными своих партнёрш, чем другие мужчины, и их меньше беспокоят возрастные или культурные различия.

Иногда человек с синдромом Аспергера приходит к осознанному формированию «вакансии» при поиске пары и ищет подходящую «кандидатуру», которая сможет компенсировать осознаваемые им жизненные трудности. И когда кандидатура найдена, она преследуется с упорством, которому трудно противостоять. Одно из «требований к вакансии» — наличие продвинутых социальных и материнских способностей. Таким образом, привлекательные для отношений люди находятся на противоположном конце континуума эмпатии и понимания социального мира. Люди с синдромом Аспергера могут также знать, что им нужен партнёр, способный выполнять обязанности исполнительного секретаря, чтобы помочь им решить проблемы с самоорганизацией и продолжить выполнять многие функции эмоциональной поддержки, которые они получали от матерей, когда жили дома. Мужчины с синдромом Аспергера часто вызывают сильные материнские чувства в женщине и знают, что это как раз то, что им нужно в партнёрше. Они также обычно ищут человека с сильными моральными ценностями, который, однажды вступив в брак, будет готов посвятить себя успешному поддержанию отношений.

Что привлекает обычного мужчину есть в женщине с синдромом Аспергера? Эти качества могут быть подобны тем, которые женщины находят привлекательными в мужчинах с синдромом Аспергера. Социальная незрелость и наивность женщины могут быть привлекательными для мужчин с природными отцовскими качествами и склонностью к состраданию. Она может быть весьма привлекательной физически и обладать вызывающими восхищение талантами и способностями. Иногда эмоционально отчуждённая личность может напоминать мужчине его мать. Бывает и совместная радость от общих интересов и оценённая по достоинству сила обожания в начале отношений.

В то время как мужчины с синдромом Аспергера склонны к поиску партнёрши, способной компенсировать их трудности в повседневной жизни, — то есть кого-то, находящегося на другом конце континуума социальных и эмоциональных способностей, — женщины с синдромом Аспергера часто ищут партнёра с личностью, похожей на их собственную. Они чувствуют себя уютнее с тем, кто не ведёт бурной социальной жизни и не ищет частой физической близости. А поскольку у обоих партнёров сходные личностные особенности и ожидания, такие взаимоотношения могут быть успешными и продолжительными.

К сожалению, люди с синдромом Аспергера могут не очень хорошо распознавать в жизни «хищников», и некоторые женщины с синдромом Аспергера оказывались неблагоприятными в выборе партнёра. Они стали жертвами «хищнических» отношений и пострадали от различных форм жестокого обращения. Женщины с синдромом Аспергера могут изначально чувствовать жалость по отношению к мужчине, примерно так же, как к бездомной собаке, но неспособны выйти из ситуации, в которой они привлекли недостойного персонажа и сами были привлечены им. Низкая самооценка также может повлиять на выбор партнёра женщиной с синдромом Аспергера. Дебора объяснила мне по электронной почте: «Я установила свои ожидания очень низко, и в результате меня тянуло к жестоким людям. Я не могу не подчеркнуть важность осознания того, насколько самооценка важна для аутичного взрослого».

13.2. Проблемы во взаимоотношениях

При ухаживании могут не выявиться потенциальные проблемы, способные проявиться на более поздних стадиях отношений. Человек с синдромом Аспергера часто получает довольно поверхностные знания о романтике и свиданиях из своих тщательных наблюдений, а также путём подражания актёрам и использования сценариев из телепрограмм и фильмов. Некоторые люди объясняли, что они никогда не видели реальной личности до вступления в брак: после дня свадьбы человек «снял маску», которая казалась столь привлекательной до этого. Как сказала одна женщина: «Он получил свои награды и не имел больше нужды притворяться».

В подобных взаимоотношениях существует много потенциальных проблем. Часто то, что было милым в начале, позже становится проблемой. Первоначальный оптимизм по поводу того, что партнёр с синдромом Аспергера постепенно изменится и станет более эмоционально зрелым и социально опытным, часто растворяется в отчаянии, вызванном статичностью социальных навыков из-за ограниченной мотивации быть более общительным. Это может быть связано с затратами на общение интеллектуальных усилий и последующим истощением, а также со страхом совершить ошибку при коммуникации. Совместные социальные контакты с друзьями могут постепенно сходить на нет. Партнёр с синдромом Аспергера не хочет или не нуждается в той же степени социальных контактов, которыми пара наслаждалась, когда они только встречались. Партнёр без синдрома Аспергера может неохотно согласиться ради сохранения отношений сокра-

тить частоту и продолжительность общения с семьёй, друзьями, коллегами. Он постепенно «впитывает» черты синдрома Аспергера в собственную личность.

Наиболее частая проблема партнёра без синдрома Аспергера — чувство одиночества. Партнёр с синдромом Аспергера может быть доволен наедине с самим собой на протяжении длительных периодов времени. Хотя пара живёт вместе, разговоры могут быть довольно редки и происходить скорее для обмена информацией, а не того, чтобы насладиться обществом друг друга или поделиться переживаниями и обменяться мнениями. Как сказал один мужчина с синдромом Аспергера: «Моё удовольствие не проистекает от эмоционального обмена или межличностного взаимодействия».

В обычных отношениях ожидается регулярное выражение любви и привязанности. Крис, женатый мужчина с синдромом Аспергера, сказал об этом вот что:

Я испытываю огромные трудности с вербальным выражением привязанности. Это не просто ощущение смущения или застенчивость. Я понимаю, что это может быть трудно понять кому-то ещё, но высказывание жене своих чувств по отношению к ней забирает очень много усилий (Slater-Walker and Slater-Walker, 2002, с. 89).

Его жена написала по поводу нечастых слов и жестов любви своего мужа следующее:

Крис сказал мне однажды, что любит меня. С тех пор я узнала, что для человека с СА не является необходимым повторять те маленькие выражения интимности, которые часто составляют часть взаимоотношений; факт был высказан один раз, и этого достаточно (Slater-Walker and Slater-Walker, 2002, с. 99).

Для человека с синдромом Аспергера частое повторение очевидного или известного факта нелогично.

Партнёр без синдрома Аспергера страдает от эмоциональной депривации, которая становится одним из провоцирующих низкую самооценку и депрессию факторов. Образно говоря, обычный партнёр — это роза, пытающаяся цвести в эмоциональной пустыне (Long, 2003). Партнёр с синдромом Аспергера хочет быть другом и возлюбленным, но слабо представляет себе, как это делается (Jacobs, 2006).

Недавний опрос женщин, имеющих партнёра с синдромом Аспергера, включал вопрос: «Любит ли Вас партнёр?» — и 50 процентов ответили: «Я не знаю» (Jacobs, 2006). Им недоставало в отношениях повседневных

слов и жестов теплоты, осязаемых выражений любви. У людей с синдромом Аспергера есть проблемы в передаче эмоций, включая любовь (см. Главу 6). Когда супруга сказала своему мужу с синдромом Аспергера: «Ты никогда не показываешь заботу», — он ответил: «Ладно, но я ведь починил изгородь, не так ли?» Человек с синдромом Аспергера может выражать свою любовь более практичными способами. Или, если перефразировать цитату из сериала «Звёздный путь»¹ (Спок, изучая внеземное: «Это жизнь, Джим, но не такая, какую мы знаем»), то для синдрома Аспергера получим: это любовь, но не такая, какую мы знаем.

Если говорить образно о необходимости и способности к душевной теплоте, то у обычных людей — ведро, которое надо заполнить, а у людей с синдромом Аспергера — чашка, быстро наполняющаяся до краёв. Человек с синдромом Аспергера может не выражать эмоциональной привязанности в достаточной для удовлетворения потребности своего партнёра степени. Однако мне известно о взаимоотношениях, в которых партнёр с синдромом Аспергера выражает любовь слишком часто, хотя это может быть скорее следствием сильной тревожности и потребности в материнских чувствах. Человек с синдромом Аспергера может быть либо слишком отстранённым, либо слишком привязанным.

В сложных жизненных ситуациях, когда сострадание и слова или жесты душевной теплоты ожидаются как эмоциональная поддержка, обычный партнёр может быть оставлен в одиночестве для того, чтобы «прийти в себя». Я заметил, что это не проявление чёрствости: партнёр с синдромом Аспергера, возможно, очень добросердечен, но с его точки зрения наиболее эффективное средство для эмоционального восстановления — одиночество. Они часто говорят о том, что объятия воспринимаются как некомфортное сжатие, от которого им не обязательно становится лучше. Более того, обычный партнёр может говорить о том, что обнимать партнёра с синдромом Аспергера — это примерно как «обнять кусок дерева». Человек не расслабляется и не наслаждается таким близким соседством и прикосновениями.

Пребывание в одиночестве часто является основным механизмом эмоционального восстановления для людей с синдромом Аспергера, и они могут полагать, что это справедливо и для их партнёра. Они могут также не знать, как ответить, или бояться сделать ещё хуже. Я наблюдал ситуацию, когда муж с синдромом Аспергера сидел рядом с женой, которая была в

¹Примечание переводчика: англ. Star Trek.

слезах. Он оставался безмолвным и не пытался утешить её какими-либо тёплыми словами или жестами. Позднее, когда я обсудил эту ситуацию с ним и спросил, заметил ли он плач жены, он сказал: «Да, но я не хотел сделать что-нибудь не так».

Возможны также проблемы, связанные с сексуальной близостью. Человек с синдромом Аспергера может не быть по природе романтиком, который понимает и ценит любовную атмосферу, прелюдии и близкий физический контакт в отношениях. Рон, мужчина с синдромом Аспергера, сказал: «Интимная близость означает для меня вторжение в личное пространство или перегрузку. Я не испытывал ничего из общеизвестной сексуальной „химии“ с кем-либо». В минуты физической близости некоторые сенсорные стимулы могут восприниматься человеком с синдромом Аспергера как неприятные, что влияет на удовольствие обоих партнёров.

Познания в сфере сексуальности также могут быть весьма ограниченными или почерпнутыми из сомнительных источников. Мужчины с синдромом Аспергера могут считать порнографию авторитетным руководством по сексу, а женщины с синдромом Аспергера — обращаться к телевизионным «мыльным операм» как к справочнику по возможным сценариям и действиям в интимных отношениях. Партнёры без синдрома Аспергера также могут испытывать трудности в романтических и страстных отношениях с теми, кто часто требует «материнства» и при этом может обладать эмоциональной зрелостью на уровне подростка.

Сексуальность может стать специальным интересом в плане получения информации о сексуальном разнообразии и активности. Желание сексуальной активности и сексуальной близости может быть чрезмерным, почти навязчивым. Однако чаще партнёры мужчин или женщин с синдромом Аспергера обеспокоены недостатком либидо, чем его избытком. Партнёр с синдромом Аспергера может стать асексуальным с того момента, когда у него появляются дети, или после того, когда пара юридически оформила отношения. На консультативном приёме по отношениям супруга мужчины с синдромом Аспергера была явно расстроена, когда сообщила мне о том, что у них уже больше года не было секса. Её муж с синдромом Аспергера выглядел обескураженным и сказал ей: «Почему ты хочешь секса, когда у нас достаточно детей?»

Есть и другие проблемы. В современном западном обществе мы склонны заменять слово «муж» или «жена» словом «партнёр». Это отражает изменение взглядов на взаимоотношения. Женщины сегодня справедливо не хотят довольствоваться своим партнёром лишь в качестве источника

доходов для семьи. Они ожидают от партнёров разделения работы по дому, домашнего хозяйства и заботы о детях, а также близкой дружбы — разговоров, разделения переживаний и эмоциональной поддержки. Сопереживание и умение быть лучшим другом — это не те качества, которых легко достичь человеку с синдромом Аспергера.

У человека с синдромом Аспергера могут быть проблемы с управлением тревожностью, что также влияет на отношения. Партнёр может стать очень контролирующим, а жизнь всей семьи начинает строиться на негибком распорядке. Партнёр с синдромом Аспергера может навязывать свои решения без консультации с обычным партнёром, который возмущается своим отстранением от важных решений вроде переезда или смены работы. С теми взрослыми с синдромом Аспергера, которые по-прежнему испытывают проблемы с исполнительной функцией (см. Главу 9), обычный партнёр часто берёт на себя ответственность за семейные финансы, бюджет и решение организационных и межличностных проблем, возникших на работе у партнёра. Это добавляет стресса и ответственности обычному партнёру.

В любых отношениях неизбежно найдётся место взаимному несогласию и конфликтам. К сожалению, у людей с синдромом Аспергера могут быть ограниченные способности и опыт успешного разрешения конфликтов. У них может быть недостаточный набор вариантов, а также малый опыт в искусстве убеждения, принятии альтернативных точек зрения или умении идти на компромисс. Может быть и неспособность к принятию даже частичной ответственности. Партнёры жалуются: «Это никогда не его вина», «Я всегда оказываюсь виноватой», «Меня всегда критикуют, меня никогда не одобряют». Также могут быть проблемы со словесными оскорблениями, особенно в качестве реакции на полученную критику, с очевидной неспособностью выразить сожаление, успокоиться и забыть произошедшее. Это может быть связано с одной из ключевых особенностей синдрома Аспергера — проблемами с пониманием чужих мыслей, чувств и точки зрения. У человека с синдромом Аспергера также могут быть сложности с управлением гневом, что ещё больше осложняет отношения.

Недавний опрос о состоянии психического и физического здоровья пар, в которых у партнёра-мужчины есть синдром Аспергера, а у партнёрши нет, показал, что отношения оказывают очень разное воздействие на здоровье каждого из партнёров (Aston, 2003). Большинство мужчин с синдромом Аспергера ощущали, что их психическое и физическое здоровье существенно улучшилось за время отношений. Они утверждали, что

чувствовали меньше стресса и определённо предпочли бы отношения, а не одиночество. Они достигли внутреннего удовлетворения во взаимоотношениях. Напротив, подавляющее большинство партнёрш без синдрома Аспергера утверждали, что их психическое и физическое здоровье за время отношений существенно ухудшилось. Они чувствовали себя эмоционально истощёнными и заброшенными, и у многих из них проявлялись симптомы клинической депрессии. Большинство опрошенных в исследовании также утверждали, что отношения внесли свой вклад в ухудшение физического здоровья. Таким образом, большинство партнёров с синдромом Аспергера считали отношениями одной из причин улучшения своего психического и физического здоровья, а большинство партнёрш без синдрома Аспергера придерживались противоположного мнения. Это объясняет, почему многие партнёры с синдромом Аспергера воспринимают отношения как совершенно нормальные и не могут понять, почему их навыки взаимоотношений критикуют. Отношения превосходны для их нужд, в то время как их партнёрши чувствуют себя домохозяйками, бухгалтерами и заменой матери.

13.3. Методы укрепления отношений

Я провёл ряд консультаций по вопросам взаимоотношений для пар, где у одного из партнёров диагностирован синдром Аспергера, и очень уважаю способность партнёров без синдрома Аспергера вкладываться в отношения. Среди их основных качеств — вера в своих партнёров, преданность отношениям, интуитивное понимание того, что партнёр «не может», а не «не хочет», а также способность представить то, каково это — иметь синдром Аспергера, и проявлять к этому сочувствие.

Клинический опыт и опыт консультаций показывают, что существуют три необходимых условия для успешных отношений (Aston, 2003). Первое — то, что оба партнёра признают диагноз. Партнёры без синдрома Аспергера могут быть первыми из пары, кто должен пойти на это и избавиться от чувства вины или ощущения, словно они сходят с ума. Их жизненные обстоятельства в конце концов нашли «законное» обоснование и приняты семьёй и друзьями. Они начинают чувствовать в себе больше сил справляться с проблемами в повседневной жизни. Однако принятие диагноза может быть крушением надежды на то, что партнёр улучшит свои навыки взаимоотношений естественным путём.

Принятие диагноза теми, у кого есть синдром Аспергера, важно для того, чтобы они увидели свои сильные и слабые стороны в отношениях. Это может принести и прорыв в осознании того, как их поведение и отношение влияет на их партнёров, и большее чувство общности в плане поиска того, что надо изменить, чтобы улучшить качество отношений и взаимопонимание.

Второе условие — наличие желания меняться и учиться. Обычно большее мотивации к изменениям у партнёра без синдрома Аспергера, который часто имеет более гибкое отношение к тому, чтобы меняться, а также значительный опыт в навыках взаимоотношений. Третье требование — доступ к семейному консультированию, видоизменённому с учётом способностей партнёра с синдромом Аспергера, а также готовность реализовывать предложения, полученные от специалистов по синдрому Аспергера, из соответствующей литературы и на группах поддержки.

Многие пары, посещающие обычные консультации по вопросам взаимоотношений, столкнулись с тем, что стандартная семейная психотерапия оказывается менее успешной при наличии у одного из партнёров синдрома Аспергера. Семейному консультанту необходимы знания о синдроме Аспергера, и он должен приспособлять методики консультирования к специфическим для людей с синдромом Аспергера проблемам с эмпатией, самопониманием и самораскрытием, выражением эмоций и обсуждением опыта предшествующих отношений.

В настоящее время есть литература по самопомощи в отношениях, написанная как парами, в которых один из партнёров имеет синдром Аспергера, так и специалистами по синдрому Аспергера (Aston, 2003; Edmonds and Worton, 2005; Jacobs, 2006; Lawson, 2005; Rodman, 2003; Slater-Walker and Slater-Walker, 2002; Stanford, 2003).

Важно помнить, что моё описание трудностей во взаимоотношениях и способов поддержки основано на моём опыте консультирования взрослых, которые не были диагностированы в раннем детстве и своевременно не получили руководства по развитию навыков дружбы и иных межличностных отношений. Вся жизнь таких людей прошла со знанием того, что они иные, и они развивали механизмы маскировки и компенсации, которые могли в определённой мере способствовать внешнему, поверхностному успеху в общении, но пагубно влияли на интимные взаимоотношения с партнёром. Я предполагаю, что новое поколение детей и подростков с

синдром Аспергера имеет лучшее пониманием диагноза — как они сами, так и их родственники и друзья, и это даёт больше шансов на построение долгосрочных любовных отношений, удовлетворяющих обе стороны.

В то время как партнёру с синдромом Аспергера потребуется руководство и поощрение в улучшении навыков взаимоотношений, есть методы помощи и партнёру без синдрома Аспергера. С момента принятия диагноза семьёй можно ожидать бóльшей эмоциональной поддержки от близких членов семьи и друзей. Важно, чтобы человек расширял круг друзей, что уменьшит чувство одиночества, и учился вновь переживать удовольствие от социальных событий, возможно, без присутствия партнёра с синдромом Аспергера. Важно, чтобы он не чувствовал вины за то, что партнёра нет рядом. Для отношений будет очень полезно, если у партнёра без синдрома Аспергера будет особый, близкий друг с интуитивным умением поддерживать эмоционально и способный стать душевным, сопереживающим помощником. Периодические совместные выезды или праздники с друзьями также могут дать возможность вновь обрести веру в свои социальные способности и взаимопонимание. Положительное отношение к ситуации также имеет первостепенное значение. Как сказал один из партнёров: «Если жизнь даёт тебе лимон, сделай из него лимонад».

13.4. Если у родителя синдром Аспергера

Когда взаимоотношения доходят до того, что пара становится родителями, то партнёр, а теперь уже и родитель с синдромом Аспергера, возможно, плохо понимает нужды и поведение обычных детей и подростков. Партнёр без синдрома Аспергера может ощущать, что он на самом деле является родителем-одиночкой. Семье часто приходится приспосабливаться к негибким распорядку и требованиям к поведению, к непереносимости шума, беспорядка и любого вмешательства в одиночную деятельность родителя, к восприятию прихода друзей детей как «вторжения» и к анализу людей в чёрно-белых тонах. Человек с синдромом Аспергера обычно нуждается в поддержке, но сам может редко поддерживать членов семьи, мало заинтересован в эмоционально значимых для других событиях и часто критикует, но редко хвалит. Эмоциональный климат может подвергаться влиянию негативизма, что вызывает напряжённость и угнетает энтузиазм других. Вся семья слишком хорошо знает о быстрых сменах настроения, особенно внезапных вспышках гнева, и пытается не противоречить человеку из-за страха бурной эмоциональной реакции.

Мягкое проявление такого поведения и отношения может оправдываться членами семьи и обществом как обычное для некоторых мужчин, но к матерям общество относится иначе. От матерей ожидают инстинктивной способности воспитывать и соответствовать эмоциональным нуждам детей. Этот инстинкт может хуже срабатывать у матери с синдромом Аспергера. Иногда незамужняя беременная женщина с синдромом Аспергера может признать свой ограниченный материнский инстинкт и для пользы новорождённого отдать его в приёмную семью. Важно осознавать, что, хотя родительский инстинкт матерей или отцов с синдромом Аспергера может быть менее надёжным, они могут научиться быть хорошими родителями. Мне знакомы многие матери и отцы с синдромом Аспергера, которые благодаря чтению и сопровождению специалистов приобрели способность понимать развитие и потребности своих детей и стали образцовыми родителями. Для этого имеются следующие предпосылки: во-первых, осознание родителем с синдромом Аспергера необходимости в инструктаже, во-вторых, доступ к консультациям специалиста. Партнёр без синдрома Аспергера обычно от природы талантлив в интуитивной способности растить детей, и его надо воспринимать как знатока в этом вопросе.

Каковы реакции обычных детей в семье на наличие родителя с синдромом Аспергера? Каждый ребёнок будет вырабатывать собственный способ адаптации. Обычный ребёнок иногда может чувствовать, что он «невидим» или досаждаёт родителю с синдромом Аспергера, и ему может не доставать принятия, утешения, ободрения и любви, которых он ожидает и в которых нуждается. Например, дочь говорила, что она никогда не чувствовала любви от своего отца с синдромом Аспергера. Когда душевная теплота всё же выражается, она ощущается как «холодная» и на самом деле воспринимается как некомфортная. Ребёнок чувствует, что в нём ценят только его достижения, а не его самого. Разговоры с родителем с синдромом Аспергера могут превращаться в продолжительные монологи о собственных проблемах взрослого лишь с коротким и поверхностным интересом к проблемам ребёнка. Ребёнок учится не выражать эмоции, такие как душевное страдание, и не ожидать сочувствия. Также могут быть некоторые затруднения из-за того, как родитель влияет на развитие дружеских отношений. Дочь женщины с синдромом Аспергера прислала мне следующий пример, который раскрывает множество аспектов наличия синдрома Аспергера у родителя:

Когда мне было 6 лет, у меня почти получилось найти подругу по переписке из Австралии. Я очень волновалась, когда получила письмо с другого края света, задолго до существования Интернета. Я с трудом сдерживала своё волнение и не могла дождаться того, чтобы написать новой подруге о своих новостях. Я прочитала письмо и хотела ответить на её вопросы, но у моей матери было иное мнение: «В этом письме орфографические ошибки, сперва ты должна исправить её орфографические ошибки и отправить исправленное письмо назад к ней. Так она выучится правописанию». Я не знаю, научилась ли та маленькая девочка правописанию, так как я больше никогда не получала от неё ответа.

У ребёнка может выработаться один из следующих механизмов адаптации. Нехватка душевной теплоты и ободрения в сочетании с высокими ожиданиями могут привести к тому, что ребёнок станет взрослым со стремлением к высоким достижениям, пытающимся в конце концов добиться родительского восхищения, которого ему не хватало на протяжении детства. Другой механизм — избегание семейной ситуации: ребёнок проводит время с семьями друзей и уходит из дома при первой же возможности, желательно как можно дальше, чтобы подольше не возвращаться к своей семье. Ещё одна из возможных реакций — сильная ненависть к родителю с синдромом Аспергера за то, что он не был тем родителем, в котором нуждается ребёнок. Ребёнок может подталкивать родителя без синдрома Аспергера к подаче на развод, но разделение супругов — сложное дело, т. к. партнёр с синдромом Аспергера, скорее всего, не сможет выдержать одиночества либо с практической точки зрения, либо эмоционально.

Когда дети вырастают и затем осознают, что у одного из родителей был синдром Аспергера, они могут в конце концов понять личность, способности и мотивы матери или отца. Дочь объяснила это как: «Я никогда не чувствовала любви отца. Диагноз позволил мне полюбить и принять мою семью и устранить их способность ранить меня эмоционально».

Если синдром Аспергера имеется как у родителя, так и у ребёнка, то между ними может быть либо природная связь, либо взаимная неприязнь. У Лиан Холлидей Уилли очень близкие и поддерживающие отношения с отцом. Он осознал, что дочь нуждается в имеющихся у него знаниях о людях, общении и разговорах. Он стал её наставником в социальных вопросах, каждодневно давая советы о том, что делать и говорить в социальных ситуациях. Отец и дочь понимали и уважали точки зрения и жизненный опыт друг друга. Но это происходит не всегда. Вынужденное соседство двух

негибких и склонных к доминированию личностей с синдромом Аспергера может вести к враждебности и спорам. Партнёр без синдрома Аспергера становится опытным дипломатом, пытающимся «сохранить мир» и сталкивающимся лицом к лицу с проблемами противоречивых привязанностей. Наличие двух людей с синдромом Аспергера в одной семье может быть похожем на взаимодействие двух магнитов — они оба притягиваются или отталкиваются друг от друга.

В семье Лиан Холлидей Уилли синдром Аспергера есть у нескольких представителей в каждом поколении. У её дочери также синдром Аспергера, и её отец имеет связанные с ним черты. В семье Лиан очень позитивно относятся к синдрому Аспергера, и она поясняет:

В нашей семье мы всегда поддерживаем нашу «аспи»² в осознании того, что у неё полно восхитительных черт и мощных возможностей, при этом не менее добросовестно стараемся осведомить её, что знаем о её социальных, эмоциональных и познавательных неумениях. Поддерживая подобный баланс сил, мы помогаем ей отталкиваться от её сильных сторон и показываем ей академические и эмоциональные стратегии, направленные на то, чтобы помочь превратить её неумения в хорошо закреплённые навыки. Наша цель — помочь нашей дочери делать то, что удавалось моему отцу и мне: присоединиться к миру на его условиях, не теряя образа того, кто мы есть и что нам надо (Willey, 2001, с. 149).

²Примечание переводчика: англ. *Aspie*, жаргонное название человека с синдромом Аспергера.

13.5. Ключевые моменты и стратегии

- Партнёры — мужчины с синдромом Аспергера:
 - Многие женщины описывают своё первое впечатление от их партнёра, который на этом этапе мог не иметь диагноза, как от доброго, внимательного и слегка незрелого: столь желаемого «красивого и молчаливого незнакомца».
 - Возможно сильное материнское сострадание к ограниченным социальным способностям человека.
 - Привлекательность мужчины с синдромом Аспергера как партнёра могут усиливать его интеллектуальные способности, карьерные перспективы и степень внимания к партнёрше во время ухаживания.
 - У партнёра с синдромом Аспергера обычно поздно развивается зрелость в эмоциях и взаимоотношениях.
 - Многие женщины рассказали о том, что их партнёр с синдромом Аспергера напоминал их отца.
 - Мужчин с синдромом Аспергера часто меньше, чем других мужчин, заботят внешние данные партнёрши, а также их меньше волнуют возрастные или культурные различия.
- В то время как мужчины с синдромом Аспергера склонны к поиску партнёрши, способной компенсировать их трудности в повседневной жизни, — и поэтому на другом конце континуума социальных и эмоциональных способностей, — женщины с синдромом Аспергера часто ищут партнёра с личностью, похожей на их собственную.
- Проблемы в отношениях:
 - Во время периода ухаживания проблемы, которые могут развиться позднее во взаимоотношениях, часто не проявляются.
 - Первоначальный оптимизм по поводу того, что партнёр с синдромом Аспергера постепенно изменится и станет более эмоционально зрелым и социально опытным, может раствориться в отчаянии, вызванном тем, что социальные навыки партнёра не развиваются из-за его ограниченной мотивации становиться более общительным.
 - Наиболее распространённая проблема для партнёра без синдрома Аспергера — чувство одиночества.

- Партнёр без синдрома Аспергера часто страдает от эмоциональной депривации, что может быть одним из факторов, ведущих к низкой самооценке и депрессии.
- Человек с синдромом Аспергера выражает свою любовь скорее в практических вещах, чем в проявлениях нежности и тёплых чувств.
- Если образно говорить о необходимости в душевной теплоте и способности к ней, то у обычных людей — ведро, которое надо заполнить, а у людей с синдромом Аспергера — чашка, быстро наполняющаяся до краёв.
- Методы, ведущие к успеху в преодолении трудностей:
 - Клинический опыт и опыт консультаций показывают, что существуют три необходимых условия успешности взаимоотношений. Первое — признание диагноза обоими партнёрами. Второе — желание обоих партнёров меняться и учиться. Третье — доступ к консультированию по вопросам взаимоотношений, приспособленному к специфическому набору черт партнёра с синдромом Аспергера.
 - Существуют способы помочь партнёру без синдрома Аспергера: расширение круга друзей для уменьшения чувства изоляции и возобновление переживания удовольствия от социальных событий.
- Родитель с синдромом Аспергера:
 - Когда взаимоотношения доходят до того, что пара становится родителями, партнёр и теперь уже родитель с синдромом Аспергера, возможно, плохо понимает нужды и поведение обычных детей и подростков.
 - Матери и отцы с синдромом Аспергера могут научиться тому, как стать хорошими родителями.
 - Когда дети становятся взрослыми и осознают в более поздний период жизни, что у одного из родителей был синдром Аспергера, они могут в конце концов понять личность, возможности и мотивы своих матери или отца.
 - Если синдром Аспергера есть как у родителя, так и у ребёнка, то между ними может быть либо природная связь, либо взаимная неприязнь.

Глава 14

Психотерапия

...эти люди, которые с таким трудом раскрываются, чья чувственная сфера столь иначе устроена и которых так тяжело постичь.

(Аспергер, 2011, с. 106) (перевод Asperger (1944))

По отношению к детям и взрослым с синдромом Аспергера использовалось много различных видов психотерапии, при этом опубликовано очень мало клинических случаев. С моей точки зрения, традиционная психоаналитическая психотерапия может мало что дать ребёнку или взрослому с синдромом Аспергера, и эту точку зрения разделяют некоторые психотерапевты (Jacobsen, 2003, 2004). Однако опубликовано несколько клинических случаев, в которых использовалась традиционная и модифицированная психоаналитическая психотерапия (Adamo, 2004; Alvarez et al., 1999; Pozzi, 2003; Rhode et al., 2004; Youell, 1999). Детальный психоанализ отношений матери и ребёнка в раннем детстве может ничего не дать для понимания внутреннего мира ребёнка с синдромом Аспергера, но вызвать развитие выраженного чувства вины у матери и сильное замешательство у ребёнка. Синдром Аспергера не является следствием неспособности матери ребёнка любить его и строить взаимоотношения со своим сыном или дочерью. Это может показаться очевидным, но, к сожалению, в некоторых странах, например, во Франции, традиционная психоаналитическая концепция аутизма и синдрома Аспергера является преобладающей теоретической моделью и основой терапии.

Использующиеся в традиционной психоаналитической терапии методы анализа основаны на теоретической модели развития обычного ребёнка, но ребёнок с синдромом Аспергера воспринимает мир и взаимодействует с ним совершенно иначе. В психоаналитической терапии символическая игра ребёнка анализируется для исследования его внутренних переживаний. Естественная символическая игра ребёнка с синдромом Аспергера часто является точным воспроизведением или «эхом» сцены из его любимого

рассказа и не обязательно является метафорой его жизни или имеет какой-то проективный смысл. При использовании проективных тестов ребёнок с синдромом Аспергера обычно выдаёт фактическую информацию, а не собственные проекции. Ребёнок просто описывает то, что он видит.

Результаты теста Роршаха у детей с синдромом Аспергера согласуются с диагностическими критериями (Holaday et al., 2001). Они меньше говорят о наличии там людей, их движениях или совместных действиях, а также проявляют признаки «обеднённых или неблагополучных взаимоотношений с другими людьми» и «социальной неловкости». Ответы также существенно отличаются от контрольных данных в плане выражения и переживания эмоций и способности к установлению и поддержанию интимности и душевной близости. Этот тест чувствителен к некоторым характеристикам синдрома Аспергера.

В настоящее время описано тестирование взрослых с синдромом Аспергера с помощью Миннесотского многофакторного личностного опросника второй редакции (англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), и их профили MMPI отражают такие личностные качества, как социальная изоляция, трудности межличностного взаимодействия, подавленное настроение и проблемы адаптации (Ozonoff et al., 2005a). Такой личностный профиль согласуется с клиническими описаниями, а также включает в себя дискомфорт в социальных ситуациях, уход от общения и интроверсию, застенчивость и тревожность в социальных ситуациях. Кроме того, исследование выявило ограниченность в интроспекции, а также в самосознании и осознании других людей, что может согласовываться с нашими психологическими моделями синдрома Аспергера, особенно с задержкой развития модели психического.

Психотерапия может представлять существенную ценность для родителей и помогает им понять свои психологические реакции на наличие синдрома Аспергера у их сына, дочери или партнёра, а также досаду детей от фразы: «Ты и так должен был это понять, без слов» (Jacobsen, 2003). Такие реплики, зачастую сказанные в сердцах, человек с синдромом Аспергера, вероятно, уже неоднократно слышал, и они повторяются из-за непонимания окружающими природы синдрома Аспергера.

Родителю или партнёру может быть необходимо заглянуть вглубь внутреннего мира человека с синдромом Аспергера с помощью психотерапевта, чтобы облегчить достижение взаимопонимания с тем, кто не может строить отношения с членами семьи обычными способами, а также глубже понять связанные с этим эмоции и необходимые коррективы. Мы знаем, что объ-

яснение кем-то природы синдрома Аспергера и видения мира ребёнком может обогатить отношения между ребёнком и родителем (Pakenham et al., 2004), а также улучшить качество отношений с партнёром с синдромом Аспергера (Aston, 2003).

Детям и взрослым с синдромом Аспергера психотерапия может быть полезна, но при этом нужно, чтобы она была основана на всестороннем понимании природы синдрома Аспергера, особенно способностей человека к пониманию и выражению мыслей и чувств, а также Я-концепции, т. е. образа самого себя, самооценки и самопринятия, базирующихся на жизненном опыте человека с синдромом Аспергера. Это потребует от психотерапевта знаний о новейших исследованиях в области когнитивной психологии синдрома Аспергера, особенно изысканий о модели психического, исполнительской функции и слабом центральном согласовании; чтения жизненных историй, описанных в автобиографиях; наконец, готовности к внесению необходимых изменений в обычную психотерапию. В итоге это может привести к развитию совершенно нового теоретического осмысления и появлению вариантов психотерапии, основанных не на способностях, жизненном опыте и мыслях обычных детей, но на специфических способностях, жизненном опыте и мыслях детей с синдромом Аспергера.

Установление взаимопонимания¹ между клиентом и психотерапевтом крайне важно, но у клиентов с синдромом Аспергера симпатии или антипатии к другим людям, особенно к профессионалам, часто зарождаются моментально и надолго остаются неизменными. Поэтому потребуются аккуратный, вдумчивый и тщательный поиск такого психотерапевта, который был бы принят человеком с синдромом Аспергера. Психотерапевту нужно будет понять характерную для синдрома Аспергера специфику языковых способностей, включающую трудности с прагматическими аспектами языка, особенно с соблюдением очерёдности в разговоре и знанием того, когда и как прервать собеседника, а также склонность к буквальному пониманию и педантичности. Клиенту с синдромом Аспергера потребуются больше времени на осмысление объяснений, и ему будет полезен ясный, структурированный и систематический подход с более короткими, но более частыми терапевтическими сессиями. Также может быть полезно предоставлять клиенту ключевые моменты каждой сессии в печатном виде и просматривать их в начале следующей сессии. Психотерапевт должен будет объяснить природу и границы терапевтических взаимоотношений, например, в какое

¹Примечание переводчика: в оригинале — rapport, в русскоязычной психологической литературе можно встретить термин «раппорт» без перевода.

время можно связаться с ним по телефону, какую именно информацию нужно знать терапевту, а также то, что он помогает как профессионал, а не как друг (Hare and Paine, 1997).

Хотя психотерапия может быть очень ценной в плане помощи человеку с синдромом Аспергера, имеются и трудности в поиске психотерапевта с обширным опытом работы с клиентами с синдромом Аспергера, а также с оплатой стоимости длительной терапии. У некоторых семей могут иметься финансовые средства для еженедельных терапевтических сессий, которые могут продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет, но это выходит за пределы материальных возможностей большинства семей и едва ли будет доступно на основе государственной поддержки либо частной медицинской страховки.

14.1. Узнать о внутреннем мире друг друга

Один из компонентов психотерапии заключается в выяснении психотерапевтом скрытых мыслей клиента. Понимание и выражение внутренних мыслей, как собственных, так и чужих, может представлять собой существенную проблему для человека с синдромом Аспергера. Лиан Холлидей Уилли объясняет: «Самоанализ нелегко даётся аспи, особенно мужчинам-аспи. Некоторые из нас никогда не достигают момента, когда мы можем смотреть внутрь себя и излагать увиденное» (Willey, 2001, с. 87).

Для объяснения этого свойства мы применяем термин «модель психического», впервые использованный когнитивными психологами, но оно может быть описано и в пределах психоаналитического понятийного аппарата (Mayes et al., 1993). Психотерапевту будет необходимо задействовать стратегии, описанные в Главе 5, для того, чтобы человек с синдромом Аспергера смог развить бóльшую зрелость и проницательность по отношению к мыслям, чувствам и намерениям других людей, а также чтобы помочь ему развить словарный запас для точной передачи эмоций, что описано в Главе 6.

Обычная психотерапия полагается на разговор между клиентом и психотерапевтом при взаимодействии тет-а-тет. Мы знаем, что у клиента с синдромом Аспергера может быть ограниченная способность к точному и ясному речевому выражению внутренних мыслей, и бóльшие, чем у обычных клиентов, проблемы в понимании речи и намерений психотерапевта, а также в «дешифровке» тонких социальных и эмоциональных сигналов. Всё это делает психотерапевтическое взаимодействие более запутанным и

стрессовым по сравнению с другими клиентами. Я обнаружил, что клиент будет более расслабленным и способным к более глубокому проникновению в свои внутренние мысли и переживания, если попросить его поучаствовать в терапевтическом «разговоре», используя два соединённых между собой компьютера или обмениваясь электронными письмами. У людей с синдромом Аспергера имеются существенные трудности с такими аспектами жизни, как общение и разговор, и когда они минимизированы, человек способен лучше объяснять и учиться.

Другой подход заключается в применении художественных приёмов в качестве средства самовыражения, например, нарисовать событие и использовать пузыри с речью и мыслями, как в Разговорах в комиксах (англ. Comic Strip Conversations) (см. Главу 6). Клиент может предпочесть музыку, точно выражающую его мысли или чувства, а если речь идёт о ребёнке — реконструировать сцену из любимого фильма или рассказа, напоминающую определённое событие или чувства. Эти не прямые способы могут позволить глубоко проникнуть во внутренний мир человека с синдромом Аспергера.

Людям с синдромом Аспергера может быть сложно понять, пережить и «отпустить» акты несправедливости, имевшие место в прошлом по отношению к ним самим или другим людям. Воспоминания о травле, непонимании, обвинениях или предательстве могут вторгаться в их мысли, словно повседневный опыт, даже спустя много лет после совершившегося события. Какая-то сцена может мысленно проигрываться много раз, т. к. человек пытается понять мотивы участников и определить, кто виноват, чтобы достигнуть понимания и разрешения ситуации. Психотерапевт может использовать Разговоры в комиксах, чтобы сперва увидеть восприятие и интерпретацию клиентом мыслей и чувств каждого участника, а затем обеспечить лучшее понимание внутреннего состояния, мыслей и мотивов участников для достижения завершённости. При недостатке интуитивного понимания психотерапевт может дать нужные объяснения и информацию. Призраки прошлого могут быть упокоены знаниями и пониманием мыслей и намерений, ранее недоступных.

У психотерапевта может не получиться использовать перенос столь же конструктивно, как с другими клиентами, но он может стать наставником, т. е. тем, кто понимает и обучает, давая возможность человеку с синдромом Аспергера полнее и качественнее выразить свою точку зрения и намерения. Клиент с синдромом Аспергера также может начать лучше осознавать влияние своих слов и действий на внутренний мир других людей.

Таким образом, долгосрочная психотерапия может помочь человеку с синдромом Аспергера понять ключевые события в своей жизни, а также приспособиться к миру, который не всегда понимает точку зрения и намерения людей с синдромом Аспергера. Процесс определения того, «откуда я пришёл», т. е. сочетание понимания природы синдрома Аспергера, предыдущего жизненного опыта и того, как характеристики синдрома Аспергера влияют на личность, поможет другому компоненту психотерапии, а именно пониманию того, «кто я сейчас», — т. е. своей Я-концепции.

14.2. Я-концепция

На каком-то этапе детства человек с синдромом Аспергера осознаёт, что он отличается от остальных детей. В Главе 1 были описаны четыре разных психологических реакции на это понимание: депрессия, уход в фантазии, высокомерие и адаптация с помощью имитации. Психотерапия может помочь детям или взрослым с синдромом Аспергера выработать реалистичную оценку того, кто они есть, и обращать большее внимание на достоинства, а не на недостатки.

Человек с синдромом Аспергера может быть очень самокритичным, что становится одним из факторов развития клинической депрессии. Кэрролайн, подросток с синдромом Аспергера, сказала мне: «Самое худшее в разочаровании в самой себе — это то, что ты никогда не прощаешь себя полностью». Психотерапия помогает уменьшить неуверенность в себе и самокритику. Негативный образ себя может быть ослаблен с помощью задания по перечислению своих черт, описанного в Главе 15 и призванного помочь человеку выявить свои достоинства и начать воспринимать себя как отличающегося от других, но не обязательно ущербного. Сотрудничество семьи и с людьми, играющими ключевые роли в жизни человека, будет способствовать развитию успешной и приносящей удовольствие деятельности, облегчая достижение социального успеха и укрепление самооценки.

Уход в фантазии как психологическая реакция может стать проблемой, когда мир фантазий начинает вторгаться в реальность. Бегство в воображаемый мир может быть закономерной реакцией на отчуждение от реального мира, но в условиях крайнего стресса оно способно привести к развитию бредовых идей и потере контакта с реальностью, т. е. к психозу. Ребёнок с синдромом Аспергера может справляться с жизненными трудностями, воображая себя супергероем, чтобы ощутить своё могущество и важность. Психотерапия должна помочь ребёнку выработать более приземлённую и

реалистичную Я-концепцию, но опять на основе по достоинству оценённых положительных качеств личности, без сосредоточения на трудностях с социальной интеграцией и сопоставлений со способными в социальном плане сверстниками. Из-за предшествующего опыта пребывания в роли жертвы травли у подростка с синдромом Аспергера может развиваться заблуждение параноидального характера, заключающееся в том, что другие люди непременно злонамеренные. Психотерапия и наставничество, направленные на развитие модели психического, помогут человеку понять намерения других людей и быть более объективным. Психотерапия также может поощрять внутренний диалог для достижения более объективного восприятия и истолкования намерений других людей.

Человек с синдромом Аспергера может развить компенсаторную Я-концепцию, в которой он превосходит других, из-за чего другие люди воспринимают его как высокомерного. Опять же, психотерапия поможет такому человеку достичь реалистичной оценки своих достоинств и способностей, а также качеств других людей. Терапия, в числе прочего, должна вести к пониманию того, как подобный настрой влияет на взаимоотношения, способность находить и поддерживать дружбу, и к осознанию того, насколько ценно уметь признавать допущенные ошибки и избегать гнева по отношению к людям, которые не соответствуют высоким ожиданиям.

Когда люди с синдромом Аспергера пытаются достичь принятия социумом с помощью актёрской игры, используя predetermined сценарии и роли, у них может получиться замаскировать свои проблемы с социализацией, но при этом они перестают быть верными своему настоящему «Я» или утрачивают понимание, кто они на самом деле. Их личность определяется ролью, которую они играют в отдельной ситуации, и имитацией тех, кто в ней успешен. Взрослый с синдромом Аспергера, профессиональный актёр на пенсии, сказал мне: «Только во взрослом возрасте у меня развилась моя собственная идентичность». На протяжении своего детства вплоть до молодости он не знал, кто он есть, помимо репертуара ролей. Психотерапия может помочь человеку в поиске самоидентичности, понимании и принятии самого себя.

14.3. Терапевтические действия для становления самоидентичности

Первый этап становления самоидентичности заключается в понимании человеком природы синдрома Аспергера и того, какие из связанных с ним черт проявляются в его наборе способностей и личности. Второй этап — это задания на завершение полупроективных предложений, таких как: «Я являюсь ...; я иногда...; я чувствую..., когда ...» и т. п., чтобы позволить психотерапевту лучше понять саморепрезентацию человека. Я обнаружил, что описание самоидентичности часто включает низкую самооценку по отношению к физическим и социальным способностям, но высокое мнение о своих интеллектуальных возможностях.

Когда детей и взрослых с синдромом Аспергера просят описать самих себя, они склонны определять свою личность в категориях того, что им нравится делать или собирать, но не через социальные связи с семьёй и друзьями (Lee and Hobson, 1998). Когда я попросил Денни, подростка с синдромом Аспергера, описать свою личность и личности известных ему людей, он ответил: «Я не знаю слов для описания личностей и характеров».

При разговоре с детьми с синдромом Аспергера об их специальных интересах слушатель может быть поражён глубиной знаний, а также способностью детей к пониманию существующей или разработке собственной системы классификации или каталогизации, связанной с интересом. Это резко контрастирует с незрелостью у них природной системы классификации людей, основанной на описаниях характеров или личностных качеств. Ребёнок или взрослый с синдромом Аспергера способен к категоризации объектов и фактов согласно определённой логической системе, но имеет ощутимые сложности с выработкой подобной системы для людей.

Оказывается, проблема заключается в незрелости понимания, что такое характер. Обычный маленький ребёнок сначала делит людей только на две группы в плане личностных качеств: на хороших и плохих. Следующий этап — это принятие того, что некто может иметь несколько черт характера. Обычный ребёнок может описать свою учительницу так: «Она обычно добрая, но иногда может и придирааться». Человек воспринимается как имеющий уже более одного личностного качества. Обычные дети начинают понимать, кто из их сверстников хороший, а кто плохой, с кем сблизиться, а кого сторониться. Они также учатся приспособливать своё поведение к личностным качествам или характеру того, с кем они общаются. По мере развития дети наращивают словарный запас для описания личностных

качеств и расширяют свои представления о личности. В итоге понимание дружбы основывается не на тесном соседстве, материальном достатке или физических возможностях, а на таких личностных качествах, как чувство юмора, заботливость и надёжность. Ребёнок становится достаточно зрелым, чтобы пойти дальше описания людей только через внешние качества и перейти к постижению их внутреннего мира, а также развитию способности описывать и ценить этот внутренний мир.

Третий этап заключается в развитии словарного запаса и постижения черт характера и личностных качеств. Это может помочь человеку с синдромом Аспергера понять личности других людей, и в итоге — свою личность или характер. Я прошу маленьких детей представить кого-то хорошо им знакомого и подумать, на какое животное похож этот человек. Например, они могут представить свою мать как похожую на занятого бобра; а того, кто их дразнит — на хищного тигра или акулу. Когда я спрашиваю, какое животное напоминаю им я, то, по общему мнению, я похож на собаку, которая их рада видеть и принимает их! Когда же их просят определиться, какое животное будет соответствовать их собственному характеру, предлагаются самые разные варианты: от робкой мышки до мудрого филина. Такого рода деятельность можно использовать для того, чтобы определить, каких персонажей следует избегать, видя в них «опасных животных»; изучить понятия доверия и двуличности — «волк в овечьей шкуре»; а также понять, с каким именно животным или персонажем соотносится их собственный характер. В заданиях на описание характера можно использовать также машины, строения, комнаты или мебель, чтобы представить конкретных людей. Например, учителя можно представить себе как библиотеку, а противного человека как вонючий туалет. Я выяснил, что подобный юмор — ценный компонент психотерапии (и обучения) людей с синдромом Аспергера.

Для развития способностей к описанию характеров можно также задействовать специальный интерес ребёнка. У ребёнка с синдромом Аспергера был специальный интерес к русской военной авиации. Я спросил его: «Если бы твоя мать была русским военным летательным аппаратом, то каким?» Он ответил, что она была бы старым и тяжёлым транспортным самолётом Ильюшина, так как она ходит медленно и носит так много вещей в своей сумке. Когда же я спросил, каким воздушным судном был бы он, то он ответил, что был бы истребителем МиГ последней модели и очень быстрым. Его описание характеров было очень проницательным, т. к. у него были также симптомы СДВГ.

Популярная серия детских книг Роджера Харгривза «Господа» (Mr Men) и «Маленькие Мисс» (Little Miss) включает таких персонажей, как Господин Сердитый (Mr Grumpy), Господин Глупый (Mr Silly), Господин Носатый (Mr Nosey), Маленькая Мисс Помощь (Little Miss Helpful) и Маленькая Мисс Чудачка (Little Miss Dotty), которые будут способствовать развитию у маленького ребёнка словарного запаса и представлений о различных типах личностей². Психотерапевт может спросить, знает ли ребёнок кого-то хоть немного похожего на одного из персонажей истории; например, директор школы может быть иногда похож на Господина Носатого (Mr Nosey), хотя благоразумнее не сообщать ему, кого он напоминает. Психотерапевт может создать нового персонажа, Господина или Маленькую Мисс Синдром Аспергера, чтобы проиллюстрировать черты синдрома Аспергера, а также то, как другие персонажи истории будут реагировать на такого человека. Дальнейшее развитие рассказа — это совместная работа с ребёнком над воображаемой историей, в которой он становится героем благодаря своим «аспергеровским» качествам. Есть также художественная литература для детей, в которой действуют персонажи и главные герои с синдромом Аспергера (см. раздел «Ресурсы» в конце этой книги).

Подростки могут использовать компьютерные игры, такие как «The Sims», для исследования различных характеров и создания персонажа со своими личностными качествами и способностями. Занятия актёрским мастерством, особенно с записью на видео и последующим просмотром, можно использовать для улучшения понимания характеров и образов, а также для изучения, каково это — быть кем-то другим, и наблюдения за тем, как другие словесно описывают *их* персонажа. В результате у клиентов улучшается способность воспринимать себя со стороны.

Лиан Холлидей Уилли рассказывала мне о том, что в отрочестве и юности у неё были проблемы с распознаванием плохих личностей, способных поставить её в уязвимые ситуации. Она знала, что её обычные друзья очень хорошо разбираются в людях, и когда она встречала кого-то способного превратиться из просто знакомого в друга, она просила своих друзей встретиться с этим человеком и дать ей совет, переходить ли к более близкой дружбе с ним.

Психотерапию можно использовать для развития проницательности, которая бесценна для реализации различных социальных возможностей и принятия решений о дружбе или близких взаимоотношениях. Одно из досто-

²Примечание переводчика: эти серии книг очень популярны в англоязычном мире, но по-русски до сих пор не издавались.

инств занятий по развитию способности разбираться в людях заключается в потенциальной возможности определить особенности характера самого человека и понять, какой тип личности сочетается с ним или дополняет его. Можно использовать метафору пазла из двух кусочков: «форма пазла» человека (характер и набор способностей) необычна, и развитие глубокого понимания своих личностных особенностей поможет ему установить взаимосвязь с подходящей «формой» (человеком с дополняющими его чертами характера), которая может стать настоящим другом или перспективным партнёром.

Взрослым с синдромом Аспергера может принести пользу чтение автобиографий женщин и мужчин с синдрома Аспергера, которое позволит соприкоснуться с похожим жизненным опытом и чувствами. Одно из возможных заданий для клиента в долгосрочной психотерапии — это написание своей автобиографии и пересмотр прошлого опыта с психотерапевтом в свете лучшего понимания синдрома Аспергера, а также мыслей и намерений других людей.

Недавнее исследование темперамента и характера взрослых с синдромом Аспергера выявило тенденцию к наличию тревожных или ананкастных (обсессивных) личностных особенностей, а также пассивности, склонности к зависимости от других и несдержанности (Soderstrom et al., 2002). Это исследование также выявило тенденцию к незрелости характера и проблемам с саморефлексией, например, экстернализацией локуса контроля, т. е. полаганием, что личные чувства удовольствия или дискомфорта являются следствием не собственных усилий человека, а действий и намерений других людей.

Теория личностных конструктов, изначально разработанная Джорджем Келли в 1950-х гг., имеет научную и логико-теоретическую основу, а также практические методы терапии, и она хорошо подходит для склада ума людей с синдромом Аспергера (Hare et al., 1999). Психология личностных конструктов (ПЛК) основана на принципиальном представлении о том, что каждый человек вырабатывает свою уникальную модель реальности (Fransella et al., 2005). Этот подход особенно хорошо применим к людям с синдромом Аспергера. Техника репертуарных решёток в ПЛК использует измерительную систему и математические формулы, обеспечивая визуальное лаконичное представление о восприятии человеком собственных качеств, способе истолкования им своего мира и сопоставлении себя с другими людьми, а также о возможных направлениях в изменении понимания самого себя и своих личностных качеств.

Эта методика заключается в построении простой репертуарной решётки из *элементов* и *конструктов* (оценочных шкал). Элементы — это люди, и клиента просят написать на наборе пустых карточек имена значимых в его жизни людей, по одному имени на каждой карточке, также есть две дополнительные карточки со словами «таким я хочу быть» и «такой я сейчас». Затем эти элементы (люди) используются для выявления конструктов или оценочных шкал, которые человек использует, чтобы обнаружить сходства или различия между людьми. Человек берёт две или три случайные карточки, и его спрашивают, в чём элементы (т. е. люди) сходны, а в чём различны. Ответ становится конструктом, дающим возможность начать обсуждение того, какими словами описывается два экстремума этого конструкта, например, любезный—неотзывчивый. Два полюса конструкта записываются на концах большого куска бумаги. Далее человеку показывают все карточки и спрашивают «А кто из них наиболее...?» И он кладёт их по порядку между двумя полюсами. Затем порядок карточек записывается клиницистом. Карточки собираются и человек берёт два или три других элемента, находит другой конструкт, и процедура повторяется до выявления нескольких (или достаточного количества) конструктов. Порядок элементов и конструктов и их взаимосвязь можно анализировать как визуально, так и с помощью компьютерной программы. По моему мнению, для детей и взрослых с синдромом Аспергера из методов психотерапии в первую очередь следует выбирать когнитивно-поведенческую терапию (см. Главу 6) и психологию личностных конструктов.

Я заметил, что у взрослых с синдромом Аспергера конструкты нередко бывают незрелы, и некоторые конструкты особенно характерны для этой группы людей. Например, один из часто встречающихся конструктов у взрослых с синдромом Аспергера — это интеллектуальные способности, которые имеют для них большую личностную ценность. Таким образом, слово «дурак» воспринимается как особенно тяжкое оскорбление, поскольку человек с синдромом Аспергера определённо восторгается людьми с высоким интеллектом. Частью имеющегося набора их личностных качеств может быть развитое интеллектуальное высокомерие. Это открытие было для меня ценной информацией, и я изменил способ похвалы детей с синдромом Аспергера. Если сказать обычному ребёнку, что сделанное им принесло кому-то счастье или чувство гордости, то это будет очень значительной наградой или мотивацией. Но для детей с синдромом Аспергера альтруистическое желание радовать других людей может быть менее значи-

мой мотивацией. Обычно я предпочитаю обращаться к интеллектуальному тщеславию таких детей и хвалю их за интеллект, говорю, как они умны, а не подмечаю, как я доволен.

Среди основных целей как в жизни, так и в психотерапии, выделю две: это понять и принять самого себя. Некоторые дети и взрослые с синдромом Аспергера умудряются достичь этого без профессиональной терапии. Уоррик, 12-летний мальчик с синдромом Аспергера, написал мне электронное письмо, в котором утверждал: «Мне хотелось бы видеть, как аутичных детей принимают со всеми нашими странностями. Меня утомляет, напрягает и достаёт тратить столько времени на наблюдения за тем, что вы делаете. Иногда мне просто хочется быть самим собой, и мне нравится быть собой». Взрослый с синдромом Аспергера сказал мне: «Я больше не желаю быть нормальным. Я принимаю свою „аспергеровость“ и хочу поделиться своим удовольствием быть самим собой». Ребекка послала мне электронное письмо, в котором написала:

Я — одна из тех, кого можно называть своеобразным членом общества. Одна из «неприкаянных». Меня называли «витающей в облаках» и чокнутой. Или, в зависимости от поколения, занудой, заучкой, придурочной или слабачкой. Так как это всё-таки называется? Я — «аспи». Из всех имён, которыми меня называли на протяжении жизни, «аспи» нравится мне больше всего, потому что оно означает, что я в хорошей компании.

Отец Лианы Холлидей Уилли сказал: «Если бы у людей с синдромом Аспергера был более качественный рекламный агент, то у власти были бы мы, а не нейротипики» (личная коммуникация).

В своей автобиографии Донна Уильямс признавалась: «Казалось, что „нормальность“ других людей вела меня к безумию» (Уильямс, 2015, с. 69) (перевод Williams (1998)). Наилучшая психотерапия может быть обеспечена людьми с личным опытом синдрома Аспергера, достигшими самопринятия. Нита Джексон, молодая женщина с синдромом Аспергера, советует людям с синдромом Аспергера следующее:

Вам нужно принять себя такой, какая вы есть — как бы тяжело это ни было. Уход в отрицание будет лишь только мешать вам. Признайте свой синдром, изучайте его и помните, что тот, кто жесток к вам из-за вашего отличия, в первую очередь не стоит его. Это легче сказать, чем сделать, — я до сих пор не вполне к этому пришла! Однако, принятие

себя является ключом к личностному успеху... И самое важное — будьте верными самим себе, потому что, в конце концов, вы можете полагаться только на самих себя (Jackson, 2002b, с. 16–17).

14.4. Ключевые моменты и стратегии

- Традиционная психоаналитическая психотерапия мало что может дать ребёнку или взрослому с синдромом Аспергера.
- Синдром Аспергера не вызывается неспособностью матери любить ребёнка и строить отношения со своим сыном или дочерью.
- При использовании проективных техник дети с синдромом Аспергера более склонны к выдаче фактической информации, а не проекций себя.
- Дети и взрослые с синдромом Аспергера могут получить пользу от психотерапии, но терапия должна быть основана на всестороннем понимании природы синдрома Аспергера, особенно способностей человека к осознанию и выражению мыслей и чувств, а также Я-концепции как образа самого себя, самооценки и самопринятия, базирующихся на жизненном опыте человека с синдромом Аспергера.
- Психотерапевту потребуются знания о новейших исследованиях в области когнитивной психологии синдрома Аспергера, особенно изысканий по модели психического, исполнительной дисфункции и слабому центральному согласованию, чтение жизненных историй из автобиографий, а также готовность внести необходимые изменения в обычную психотерапию.
- Клиент с синдромом Аспергера может быть более расслабленным и способным к более глубокому проникновению в свои внутренние мысли и переживания, если попросить его поучаствовать в терапевтическом «разговоре», используя два соединенных между собой компьютера, обмениваясь электронными письмами или рисуя события, как в Разговорах в комиксах.

- У психотерапевта может не получиться столь же конструктивно, как с другими клиентами, использовать перенос, но он может стать наставником, т. е. тем, кто понимает и обучает, даёт возможность человеку с синдромом Аспергера полнее и качественнее выразить свою точку зрения и намерения.
- Долгосрочная психотерапия может помочь человеку с синдромом Аспергера понять ключевые события в своей жизни, а также приспособиться к миру, который не всегда понимает точку зрения и намерения людей с синдромом Аспергера.
- Психотерапия может помочь детям или взрослым с синдромом Аспергера достичь реалистичной оценки того, кто они есть, и обращать внимание больше на достоинства, чем на недостатки.
 - Первый этап становления самоидентичности заключается в понимании человеком природы синдрома Аспергера и того, какие из связанных с ним проявлений выражены в его профиле способностей и личности.
 - Второй этап — это задания на завершение полупроективных предложений, чтобы позволить психотерапевту лучше понять саморепрезентацию человека.
 - Третий этап — развитие словарного запаса и понимания черт характера и личностных качеств.
- Теория личностных конструктов, изначально разработанная Джорджем Келли в 1950-х гг., имеет научную и логико-теоретическую основу, а также практические методы терапии, и она хорошо подходит для склада ума людей с синдромом Аспергера.
- Среди конечных целей как в жизни, так и в психотерапии, есть две: это понять и принять самого себя. Некоторые дети и взрослые с синдромом Аспергера умудряются достичь этого без профессиональной терапии.

Глава 15

Часто задаваемые вопросы

Эта последняя глава является попыткой ответить на некоторые из вопросов, часто задаваемых родителями, профессионалами и людьми с синдромом Аспергера, на которые не было дано ответа в предыдущих главах. Клиницисты и учёные уже более 20 лет изучают причины отличий людей с синдромом Аспергера от остальных, и растущая база знаний уже позволяет дать определённые предварительные ответы. Наиболее часто задаваемый вопрос, особенно когда человек получает диагноз «синдром Аспергера», такой: «Что является причиной синдрома Аспергера?»

15.1. Что является причиной синдрома Аспергера?

Прежде всего, мы знаем, что синдром Аспергера не вызывается неадекватным родительским воспитанием, психологической или физической травмой. К сожалению, родители часто думают, что поведение или характер особенностей ребёнка каким-то образом вызваны изъянами их собственных характеров или родительских навыков, возможно, недостатком любви к ребёнку; или же каким-то травмирующим событием вроде падения с дерева или присутствия при несчастном случае. Родители должны избавиться от чувства личной вины. Научные исследования однозначно установили, что синдром Аспергера является следствием дисфункции специфических структур и систем в мозге. Короче говоря, мозг «собран» иначе, но не обязательно ущербно, и это не было вызвано действиями или бездействием родителя на протяжении развития ребёнка.

Сейчас есть возможность проводить исследования по нейровизуализации (т. е. построению изображений головного мозга) обычных людей, которые могут выявить структуры и системы, формирующие «социальный мозг» при совместной работе, и проверить, работают ли какие-либо из этих структур иначе у людей с синдромом Аспергера. Основанные на технологии нейровизуализации и нейропсихологических тестах исследования подтвердили, что синдром Аспергера связан с дисфункцией «социального мозга»,

который включает в себя части лобных и височных областей коры, или, если быть точнее, медиальную префронтальную и орбитофронтальную кору лобных долей, верхнюю височную борозду, нижнюю базальную височную кору и височные полюса височных долей. Также имеются доказательства дисфункции миндалевидного тела, базальных ганглий и мозжечка (Frith, 2004; Gowen and Miall, 2005; Toal et al., 2005). Новейшие исследования показывают, что связи между этими частями мозга ослаблены (Welchew et al., 2005). Есть и доказательства, позволяющие предположить дисфункцию коры правого полушария (Gunter et al., 2002) и аномалии в дофаминовой системе (Nieminen-von Wendt et al., 2004). Неврологические исследования по изучению функций мозга согласуются с психологическим профилем способностей к социальному мышлению, эмпатии, коммуникации и познавательной деятельности, являющихся признаками синдрома Аспергера. Таким образом, сегодня мы знаем, какие структуры функционируют или «собраны» иным способом.

Но почему эти области мозга развиваются отличным от нормального образом? Возможно, у большинства людей с синдромом Аспергера причиной служат генетические факторы. Аспергер изначально заметил «призрак» или «тень» синдрома у родителей (особенно у отцов) детей, которых он наблюдал, и предположил, что расстройство может быть наследственным. Последующие исследования подтвердили, что у членов некоторых семей есть удивительно сходные черты. Одно из исследований показало, что при использовании строгих диагностических критериев синдрома Аспергера примерно 20 процентов отцов и 5 процентов матерей детей с синдромом Аспергера сами имеют этот синдром (Volkmar et al., 1998). Хотя эта информация могла и не быть полной неожиданностью для участников, у них обычно не было формального диагноза. Если использовать расширенное описание синдрома Аспергера, то почти у 50 процентов родственников первой степени родства ребёнка с синдромом Аспергера есть подобные черты (Bailey et al., 1998; Volkmar et al., 1998). Если рассматривать родственников второй и третьей степеней родства, то более чем у двух третей детей с синдромом Аспергера есть родственник со сходным набором особенностей (Cederlund and Gillberg, 2004). Так что есть что-то в генах.

В Главе 1 я использовал метафору пазла из 100 фрагментов, чтобы описать процесс диагностики синдрома Аспергера. Некоторые фрагменты или аспекты синдром Аспергера оказывают пагубное воздействие на качество жизни человека, в то время как другие могут быть благотворными. Члены семьи, имеющие больше черт синдрома Аспергера, чем можно было бы

ожидать у обычного человека, могли унаследовать выигрышные черты, способствовавшие их успеху в карьере инженера, бухгалтера, ремесленника, в гуманитарных науках и искусстве. Мы знаем, что среди родителей, бабушек и дедушек детей с синдромом Аспергера число инженеров оказалось больше ожидаемого (Baron-Cohen et al., 2001b). Поэтому дети подобных индивидуумов подвергаются повышенному риску заполучить ещё больше черт, связанных с синдромом Аспергера — настолько, что их будет достаточно для диагноза. Братья и сёстры подобных детей, возможно, хотели бы знать приблизительный процент повторного проявления синдрома Аспергера, когда они заведут собственных детей. В настоящее время нам не удалось идентифицировать точный способ передачи или гены предрасположенности, но в не столь отдалённом будущем, мы, возможно, будем способны выявить пути генетической трансмиссии для отдельной семьи.

Матери детей с синдромом Аспергера часто задают вопрос о том, могли ли трудная беременность или роды послужить причиной признаков синдрома Аспергера, или по, меньшей мере, внести свой вклад в степень их выраженности. Лорна Уинг в своей оригинальной статье (Wing, 1981), где впервые был использован диагностический термин «синдром Аспергера», утверждает, что в некоторых из рассматриваемых ею случаев представлена история пре-, пери- и постнатальных патологических состояний, которые могли привести к церебральной (т. е. мозговой) дисфункции. Её оригинальное наблюдение было подтверждено последующими исследованиями. Осложнения при беременности были выявлены у 31 процента детей с синдромом Аспергера, а перинатальные или родовые осложнения — у примерно 60 процентов (Cederlund and Gillberg, 2004). Однако не удалось выявить чёткую связь между каким-либо отдельным осложнением при беременности или родах и последующим развитием признаков синдрома Аспергера. Мы также не знаем, могли ли уже сформировавшиеся нарушения эмбрионального развития впоследствии повлиять на процесс родов, осложнения которых увеличили степень выраженности нарушений.

Также отмечается повышенная подверженность синдрому Аспергера детей, которые малы для своего гестационного (внутриутробного) возраста, и в незначительной степени — связь с относительно большим (более 30 лет) возрастом матери (Cederlund and Gillberg, 2004; Ghaziuddin et al., 1995). Также оказалось, что дети с синдромом Аспергера чаще, чем можно было бы ожидать, рождаются либо недоношенными (36 недель или раньше) или переносными (42 недели или позже) (Cederlund and Gillberg, 2004).

Возможно, что факторы, влияющие на развитие мозга на протяжении беременности и родов, могут оказывать воздействие на «социальный мозг» и вносить свой вклад в развитие синдрома Аспергера.

В ходе недавних исследований было установлено, что по меньшей мере у четверти детей с синдромом Аспергера мозг и окружность головы росли с бóльшей скоростью по сравнению с ожидаемой в первые месяцы после рождения. У детей развивалась макроцефалия или необычно большая голова и мозг (Cederlund and Gillberg, 2004; Gillberg and de Souza, 2002; Palmen et al., 2005). Можно выделить две подгруппы детей с синдромом Аспергера и макроцефалией: у одних голова большая с рождения, а другие показали стремительный рост мозга на протяжении младенчества. Начальная акселерация впоследствии замедляется, и поэтому в более позднем детстве обычные дети «навёрстывают упущенное», и различия в окружности головы могут быть не столь очевидными, когда ребёнку около пяти лет. На данный момент у нас нет удовлетворительного и доказанного объяснения тому, почему так происходит. Мы знаем, что у маленьких детей с синдромом Аспергера и аутизмом может наблюдаться чрезмерный рост мозга. Также есть предварительная информация, позволяющая предположить, что разрастаются лобные, височные и теменные, но не затылочные области мозга (Carpner et al., 2002) и идёт увеличение объёма серого, но не белого вещества (Palmen et al., 2005). Иногда наличие стремительно растущего и относительно большого мозга, или по меньшей мере его отдельных частей, не является преимуществом.

Мы признаём, что синдром Аспергера является частью аутистического спектра, и исследования этиологии или причин аутизма могут дать информацию о причинах синдрома Аспергера. Поэтому будущие исследования должны показать, может ли синдром Аспергера вызываться инфекциями во время беременности и в раннем младенчестве, врождёнными ошибками метаболизма, такими как производство токсинов, влияющих на развитие мозга, в ходе переваривания каких-то отдельных продуктов, или иными биологическими факторами, способными оказать воздействие на развитие мозга.

В настоящее время мы не можем с полной определённостью говорить о какой-то конкретной причине синдрома Аспергера у какого-либо ребёнка или взрослого, но, по меньшей мере, у нас есть некоторые соображения о возможных причинах, и мы знаем, что родители могут не сомневаться в том, что синдром не вызван неправильным воспитанием.

15.2. Должен ли я давать разъяснения о диагнозе ребёнку?

Незамедлительный ответ — да. Клинический опыт говорит о крайней важности скорейшего разъяснения относительно диагноза, и по возможности — до формирования дезадаптивных компенсаторных реакций. В этом случае ребёнок с большей вероятностью достигнет самопринятия, минуя нечестное сравнения себя с другими детьми. И он будет менее склонным к развитию признаков тревожных расстройств, депрессии или поведенческих нарушений. Ребёнок сможет стать информированным участником разработки программ, зная о своих сильных и слабых сторонах, и то, почему он регулярно ходит к соответствующему специалисту, в то время как братья, сестры и сверстники — нет. Ребёнок может испытать огромное облегчение, узнав о том, что он не «странный», а просто иначе «устроен».

15.3. Когда и как Вы даёте разъяснения о диагнозе?

В каком возрасте надо говорить о диагнозе? Дети моложе примерно восьми лет могут не считать себя особенно отличными от сверстников и иметь сложности с пониманием представлений о таком сложном расстройстве развития, как синдром Аспергера. Объяснение для маленького ребёнка должно соответствовать возрасту и давать информацию, важную с точки зрения ребёнка. Основными темами будут выгоды от программ, направленных на то, чтобы помочь ребёнку найти друзей и получать удовольствие от игры с другими детьми, а также улучшить учёбу и быть успешным в школьной работе. Для этого могут использоваться дискуссии и задания, направленные на объяснение представлений об индивидуальных различиях: например, одним детям в классе легко учиться читать, а другим это даётся труднее. Клиницист или родители могут объяснить, что имеется другая форма чтения — «чтение» людей и социальных ситуаций, а также то, что существуют программы для помощи детям с трудностями в этом виде чтения. В настоящее время о диагнозе и его последствиях с ребёнком говорят обычно родители, а не специалисты по синдрому Аспергера. Есть множество книг, которые могут помочь с необходимыми разъяснениями, и я дал список рекомендуемых книг для в разделе «Ресурсы» в конце книги. Родители могут дать ребёнку представление о синдроме Аспергера, предложив ему прочитать сборники рассказов, героем которых является человек с этим синдромом. В частности, Кати Хупманн написала несколько превосход-

ных приключенческих рассказов, которые дети и подростки с синдромом Аспергера находят захватывающими и соотносят себя с переживаниями и способностями их героев.

Задание по выявлению качеств

Для детей старше примерно восьми лет я разработал задание по выявлению качеств (англ. Attributes Activity) для разъяснений о диагнозе ребёнку и его семье, включая братьев, сестёр, бабушек и дедушек. Я устраиваю встречу членов семьи, включая ребёнка или подростка, у которого недавно диагностирован синдром Аспергера. Первое задание — это временно прикрепить к стене комнаты большие листы бумаги или использовать большую белую доску с цветными маркерами. Каждый лист делится на две колонки: одна из них озаглавлена «Достоинства», а другая — «Трудности». Я предлагаю матери или отцу ребёнка первым сделать задание, которое включает в себе выявление и перечисление как своих личностных достоинств, так и сложностей (это могут быть практические навыки, знания, характер и страстные увлечения). После того, как первый человек внёс свои предложения, которые клиницист записывает на бумаге или на доске, семья добавляет свои варианты. Я заверяю, что это позитивная деятельность: когда комментируются различные качества, создаётся уверенность в том, что положительных качеств больше, чем проблем. Далее вызывается или выходит по своей инициативе другой член семьи и перечисляет свои достоинства и трудности. Ребёнок или подросток с синдромом Аспергера может наблюдать и участвовать в этом и понимать, что от него ожидается, когда настанет его очередь.

Иногда человек с синдромом Аспергера неохотно говорит о себе или не рассматривает себя как человека с множеством качеств и характеристик. Предложения качеств со стороны семьи поощряются, и клиницист тоже может выдвинуть несколько предложений, исходя из своего знания этого человека. Нужна некоторая осторожность при обозначении трудностей, чтобы человек не почувствовал себя жертвой. В Таблице 15.1 показан пример выполнения задания по выявлению качеств для ребёнка с синдромом Аспергера.

Клиницист комментирует каждое достоинство и трудность из предложенных ребёнком с синдромом Аспергера и затем объясняет, что учёные часто ищут закономерности. И когда они видят чёткую тенденцию, они обычно дают ей название. Далее я говорю о докторе Гансе Аспергере, ко-

Таблица 15.1. Пример выполнения задания по выявлению качеств в случае ребёнка с синдромом Аспергера

Достоинства	Трудности
Честный	Принятие ошибок
Предсказуемый	Поиск друзей
Эксперт по насекомым и «Титанику»	Принятие советов
Слышит звуки, неразличимые другими	Управление гневом
Добрый	Почерк
Прямолинейный	Знание того, о чём думает другой
Одиночка (и счастлив быть таким)	Избегать поддразнивания
Перфекционист	Показывать столько же душевной теплоты, как и другие члены семьи
Надёжный друг	Адаптация к внезапным шумам
Хорошо рисует	Выражение мыслей с помощью речи
Наблюдателен к деталям, невидимым для других	
Исключительная память к вещам, которые другие люди забывают	
Имеет нестандартное чувство юмора	
Продвинутое знание математики	
Нравится взрослым	

торый более 60 лет назад видел в своей клинике в Вене множество детей, чьи характерные черты, которые он наблюдал, были похожими друг на друга. Он опубликовал первое клиническое описание, которое получило известность как синдром Аспергера.

Я обычно говорю ребёнку: «Поздравляю, у тебя синдром Аспергера», — и объясняю, что это не означает, что он сумасшедший, плохой или ущербный: просто у него отличающийся от обычного способ мышления. Обсуждение продолжается объяснением того, что некоторые таланты или положительные качества ребёнка связаны с наличием синдрома Аспергера, например, его обширные знания о свечах зажигания, способность рисовать с фотографическим реализмом, внимание к деталям и природные способности к математике. Это помогает представить положительные стороны обладания признаками синдрома Аспергера. Упражнение по выявлению

качеств может быть проведено родителями ребёнка и без присутствия специалиста по синдрому Аспергера, но я обнаружил, что подростки более охотно принимают объяснение достоинств и недостатков от клинициста, а не от родителей.

Следующий этап состоит в обсуждении сложностей и стратегий улучшения отдельных способностей дома и в школе. Это может быть рассмотрением эффективности программ по улучшению социального интеллекта, когнитивной поведенческой терапии и/или медикаментозной поддержки как помощи в управлении эмоциями, а также идеи и поддержка в плане улучшения дружеских отношений. Клиницист даёт краткое изложение положительных качеств и трудностей человека, которые обусловлены синдромом Аспергера, и упоминает успешных людей в таких областях, как наука, информационные технологии, политика и гуманитарные науки — тех, кто извлёк пользу из признаков синдрома Аспергера в своих профилях способностей (Fitzgerald, 2005; James, 2006; Ledgin, 2002; Paradiz, 2002).

Ганс Аспергер писал:

По-видимому, для успеха в естествознании или гуманитарных науках капля аутизма абсолютно необходима. Необходимым ингредиентом для достижения успеха может оказаться возможность отрешиться от повседневной действительности, от чисто практического, способность оригинально переосмыслить существующее, чтобы выйти на непроторенные пути, направив все свои способности на одно занятие (Asperger, 1979, с. 49).

Как сказала Тэмпл Грандин, женщина с синдромом Аспергера, ставшая успешным инженером, писателем и учёным: «Если бы мир был всецело отдан вашей социальности, мы бы всё ещё сидели в пещерах и разговаривали бы друг с другом» (личная коммуникация).

Задание по выявлению качеств можно использовать и по отношению ко взрослым, а также к членам семьи и к партнёру. При выполнении этого задания парой, где у одного из партнёров синдром Аспергера, я прошу «типичного» партнёра рассказать о своей любви к партнёру с синдромом Аспергера и о том, что очаровало в нём при первом знакомстве. Я заметил, что среди качеств партнёра с синдромом Аспергера может фигурировать физическая привлекательность (молчаливый и красивый незнакомец), верность, выдающиеся умственные способности, у мужчин — некоторая доля феминности, некоторая труднодоступность и загадочность при сближении, а также исключительная заботливость при свиданиях. Как и во всяких отношениях, со временем какие-то характеристики становятся более заметными,

а какие-то сходят на нет, но некоторые качества, фигурирующие в отношениях, объясняются их связью с присущими взрослому чертами синдрома Аспергера.

При объяснении подростку или взрослому, как развивается профиль способностей, связанный с синдромом Аспергера, я иногда прибегаю к метафоре расчищенного участка в лесу. Происходящее на месте вырубki — это развитие мозга, а появление растений и молодых деревьев — развитие различных его функций. Одни ростки на таком участке развиваются очень быстро, и их кроны нависают над другими растениями, затеняя их, а корневая система ограничивает доступ других растений к питанию, подавляя таким образом рост конкурентов. Доминирующий росток, который скоро становится большим деревом, — это части мозга, связанные с социальным интеллектом. Если же росток социального интеллекта не получает быстрого развития и не становится доминантным, то другие деревья, т. е. другие способности, могут стать сильнее. Эти растения — способности к техническому мышлению, музыке, гуманитарным дисциплинам, математике, естествознанию, а также иное сенсорное восприятие. Таким образом человек может увидеть в синдроме Аспергера объяснение как своим талантам, так и трудностям.

Задание по выявлению качеств завершается высказыванием некоторых соображений клинициста по поводу носителей синдрома Аспергера. Такие индивидуумы имеют иные приоритеты, иное восприятие мира и способ мышления. Их мозг устроен иначе, но не ущербно. Такой человек уделяет первостепенное внимание знаниям, совершенству, правде, пониманию физического мира, а не чувствам и опыту межличностного взаимодействия. Это может дать выдающиеся способности, но также и уязвимость в этом социальном мире и повлиять на самооценку. Восприятие диагноза зависит от того, как клиницист о нём расскажет.

Я обычно делаю аудиозапись с характеристикой человека с синдромом Аспергера и обсуждением его синдрома, чтобы в дальнейшем семья могла её прослушать и освежить в памяти ключевые моменты. Качества и трудности человека могут быть также включены в отчёт для семьи или оформлены в виде Социальной Истории™ для ребёнка. Другой вариант — это совместное написание специалистом и родителями письма ребёнку с кратким описанием природы синдрома Аспергера, а также преимуществ и недостатков его наличия, а также с иной адресованной конкретному ребёнку информацией. (Yoshida et al., 2005).

При разговоре о диагнозе я предпочитаю использовать термин «синдром Аспергера», а не «болезнь Аспергера» или «расстройство Аспергера», потому что ребёнка может смутить отсылка к понятиям болезни или расстройства. Этот аспект раскрыт Томасом в биографии, написанной его матерью:

Когда мы ехали на машине, мой 11-летний сын Томас сидел на заднем сидении, читал книгу о синдроме Аспергера и спросил:

— Мама, в этой книге пишут о расстройстве Аспергера. Почему его считают расстройством?

— Не знаю, но это хороший вопрос, — сказала я ему.

Он продолжил:

— Я собираюсь написать автору книги и сказать ей, что она использовала неверный термин. На самом деле я не расстроен, я очень даже настроен.¹

— Прекрасная идея, — ответила я (Barber, 2006, с. 3).

После всех разъяснений о диагнозе как ребёнку, так и взрослому, важно обсудить, кто ещё должен о нём знать. Дети могут быть обеспокоены тем, как воспримут эту новость сверстники, — в том числе и их возможной негативной реакцией. Взрослым же будет интересно знать, насколько благоразумно говорить об этом друзьям, а также возможным работодателям и коллегам. Клиницист изучит и обсудит с клиентом вопросы, связанные с раскрытием диагноза, основываясь на его жизненных обстоятельствах: каковы преимущества и недостатки сообщения о диагнозе определённым людям, а также то, какую часть информации можно разглашать.

Нужно уважать мнение ребёнка по поводу того, должны или нет знать о диагнозе его сверстники. Если ребёнок действительно хочет, чтобы другие дети об этом знали, то необходимо взаимное согласие насчёт того, насколько широко будет распространена информация, кто будет давать объяснения, как это будет сделано и будет ли при этом присутствовать сам ребёнок с синдромом Аспергера. Кэрол Грей разработала программу «Шестое чувство» (The Sixth Sense) для объяснения природы синдрома Аспергера классу детей в начальной школе (Gray, 2002b). Она представила серию заданий для

¹Примечание переводчика: в оригинальном тексте также игра слов: disorder («расстройство») и in-order («в порядке»).

классной работы, основанных на развитии знаний о пяти чувствах, дополненных шестым — восприятием социальных знаков. Дети открывают для себя, каково это — иметь сложности с восприятием социальных сигналов, мыслей и чувств других людей,— и что они могут сделать для того, чтобы помочь кому-то развить это шестое чувство. В настоящее время имеется ряд изданий, призванных помочь ребёнку объяснить природу синдрома Аспергера сверстникам, братьям и сестрам (см. раздел «Ресурсы» в конце книги).

Недавно диагностированному взрослому также требуется обсудить, кому говорить и как рассказать о синдроме Аспергера семье, своему кругу общения и на работе. Некоторые взрослые более скрытные и крайне щепетильны в вопросе разглашения диагноза, и они решают ограничить круг распространения этой новости тщательно выбранными людьми. Другие взрослые более открыты и беззастенчивы в вопросах раскрытия этой информации. Лиан Холлидей Уилли решила устроить «вечер камин-аута», на котором участники носили специальные футболки с надписями: «Аспергер — это звучит гордо», «Синдром Аспергера — иной способ мышления». В этом случае о диагнозе сообщается совершенно открыто.

15.4. Есть ли у людей с синдромом Аспергера повышенная склонность к совершению преступлений?

Имеются опубликованные тематические исследования, посвящённые взрослым с синдромом Аспергера, которые совершили тяжкие преступления (Baron-Cohen, 1988; Barry-Walsh and Mullen, 2004; Cooper et al., 1993; Everall and Le Couteur, 1990; Howlin, 2004; Mawson et al., 1985; Murrice et al., 2002). В СМИ при сообщении о громких преступлениях иногда упоминают о наличии у осуждённого диагноза синдрома Аспергера. Исходя из этого, можно было бы предположить, что люди с синдромом Аспергера более склонны к тому, чтобы совершать серьёзные преступления. Однако исследования чётко показали, что уровень преступности среди взрослых с синдромом Аспергера на самом деле примерно такой же, как и среди остального населения, и что частота правонарушений, связанных с насилием, удивительно низка (Ghaziuddin et al., 1991; Isager et al., 2005). Наличие синдрома Аспергера не означает повышенную склонность к вовлечению в преступную деятельность или к совершению тяжких правонарушений.

Подавляющее большинство людей с синдромом Аспергера — законопослушные граждане, часто с очень ясными и традиционными представлениями о том, что хорошо и что плохо с точки зрения морали и закона. Но среди взрослых с синдромом Аспергера, совершивших правонарушение, некоторые виды преступлений встречаются чаще других из-за самой природы синдрома Аспергера.

Хотя детей и подростков обычно не привлекают к уголовной ответственности, некоторые дети и подростки с синдромом Аспергера принимают участие в деятельности, которая может привести к исключению из школы или предупреждению от полиции.

В Главе 4, посвящённой травле, описано, как ребёнок может нанести ответный удар действиями, нарушающими школьные правила и уголовный кодекс. Ребёнок, а иногда и взрослый с синдромом Аспергера может на протяжении многих лет «пережёвывать» имевшие место в прошлом пренебрежительное отношение и несправедливость и искать разрешения ситуации и мести противозаконными средствами (Tantam, 2000a). Социальная наивность и незрелость подростков с синдромом Аспергера может сделать их уязвимыми к «подначиванию» сверстниками к совершению правонарушения. А взрослые могут неправильно истолковать намерения и утверждения, высказанные «в сердцах», что может повлечь за собой обвинение в уголовно наказуемом нарушении. Ребёнок или подросток с синдромом Аспергера рискует приобрести незаслуженно дурную славу.

Подгруппа зловредных

Некоторые из детей, диагностированные Аспергером как имеющие аутистическую личность, изначально были направлены на обследование из-за действий, которые в наше время сочли бы признаком расстройства поведения (Hippler and Klicpera, 2004). В этой группе он выявил очень небольшое количество детей, которые вели себя зловредно, причём тщательно это планируя и иногда выказывая удовлетворённость. Он называл это «актами аутистической агрессии»².

²Примечание переводчика: имеется расхождение между русским и английским переводом работы Аспергера. В русском — «„акты агрессии“ подобных детей» (Аспергер, 2011, с. 97), в английском — «autistic acts of malice» (Asperger, 1991, с. 77). В оригинале — «autistischen Bosheitsakte» (Asperger, 1944, с. 121). В переводе использован наиболее близкий к оригиналу вариант.

Исходя из моего клинического опыта работы с детьми и подростками с синдромом Аспергера, совершающими злонамеренные поступки, можно выделить несколько факторов, ведущих к подобному поведению. Когда ребёнок с синдромом Аспергера чувствует отчуждение от сверстников из-за недостатка социальной компетентности и принятия, и, возможно, ещё большее отвержение из-за трудностей в обучении или выдающихся умственных способностей, он может попытаться достигнуть авторитета в социальных ситуациях с помощью запугивания. Ребёнок становится «маленьким диктатором», использующим угрозы насилия (более характерно для мальчиков с синдромом Аспергера) или эмоциональный шантаж (более характерно для девочек с синдромом Аспергера) для достижения власти и контроля над сверстниками и членами семьи. Опыт говорит о том, что подобное поведение не заимствуется у родителей. Напротив, родители часто очень кроткие, и их легко запугать. Поддаваясь авторитаризму ребёнка и его эгоцентричным требованиям, они непреднамеренно поощряют подобное поведение. Мне известны редкие случаи, когда подростки с замашками «маленького диктатора» регулярно и злонамеренно нападали на родителей с кулаками, иногда настолько жёстко, что в итоге вызывалась полиция и подросток обвинялся в тяжком правонарушении.

Некоторые подростки с синдромом Аспергера осознают свои трудности с эмпатией и пониманием эмоций других людей, и у них развивается специальный интерес к созданию ситуаций и высказыванию утверждений в качестве «психологического эксперимента», чтобы вызывать предсказуемую эмоциональную реакцию. Утверждения часто бывают шокирующими для «подопытного»: например, подросток может очень правдоподобно сообщить своей тётушке, что её горячо любимое домашнее животное было насмерть сбито машиной. Такие действия и «эксперименты» являются злонамеренными и направлены на изучение реакций или получение удовольствия от проявления душевных страданий или страха у другого человека. Объект эксперимента едва ли сделал что-нибудь оправдывающее подобных акт возмездия. Единственное возможное объяснение — то, что этот человек счастлив и успешен в тех областях, которые не даются человеку с синдромом Аспергера. В этом случае нездоровое интеллектуальное любопытство или желание заставить страдать кого-то так же, как уже давно страдает он сам, может стать большой проблемой для членов семьи и привлечь внимание полиции, в зависимости от того, кого человек выберет в качестве «подопытного». В настоящее время у нас не так много знаний о том, что делать, чтобы изменить поведение образ мышления подростков

и взрослых, принадлежащих к «подгруппе зловредных». В этом случае тюрьма едва ли станет средством устрашения. Мы надеемся, что долгосрочная психотерапия, направленная на осознание мыслей человека и его Я-концепции, позволит ему прийти к улучшениям в поведении и навыках межличностного взаимодействия.

Виды правонарушений

Я знаю людей с синдромом Аспергера, совершивших разные правонарушения: от мелкого нарушения общественного порядка до убийства. Привлечение к ответственности за нарушение общественного порядка чаще происходит, когда человек с синдромом Аспергера, руководствуясь ощущением несправедливости, идёт до конца в межличностной полемике и из принципа доводит расхождение во мнениях до абсурда, что иногда заканчивается кончается стычкой и агрессивным поведением. Наличие строгих моральных принципов может привести к конфронтации и спорам с людьми, которые воспринимаются как «аморальные» из-за того, что они вызывающе одеваются, например, в стиле определённой субкультуры. В этом случае на человека с синдромом Аспергера поступает заявление в полицию, и полиция решает принять соответствующие меры.

Проблема с доступом к специальному интересу может привести к обвинению в краже, совершённой для получения денег на покупку предметов для пополнения коллекции или в краже самих предметов специального интереса. Украденная вещь может быть необычной, например, редкий фонарных столб или трактор, не иметь практической значимости для человека и не годиться для продажи в корыстных целях. Предполагаемого виновника часто быстро выявляет полиция, причём вместе со всеми уликами. Навязчивая природа специального интереса в принципе может подтолкнуть некоторых взрослых с синдромом Аспергера, обычно очень честных, к соблазну совершить правонарушение.

Нам достоверно известно, что из-за проблем с выражением сексуальности и сексуальным опытом человек с синдромом Аспергера может привлекаться к ответственности за правонарушения сексуального характера. Обвинения обычно заключаются в неподобающем сексуальном поведении, а не в изнасиловании или иных насильственных действиях сексуального характера (Ray et al., 2004). Человек может испытывать сложность с различением доброты и влечения и предполагать, что дружеский акт был признаком романтического или сексуального интереса. Это может привести к возник-

новению пылкой любви или безумной страсти. Из-за проблем с моделью психического и чтением социальных знаков человек с синдромом Аспергера предполагает, что степень обожания взаимна, а знаки отвержения и раздражения не распознаются. И человека могут привлечь к ответственности за преследование.

Направленность или выражение сексуальности также могут представлять собой проблему. Например, человек с синдромом Аспергера мог не получить обычного для типичного подростка социального, чувственного и сексуального опыта, и у него могут развиваться сексуально возбуждающие фантазии, включающие предметы, одежду, детей или животных. Для этого существует термин «парафилия». Реализация на практике некоторых парафилий противозаконна. Человек с синдромом Аспергера мог в прошлом подвергнуться сексуальному насилию и впоследствии повторять это противозаконное действие с другими людьми, полагая подобное сексуальное поведение приемлемым или пытаясь понять, почему кто-то действует таким образом и, видимо, получает удовольствие от такого поведения.

Связанные с сексуальностью любопытство и смущение могут привести к стремлению найти больше информации и к развитию одиночного и тайного специального интереса к порнографии. Это может привести к тому, что сексуальное поведение, увиденное в фильмах и описанное в журналах, становится сценарием для первого свидания. Когда подобные предложения озвучиваются, человека могут счесть извращенцем или сексуальным маньяком, и он сталкивается с возможностью обвинений в сексуальном насилии. Выдвигались предположения, что наличие синдрома Аспергера могло быть в числе факторов по меньшей мере в одном случае сексуального маньяка и серийного убийцы (Silva et al., 2002). Поэтому я являюсь горячим сторонником полового просвещения подростков и взрослых с синдромом Аспергера с использованием программ, разработанных специалистами по синдрому Аспергера, а также соответствующих модификаций программ терапии для совершивших правонарушения сексуального характера (Ray et al., 2004).

Я помню, что много лет назад слышал упоминание высказывания Ганса Аспергера о том, что взрослые с аутистическим расстройством личности (аутистической психопатией) могли бы стать талантливыми взломщиками шифров и что их способности к математике и шифрам ценились военной разведкой. В своей статье, опубликованной в 1938 г., он выступает против недавно принятого нацистами «закона о предотвращении рождения потомства с наследственными заболеваниями». По-видимому, он понимал,

что указанием на способности обладателей аутистического расстройства личности он подчёркивал их потенциальные преимущества для военных и таким образом спасал их от изъятия у родителей и уничтожения. Он был определённо смелым человеком, если решился противостоять нацистской идеологии.

Когда я встретился с его дочерью Марией в Цюрихе несколько лет назад, то я спросил её, правда ли, что он высказывал эти соображения по поводу взлома шифров, и она сочувственно ответила: «Да». Она также поведала то, что он рассматривался нацистскими властями как неблагонадёжный человек. Я объяснил Марии, что его замечания были удивительно проницательными, и на протяжении Второй мировой войны британская военная разведка воспользовалась наличием черт синдрома Аспергера у математиков, которые внесли свой вклад во взлом шифров немецкой «Энигмы». Их вклад в окончание войны был бесценен.

В наши дни коды и электроника могут стать специальным интересом молодёжи с синдромом Аспергера, что ведёт к уголовной ответственности за взлом (хакерство). Человек с синдромом Аспергера может взломать компьютерную систему хранения данных в качестве интеллектуального упражнения, не обязательно для кражи денег или информации в целях промышленного шпионажа. В этом может не быть личной выгоды, кроме престижной позиции того, кто умнее разработчиков компьютерной программы. Иногда мотивацией служит жажда возмездия, если программа недоброкачественная или становится виртуальной монополией, что оскорбляет чувство социальной справедливости человека с синдромом Аспергера. Однако подобные факторы вряд ли будут рассматриваться судом как смягчающие обстоятельства. Если эти способности находят конструктивное применение, например, при работе в компании по Интернет-безопасности или в военной разведке, то интерес человека может стать престижной и высокооплачиваемой работой.

У ребёнка или подростка с синдромом Аспергера может развиваться страсть к мерцающему свету и окраске пламени, что может привести к пожару и обвинениям в поджоге (Everall and Le Couteur, 1990; Isager et al., 2005). Это считается очень серьёзным преступлением. Мне известны взрослые с синдромом Аспергера, которых привлекли к ответственности за убийство или покушение на убийство. Убийство может быть последствием спора, неожиданно принявшего насильственный оборот из-за того, что сознание и ощущение реальности человека с синдромом Аспергера затмила «слепая ярость», и последствия оказались фатальными. Убийство может быть и за-

ранее продуманной формой защиты или совершаться ради личной выгоды, например, приход в школу с оружием для предотвращения последующей травли и преднамеренно смертельное нападение. Также есть тематические исследования убийств, явно и очевидно совершённых из личной выгоды (Murrig et al., 2002). Однако читатель должен помнить о том, что люди с синдромом Аспергера крайне редко совершают убийства, и у нас нет исследований, доказывающих то, что уровень убийств у них как-то превосходит средние значения по общей популяции, или что наличие синдрома Аспергера было значимым для совершения убийства фактором.

Система уголовного судопроизводства

Процесс дачи показаний человеком с синдромом Аспергера определённо будет не таким, как у обычного человека или кого-то имеющего историю предыдущих правонарушений. На допросе люди с синдромом Аспергера не проявляют повышенной внушаемости, хотя могут реагировать на требования полиции очень вежливо, податливо и законопослушно (North et al., 2005). Человек может не проявлять очевидных признаков психического расстройства или нарушений способности к обучению, требующих особого подхода и учёта при допросе. Офицеры полиции, возможно, не знают, как обнаружить симптомы синдрома Аспергера у подозреваемого или свидетеля, а также как его черты могут повлиять на способность сообщить касающуюся преступления информацию. Опыт показал, что совершившие правонарушение люди с синдромом Аспергера, зачастую быстро признаются в совершённых действиях и находят им оправдания. Они не могут понять, к чему вся эта суматоха: их действия были логичными, оправданными и уместными, и они описывают их без какого-либо чувства раскаяния.

Если диагноз синдрома Аспергера официально признан системой уголовного судопроизводства, то благоразумно отправить человека к судмедэксперту, имеющему опыт работы с людьми с синдромом Аспергера, для того, чтобы определить степень значимости диагноза в случае вменяемого в вину правонарушения, а в случае осуждения — его влияния на вынесенный приговор. Все звенья системы правосудия выиграют от привлечения экспертов для судебно-психологической и судебно-психиатрической экспертизы людей с синдромом Аспергера. В настоящее время мы знаем, что от 3 до 11 процентов направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу в стационар являются — правонарушители с синдромом Аспергера (Person and Branden, 2005; Siponmaa et al., 2001). Поэтому есть свои преиму-

щества и в наличии выделенного на общегосударственном уровне подразделения судмедэкспертизы специально для людей с синдромом Аспергера (Ekkehart et al., 2005).

Экспертиза должна включать мнение эксперта по поводу возможности человека отвечать перед законом, особенно по поводу его способности к пониманию соответствующих юридических концепций и судебных процедур. Суд должен признать, что синдром Аспергера является психическим расстройством, но, вероятно, будет некоторое расхождение во мнениях по поводу того, может ли ментальное отклонение быть использовано как оправдывающее обстоятельство. Недостаток эмпатии, отличная от нормальной субъективная реальность, а также природа преступления, могут привести к предположению об изменённом состоянии сознания (Barry-Walsh and Mullen, 2004). Однако признание человека невменяемым будет иметь некоторые последствия при вынесении судебного решения, которые должны быть рассмотрены и оценены. Нам известно, что в закрытых психиатрических клиниках находится больше пациентов с синдромом Аспергера, чем можно было бы ожидать (Scragg and Shah, 1994). И хотя тюремного заключения можно избежать, есть некоторые сомнения в том, является ли помещение на неопределённое время в закрытую психиатрическую клинику для психически ненормальных правонарушителей подходящей альтернативой тюрьме.

Недостаток ожидаемого сострадания и раскаяния может привести к предположению, что человек является социопатом (психопатом). Социопаты обычно внешне обаятельны, и у них есть целая история использования искусных, основанных на интуиции способов эксплуатации других людей и манипулирования ими. Они абсолютные хищники в человеческом облики. Люди с синдромом Аспергера социально наивны и незрелы и обычно находятся на противоположном конце спектра «хищник — жертва» (Murrie et al., 2002). У тех и других есть проблемы с состраданием, но по разным причинам.

Когда суд, особенно суд присяжных, узнаёт о личностных качествах подзащитного с синдромом Аспергера, возможны проявления симпатии, сострадания и снисходительности, но природный недостаток раскаяния или понимания того, как его действия влияют на других людей, может вызвать и антипатию, что повлияет на суд и приговор. Судья также может быть обеспокоен возможностью рецидива и чувствовать себя обязанным

защитить общество. С моей точки зрения, диагноз синдрома Аспергера у подсудимого имеет значение скорее при вынесении приговора, чем при оценке его возможности отвечать перед законом.

В каждой стране и в каждом штате есть своё, отличное от других законодательство и уголовный кодекс, что может иметь значение для подзащитного с диагнозом синдрома Аспергера. В настоящее время количество судебных дел слишком мало для установления прецедентов, которые могли бы направлять систему уголовного судопроизводства. Исходя из моего опыта, связанного с судебно-медицинскими аспектами синдрома Аспергера, суды часто неохотно приговаривают к тюремному заключению, особенно за преступления относительно небольшой тяжести. Это мудрое решение. Я видел заключённых с синдромом Аспергера, ставших жертвами жестокого насилия со стороны других сокамерников. Недавний пример — молодой мужчина с синдромом Аспергера, совершивший кражу, чтобы получить деньги для приобретения чего-то связанного с его специальным интересом. Во время пребывания в тюрьме он стал объектом почти ежедневного сексуального насилия. Он сообщал о правонарушениях тюремной администрации, но нападения продолжались. Он отчаянно хотел избежать дальнейших надругательств и понял, что у него мало возможностей осуществить это. Он решил, что единственной возможностью для него будет отправка в карцер. И он устроил небольшой пожар в производственной мастерской в надежде, что его накажут сроком одиночного заключения. К сожалению, пожар вышел из-под контроля, и мастерская сгорела дотла. Молодого человека обвинили в очередном серьёзном правонарушении — поджоге, и он столкнулся с перспективой повести в тюрьме ещё больше лет. Однако эта история окончилась благополучно. Когда обвинение в поджоге было представлено суду, а обстоятельства заключённого с синдромом Аспергера разъяснены суду его адвокатом, обвинения были сняты.

Когда человеку с синдромом Аспергера выносится приговор, важно рассмотреть причину правонарушения и иметь доступ к подходящим программам для снижения риска рецидива. Среди этих программ могут быть направленные на улучшение социальных навыков и поощрение дружбы со сверстниками, которые не участвуют в преступной деятельности и не провоцируют на неё; тренинги по управлению гневом; терапия сопутствующего тревожного расстройства для снижения навязчивости специального интереса; разрешение имевшей место в прошлом несправедливости; просвещение в плане отношений и сексуальности. Частью судебного решения

может быть требование участия в подобных программах и терапии. Однако это подразумевает, что подобные услуги доступны и обеспечиваются теми, кто имеет опыт в терапии или поддержке людей с синдромом Аспергера.

После вынесения связанного со взятием под стражу приговора тюремная администрация и отвечающие за условное осуждение чиновники должны принимать во внимание то, какое влияние диагноз окажет на человека, и обеспечить адекватные меры безопасности и поддержку при нахождении человека в заключении и во время условного срока. Для тех, кто попадает под действие закона о психическом здоровье, существует альтернатива в виде помещения в охраняемый закрытый психиатрический стационар. В Соединённом Королевстве Национальное аутистическое сообщество (The National Autistic Society) содержит охраняемый стационар для 12 людей с синдромом Аспергера или аутизмом. Их учреждение (The Hayes Unit) под Бристолем включает в себя два дома с персоналом, обученным поддержке людей с синдромом Аспергера. В этом стационаре есть программы по развитию навыков независимой жизни и управления эмоциями, а также доступ к адекватной экспертизе. Опыт нахождения в среде, дружелюбной к имеющим синдром Аспергера, с возможностью улучшать отдельные способности, а также получать сопутствующую поддержку, ведёт к тому, что человек становится менее склонным к рецидиву после освобождения из стационара.

15.5. Может ли синдром Аспергера быть ошибочно принят за шизофрению?

Ганс Аспергер чётко проводил границу между аутистическим расстройством личности (аутистической психопатией) и шизофренией, отмечая:³

Следует ответить и ещё на один вопрос: может быть, в описанных случаях или хотя бы в некоторых из них речь идет о начальной стадии шизофрении, может быть, из неё в дальнейшем разовьется настоящий психоз? Но и на этот вопрос, основываясь на нашем материале, мы должны дать отрицательный ответ. Описанные нами состояния не показывают динамики, в основе своей останутся на всю жизнь, хотя обычно адаптация к требованиям окружающего мира и социальная адаптация становятся лучше. Нам известен только один случай, который вначале был определен нами как больной аутизмом с сильным

³Примечание переводчика: из-за отличий русского перевода статьи Аспергера от английского перевода была использована цитата, отличная от использованной Эттвудом.

нарушением инстинктов, но у которого через два года после нашего знакомства начался прогрессирующий распад личности, так что в настоящее время мы вынуждены были поставить диагноз гебефрениии. В случае же всех остальных пациентов, некоторые из которых находятся под нашим наблюдением 20 лет и более, не был установлен переход данной формы психопатии в настоящий психоз. (Аспергер, 2011, с. 105) (перевод Asperger (1944)).

Однако как в прошлом, так и в настоящее время, некоторых молодых людей с синдромом Аспергера отправляют на психиатрическое обследование на шизофрению⁴.

У человека с синдромом Аспергера могут развиваться черты, напоминающие признаки паранойи, но это бывает вполне понятной реакцией на самый что ни на есть реальный опыт общения. Детей с синдромом Аспергера дразнят чаще, преднамеренно и в более провоцирующей манере, чем их сверстников. С того момента, когда другой ребёнок подразнил ребёнка с синдромом Аспергера, любое последующее приводящее в смятение взаимодействие с этим ребёнком может вызвать у ребёнка с синдромом Аспергера предположение о том, что оно было осознанно враждебным. Это в итоге нередко приводит к долговременному чувству преследования со стороны других людей и ожиданию чужой злонамеренности.

Одной из проблем для клиницистов является дифференциация между предполагаемыми последствиями нарушенной или замедленно развивающейся модели психического, и паранойей и бредом преследования при шизофрении. В недавнем исследовании анализировалась потенциальная связь между нарушенной или замедленно развивающейся моделью психического и паранойей у молодых взрослых с синдромом Аспергера (Blackshaw et al., 2001). Инцидент вроде игнорирования другом может быть понят либо в рамках ситуации (он вас не увидел, спешил и т. п.), когда обстоятельства являются объяснением; или же в плане его намерений (он не хотел говорить с вами, или он хотел заставить вас почувствовать замешательство или же пренебрежение с его стороны). В исследовании использовался ряд тестов и опросников для измерения выраженности нарушений модели психического, а также паранойи. Люди с синдромом Аспергера набрали меньше баллов в тестах на модель психического и больше в опросниках на паранойю, чем контрольная группа, но в ходе анализа результатов этого исследования было

⁴Примечание переводчика: в настоящий момент (2022 г.) в России повсеместно встречается устаревшая практика «автоматической» замены диагнозов «синдром Аспергера» и «аутизм» на другие при переходе во взрослый возраст, в т. ч. и на шизофрению.

выяснено, что паранойя появилась из-за нарушений модели психического и качественно отличалась от черт паранойи у людей с диагностированной шизофренией. Паранойя в этом случае была не защитной стратегией, как при шизофрении, но возникала из-за путаницы в понимании тонкостей социального взаимодействия и социальных правил.

В более позднем исследовании, в котором сопоставлялись идеи преследования и способности к пониманию внутреннего мира других людей у людей с синдромом Аспергера и пациентов с параноидальным бредом, было установлено, что имеющиеся у некоторых людей с синдромом Аспергера слабо выраженные признаки паранойи развиваются по механизмам, отличающимся от таковых при психотическом бреде (Craig et al., 2004). У человека с синдромом Аспергера могут развиваться идеи преследования и паранойя, но существует качественное отличие между ними и идеями преследования и паранойи при шизофрении.

Одним из возможных компенсаторных механизмов у человека с синдромом Аспергера, имеющего ограниченный успех в обществе и взаимопонимание с людьми, является создание вымышленной жизни, возможно, включающей воображаемых друзей и воображаемый мир, в котором его понимают и он социально успешен. Контраст между реальным и воображаемым мирами иногда становится довольно резким в подростковом возрасте, и в условиях крайнего стресса подросток с синдромом Аспергера может создать мир грёз, который становится не просто ментальным убежищем и источником радости, но и источником беспокойства для других людей, так как разница между воображаемым фантастическим миром и реальностью начинает размываться. Тенденция к бегству в воображение, работающая как компенсаторный механизм, может быть в дальнейшем интерпретирована как наличие бреда (LaSalle, 2003).

Я также заметил, что некоторые дети и взрослые с синдромом Аспергера склонны к проговариванию своих мыслей вслух, очевидно, не осознавая, что это может приводить других людей в замешательство или надоедать им. Проговаривание мыслей вслух часто используется, чтобы облегчить решение задач, и некоторые подростки утверждают, что разговор с самими собой помогает им думать, т. е. человеку может быть сложно «мыслить молча». Если послушать их речь, возникающую вне социального контекста, её содержание часто составляет воспроизведение произошедших за день разговоров, что делается для понимания их различных смысловых уровней

или для репетиции будущего взаимодействия. В одиночестве подросток может разговаривать вслух с воображаемым человеком или другом, и это не обязательно участие в диалоге со слуховыми галлюцинациями.

Проблемы с прагматическими аспектами речи могут также объяснить склонность к резкой смене теме разговора, сбивающей с толку собеседника, которая может быть интерпретирована как доказательство расстройства мышления, связанного с шизофренией. Если человек с синдромом Аспергера не знает, что сказать, он может сменить тему разговора на такую, которую он знает и любит. Другая проблема с семантико-прагматической стороной речи, нередкая у людей с синдромом Аспергера, может заключаться в буквальной интерпретации вопроса. Психиатр может задать вопрос: «Вы слышите голоса?» — на который Венди Лоусон, у которой есть синдром Аспергера, ответила: «Да». Это корректный ответ, основанный на буквальной интерпретации вопроса (Lawson, 1998). В конце концов, она ежедневно слышала голоса разговаривающих рядом с ней людей. И её ответ укрепил мнение психиатра о наличии у неё шизофрении.

Нам известно, что многие дети с синдромом Аспергера мыслят зрительными образами (см. Главу 9), и когда я расспрашиваю у таких детей ещё и о наличии внутреннего голоса, помогающего им с управлением эмоциями или ситуациями, они часто обескуражены и утверждают, что когда они думают, у них нет внутреннего голоса или диалога. Эта черта, возможно, является следствием задержки развития аспектов модели психического, связанных с интроспекцией, и, вероятно, связана с задержкой в развитии лобных долей. У обычного ребёнка эта способность развивается примерно к пяти годам. Однако у человека с синдромом Аспергера это качество может впервые «включиться» в подростковом возрасте, и он в результате говорит о появлении голосов и разговоров в своей голове, что может быть интерпретировано как признак шизофрении. Важно проводить различие между внутренним голосом как естественным аспектом мышления и слуховыми галлюцинациями при шизофрении.

Клиницистам известно, что тяжёлая депрессия и другие расстройства настроения, такие как биполярное аффективное расстройство и тревожные расстройства, иногда могут вызывать психотические симптомы и бред, соответствующий настроению (Ghaziuddin, 2005b). В частности, у человека с тяжёлой депрессией могут появиться слуховые галлюцинации, связанные с депрессией, например, голоса, говорящие человеку убить себя, но они, как правило, имеют качественное различие с голосами при шизофрении. При

психотической депрессии голос часто говорит с человеком напрямую, в то время как при шизофрении голоса обычно говорят о человеке (Ghaziuddin, 2005b).

Поверхностное сходство между некоторыми признаками и последствиями синдрома Аспергера и шизофрении не подразумевает того, что у всех людей с синдромом Аспергера имеется «иммунитет» к шизофрении. Существуют люди с синдромом Аспергера, у которых развились несомненные симптомы шизофрении (Ghaziuddin, 2005b; Stahlberg et al., 2004). Однако Аспергер отметил, что только в одном из 200 наблюдавшихся им случаев появились явные признаки шизофрении (Wolff, 1995). Мы ещё не установили в точности коморбидность синдрома Аспергера и шизофрении, но в настоящее время в научной литературе не существует доказательств того, что шизофрения у людей с синдромом Аспергера возникает чаще, чем в популяции в целом (Tantam, 2000a).

Существуют семьи, в которых есть как ребёнок с синдромом Аспергера, так и родственники с диагностированной шизофренией (Ghaziuddin, 2005a). Однако иногда мы не можем быть уверенными в том, действительно ли у родственника шизофрения или же это черты синдрома Аспергера, напоминающие характерные особенности шизофрении. В прошлом люди с синдромом Аспергера, которых отправляли к психиатру для взрослых, не знавшему о синдроме Аспергера, могли легко получить диагноз атипичной шизофрении (Perlman, 2000). Я получил квалификацию клинициста практически в последние дни существования больших психиатрических больниц в окрестностях Лондона, в которых содержались сотни хронических психически больных пациентов. Сейчас, заглядывая в прошлое, я понимаю, что у некоторых из пациентов этих старых психиатрических клиник с диагнозом атипичной шизофрении сегодня был бы диагностирован синдром Аспергера. Если такие индивидуумы находятся в общественных психиатрических клиниках, они могут выиграть от пересмотра первоначального диагноза. Семья человека с синдромом Аспергера, в которой есть родственник с диагностированной шизофренией, может задуматься о том, не являются ли характерные проявления синдрома Аспергера более точным описанием состояния этого родственника и не следует ли пересмотреть первоначальный диагноз, обратившись к специалисту по синдрому Аспергера у взрослых.

15.6. Каков долгосрочный прогноз?

На протяжении нескольких десятилетий я имел возможность наблюдать и вносить свой вклад в возрастающую зрелость, способности и принятие самих себя у нескольких тысяч детей и взрослых с синдромом Аспергера. Дошкольники, которых я видел в начале работы моей клиники для людей с синдромом Аспергера в 1992 году, теперь стали молодыми взрослыми. Я также диагностировал и продолжаю поддерживать взрослых с синдромом Аспергера в их поиске чувства идентичности, отношениях с их партнёрами и детьми, а также в карьерном продвижении. В тех случаях, когда исход был успешен, я выделил несколько важных факторов, которые способствовали успеху. Они таковы:

- Диагностика осуществляется в раннем детстве для снижения вторичных психологических проблем, таких как депрессия и отвержение.
- Человек и его семья принимают диагноз.
- У человека есть наставник — например, учитель, родственник, специалист или человек с синдромом Аспергера, который понимает синдром Аспергера и направляет и вдохновляет подопечного.
- Человек получает знания о синдроме Аспергера посредством чтения автобиографий и книг по самопомощи, написанных для детей или взрослых с синдромом Аспергера.
- У человека есть родитель, партнёр или друг, способный дать эмоциональную и практическую поддержку, замаскировать любые затруднения и сохраняющий преданность человеку всю жизнь.
- Человек достигает успеха в работе или в своём специальном интересе, что компенсирует трудности в его социальной жизни. Социальный успех в итоге становится менее важным в жизни человека, и чувство самоидентичности и собственного достоинства начинает оцениваться не по неформальному общению, а по достижениям. Эта точка зрения проиллюстрирована Тэмпл Грандин:

Я знаю, что есть вещи, которых мне недостаёт в жизни, но у меня есть замечательная карьера, которая занимает всё моё время бодрствования. Постоянная занятость удерживает мой разум от мыслей о том, чего мне может не хватать. Иногда родители

и профессионалы излишне беспокоятся о социальной жизни взрослого с аутизмом. Я общаюсь посредством моей работы. Если человеку удастся развить свои таланты, то это обеспечит контакты с людьми, разделяющими его интересы (Grandin, 1995, с. 139).

- Человек в конце концов оказывается способным принять свои сильные и слабые стороны и больше не испытывает желания стать тем, кем он быть не может: он осознаёт наличия у себя качеств, которые приводят в восторг других.
- Не исключено природное исцеление. Так же, как есть те, кто поздно начал ходить или говорить, так могут быть и поздно начавшиеся общаться, хотя в этом случае «поздно» может составлять несколько десятилетий. В конце концов человек оказывается способным достичь своих жизненных целей.

Профессионалы и различные службы чаще видят детей и взрослых с синдромом Аспергера, чьи проблемы очевидны и с трудом поддаются терапии или разрешению, что может приводить к чрезмерно пессимистичному долгосрочному прогнозу. Синдром Аспергера является расстройством развития, и в конечном счёте человек всё-таки учится улучшать свои социальные навыки, умение вести разговор, понимать мысли и чувства других, точно и утончённо выражать свои чувства. Я использую аналогию со сборкой пазла-мозаики из нескольких тысяч фрагментов без картинки на коробке. Со временем собираются малые изолированные части головоломки, но общая «картина» не очевидна. В итоге появляется достаточно «островков» — частей пазла для того, чтобы увидеть картину в целом, и все фрагменты встают на свои места. Головоломка с пониманием общения и самопринятием решена. Я встречал много взрослых с синдромом Аспергера, которые описывали, что только в зрелости они в итоге умудрились постичь механизмы взаимодействия с социумом с помощью интеллекта. И с тех пор единственными людьми, знающими о том, как эта гладкая социальная интеграция была достигнута, остаются члены семьи и близкие друзья.

Исходя из моего клинического опыта работы с людьми с синдромом Аспергера всех возрастов и из знакомства с отдельными детьми и взрослыми с синдромом Аспергера на протяжении нескольких десятилетий, я могу сказать, что у некоторых взрослых очевидные признаки синдрома Аспергера со временем сглаживаются. Мы осознаём наличие спектра аутизма,

простирающегося от молчаливого и индифферентного ребёнка до человека с синдромом Аспергера. Мы только приступили к исследованию той части континуума аутизма, которая расположена между синдромом Аспергера и нормой. Мне известны некоторые подростки и взрослые с синдромом Аспергера, которые в своём развитии дошли до такой точки континуума, когда можно увидеть лишь еле уловимые остаточные различия и сложности. Человек развился до того, что можно описать скорее как особенности личности, чем как диагностическую категорию, используемую психологами и психиатрами для оправдания доступа к психологическому или психиатрическому лечению. Дигби Тантам использовал термин «пожизненная эксцентричность», чтобы описать долгосрочный прогноз для человека с синдромом Аспергера (Tantam, 1988b). Термин «эксцентричность» в этом случае не имеет уничижительного смысла. Всегда есть логичное объяснение явно эксцентричного поведения людей с синдромом Аспергера. У меня есть друзья и родственники с синдромом Аспергера, которых я очень высоко ценю. Я вижу людей с синдромом Аспергера яркой нитью в богатом гобелене жизни. Наша цивилизация была бы очень тусклой и бесплодной, если бы у нас не было такого сокровища, как люди с синдромом Аспергера.

Шон Баррон описывает вот такой возможный для многих людей с синдромом Аспергера исход:

К счастью, социальные связи, которые я так отчаянно хотел «отраслать», наконец установлены. Мои отношения с семьёй просто замечательные. У меня есть круг чудесных друзей, работа корреспондента газеты, которая удовлетворяет меня на интеллектуальном уровне, а также женщина, с которой я встречаюсь с 2003 года. Все люди в моей жизни воздействуют на меня положительным образом (Grandin and Barron, 2005, с. 82).

15.7. Что случилось с Джеком?

Моё руководство по синдрому Аспергера началось с вымышленного описания ребёнка с синдромом Аспергера, Джека, пришедшего на празднование дня рождения к своей школьной подруге Алисии. Родители наверняка зададутся вопросом: каким могло бы быть будущее Джека? И мне хотелось бы закончить правдоподобным описанием Джека, который стал взрослым, на основе моего обширного опыта работы с несколькими тысячами детей и взрослых с синдромом Аспергера и возможности наблюдать долгосрочное развитие детей, которых я впервые увидел несколько десятилетий назад.

Раздался громкий стук в дверь офиса. Новый начальник отдела кадров точно знал, что это возвещает о своём прибытии доктор Джек Джонстон, пришедший отчитываться по итогам работы за год. Он слышал, что его коллеги говорили о Джеке, и ему не терпелось наконец увидеть его самого. Компания производила аккумуляторные системы, и Джек работал над новой системой аккумуляирования энергии для автотранспорта, призванной заменить двигатели внутреннего сгорания. Отдел по научным исследованиям и разработкам обычно нанимал команду учёных для создания новых продуктов, но Джек работал сам по себе.

Его хорошо знала охрана. Он часто засиживался в исследовательском отделе далеко за полночь. Джек объяснил это своему непосредственному начальнику тем, что он работает более эффективно, когда в здании тишина и никто не отвлекает его поверхностными разговорами о домашнем матче местной футбольной команды или о ногах новой секретарши.

На столе у начальника отдела кадров лежало личное дело Джека. Оно было, безусловно, самым объёмным из тех дел сотрудников, которые ему приходилось видеть. Там содержалась ключевая информация об уровне образования Джека, упоминание об учёной степени в области электротехники, а также рекомендации от предыдущих работодателей, в которых говорилось о его честности, принципиальности и целеустремлённости. Однако в его деле были и заметки, сделанные предыдущим начальником отдела кадров и нацеленные на то, чтобы помочь его непосредственному начальству и компании. В них давалось краткое объяснение нарушения под названием «синдром Аспергера» и то, какие способности Джека и черты его личности из этого проистекают. Первоначальный диагноз был поставлен в 2005 году в возрасте девяти лет, и он воспользовался программами поддержки в школе, направленными на развитие навыков межличностного взаимодействия, а также дополнительными занятиями по развитию его талантов в инженерном искусстве. На дворе был 2028 год, и он перешёл из университетской среды в коммерческую только два года назад.

В личном деле было дано детальное изложение положительных качеств Джека: его знания, альтернативные способы мышления и решения задач, высокие стандарты в работе. Также приводилась информация о его трудностях при работе в команде, склонность к крайней прямолинейности и неспособность сохранять спокойствие при внезапных изменениях в техническом задании. Его идеи внесли свой вклад в недавний рост прибыли

компании, так как он разработал новую батарею повышенной ёмкости для карманной игровой приставки. Его считали эксцентричным, но очень ценным сотрудником.

В офисе некоторые сплетничали о Джеке. Ему было немного за тридцать, он жил дома с родителями, и у него была близкая подруга, о которой он иногда говорил, — та самая Алисия, которую он встретил тогда, в начальной школе. У него был сравнительно узкий круг друзей на работе, но при этом явно никогда не было долгосрочных любовных отношений. Он полностью посвятил себя исследованиям и выглядел неловко на социальных мероприятиях вроде рождественской вечеринки: в прошлом году он продержался на ней только 20 минут. Он объяснил это тем, что ему надо было возвращаться домой, так как у него было хобби по разведению редких сумчатых и ему надо было убедиться, что у коал есть запас свежих эвкалиптовых листьев. Но где-то шесть месяцев назад у бухгалтера компании появился новый личный ассистент. Она была матерью-одиночкой с двумя детьми-подростками и очень нравилась окружающим из-за своей способности успокаивать и располагать к себе людей, и всех потрясала всех её эффективность в организации ежедневного графика бухгалтера. Она встретила Джека, когда он вручал ей свою ведомость ежемесячных расходов, и с того дня жизнь обоих переменилась. Они планировали сыграть свадьбу в следующем месяце.

Начальник отдела кадров сказал: «Войдите», — и Джек вошёл в комнату. Начальник не знал, чего ожидать, но человек, стоящий перед ним, был определённо незабываемым. У него были непричёсанные волосы, многодневная щетина, а в кармане его рубашки лежало по меньшей мере четыре карандаша, две ручки и старомодный калькулятор. Одна из ручек недавно протекла чёрными чернилами на рубашку. Безо всяких формальных любезностей Джек сел и перешёл к монологу о результатах своей работы за прошлый год и своих проектах на будущий год. Казалось, он вздохнул с облегчением после того, как выдал требуемую информацию.

Теперь пришла очередь начальника отдела кадров дать отзыв по поводу работы Джека за прошлый год. Его идеи были очень оригинальными, хотя иногда было сложно понять его словесные объяснения их основных положений, впрочем, его компьютерные модели с трёхмерной графикой были очень ясными. Он нравился коллегам, хотя и был склонен повторять одни и те же шутки. Джек был победителем проводившейся внутри компании викторины «Что, где, когда?», и его воспринимали как доброго, застенчивого и преданного своему делу сотрудника.

Джек задумался на мгновение и согласился с этой оценкой своей работы. Он вежливо спросил о том, как начальник отдела кадров справляется со своей новой должностью, нашёл ли он школу для своих детей, а также что он думает о новом генеральном директоре. Как только Джек вышел из комнаты, он вспомнил своё раннее детство: как он чувствовал себя непонятым и не принятым другими детьми в школе, а в подростковом возрасте страдал от низкой самооценки и страстно желал быть популярным. Другие дети в классе изводили его тем, что называли неудачником, но если бы они могли увидеть его теперь! Он не был неудачником, он был успешен. Эти мысли успокаивали его, когда он открыл дверь своей новой BMW 7 серии, и тут он понял, что опаздывает на встречу, связанную с заключительными приготовлениями к его свадьбе.

Глоссарий

DSM-IV	Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, 4 пересмотр (англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition).
faux pas (промах)	Неловкая реплика или действие.
IQ	Коэффициент интеллекта (англ. Intelligence Quotient).
Алекситимия	Нарушенная способность идентифицировать и описывать эмоциональные состояния.
Амигдала (миндалевидное тело)	Часть мозга, связанная с распознаванием и регуляцией эмоций.
Апраксия	Проблемы с осмыслением и планированием движений, приводящие к тому, что действия становятся менее умелыми и координированными, чем можно было бы ожидать.
Атаксия	Пониженная согласованность движений различных мышц и аномальный характер движения.
Аутистическое расстройство личности (аутистическая психопатия)	Изначальный термин, использованный Хансом Аспергером для того, что впоследствии стало известным как синдром Аспергера.

Дискалькулия	Сложности с пониманием даже базовых математических концепций.
Высокофункциональный аутизм (ВФА)	Термин «высокофункциональный аутизм» (ВФА) используется для описания детей, у которых были классические симптомы аутизма в раннем детстве, но которые по мере развития проявили в формальных тестах на когнитивные навыки более высокий по сравнению с обычным для детей с аутизмом уровень интеллектуальных способностей, а также более высокие социальные, коммуникативные навыки и навыки адаптивного поведения.
Гиперлексия	Развитые способности прочтения слов с относительно плохим пониманием слов или нити повествования.
Заболеваемость (англ. incidence)	Текущее число людей с подтверждённым диагнозом.
МКБ-10	Международная классификация болезней, 10 пересмотр.
Модель психического	Способность распознавать и понимать мысли, убеждения, желания и намерения других людей для того, чтобы придать смысл их поведению и предсказать, что они будут делать дальше.

Когнитивная поведенческая терапия (КПТ)	Эффективная терапия, нацеленная на изменение тех способов, которыми человек осмысливает эмоции, например, тревогу, грусть и гнев, и реагирует на них. КПТ концентрируется на зрелости эмоций, их сложности, тонкости и словарном запасе, связанными с эмоциями, а также на дисфункциональных или нелогичных мыслях и некорректных предположениях.
Макроцефалия	Необычно большие голова и мозг.
Макрография	Сложности с письмом от руки.
Монотропизм	Сложности с восприятием и пониманием общей картины или сути, фокусировка на частях, а не на целом.
Невербальное расстройство обучения (англ. Non-verbal Learning Disability, NLD)	Главная особенность НРО — это проблемы в следующем: визуальное-пространственное восприятие и мышление; сложные психомоторные навыки и тактильное восприятие; адаптация к новым ситуациям; восприятие времени; механический счёт; социальная перцепция и навыки социального взаимодействия. Сравнительно сильными сторонами являются слуховое восприятие, навыки чтения, основанное на механическом запоминании вербальное обучение, а также правописание.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)	При ОКР у человека есть навязчивые мысли, о которых он не хочет думать: эти мысли описываются как <i>эгодистонические</i> , т. е. неприятные и нежелательные. У обычного человека эти навязчивые мысли часто связаны с чистотой, агрессией, религией и сексом. Обсессивные мысли детей и взрослых с синдромом Аспергера с намного большей вероятностью будут о чистоте, травле, насмешках, вероятности сделать ошибку и стать объектом критики.
Обоняние	Способность чувствовать запахи.
Общее расстройство психологического развития	Серьёзное нарушение навыков социального взаимодействия, взаимности и коммуникативных навыков с присутствием стереотипного поведения, интересов и деятельности.
Парафилия	Сексуально возбуждающие фантазии, включающие предметы, одежду, детей или животных. Практиковать некоторые парафилии противозаконно.
Патологическое избегание требований	Пассивное избегание кооперации и социальной интеграции в школе и дома.
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	ПТСР может быть последствием пережитого травматичного события или серии таких событий. Клинические симптомы ПТСР включают попытки избежать пережитой ситуации или воспоминаний о ней, а также признаки тревоги, депрессии, гнева и даже галлюцинации, связанные с травмировавшим событием.
Прагматические аспекты языка	Модификации использования языка в зависимости от социального контекста.

Прозопагнозия	Лицевая слепота.
Проприоцепция	Интеграция информации о положении и движении тела в пространстве.
Разговоры в комиксах	Простые рисунки в виде «человечков», пузырей с мыслями и словами, а также с разноцветным текстом, которые иллюстрируют последовательность действий, эмоций и мыслей в конкретных социальных ситуациях. Изначально разработаны Кэрол Грей.
Распространённость (англ. prevalence)	У скольких людей в общей популяции есть данное расстройство.
Рабочая память	Способность удерживать информацию «в голове» при решении задачи.
Селективный мутизм	Избегание разговорной речи.
Семанτικο-прагматическое расстройство речи (англ. Semantic Pragmatic Language Disorder, SPLD)	Сравнительно хорошие речевые навыки в областях синтаксиса, словарного запаса и фонологии, но при этом страдает использование языка в социальном контексте, т. е. искусство ведения разговора или прагматический аспект речи.
Синдром Аспергера	Проявление аутизма, расположенное на мягком конце спектра аутистических расстройств.
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)	Проблемы с удержанием внимания, импульсивностью и гиперактивностью.
Синдром Мёбиуса	Приподнятая верхняя губа и прямая нижняя губа.
Синдром Туретта	Множественные моторные тики и по меньшей мере один вокальный тик.

Слабое центральное согласование	Сложности с восприятием и пониманием общей картины или сути, фокусировка на частях, а не на целом.
Социальная История™	Социальная История™ описывает ситуацию, навык или концепцию в плане релевантных социальных сигналов, точек зрения и общепринятых реакций в специально определённом стиле и формате. Изначально разработаны Кэрол Грей.
Синестезия	Редкая форма сенсорного восприятия, при которой человек, воспринимая ощущения в одной сенсорной подсистеме, испытывает при этом и ощущение другой модальности.
Тактильная дефензивность	Чувствительность к специфическим тактильным ощущениям.
Тики	Эпизодические произвольные движения или звуки.
Фильтры Ирлен	Окрашенные линзы без диоптрий, разработанные для фильтрации тех частот в световом спектре, к которым человек чувствителен.

Ресурсы

Разъяснение диагноза

Ребёнку...

За последние годы было издано несколько книжных руководств, написанных в различных стилях и предназначенных для разъяснения диагноза синдрома Аспергера детям разных возрастов. Родители, особенно матери, которые осознали важность понимания их детьми своего диагноза, написали несколько таких руководств. Выбор того, какая книга лучше всего подойдёт конкретному ребёнку, — это решение родителей, основанное на их знании интересов, навыков чтения и чувства юмора их сына или дочери.

Faherty C. What Does It Mean to Me? A Workbook Explaining Self-awareness and Life Lessons to the Child or Youth with High Functioning Autism or Aspergers [*Что это для меня значит? Рабочая тетрадь для объяснения самоосознания и жизненных уроков детям и молодёжи с высокофункциональным аутизмом или синдромом Аспергера*]. — Arlington, TX: Future Horizons, 2000.

Gagnon E., Smith-Myles B. This is Asperger Syndrome [*Это — синдром Аспергера*]. — Kansas: Autism Asperger Publishing Company, 1999.

Gerland G. Finding Out About Asperger Syndrome, High Functioning Autism and PDD [*Узнайте больше о синдроме Аспергера, высокофункциональном аутизме и общих расстройствах развития*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.

Ives M. What is Asperger Syndrome and How Will It Affect Me? [*Что такое синдром Аспергера и как он может повлиять на мою жизнь?*]. — London: The National Autistic Society, 1999.

Schnurr R. Asperger's Huh? A Child's Perspective [*Аспергер, да? Точка зрения ребёнка*]. — Gloucester, Ontario: Anisor Publishing, 1999.

Vermeulen P. I Am Special: Introducing Children and Young People to Their Autistic Spectrum Disorder [*Я — особенный: как рассказать детям и молодым людям об их расстройстве аутистического спектра*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.

Другим людям...

Существует серия книг, рассказывающая о диагнозе детям, братьям и сёстрам, другим членам семьи и учителям, автор которой — Джози Сантомауро. Я уверен в том, что эти книги будут скоро изданы и доступны читателям по всему миру. А сейчас дополнительная информация о её книгах доступна на сайте www.users.tpg.com.au/jsanto/asperger.htm.⁵

Gretchen M. Help for the Child with Asperger's Syndrome: A Parent's Guide to Negotiating the Social Service Maze [*Как помочь ребёнку с синдромом Аспергера: руководство для родителей по взаимодействию с социальными службами*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2005. Советы предназначены главным образом для семей, живущих в США.

Santomauro J., Marino C. A Special Book About Me: A Book for Children Diagnosed with Asperger Syndrome (Asperger Syndrome After the Diagnosis) [*Специальная книга обо мне: книга для ребёнка, получившего диагноз «синдром Аспергера» (синдром Аспергера после диагностики)*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.

Santomauro J., Marino C. Fathering Your Special Child: A Book for Fathers or Carers of Children Diagnosed with Asperger Syndrome (Asperger Syndrome After the Diagnosis). [*Отцовство и ваш особенный ребёнок: книга для отцов или опекунов детей, получивших диагноз «синдром Аспергера» (синдром Аспергера после диагностики)*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.

Santomauro J., Marino C. Mothering Your Special Child: A Book for Mothers or Carers of Children Diagnosed with Asperger Syndrome (Asperger Syndrome After the Diagnosis). [*Материнство и ваш особенный ребёнок: книга для матерей или опекунов детей, получивших диагноз «синдром Аспергера» (синдром Аспергера после диагностики)*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.

Santomauro J., Marino C. You Are Special Too: A Book for Brothers and Sisters of Children Diagnosed with Asperger Syndrome (Asperger Syndrome: After the Diagnosis). [*Ты тоже особенный: книга для братьев и сестёр детей, получивших диагноз «синдром Аспергера» (синдром Аспергера после диагностики)*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.

⁵Примечание переводчика: на 31 июля 2021 г. ссылка не действует; книги вышеупомянутого автора вышли и были добавлены в данный раздел.

- Santomauro J., Marino C. *Your Special Friend: A Book for Peers of Children Diagnosed with Asperger Syndrome (Asperger Syndrome After the Diagnosis)*. [*Твой особенный друг: книга для сверстников детей, получивших диагноз «синдром Аспергера» (синдром Аспергера после диагностики)*] — London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.
- Santomauro J., Marino C. *Your Special Grandchild: A Book for Grandparents of Children Diagnosed with Asperger Syndrome (Asperger Syndrome After the Diagnosis)*. [*Ваш особенный внук: книга для бабушек и дедушек детей, получивших диагноз «синдром Аспергера» (синдром Аспергера после диагностики)*] — London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.
- Santomauro J., Carter M.-A., Marino C. *Your Special Student: A Book for Educators of Children Diagnosed with Asperger Syndrome (Asperger Syndrome After the Diagnosis)* [*Ваш особенный ученик: книга для тех, кто учит детей с синдромом Аспергера (синдром Аспергера после диагностики)*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.
- Tullemans A. *Talking to Family and Friends about the Diagnosis* [*Как говорить с семьёй и друзьями о диагнозе*]. — Redcliffe, QLD, Australia: DJ Publishers, 2004.

Художественная литература

Существует художественная литература и приключенческие истории для детей и подростков, в которых у главного героя есть синдром Аспергера. Эти истории помимо пополнения знаний детей о синдроме Аспергера способствуют их идентификации себя с переживаниями главного героя. Читатель увидит, что некоторые из связанных с синдромом Аспергера характеристик и способностей могут сделать из персонажа настоящего героя. Ниже приведён список сравнительно недавно вышедшей художественной литературы, в которой у главного героя синдром Аспергера:

- Hadcroft, W. Anne Droyd and Century Lodge. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2005.
- Haddon M. *The Curious Incident of the Dog in the Night-Time*. — Oxford: David Fickling Books, 2003⁶.
- Hoopmann K. *Blue Bottle Mystery: An Asperger Adventure* [*Тайна голубой бутылки: «аспергеровское» приключение*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2001a.

⁶Примечание переводчика: есть русский перевод, см. конец списка.

- Hoopmann K. Of Mice and Aliens: An Asperger Adventure [*Мышей и инопланетян: «аспергеровское» приключение*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2001b.
- Hoopmann K. Lisa and the Lacemaker [*Лиза и кружевница*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
- Hoopmann K. Haze [*Мгла*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.
- Ogaz N. Bustler and the Amazing Daisy [*Торопыга и очаровательная маргаритка*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
- Welton, J. Adam's Alternative Sports Day: An Asperger Story [*Альтернативный спортивный день Адама: «аспергеровская» история*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2005.
- Хэддон Марк. Загадочное ночное убийство собаки. — Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2017. — 272 с. ISBN 978-5-91743-060-7.

Автобиографии

Ещё один вид материалов, который может помочь объяснить природу синдрома Аспергера с личностной точки зрения, — это автобиографии, написанные детьми, подростками и взрослыми с синдромом Аспергера. У каждого автора есть своя достойная рассказа жизненная история, содержащая личный опыт, с которым читатель с синдромом Аспергера может соотнести себя, а родители могут прочитать их, чтобы понять переживания своих сыновей или дочерей. Ниже приведён список автобиографий:

Дети

- Hall K. Asperger Syndrome, the Universe and Everything [*Синдром Аспергера, Вселенная и всё остальное*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2001.

Подростки

- Jackson L. Freaks, Geeks and Asperger Syndrome: A User Guide to Adolescence [*Фрики, гики и синдром Аспергера: руководство пользователя по подростковому возрасту*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
- Jackson N. Standing Down Falling Up: Asperger's Syndrome from the Inside Out [*Вставая навзничь и падая ввысь: синдром Аспергера наизнанку*]. — Bristol: Lucky Duck Publishing, 2002.
- Peers J. Asparagus Dreams [*Аспергероспаржевые грёзы*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.

Взрослые

- Attwood T., Willey L.H. Crossing the Bridge (Video) [*Пересекая мост (видео)*]. — Higganum, CT: Starfish Speciality Press, 2000.
- Birch J. Congratulations! It's Asperger Syndrome [*Поздравляю! Это — синдром Аспергера*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.
- Fleisher M. Making Sense of the Unfeasible: My Life Journey with Asperger Syndrome [*Внести смысл в неосмысляемое: мой жизненный путь с синдромом Аспергера*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.
- Gerland G. A Real Person: Life on the Outside [*Реальная личность: жизнь во внешнем мире*]. London: Souvenir Press, 1997.
- Grandin T. Thinking in Pictures and Other Reports from My Life with Autism [*Думая картинками и другие отчёты о моей жизни с аутизмом*]. — New York: Doubleday, 1995.
- Hadcroft W. The Feeling's Unmutual: Growing up with Asperger Syndrome (Undiagnosed). [*Невзаимное чувство: вырасти с синдромом Аспергера (недиагностированным)*] — London: Jessica Kingsley Publishers, 2005.
- Kearns Miller J. Women from Another Planet? Our Lives in the Universe of Autism [*Женщины с другой планеты? Наша жизнь во вселенной аутизма*]. — AuthorHouse, 2003⁷.
- Lawson W. Life Behind Glass: A Personal Account of Autism Spectrum Disorder [*Жизнь за стеклом: личный опыт расстройства аутистического спектра*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 1998.
- Sanders R. Overcoming Asperger's: Personal Experience and Insight [*Преодоление синдрома Аспергера: личный опыт и точка зрения*]. — Murfreesboro, TN: Armstrong Valley Publishing Company, 2002.
- Schneider E. Discovering My Autism [*Открывая мой аутизм*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 1999.
- Shore S. Beyond the Wall: Personal Experiences with Autism and Asperger Syndrome. — Kansas: Autism Asperger Publishing Company, 2001⁸.
- Willey L.H. Pretending to be Normal: Living with Asperger's Syndrome [*Притворяясь нормальной: жизнь с синдромом Аспергера*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 1999.

⁷Примечание переводчика: в английском оригинале книга отмечена как не изданная (private publication)

⁸Примечание переводчика: есть русский перевод, см. конец списка.

- Williams D. Nobody Nowhere: The Remarkable Autobiography of an Autistic Girl. — London: Jessica Kingsley Publishers, 1998⁹.
- Уильямс Донна. Никто нигде: Удивительная автобиография аутичной девочки. — Москва : Теревинф, 2015. — 240 с. ISBN 978-5-4212-0303-2.
- Шор Стивен. За стеной. Личный опыт: аутизм и синдром Аспергера. — Москва: Наш Солнечный Мир, 2014.— 224 с.— ISBN 978-5-94607-188-8.

Биографии

Следующие биографии также отчасти автобиографичны и были в основном написаны родителем, обычно матерью, либо другим членом семьи человека с синдромом Аспергера. Они показывают точку зрения семьи на развитие человека с синдромом Аспергера, а также опыт поиска диагностики и специализированных услуг (сервисов):

- Barnhill G. Right Address... Wrong Planet [*Правильный адрес... не та планета*]. — Kansas: Autism Asperger Publishing Company, 2002.
- Fling, E. Eating an Artichoke: A Mother's Perspective on Asperger Syndrome [*Поедая артишок: взгляд матери на синдром Аспергера*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.
- LaSalle, B. Finding Ben: A Mother's Journey Through the Maze of Asperger's [*В поисках Бена: путешествие матери через лабиринт синдрома Аспергера*]. — New York: Contemporary Books, 2003.
- Paradiž, V. Elijah's Cup: A Family's Journey into the Community and Culture of High Functioning Autism and Asperger's Syndrome [*Чаша Илии: семейное путешествие в сообщество и культуру высокофункционального аутизма и синдрома Аспергера*]. — New York: The Free Press, 2002.

Книги для братьев, сестёр, друзей и семьи

- Bleach, F. Everybody is Different: A Book for Young People Who Have Brothers and Sisters with Autism [*Каждый чем-то отличается: книга для молодых людей, у которых есть братья и сёстры с аутизмом*]. — London: The National Autistic Society, 2001.

⁹Примечание переводчика: есть русский перевод, см. конец списка.

Davies, J. Able Autistic Children — Children with Asperger's Syndrome: A Booklet for brothers and sisters [*Способные аутичные дети — дети с синдромом Аспергера: буклет для братьев и сестёр*]. — Nottingham: The Early Years Diagnosis Centre, 1994.

Welton, J. Can I Tell You About Asperger Syndrome? [*Можно я расскажу тебе о синдроме Аспергера?*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

Позитивные диагностические критерии

Мы с Кэрол Грей были обеспокоены тем, что когда взрослый с синдромом Аспергера читает диагностические критерии, то описанные в них характеристики почти всегда качественно отличаются тем, что говорят о меньших способностях по сравнению со сверстниками, с очень отчётливыми ценностными суждениями о том, что приемлемо или клинически значимо. Мы заметили, что у детей и взрослых с синдромом Аспергера есть специфические качества, которые могут превосходить таковые у их сверстников. Чтобы представить противоположную точку зрения, мы составили диагностические критерии, которые описывают позитивные и жизнеутверждающие характеристики синдрома Аспергера у взрослых, и изложили их в статье «Открытие критериев „аспи“» (The Discovery of Aspie' Criteria), доступной на моём веб-сайте www.tonyattwood.com.au.

DVD

Я проводил семинары для профессионалов и родителей о диагнозе «синдром Аспергера» у детей и взрослых. Эти семинары включают презентацию записи моего диагностического обследования десятилетнего мальчика, а также обзор диагностических критериев и объяснение стратегий обследования для клиницистов. Один из этих семинаров был записан на DVD под названием «Диагностическое обследование на синдром Аспергера» (Asperger's Diagnostic Assessment), и он доступен по адресу <https://www.fhautism.com/>¹⁰.

¹⁰Примечание переводчика: на 31 июля 2021 г. ссылка www.futurehorizons-autism.com из оригинала не действует.

Книги для помощи с навыками дружбы

Первый этап дружбы

Berry J. Let's Talk About: Being Helpful [*Давай поговорим о том, как научиться помогать*]. — New York: Scholastic Inc, 1996.

Rogers F. Mr Rogers' Neighborhood: Making Friends [*Соседи господина Роджера: как найти друзей*]. — New York: The Putnam and Grosset Group, 1987.

Книги «Mr Men» Роджера Харгривза (Roger Hargreaves) могут помочь развитию умения говорить о характерах и изданы в США Price Stern Sloan, а в Великобритании и Австралии — Ladybird и Penguin Books.

Второй этап дружбы

Brandenberg A. Communication: is Telling and Listening [*Коммуникация — это: говорить и слушать*]. — London: Mammoth, 1995.

Brown L.K., Brown, M. How to Be a Friend: A Guide to Making Friends and Keeping Them [*Как быть другом: руководство по поиску и сохранению друзей*]. — Boston: Little, Brown and Company, 1998.

Buehner C. I Did It, I'm Sorry [*Я сделал это, простите меня*]. — New York: Puffin Books, 1998.

Howlin P., Baron-Cohen S., Hadwin J. Teaching Children with Autism to Mind-Read: A Practical Guide [*Обучение детей с аутизмом пониманию внутреннего мира других людей: практическое руководство*]. — Chichester: John Wiley and Sons, 1999.

Leedy L. How Humans Make Friends [*Как люди находят друзей*]. — New York: Holiday House, 1996.

McGrath H. Dirty Tricks: Classroom Games for Teaching Social Skills [*Грязные трюки: игры в классе для обучения социальным навыкам*]. — Melbourne: Addison Wesley Longman, 1997.

McGrath H., Francey S. Friendly Kids Friendly Classrooms: Teaching Social Skills and Confidence in the Classroom [*Дружелюбные дети — дружелюбные классы: обучение социальным навыкам и уверенности в себе в классе*]. — Melbourne: Addison Wesley Longman, 1991.

Roffey S., Tarrant T., Majors, K. Young Friends: Schools and Friendship [*Юные друзья: школа и дружба*]. — London: Cassell Publishers, 1994.

- Schroeder A. The Socially Speaking Game [*Игра «как разговаривать в обществе»*]. — Wisbech: LDA: a division of McGraw-Hill children's publishing, 2003. Более подробная информация — по адресу www.LDAlearning.com.
- Wilson C. Room 14: A Social Language Program [*Кабинет 14: курс по социальному языку*]. — East Moline, IL: Linguisticsystems, 1993.

Третий этап дружбы

- American Girl Library The Care and Keeping of Friends [*Как проявлять заботу и сохранять друзей*]. — Middleton, WI: Pleasant Company Publications, 1996.
- Schmidt, J. Making and Keeping Friends: Ready-to-use Lessons, Stories and Activities for Building Relationships (Grades 4–8) [*Как находить и сохранять друзей: готовые уроки, истории и задания для построения взаимоотношения (для 4–8 классов)*]. — Greenville, NC: Brookcliff Publishers, 1997.
- Sheindlin Judge Judy. You Can't Judge a Book by its Cover: Cool Rules for School [*Не суди книгу по обложке: прикольные правила для школы*]. — New York: Cliff Street Books: an imprint of HarperCollins Publishers, 2001.
- Sheindlin Judge Judy. Win or Lose by How You Choose [*Выиграй или проиграй: сам ты это выбирай*]. — New York: Cliff Street Books: an imprint of HarperCollins Publishers, 2002.

Четвёртый этап дружбы

- Beck T.A. Building Healthy Friendships: Teaching Friendship Skills to Young People [*Построение здоровой дружбы: обучение навыкам дружбы молодых людей*]. — Saratoga, CA: R and E Publishers, 1994.
- Canfield J., Hanson M.V., Kirberger, K. Chicken Soup: Teenage Soul Journal [*Волшебное зелье: журнал «душа подростка»*]. — Deerfield Beach, FL: Health Communications Inc, 1998.
- Cornelius H., Faire S. Everyone Can Win: How to Resolve Conflict. — Roseville, NSW, Australia: Simon and Schuster, 1998¹¹.
- Decker B. The Art of Communicating: Achieving Interpersonal Impact in Business, revised edition [*Искусство общения: как достичь межличностного влияния в бизнесе*]. — Menlo Park, CA: Crisp Publications Inc, 1996.

¹¹Примечание переводчика: есть русский перевод, см. конец списка.

- Gabor D. How to Start a Conversation and Make Friends. Revised and updated. — New York: Simon and Schuster, 2001¹².
- Matthews A. Making Friends: A Guide to Getting Along with People. — Singapore: Media Masters, 1990¹².
- McGrath H., Edwards H. Friends: A Practical Guide to Understanding Relationships [*Друзья: практическое руководство по построению взаимоотношений*]. — Marrickville, NSW, Australia: CHOICE Books, 1997.
- Pease A. Body Language: How to Read Others' Thought by Their Gestures. Mona Vale, NSW, Australia: Camel Publishing Company, 1995¹².
- Гейбор Дон. Как начинать разговор и заводить друзей. — Минск : Попурри, 2012. — 240 с. — ISBN 978-985-15-1613-7.
- Корнелиус Хелена, Фэйр Шошана. Выиграть может каждый. Как разрешать конфликты. — Москва : Стрингер, 1992. — ISBN 5-85282-001-6
- Мэтьюс Эндрю. Будьте хорошим другом и обзаводитесь хорошими друзьями. — Минск : Попурри, 2003 — 256 с. — ISBN 985-438-882-4.
- Пиз Аллан. Язык телодвижений: как читать мысли окружающих по их жестам. — Москва : Эксмо, 2007. — 272 с. — ISBN 5-699-11507-2.

Понимание социальных ситуаций

Литература по навыкам отношений и синдрому Аспергера

- Aston M. Aspergers in Love: Couple Relationships and Family Affairs [*«Аспергеры» и любовь: отношения в паре и семейные дела*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.
- Edmonds G., Worton D. The Asperger Love Guide: A Practical Guide for Adults with Asperger's Syndrome to Seeking, Establishing and Maintaining Successful Relationships [*Руководство по любви для «Аспергеров»: практическое руководство для взрослых с синдромом Аспергера по поиску, установлению и поддержанию успешных отношений*]. — London: Paul Chapman Publishing, 2005.
- Jacobs B. Loving Mr Spock: The Story of a Different Kind of Love [*Любя мистера Спока: история о другом виде любви*]. — Arlington, TX: Future Horizons, 2004.

¹²Примечание переводчика: есть русский перевод, см. конец списка.

- Jacobs B. Loving Mr Spock: Understanding an Aloof Lover — Could it be Asperger's Syndrome? [*Любя мистера Спока: как понять отстранённого любовника? Это может быть синдромом Аспергера?*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
- Lawson W. Sex, Sexuality and the Autism Spectrum [*Секс, сексуальность и спектр аутизма*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2005.
- Rodman K. Asperger's Syndrome and Adults... Is Anyone Listening? Essays and Poems by Partners, Parents and Family Members of Adults with Asperger's Syndrome [*Синдром Аспергера и взрослые... А кто-нибудь слушает? Эссе и стихи партнёров, родителей и членов семьи взрослых с синдромом Аспергера*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.
- Slater-Walker G., Slater-Walker C. An Asperger Marriage. — [*Аспергеровская свадьба*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
- Stanford A. Asperger Syndrome and Long-term Relationships [*Синдром Аспергера и долгосрочные отношения*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2003.

Компьютерные программы — модель психического

«Понимание внутреннего мира других людей: интерактивное руководство по эмоциям» (Mind Reading: The Interactive Guide to Emotions). Распространяется издательством Jessica Kingsley Publishers, Лондон. Программа представляет собой интерактивный DVD и может использоваться как детьми с возраста 6 лет, так и взрослыми. Более подробная информация доступна по адресу www.jkp.com.

Социальные Истории™

Больше информации о Социальных Историях™ и работе Кэрол Грей можно найти на веб-сайте www.carolgraysocialstories.com¹³

¹³Примечание переводчика: адрес в оригинале — www.thegraycenter.org, на 31 июля 2021 г. там не было работ Кэрол Грей.

Программы по развитию социальных навыков, разработанные для детей и взрослых с синдромом Аспергера

Bereket R. *Playing It Right! : Social Skills Activities for Parents and Teachers of Young Children with Autism Spectrum Disorders, including Asperger syndrome and autism* [*Играем по правилам! Задания по развитию социальных навыков для родителей и учителей детей младшего возраста с расстройствами аутистического спектра, включая синдром Аспергера*]. AAPC Publishing, 2006. — ISBN 978-1931282819¹⁴.

Carter M., Santomauro J. *Space Travellers: An Interactive Program for Developing Social Understanding, Social Competence and Social Skills for Students with Asperger Syndrome, Autism and Other Social Cognitive Challenges* [*Космические путешественники: интерактивная программа для развития социального интеллекта, социальной компетентности и социальных навыков для учеников с синдромом Аспергера, аутизмом и другими социально-когнитивными проблемами*]. — Kansas: Autism Asperger Publishing Company, 2004. Больше информации — по адресу www.asperger.net¹⁵.

Garcia Winner M. *Inside Out: What Makes a Person with Social Cognitive Deficits Tick?* [*Шиворот-навыворот: что движет человеком с нарушениями социального интеллекта?*]. — San Jose, CA: Michelle Garcia Winner, 2000. Больше информации — по адресу www.socialthinking.com.

Garcia Winner M. *Thinking About YOU Thinking About ME: Philosophy and Strategies to Further Develop Perspective Taking and Communication Abilities for Persons with Social Cognitive Deficits* [*Думаю о ТЕБЕ... ТЫ думаешь обо МНЕ: философия и стратегии для дальнейшего развития возможности принимать разные точки зрения и коммуникативных навыков у людей с нарушениями социального интеллекта*]. — San Jose, CA: Michelle Garcia Winner, 2002. Больше информации — по адресу www.socialthinking.com.

Gutstein S., Steely R. *Relationship Development Intervention with Older Children, Adolescents and Adults: Social and Emotional Development Activities for Asperger Syndrome, Autism, PDD and NLD* [*Программа по развитию навыков отношений у детей старшего возраста, подростков*].

¹⁴Примечание переводчика: в английском оригинале помечена как ещё не изданная, название слегка отличалось.

¹⁵Примечание переводчика: на 31 июля 2021 г. ссылка не работает.

и взрослых: задания по социальному и эмоциональному развитию при синдроме Аспергера, аутизме, ОПП и НРО]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2002a.

Gutstein S., Steely, R. Relationship Development Intervention with Young Children: Social and Emotional Development Activities for Asperger Syndrome, Autism, PDD and NLD [*Программа по развитию навыков отношений у маленьких детей: задания по социальному и эмоциональному развитию при синдроме Аспергера*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2002b.

McAfee J. Navigating the Social World: A Curriculum for Individuals with Asperger's Syndrome, High Functioning Autism and Related Disorders [*Как ориентироваться в социальном мире: учебный курс для людей с синдромом Аспергера, высокофункциональным аутизмом и родственными расстройствами*]. — Arlington, TX: Future Horizons, 2002.

Moyes, R. Incorporating Social Goals in the Classroom: A Guide for Teachers and Parents of Children with High-functioning Autism and Asperger Syndrome [*Включение социальных целей в классную работу: руководство для учителей и родителей детей с высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера*]. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2001.

Ресурсы по изучению эмоций и управлению эмоциями

Книги

Akin T., Cowan D., Palomares S., Schuster S. Feelings Are Facts: Helping Kids Understand, Manage and Learn from Their Feelings [*Чувства — это факты: как помочь детям понять свои чувства и управлять ими, а также учиться на их основе*]. — Torrance, CA: Innerchoice Publishing, 1993.

Cardon T. Let's Talk Emotions: Helping Children with Social Cognitive Deficits, Including AS, HFA, and NVLD, Learn to Understand and Express Empathy and Emotions [*Поговорим об эмоциях: как помочь детям с социальными когнитивными нарушениями, включая СА, ВФА и НРО, научиться понимать и выразить сочувствие и эмоции*]. — Kansas: Autism Asperger Publishing Company, 2004.

- Dunn Buron K. and Curtis M. The Incredible 5-Point Scale: Assisting Students with Autism Spectrum Disorders in Understanding Social Interactions and Controlling Their Emotional Responses [*Потрясающая пятибалльная шкала: помощь ученикам с расстройствами аутистического спектра в понимании социального взаимодействия и в контроле их эмоциональных реакций*]. — Kansas: Autism Asperger Publishing Company, 2003.
- Freyman S. and Elffers J. How Are You Peeling? Foods with Moods [*Что вы очищаете? Еда и настроения*]. — New York: Arthur A. Levine Books, 1999.
- Green J. How Do I Feel? An Interactive Reading Book of Emotions [*Что я чувствую? Интерактивная книга для чтения об эмоциях*]. — Santa Clarita, CA: Greenhouse Publications, 2004.
- Kipfer B. 1400 Things for Kids to be Happy About [*1400 поводов для детского счастья*]. — New York: Workman Publishing, 1994.
- Matthews A. Being Happy: A Handbook to Greater Confidence and Security. — Singapore: Media Masters, 1988¹⁶.
- Sunderland M., Engelheart P. Draw On Your Emotions [*Нарисуй свои эмоции*]. — Bicester, UK: Winslow Press, 1993.
- Мэтьюз Эндрю. Будьте счастливы! Как жить с ощущением безопасности и верой в себя. — Минск : Попурри, 2003. — 240 с. — ISBN 978-985-438-892-2.

Материалы

- Attwood, T., Moller Nielsen, A. and Callesen, K. (2004) The CAT-kit: Cognitive Affective Training. www.cat-kit.com.
- Feeling and Faces Games (1994) Carson, CA: Lakeshore Learning Materials. www.lakeshorelearning.com
- My Feelings Kit (2002) Oceans of Emotions. www.oceansofemotions.com ¹⁷.

Компьютерные программы

- Maines, B. (2003) Reading Faces and Learning About Human Emotions. Bristol: Lucky Duck Publishing.

¹⁶Примечание переводчика: есть русский перевод, см. конец списка.

¹⁷Примечание переводчика: на 31 июля 2021 г. ссылка не работает.

Mind Reading: The Interactive Guide to Emotions [*Понимание внутреннего мира других людей: интерактивное руководство по эмоциям*], распространяемый Jessica Kingsley Publishers. Программа размещена на интерактивном DVD-ROM и может использоваться как детьми с возраста 6 лет, так и взрослыми. Также она доступна на CD-ROM. Более подробная информация — по адресу www.jkp.com/mindreading.

Программы когнитивной поведенческой терапии

Attwood T. Exploring Feelings: Cognitive Behaviour Therapy to Manage Anger [*Исследуя чувства: когнитивная поведенческая терапия для управления гневом*]. — Arlington, TX: Future Horizons, 2004a.

Attwood T. Exploring Feelings: Cognitive Behaviour Therapy to Manage Anxiety [*Исследуя чувства: когнитивная поведенческая терапия для управления тревогой*]. — Arlington, TX: Future Horizons, 2004b.

Barrett P., Webster H. and Turner C. Friends: Prevention of Anxiety and Depression for Children and Youth [*Друзья: предотвращение тревоги и депрессии у детей и молодёжи*]. — Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press, 2000.

Dynes R. Anxiety Management in 10 Group-work Sessions [*Управление тревоги в 10 сеансах групповой терапии*]. — Bicester, UK: Speechmark Publishing, 2001.

Greenberger D. and Padesky C. Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think [*Разум выше настроения: измени свои чувства, изменив свой способ мыслить*]. — New York: The Guilford Press, 1995.

Практические руководства по управлению эмоциями

Гнев

Faupel A., Herrick E., Sharp P. Anger Management: A Practical Guide [*Управление гневом: практическое руководство*]. — London: David Fulton Publishers, 1998.

Greene R. The Explosive Child [*Взрывной ребёнок*]. — New York: HarperCollins Publishers, 1998.

Smith Myles B., Southwick J. Asperger Syndrome and Difficult Moments: Practical Solutions for Tantrums, Rage and Meltdowns [*Синдром Аспергера и сложные моменты: вспышки гнева, ярость и срывы/мелтдауны*]. — Kansas: Autism Asperger Publishing Co, 1999.

Тревога

Phillips N. The Panic Book [*Книга о панике*]. — Concord West, NSW, Australia: Shrink-Rap Press, 1996.

Wever C. The Secret Problem [*Тайная проблема*]. — Concord West, NSW, Australia: Shrink-Rap Press, 1994.

Депрессия

Phillips N. Too Blue: A Book About Depression [*Слишком печально: книга о депрессии*]. — Concord West, NSW, Australia: Shrink-Rap Press, 1999.

Веб-сайты

Существуют сотни веб-сайтов с информацией о синдроме Аспергера. Многие из их веб-страниц содержат ссылки на другие сайты, и они могут составлять сеть взаимосвязей. Следующие веб-страницы — это отправная точка, и они находятся в списке закладок у меня на компьютере.

- Информация о моих исследованиях детей и взрослых с синдромом Аспергера и другие публикации доступны на сайте www.tonyattwood.com.au. По этому интернет-адресу также доступен список семинаров и мастер-классов, которые я буду проводить. Я мог бы приехать в ваш регион, и вы можете услышать мои новейшие мысли о синдроме Аспергера. Адрес веб-сайта клиники в Брисбене, Австралия для детей и взрослых, поддерживаемый моим другом и коллегой Мишель Гарнетт: www.mindsandhearts.net.
- Родителям я настоятельно рекомендую веб-страницу OASIS www.udel.edu/bkirby/asperger, особенно их форумы, на которых можно размещать сообщения и иметь доступ к мудрости и опыту родителей детей и взрослых с синдромом Аспергера со всего мира. Я также рекомендую веб-страницу Национального Аутистического Общества (англ. National Autistic Society, NAS) из Великобритании с информацией для родителей. Интернет-адрес NAS: www.nas.org.uk.

Веб-адрес группы поддержки, специализирующейся на синдроме Аспергера, в Брисбене, Австралия: www.asperger.asn.au. На моей веб-странице также можно будет найти список веб-страниц групп поддержки в Австралии, Америке и Европе.

- Людям с синдромом Аспергера я рекомендую следующие ресурсы:
 - www.lukejackson.info.¹⁸
 - <http://oddsandfriends.typepad.com/askanaspie>.
 - www.aspergeradults.ca/aspergrrrlz.html. Этот сайт — для девочек и женщин с синдромом Аспергера.
 - Для получения информации об идеях и методах, разработанных Кэрл Грей, перейдите по ссылке www.carolgraysocialstories.com.
- Основной издатель книг о синдроме Аспергера — это Jessica Kingsley Publishers, и вы можете прочитать о новинках по адресу www.jkp.com.
- Другой издатель книг по синдрому Аспергера и организатор конференций и мастер-классов в США: <https://www.fhautism.com/>.¹⁹

¹⁸Примечание переводчика: на 31 июля 2021 г. ссылка не действует.

¹⁹Примечание переводчика: на 31 июля 2021 г. ссылка www.futurehorizons-autism.com из оригинала не действует.

Литература

- Аспергер Х. «Аутистические психопаты» в детском возрасте (начало перевода) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2010. — Т. 10, № 2. — С. 91–117.
- Аспергер Х. «Аутистические психопаты» в детском возрасте (окончание перевода) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2011. — Т. 11, № 1. — С. 82–109.
- Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — Россия, Санкт-Петербург, 1994. — 208 с. — ISBN: 5-8308-0081-0.
- Гейбор Дон. Как начинать разговор и заводить друзей. — Минск : Попурри, 2012. — 240 с. — ISBN: 978-985-15-1613-7.
- Министерство здравоохранения РФ. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — Москва : Прометей, 2013. — 584 с. — ISBN: 978-5-7042-2488-4.
- Мэтьюс Эндрю. Будьте хорошим другом и обзаводитесь хорошими друзьями. — Минск : Попурри, 2003. — 256 с. — ISBN: 985-438-882-4.
- Сухарева Г. Е. Шизоидные психопатии в детском возрасте // Вопросы педологии и детской психоневрологии, выпуск 2 / Под ред. М. О. Гуревича. — Москва : Жизнь и знание, 1925. — С. 157–187.
- Уильямс Д. Никто нигде: Удивительная автобиография аутичной девочки. — Москва : Теревинф, 2015. — 240 с. — ISBN: 978-5-4212-0303-2.
- Шапалин А. П., Первушина О. Н. Адаптация опросника Autism-Spectrum Quotient (AQ) для оценки выраженности аутистических проявлений у взрослых: психометрические характеристики и факторная структура // Reflexio. — 2020. — Т. 13, № 2. — С. 118–161. — DOI: 10.25205/2658-4506-2020-13-2-118-161.
- Шор Стивен. За стеной. Личный опыт: аутизм и синдром Аспергера. — Москва : Наш Солнечный Мир, 2014. — 224 с. — ISBN: 978-5-94607-188-8.
- Экман Пол. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. — СПб : Питер, 2010. — 336 с. — ISBN: 978-5-498-07705-5.
- Abele E., Grenier D. The language of social communication: running pragmatic groups in schools and clinical settings. // *Asperger's Syndrome: Intervening in Schools, Clinics, and Communities* / Ed. by L. J. Baker, L. A. Welkowitz. — Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 2005. — P. 217–242. — ISBN: 978-0805845709.
- Adamo S. An adolescent and his imaginary companions: from quasi-delusional constructs to creative imagination // *Journal of Child Psychotherapy*. — 2004. — Vol. 30, no. 3. — P. 275–295. — DOI: 10.1080/00754170412331319559.
- Adams C., Green J., Gilchrist A., Cox A. Conversational behaviour of children with Asperger syndrome and conduct disorder // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2002. — Vol. 43, no. 5. — P. 679–690. — DOI: 10.1111/1469-7610.00056.

- Adolphs R., Sears L., Piven J. Abnormal processing of social information from faces in autism // *Journal of Cognitive Neuroscience*. — 2001. — Vol. 13, no. 2. — P. 232–240. — DOI: 10.1162/089892901564289.
- Ahearn W., Castine T., Nault K., Green G. An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder not otherwise specified // *J. Autism Dev. Disord.* — 2001. — Vol. 31, no. 5. — P. 505–511. — DOI: 10.1023/A:1012221026124.
- Ahsgren I., Baldwin I., Goetzinger-Falk C., Arikson A., Flodmark O., Gillberg C. Ataxia, autism and the cerebellum: a clinical study of 32 individuals with congenital ataxia // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 2005. — Vol. 47, no. 3. — P. 193–198. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.2005.tb01116.x.
- Alcantara J., Weisblatt E., Moore B., Bolton P. Speech-in-noise perception in high-functioning individuals with autism or Asperger's syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2004. — Vol. 45, no. 6. — P. 1107–1114. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00303.x.
- Alexander R., Michael D., Gangadharan S. The use of risperidone in adults with Asperger Syndrome // *British Journal of Developmental Disabilities*. — 2004. — Vol. 50, no. 99. — P. 109–115. — DOI: 10.1179/096979504799103912.
- Alvarez A., Reid S. et al. Autism and Personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop / Ed. by A. Alvarez, S. Reid. — London : Routledge, 1999. — 284 p. — ISBN: 978-0415146029.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). — Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013. — 991 p. — ISBN: 978-0890425558.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. — 4th Edition edition. — Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994. — 886 p. — ISBN: 978-0890420614.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. — 4th Edition (Text Revision) edition. — Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000. — 943 p. — ISBN: 978-0890420256.
- Andron L., Weber E. G. From Solitary Perseveration to Social Relatedness: Facilitating Social Interaction for Children, Adolescents and Adults with Autism — A Family-centred Group Approach. — 1998. — Unpublished manuscript. Los Angeles: University of California.
- Apple A., Billingsley F., Schwartz I. Effects of video modelling alone and with self-management on compliment-giving behaviours of children with High-Functioning ASD // *Journal of Positive Behaviour Interventions*. — 2005. — Vol. 7, no. 1. — P. 33–46. — DOI: 10.1177/10983007050070010401.
- Asperger H. Das psychisch abnorme Kind // *Wiener klinische Wochenschrift*. — 1938. — Bd. 51, H. 49. — S. 1314–1317. — “The mentally abnormal child”. *Viennese Clinical Weekly*.
- Asperger H. Die “autistischen Psychopathen” im Kindesalter // *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. — 1944. — Bd. 117, H. 1. — S. 76–137. — DOI: 10.1007/BF01837709.
- Asperger H. Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen und Fürsorgerinnen. — Wien : Springer, 1952. — 280 p. — ISBN: 978-3-7091-3594-5. — DOI: 10.1007/978-3-7091-3594-5.
- Asperger H. Problems of infantile autism // *Communication: Journal of the National Autistic Society*, London. — 1979. — Vol. 13. — P. 45–52.

- Asperger H. "Autistic psychopathy" in childhood // *Autism and Asperger Syndrome* / Ed. by Uta Frith. — Cambridge University Press, 1991. — P. 37–92. — ISBN: 9780511526770. — DOI: 10.1017/CBO9780511526770.002.
- Aston M. *Aspergers in Love: Couple Relationships and Family Affairs*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2003. — 240 p. — ISBN: 978-1843101154.
- Attwood T. *Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 1998. — 224 p. — ISBN: 978-1853025778.
- Attwood T. Strategies for improving the social integration of children with Asperger syndrome // *Autism*. — 2000. — Vol. 4, no. 1. — P. 85–100. — DOI: 10.1177/1362361300004001006.
- Attwood T. Frameworks for behavioural interventions // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. — 2003a. — Vol. 12, no. 1. — P. 65–86. — DOI: 10.1016/S1056-4993(02)00054-8.
- Attwood T. Understanding and managing circumscribed interests // *Learning and Behavior Problems in Asperger Syndrome* / Ed. by M. Prior. — New York : The Guilford Press, 2003b. — P. 126–147. — ISBN: 1-57230-917-2.
- Attwood T. *Exploring Feelings: Cognitive Behaviour Therapy to Manage Anger*. — Arlington, TX : Future Horizons, 2004a. — 79 p. — ISBN: 978-1-932565-21-8.
- Attwood T. *Exploring Feelings: Cognitive Behaviour Therapy to Manage Anxiety*. — Arlington, TX : Future Horizons, 2004b. — 79 p. — ISBN: 978-1-932565-22-5.
- Attwood T. Strategies to reduce the bullying of young children with Asperger Syndrome // *Australian Journal of Early Childhood*. — 2004c. — Vol. 29, no. 3. — P. 15–23. — DOI: 10.1177/183693910402900304.
- Attwood T. Theory of Mind and Asperger syndrome // *Asperger Syndrome: Intervening in Schools, Clinics and Communities* / Ed. by L. J. Baker, L. A. Welkowitz. — Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 2004d.
- Attwood T., Frith U., Hermelin B. The understanding and use of interpersonal gestures by autistic Down's Syndrome children // *J. Autism Dev. Disord.* — 1988. — Vol. 18, no. 2. — P. 214–257. — DOI: 10.1007/BF02211950.
- Attwood T., Willey L. H. *Crossing the Bridge* (Video). — Higganum, CT : Starfish Speciality Press, 2000.
- Ayres A. J. *Sensory Integration and Learning Disorders*. — Los Angeles, CA : Western Psychological Services, 1972. — 294 p. — ISBN: 0-87424-303-3.
- Bailey A., Palferman S., Heavey L., LeCouteur A. Autism: the phenotype in relatives // *J. Autism Dev. Disord.* — 1998. — Vol. 28, no. 5. — P. 369–392. — DOI: 10.1023/A:1026048320785.
- Baird G., Charman T., Baron-Cohen S., Cox A., Sweetenham J., Wheelwright S., Drew A. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 39, no. 6. — P. 694–702. — DOI: 10.1097/00004583-200006000-00007.
- Baranek G. T. Efficiency of sensory and motor interventions for children with autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2002. — Vol. 32, no. 5. — P. 397–422. — DOI: 10.1023/A:1020541906063.
- Baranek G. T., Foster L. G., Berkson G. Sensory defensiveness in persons with developmental disabilities // *Occupational Therapy Journal of Research*. — 1997. — Vol. 17, no. 3. — P. 173–185. — DOI: 10.1177/153944929701700302.
- Barber K. *Living Your Best Life with Asperger's Syndrome*. — London : SAGE Publications, 2006. — 128 p. — ISBN: 978-1412919609.

- Barnhill G., Hagiwara T., Smith Myles B., Simpson R. L. Asperger Syndrome: a study of the cognitive profiles of 37 children and adolescents // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. — 2000. — Vol. 15, no. 3. — P. 146–160. — DOI: 10.1177/108835760001500303.
- Barnhill G. P., Smith Myles B. Attributional style and depression in adolescents with Asperger syndrome // *Journal of Positive Behavior Interventions*. — 2001. — Vol. 3, no. 3. — P. 175–182. — DOI: 10.1177/109830070100300305.
- Barnhill G. P., Tapscott Cook K., Tebbenkamp K., Smith Myles B. The effectiveness of social skills intervention targeting nonverbal communication for adolescents with Asperger syndrome and related pervasive developmental delays // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. — 2002. — Vol. 17, no. 2. — P. 112–118. — DOI: 10.1177/10883576020170020601.
- Baron-Cohen S. An assessment of violence in a young man with Asperger's Syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1988. — Vol. 29, no. 3. — P. 351–360. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1988.tb00723.x.
- Baron-Cohen S. Do autistic children have obsessions and compulsions? // *British Journal of Clinical Psychology*. — 1990. — Vol. 28, no. 3. — P. 193–200. — DOI: 10.1111/j.2044-8260.1989.tb01369.x.
- Baron-Cohen S. *Mind Blindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. — Cambridge, MA : MIT Press, 1995. — 198 p. — ISBN: 978-0262522250.
- Baron-Cohen S. *The Essential Difference: Men, Women and the Extreme Male Brain*. — London : The Penguin Press, 2003. — 288 p. — ISBN: 978-0141011011.
- Baron-Cohen S., Jolliffe T. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger's Syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1997. — Vol. 38, no. 7. — P. 813–822. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x.
- Baron-Cohen S., O'Riordan M., Stone V., Jones R., Plaisted K. Recognition of Faux Pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or High-Functioning Autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 1999a. — Vol. 29, no. 5. — P. 407–418. — DOI: 10.1023/A:1023035012436.
- Baron-Cohen S., Ring H. A., Wheelwright S., Bullmore E. T., Brammer M. J., Simmons A., Williams S. C. R. Social intelligence in the normal autistic brain: an FMRI study // *European Journal of Neuroscience*. — 1999b. — Vol. 11, no. 6. — P. 1891–1898. — DOI: 10.1046/j.1460-9568.1999.00621.x.
- Baron-Cohen S., Staunton R. Do children with autism acquire the phonology of their peers? An examination of group identification through the window of bilingualism // *First Language*. — 1994. — Vol. 14, no. 42–43. — P. 241–248. — DOI: 10.1177/014272379401404216.
- Baron-Cohen S., Wheelwright S. "Obsessions" in children with autism or Asperger Syndrome: content analysis in terms of core domains of cognition // *British Journal of Psychiatry*. — 1999. — Vol. 175, no. 5. — P. 484–490. — DOI: 10.1192/bjp.175.5.484.
- Baron-Cohen S., Wheelwright S. The Friendship Questionnaire: an investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and normal sex differences // *J. Autism Dev. Disord.* — 2003. — Vol. 33, no. 5. — P. 509–518. — DOI: 10.1023/A:1025879411971.
- Baron-Cohen S., Wheelwright S. The Empathy Quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or High Functioning Autism and normal sex differences // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 2. — P. 163–175. — DOI: 10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00.

- Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test, revised version: a study with normal adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2001a. — Vol. 42, no. 2. — P. 241–251. — DOI: doi.org/10.1111/1469-7610.00715.
- Baron-Cohen S., Wheelwright S., Robinson J., Woodbury Smith M. The Adult Asperger Assessment (AAA): a diagnostic method // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 6. — P. 807–819. — DOI: 10.1007/s10803-005-0026-5.
- Baron-Cohen S., Wheelwright S., Skinner R., Martin J., Clubley E. The Autism Spectrum Quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians // *J. Autism Dev. Disord.* — 2001b. — Vol. 31, no. 1. — P. 5–17. — DOI: 10.1023/a:1005653411471.
- Barron J., Barron S. *There’s a Boy in Here.* — New York : Simon and Schuster, 1992.
- Barry T., Klinger L., Lee J. M., Palardy N. Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for high-functioning children with autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2003. — Vol. 33, no. 6. — P. 685–699. — DOI: 10.1023/B:JADD.000006004.86556.e0.
- Barry-Walsh J. B., Mullen P. E. Forensic aspects of Asperger’s syndrome // *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology.* — 2004. — Vol. 15, no. 1. — P. 96–107. — DOI: 10.1080/14789940310001638628.
- Barton J., Cherkasova M., Hefter R., Cox T., O’Connor M., Manoach D. Are patients with social developmental disorders prosopagnosic? Perceptual heterogeneity in the Asperger and socio-emotional processing disorders // *Brain.* — 2004. — Vol. 127, no. 8. — P. 1706–1716. — DOI: 10.1093/brain/awh194.
- Bashe P., Kirby B. L. *The Oasis Guide to Asperger Syndrome.* — New York : Crown Publishers, 2001. — 467 p. — ISBN: 978-0609608111.
- Bauminger N. The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: intervention outcomes // *J. Autism Dev. Disord.* — 2002. — Vol. 32, no. 4. — P. 461–469. — DOI: 10.1023/A:1016378718278.
- Bauminger N., Kasari C. Brief report: theory of mind in high-functioning children with autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 1999. — Vol. 29, no. 1. — P. 81–86. — DOI: 10.1023/A:1025974701090.
- Bauminger N., Kasari C. Loneliness and friendship in high functioning children with autism // *Child Development.* — 2000. — Vol. 71, no. 2. — P. 447–456. — DOI: 10.1111/1467-8624.00156.
- Bauminger N., Shulman C. The development and maintenance of friendship in high-functioning children with autism // *Autism.* — 2003. — Vol. 7, no. 1. — P. 81–97. — DOI: 10.1177/1362361303007001007.
- Bauminger N., Shulman C., Agam G. Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2003. — Vol. 33, no. 5. — P. 489–507. — DOI: 10.1023/A:1025827427901.
- Bejerot S., Nylander L., Lindstrom E. Autistic traits in obsessive-compulsive disorder // *Nordic Journal of Psychiatry.* — 2001. — Vol. 55, no. 3. — P. 169–176. — DOI: 10.1080/08039480152036047.
- Berard G. *Hearing Equals Behaviour.* — New Canaan, CT : Keats Publishing, 1993. — 178 p. — ISBN: 9780879836009.

- Berthier M. L. Hypomania following bereavement in Asperger's Syndrome: a case study // *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*. — 1995. — Vol. 8, no. 3. — P. 222–228.
- Berthoz S., Hill E. L. The validity of using self-reports to assess emotion regulation abilities in adults with autism spectrum disorder // *European Psychiatry*. — 2005. — Vol. 20, no. 3. — P. 291–298. — DOI: 10.1016/j.eurpsy.2004.06.013.
- Beversdorf D., Anderson J., Manning S., Anderson S., Nordgren R., Felopulos G., Bauman M. Brief report: macrographia in high-functioning adults with Autism Spectrum Disorder // *J. Autism Dev. Disord.* — 2001. — Vol. 31, no. 1. — P. 97–101. — DOI: 10.1023/A:1005622031943.
- Bishop D. V. M. What's so special about Asperger syndrome? The need for further exploration of the borderlands of autism // *Asperger Syndrome* / Ed. by A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow. — New York : Guilford Press, 2000. — P. 254–277. — ISBN: 978-1572305342.
- Bishop D. V. M., Baird G. Parent and teacher report of pragmatic aspects of communication: use of the Children's Communication Checklist in a clinical setting // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 2001. — Vol. 43, no. 12. — P. 809–818. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.2001.tb00168.x.
- Bishop D. V. M., Frazier Norbury C. Executive functions in children with communication impairments, in relation to autistic symptomatology // *Autism*. — 2005. — Vol. 9, no. 1. — P. 7–27. — DOI: 10.1177/1362361305049027.
- Blackshaw A. J., Kinderman P., Hare D. J., Hatton C. Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome // *Autism*. — 2001. — Vol. 5, no. 2. — P. 147–163. — DOI: 10.1177/1362361301005002005.
- Bogdashina O. *Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome: Different Sensory Experiences, Different Perceptual Worlds*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2003. — 224 p. — ISBN: 978-1843101666.
- Bölte S., Özkara N., Poustka F. Autism spectrum disorders and low body weight: is there really a systematic association? // *International Journal of Eating Disorders*. — 2002. — Vol. 31, no. 3. — P. 349–351. — DOI: 10.1002/eat.10015.
- Bolton P., Pickles A., Murphy M., Rutter M. Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation // *Psychological Medicine*. — 1998. — Vol. 28, no. 2. — P. 385–395. — DOI: 10.1017/S0033291797006004.
- Botroff V., Bartak L., Langford P., Page M., Tong B. Social cognitive skills and implications for social skills training in adolescents with autism // *Australian Autism Conference / Flinders University*. — Adelaide, Australia, 1995. — Paper presented at the 1995 Australian Autism Conference, Flinders University, Adelaide, Australia.
- Broderick C., Caswell R., Gregory S., Marzolini S., Wilson O. "Can I join the club?": A social integration scheme for adolescents with Asperger's syndrome // *Autism*. — 2002. — Vol. 6, no. 4. — P. 427–431. — DOI: 10.1177/1362361302006004008.
- Bromley J., Hare D. J., Davison K., Emerson E. Mothers supporting a child with autistic spectrum disorders: social support, mental health status and satisfaction with services // *Autism*. — 2004. — Vol. 8, no. 4. — P. 409–423. — DOI: 10.1177/1362361304047224.
- Brown Rubinstein M. *Raising NLD Superstars*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — 224 p. — ISBN: 978-1843107705.
- Buehner C. *I Did It, I'm Sorry*. — New York : Puffin Books, 1998. — 48 p. — ISBN: 978-0140567229.

- Burd L., Kerbeshian P., Barth A., Klug M., Avery P., Benz B. Long term follow-up of an epidemiologically defined cohort of patients with Tourette syndrome // *Journal of Child Neurology*. — 2001. — Vol. 16, no. 6. — P. 431–437. — DOI: 10.1177/088307380101600609.
- Campbell J. Diagnostic assessment of Asperger's disorder: a review of five third-party rating scales // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 1. — P. 25–35. — DOI: 10.1007/s10803-004-1028-4.
- Capps L., Kehres J., Sigman M. Conversational abilities among children with autism and children with developmental delays // *Autism*. — 1998. — Vol. 2, no. 4. — P. 325–344. — DOI: 10.1177/1362361398024002.
- Carper R., Moses P., Tigue Z., Courschesne E. Cerebral lobes in autism: early hyperplasia and abnormal age effects // *NeuroImage*. — 2002. — Vol. 16, no. 4. — P. 1038–1051. — DOI: 10.1006/nimg.2002.1099.
- Carrington S., Forder T. An affective skills programme using multimedia for a child with Asperger's syndrome // *Australian Journal of Learning Disabilities*. — 1999. — Vol. 4, no. 1. — P. 5–9. — DOI: 10.1080/19404159909546581.
- Carrington S., Graham L. Perceptions of school by two teenage boys with Asperger syndrome and their mothers: a qualitative study // *Autism*. — 2001. — Vol. 5, no. 1. — P. 37–48. — DOI: 10.1177/1362361301005001004.
- Castelli F., Frith C., Happé F., Frith U. Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes // *Brain*. — 2002. — Vol. 125, no. 8. — P. 1839–1849. — DOI: 10.1093/brain/awf189.
- Cederlund M., Gillberg C. One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 2004. — Vol. 46, no. 10. — P. 652–661. — DOI: 10.1017/s0012162204001100.
- Cederlund M., Hagberg B., Billstedt E., Gillberg I.C., Gillberg C. Asperger syndrome and autism: A comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after the original diagnosis // *J. Autism Dev. Disord.* — 2008. — Vol. 38. — DOI: 10.1007/s10803-007-0364-6.
- Cesaroni L., Garber M. Exploring the experience of autism through first hand accounts // *J. Autism Dev. Disord.* — 1991. — Vol. 21, no. 3. — P. 303–313. — DOI: 10.1007/bf02207327.
- Chakrabarti S., Fombonne E. Pervasive developmental disorders in pre-school children // *Journal of the American Medical Association*. — 2001. — Vol. 285, no. 24. — P. 3093–3099. — DOI: 10.1001/jama.285.24.3093.
- Chen P., Chen S., Yang Y., Yeh T., Chen C., Lo H. Asperger's disorder: a case report of repeated stealing and the collecting behaviours of an adolescent patient // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2003. — Vol. 107, no. 1. — P. 73–76. — DOI: 10.1034/j.1600-0447.2003.01354.x.
- Chin H. Y., Bernard-Opitz V. Teaching conversation skills to children with autism: effect on the development of a Theory of Mind // *J. Autism Dev. Disord.* — 2000. — Vol. 30, no. 6. — P. 569–583. — DOI: 10.1023/a:1005639427185.
- Church C., Alisanski S., Amanullah S. The social, behavioural and academic experiences of children with Asperger disorder // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. — 2000. — Vol. 15, no. 1. — P. 12–20. — DOI: 10.1177/108835760001500102.
- Clarke D., Baxter M., Perry D., Prasher V. Affective and psychotic disorders in adults with autism: seven case reports // *Autism*. — 1999. — Vol. 3, no. 2. — P. 149–164. — DOI: 10.1177/1362361399003002005.

- Cooper S. A., Mohamed W. N., Collacott R. A. Possible Asperger's Syndrome in a mentally handicapped transvestite offender // *Journal of Intellectual Disability Research*. — 1993. — Vol. 37, no. 2. — P. 189–194. — DOI: 10.1111/j.1365-2788.1993.tb00587.x.
- Craig J. S., Hatton C., Craig F. B., Bentall R. P. Persecutory beliefs, attributions and theory of mind: comparison of patients with paranoid delusions, Asperger's syndrome and healthy controls // *Schizophrenia Research*. — 2004. — Vol. 69, no. 1. — P. 29–33. — DOI: 10.1016/S0920-9964(03)00154-3.
- Critchley H. D., Daly E. M., Bullmore E. T., Williams S. C. R., Van Amelsvoort T., Robertson D. M., Rowe A., Phillips M., McAlonan G., Howlin P., Murphy D. The functional neuroanatomy of social behaviour // *Brain*. — 2000. — Vol. 123, no. 11. — P. 2203–2212. — DOI: 10.1093/brain/123.11.2203.
- Darlington J. Humor, imagination and empathy in autism // *Our Journey Through High Functioning Autism and Asperger Syndrome: A Roadmap* / Ed. by L. Andron. — London, 2001.
- Dawson G., Osterling J., Melzoff A., Kuhl P. Case study of the development of an infant with autism from birth to 2 years of age // *Journal of Applied Developmental Psychology*. — 2000. — Vol. 21. — P. 299–313. — DOI: 10.1016/S0193-3973(99)00042-8.
- Dawson G., Watling R. Interventions to facilitate auditory, visual, and motor integration in autism: a review of the evidence // *J. Autism Dev. Disord.* — 2000. — Vol. 30, no. 5. — P. 415–421. — DOI: 10.1023/a:1005547422749.
- DeLong G. Children with autistic spectrum disorder and a family history of affective disorder // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 1994. — Vol. 36. — P. 647–688.
- DeLong G., Dwyer J. Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease // *J. Autism Dev. Disord.* — 1988. — Vol. 18, no. 4. — P. 593–600. — DOI: 10.1007/bf02211877.
- DeMyer M. K., Hingtgen J. K., Jackson R. K. Infantile autism reviewed: a decade of research // *Schizophrenic Bulletin*. — 1981. — Vol. 7, no. 3. — P. 388–451. — DOI: 10.1093/schbul/7.3.388.
- Dewey M. Living with Asperger's Syndrome // *Autism and Asperger's Syndrome* / Ed. by Frith U. — Cambridge : Cambridge University Press, 1991. — DOI: 10.1017/CBO9780511526770.006.
- Dhossche D. Brief report: catatonia in autistic disorders // *J. Autism Dev. Disord.* — 1998. — Vol. 28, no. 4. — P. 329–331. — DOI: 10.1023/a:1026064720287.
- Dickerson Mayes S., Calhoun S. Ability profiles in children with autism: influence of age and IQ // *Autism*. — 2003. — Vol. 7, no. 1. — P. 65–80. — DOI: 10.1177/1362361303007001006.
- Dickerson Mayes S., Calhoun S., Crites D. Does DSM-IV Asperger's disorder exist? // *Journal of Abnormal Child Psychology*. — 2001. — Vol. 29, no. 3. — P. 263–272. — DOI: 10.1023/A:1010337916636.
- Dickerson Mayes S., Calhoun S. L. Non-significance of early speech delay in children with autism and normal intelligence and implications for DSM-IV Asperger's Disorder // *Autism*. — 2001. — Vol. 5, no. 1. — P. 81–94. — DOI: 10.1177/1362361301005001008.
- Dickerson Mayes S., Calhoun S. L., Murray M. J., Pearl A., Black A., Tierney C. D. Final DSM-5 under-identifies mild Autism Spectrum Disorder: Agreement between the DSM-5, CARS, CASD, and clinical diagnoses // *Research in Autism Spectrum Disorders*. — 2014. — Vol. 8, no. 2. — P. 68–73. — DOI: 10.1016/j.rasd.2013.11.002.

- Dissanayake C. Change in behavioural symptoms in children with High Functioning Autism and Asperger syndrome: evidence for one disorder? // *Australian Journal of Early Childhood*. — 2004. — Vol. 29, no. 3. — P. 48–57. — DOI: 10.1177/183693910402900308.
- Donnelly J., Bovee J.-P. Reflections on play: recollections from a mother and her son with Asperger Syndrome // *Autism*. — 2003. — Vol. 7, no. 4. — P. 471–476. — DOI: 10.1177/1362361303007004011.
- Duchaine B., Nieminen-von Wendt T., New J., Kulomäki T. Dissociations of visual recognition in a genetic prosopagnosic: evidence for separate developmental processes // *Neurocase*. — 2003. — Vol. 9, no. 5. — P. 380–389. — DOI: 10.1076/neur.9.5.380.16556.
- Duku E., Szatmari P., Vaillancourt T., Georgiades S., Thompson A., Liu X-Q., Paterson A.D., Bennett T. Measurement equivalence of the autism symptom phenotype in children and youth // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. — 2013. — Vol. 54, no. 12. — P. 1346–1355. — DOI: 10.1111/jcpp.12103.
- Dunn W. Development and validation of the Short Sensory Profile // *The Sensory Profile Examiners' Manual* / Ed. by W. Dunn. — San Antonio, TX : Psychological Corporation, 1999a.
- Dunn W. Sensory Profile. — San Antonio, TX : Psychological Corporation, 1999b.
- Dunn W., Smith Myles B., Orr S. Sensory processing issues associated with Asperger syndrome: a preliminary investigation // *American Journal of Occupational Therapy*. — 2002. — Vol. 56, no. 1. — P. 97–102. — DOI: 10.5014/ajot.56.1.97.
- Edmonds G., Worton D. *The Asperger Love Guide: A Practical Guide for Adults with Asperger's Syndrome to Seeking, Establishing and Maintaining Successful Relationships*. — London : Sage Publications, 2005. — 92 p. — ISBN: 978-1412919104.
- Ehlers S., Gillberg C. The epidemiology of Asperger's Syndrome — a total population study // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1993. — Vol. 34, no. 8. — P. 1327–1350. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb02094.x.
- Ehlers S., Gillberg C., Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children // *J. Autism Dev. Disord.* — 1999. — Vol. 29, no. 2. — P. 129–141. — DOI: 10.1023/a:1023040610384.
- Ehlers S., Nydén A., Gillberg C., Dahlgren-Sandberg A., Dahlgren S. O., Hjelmquist E., Odén A. Asperger syndrome, autism and attention disorders: a comparative study of the cognitive profiles of 120 children // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1997. — Vol. 38, no. 2. — P. 207–217. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01855.x.
- Eisenmajer R., Prior M., Leekham S., Wing L., Gould J., Welham M., Ong B. Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 35, no. 11. — P. 1523–1531. — DOI: 10.1097/00004583-199611000-00022.
- Eisenmajer R., Prior M., Leekham S., Wing L., Ong B., Gould J., Welham M. Delayed language onset as a predictor of clinical symptoms in Pervasive Developmental Disorders // *J. Autism Dev. Disord.* — 1998. — Vol. 28, no. 6. — P. 527–533. — DOI: 10.1023/a:1026004212375.
- Ekkehart F., Staufenberg A., Kells M. High risk or offending conduct in Asperger's syndrome: a forensic neuropsychiatric AS outpatient clinic cohort // *1st International Symposium on Autism Spectrum Disorder in a Forensic Context*. — Copenhagen, Denmark, 2005. — September.
- Ekman P. *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. — New York : Times Books, 2003. — 288 p. — ISBN: 978-0805072754.

- Epstein T., Saltzman-Benaiah J. Tourette syndrome and Asperger syndrome: overlapping symptoms and treatment implications // *Children, Youth and Adults with Asperger Syndrome: Integrating Multiple Perspectives* / Ed. by K. Stoddart. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — ISBN: 978-1843103196.
- Everall I. P., Le Couteur A. Firesetting in an adolescent boy with Asperger's Syndrome // *British Journal of Psychiatry*. — 1990. — Vol. 157, no. 2. — P. 284–287. — DOI: 10.1192/bjp.157.2.284.
- Farley M. A., McMahon W. M., Fombonne E., Jenson W. R., Miller J., Gardner M., Block H., Pingree C. B., Ritvo E. R., Ritvo R. A., Coon H. Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near average cognitive abilities // *Autism Research*. — 2009. — Vol. 2. — P. 109–118. — DOI: 10.1002/aur.69.
- Fast Y. Employment for Individuals with Asperger Syndrome or Non-Verbal Learning Disability: Stories and Strategies. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. — 338 p. — ISBN: 978-1843107668.
- Fein D., Dixon P., Paul J., Levin H. Brief report: pervasive developmental disorder can evolve into ADHD: case illustrations // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 4. — P. 525–534. — DOI: 10.1007/s10803-005-5066-3.
- Fine C., Lumsden J., Blair R. J. R. Dissociation between “theory of mind” and executive functions in a patient with early left amygdala damage // *Brain Journal of Neurology*. — 2001. — Vol. 124, no. 2. — P. 287–298. — DOI: 10.1093/brain/124.2.287.
- Fine J., Bartolucci G., Ginsberg G., Szatmari P. The use of intonation to communicate in Pervasive Developmental Disorders // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1991. — Vol. 32, no. 5. — P. 777–782. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1991.tb01901.x.
- Fine J., Bartolucci G., Szatmari P., Ginsberg G. Cohesive discourse in Pervasive Developmental Disorders // *J. Autism Dev. Disord.* — 1994. — Vol. 24, no. 3. — P. 315–329. — DOI: 10.1007/bf02172230.
- Fitzgerald M. The Genesis of Artistic Creativity: Asperger's Syndrome and the Arts. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — 256 p. — ISBN: 978-1843103349.
- Fitzpatrick E. The use of cognitive behavioural strategies in the management of anger in a child with an autistic disorder: an evaluation // *Good Autism Practice*. — 2004. — Vol. 5. — P. 3–17.
- Fleisher M. Making Sense of the Unfeasible: My Life Journey with Asperger Syndrome. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2003. — 160 p. — ISBN: 978-1843101659.
- Fleisher M. Survival Strategies for People on the Autism Spectrum. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2006. — 196 p. — ISBN: 978-1843102618.
- Fransella F. et al. The Essential Practitioner's Handbook of Personal Construct Psychology / Ed. by F. Fransella. — Chichester : John Wiley and Sons, 2005. — 312 p. — ISBN: 978-0470013236.
- Frazier J. A., Doyle R., Chiu S., Coyle J. T. Treating a child with Asperger's disorder and comorbid bipolar disorder // *American Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 159, no. 1. — P. 13–21. — DOI: 10.1176/appi.ajp.159.1.13.
- Frith U. Autism: Explaining the Enigma. — Oxford : Basil Blackwell Ltd., 1989. — 204 p. — ISBN: 978-0631158332.
- Frith Uta. Asperger and his syndrome // *Autism and Asperger Syndrome* / Ed. by Uta Frith. — Cambridge University Press, 1991. — P. 1–36. — ISBN: 9780511526770. — DOI: 10.1017/CBO9780511526770.001.

- Frith U. Emanuel Miller lecture: Confusions and controversies about Asperger syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2004. — Vol. 45, no. 4. — P. 672–686. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00262.x.
- Frith U., Happé F. Autism: beyond “theory of mind” // *Cognition.* — 1994. — Vol. 50, no. 1–3. — P. 115–132. — DOI: 10.1016/0010-0277(94)90024-8.
- Frith U., Happé F. Self-consciousness and autism. What is it like to be autistic? // *Mind and Language.* — 1999. — Vol. 14, no. 1. — P. 1–22. — DOI: 10.1111/1468-0017.00100.
- Gabor D. *How to Start a Conversation and Make Friends.* — New York : Simon and Schuster, 2001. — 208 p. — ISBN: 9780684868011.
- Gadow K. D., DeVincent C. J. Clinical significance of tics and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children with Pervasive Developmental Disorder // *Journal of Child Neurology.* — 2005. — Vol. 20, no. 6. — P. 481–488. — DOI: 10.1177/08830738050200060301.
- Gagnon E. *Power Cards. Using Special Interests to Motivate Children and Youth with Asperger Syndrome and Autism.* — Kansas : Autism Asperger Publishing Company, 2001. — 76 p. — ISBN: 978-1931282017.
- Gallucci G., Hackerman F., Schmidt C. Gender identity disorder in an adult male with Asperger’s syndrome // *Sexuality and Disability.* — 2005. — Vol. 23, no. 1. — P. 35–40. — DOI: 10.1007/s11195-004-2078-4.
- Garnett M., Attwood T. *The Australian Scale for Asperger’s Syndrome // Asperger’s Syndrome: A Guide for Parents and Professionals / Ed. by T. Attwood.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 1998. — ISBN: 978-1853025778.
- Gepner B., Mestre D. R. Brief report: Postural reactivity to fast visual motion differentiates autistic from children with Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 2002. — Vol. 32, no. 3. — P. 231–238. — DOI: 10.1023/A:1015410015859.
- Ghaziuddin M. A family history study of Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005a. — Vol. 35, no. 2. — P. 177–182. — DOI: 10.1007/s10803-004-1996-4.
- Ghaziuddin M. *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005b. — 252 p. — ISBN: 978-1843107279.
- Ghaziuddin M., Butler E., Tsai L., Ghaziuddin N. Is clumsiness a marker for Asperger syndrome? // *Journal of Intellectual Disability Research.* — 1994. — Vol. 38, no. 5. — P. 519–527. — DOI: 10.1111/j.1365-2788.1994.tb00440.x.
- Ghaziuddin M., Gerstein L. Pedantic speaking style differentiates Asperger’s syndrome from high-functioning autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 1996. — Vol. 26, no. 6. — P. 585–595. — DOI: 10.1007/bf02172348.
- Ghaziuddin M., Greden J. Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study // *J. Autism Dev. Disord.* — 1998. — Vol. 28, no. 2. — P. 111–115. — DOI: 10.1023/a:1026036514719.
- Ghaziuddin M., Mountain-Kimchi K. Defining the intellectual profile of Asperger syndrome: comparison with High-Functioning Autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 3. — P. 279–284. — DOI: 10.1023/b:jadd.0000029550.19098.77.
- Ghaziuddin M., Quinlan P., Ghaziuddin N. Catatonia in autism: a distinct subtype? // *Journal of Intellectual Disability Research.* — 2005. — Vol. 49, no. 1. — P. 102–105. — DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00666.x.

- Ghaziuddin M., Shakal J., Tsai L. Obstetric factors in Asperger syndrome: comparison with high functioning autism // *Journal of Intellectual Disability Research*. — 1995. — Vol. 39, no. 6. — P. 538–543. — DOI: 10.1111/j.1365-2788.1995.tb00575.x.
- Ghaziuddin M., Thomas P., Napier E., Kearney G., Tsai L., Welch K., Fraser W. Brief report: brief syntactic analysis in Asperger syndrome: a preliminary study // *J. Autism Dev. Disord.* — 2000. — Vol. 30, no. 1. — P. 67–70. — DOI: 10.1023/a:1005416212615.
- Ghaziuddin M., Tsai L., Ghaziuddin N. Brief report: Violence in Asperger Syndrome — a critique // *J. Autism Dev. Disord.* — 1991. — Vol. 21, no. 3. — P. 349–354. — DOI: 10.1007/bf02207331.
- Ghaziuddin M., Tsai L. Y., Ghaziuddin N. Brief report: A comparison of the diagnostic criteria for Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 1992. — Vol. 22, no. 4. — P. 643–649. — DOI: 10.1007/bf01046332.
- Ghaziuddin M., Wieder-Mikhail W., Ghaziuddin N. Comorbidity of Asperger Syndrome: a preliminary report // *Journal of Intellectual Disability Research*. — 1998. — Vol. 42, no. 4. — P. 279–283. — DOI: 10.1111/j.1365-2788.1998.tb01647.x.
- Gibbs V., Aldridge F., Chandler F., Witzlsperger E., Smith K. Brief report: An exploratory study comparing diagnostic outcomes for Autism Spectrum Disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision // *J. Autism Dev. Disord.* — 2012. — Vol. 42, no. 8. — P. 1750–1756. — DOI: 10.1007/s10803-012-1560-6.
- Gillberg C. Asperger's Syndrome in 23 Swedish children // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 1989. — Vol. 31, no. 4. — P. 520–531. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.1989.tb04031.x.
- Gillberg C. Clinical and neurobiological aspects of Asperger syndrome in six family studies // *Autism and Asperger Syndrome* / Ed. by U. Frith. — Cambridge : Cambridge University Press, 1991. — P. 122–146. — ISBN: 9780511526770. — DOI: 10.1017/CBO9780511526770.004.
- Gillberg C. Asperger syndrome and High Functioning Autism // *British Journal of Psychiatry*. — 1998. — Vol. 172, no. 3. — P. 200–209. — DOI: 10.1192/bjp.172.3.200.
- Gillberg C. *A Guide to Asperger Syndrome*. — Cambridge : Cambridge University Press, 2002. — ISBN: 9780511543814. — DOI: 10.1017/CBO9780511543814.
- Gillberg C., Billstedt E. Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2000. — Vol. 102, no. 5. — P. 321–330. — DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.102005321.x.
- Gillberg C., de Souza L. Head circumference in autism, Asperger syndrome, and ADHD: a comparative study // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 2002. — Vol. 44, no. 5. — P. 296–300. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.2002.tb00814.x.
- Gillberg C., Ehlers S., Schaumann H., Jacobsson G., Dahlgren S., Lindblom R., Bågenholm A., Tjuus T., Blinder E. Autism under age 3 years: a clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1990. — Vol. 31, no. 6. — P. 921–934. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1990.tb00834.x.
- Gillberg C., Gillberg C., Råstam M., Wentz E. The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview // *Autism*. — 2001. — Vol. 5, no. 1. — P. 57–66. — DOI: 10.1177/1362361301005001006.
- Gillberg C., Råstam M. Do some cases of anorexia nervosa reflect underlying autistic-like conditions? // *Behavioural Neurology*. — 1992. — Vol. 5, no. 1. — P. 27–32. — DOI: 10.3233/BEN-1992-5105.

- Gillberg I. C., Gillberg C. Asperger Syndrome — some epidemiological considerations: a research note // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1989. — Vol. 30, no. 4. — P. 631–638. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00275.x.
- Gillberg I. C., Gillberg C., Råstam M., Johansson M. The cognitive profile of anorexia nervosa: a comparative study including a community based sample // *Comprehensive Psychiatry.* — 1996. — Vol. 37, no. 1. — P. 23–30. — DOI: 10.1016/s0010-440x(96)90046-2.
- Gilliam J. GADS Examiner's Manual. — Austin, TX : PRO-ED, 2002.
- Gillot A., Furniss F., Walter A. Anxiety in high-functioning children with autism // *Autism.* — 2001. — Vol. 5, no. 3. — P. 277–286. — DOI: 10.1177/1362361301005003005.
- Goldberg M., Mostofsky S., Cutting L., Mahone E., Astor B., Denckla M., Landa R. Subtle executive impairment in children with autism and children with ADHD // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 3. — P. 279–293. — DOI: 10.1007/s10803-005-3291-4.
- Goldstein G., Johnson C., Minshew N. Attentional processes in autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2001. — Vol. 31, no. 4. — P. 433–440. — DOI: 10.1023/A:1010620820786.
- Goldstein S., Schwabach A. The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyper-activity disorder: results of a retrospective chart review // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34. — P. 329–339. — DOI: 10.1023/b:jadd.0000029554.46570.68.
- Gowen E., Miall R. C. Behavioural aspects of cerebellar function in adults with Asperger syndrome // *The Cerebellum.* — 2005. — Vol. 4, no. 4. — P. 279–289. — DOI: 10.1080/14734220500355332.
- Graham P. Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families. — Cambridge : Cambridge University Press, 1998. — DOI: 10.1017/CBO9781139344456.
- Grandin T. My experiences as an autistic child and review of selected literature // *Journal of Orthomolecular Psychiatry.* — 1984. — Vol. 13, no. 3. — P. 144–174.
- Grandin T. Teaching tips from a recovered autistic // *Focus on Autistic Behaviour.* — 1988. — Vol. 3, no. 1. — P. 1–8. — DOI: 10.1177/108835768800300101.
- Grandin T. Sensory problems in autism // *Annual Conference of the Autism Society of America.* — Buena Park, California, 1990.
- Grandin T. *Thinking in Pictures and Other Reports From My Life with Autism.* — New York : Doubleday, 1995. — 222 p. — ISBN: 9780385477925.
- Grandin T., Barron S. *Unwritten Rules of Social Relationships: Decoding Social Mysteries Through the Unique Perspectives of Autism.* — Arlington, TX : Future Horizons, 2005. — 383 p. — ISBN: 978-1-932565-06-5.
- Grandin T., Duffy K. *Developing Talents: Careers for Individuals with Asperger Syndrome and High-Functioning Autism.* — Kansas : Autism Asperger Publishing Company, 2004. — 168 p. — ISBN: 978-1931282567.
- Grave J., Blissett J. Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence // *Clinical Psychology Review.* — 2004. — Vol. 24, no. 4. — P. 399–420. — DOI: 10.1016/j.cpr.2004.03.002.
- Gray C. *Comic Strip Conversations.* — Arlington : Future Education, 1994. — 39 p. — ISBN: 978-1885477224.
- Gray C. *Social Stories™ and Comic Strip Conversations with students with Asperger Syndrome and High-Functioning Autism // Asperger's Syndrome or High-Functioning Autism? / Ed. by E. Schopler, G. Mesibov, L. J. Kuncie.* — New York : Plenum Press, 1998. — P. 167–198. — DOI: 10.1007/978-1-4615-5369-4_9.

- Gray C. Gray's guide to compliments: A social workbook // Supplement in *The Morning News*. — 1999. — Vol. 11, no. 1.
- Gray C. *My Social Stories Book*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2002a. — 144 p. — ISBN: 978-1853029509.
- Gray C. *The Sixth Sense II*. — Arlington, TX : Future Horizons, 2002b. — 23 p. — ISBN: 978-1885477903.
- Gray C. *Social Stories 10.0: The new defining criteria and guidelines* // *Jenison Autism Journal*. — 2003. — Vol. 15, no. 4. — P. 2–21.
- Gray C. *Gray's guide to bullying parts I–III* // *Jenison Autism Journal*. — 2004. — Vol. 16, no. 1. — P. 1–60.
- Green D., Baird G., Barnett A., Henderson L., Huber J., Henderson S. The severity and nature of motor impairment in Asperger's syndrome: a comparison with specific developmental disorder of motor function // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2002. — Vol. 43, no. 5. — P. 655–668. — DOI: 10.1111/1469-7610.00054.
- Green J., Gilchrist A., Burton D., Cox A. Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger Syndrome compared with conduct disorder // *J. Autism Dev. Disord.* — 2000. — Vol. 30, no. 4. — P. 279–293. — DOI: 10.1023/a:1005523232106.
- Gresley L. *Cognitive adaptation to the diagnosis of Asperger syndrome and the relationship with depression and adjustment* : Doctoral dissertation / L. Gresley ; University of Exeter. — 2000. — Access mode: <http://isni.org/isni/0000000135189454>.
- Grigorenko E. L., Klin A., Pauls D., Senft R., Hooper C., Volkmar F. A descriptive study of hyperlexia in a clinically referred sample of children with developmental delays // *J. Autism Dev. Disord.* — 2002. — Vol. 32, no. 1. — P. 3–12. — DOI: 10.1023/a:1017995805511.
- Griswold D., Barnhill G., Smith Myles B., Hagiwara T., Simpson R. Asperger Syndrome and academic achievement // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. — 2002. — Vol. 17, no. 2. — P. 94–102. — DOI: 10.1177/10883576020170020401.
- Grodin J., Diller A., Bausman M., Velicer W., Norman G., Cautella J. The development of a stress survey schedule for persons with autism and other developmental disabilities // *J. Autism Dev. Disord.* — 2001. — Vol. 31, no. 2. — P. 207–217. — DOI: 10.1023/a:1010755300436.
- Groft M., Block M. Children with Asperger syndrome: implications for general physical education and youth sports // *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*. — 2003. — Vol. 74, no. 3. — P. 38–46. — DOI: 10.1080/07303084.2003.10608468.
- Gunter H., Ghaziuddin M., Ellis H. Asperger syndrome: tests of right hemisphere functioning and interhemispheric communication // *J. Autism Dev. Disord.* — 2002. — Vol. 32, no. 4. — P. 263–281. — DOI: 10.1023/a:1016326701439.
- Hadcroft W. *The Feeling's Unmutual: Growing Up with Asperger Syndrome (Undiagnosed)*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — 240 p. — ISBN: 978-1843102649.
- Hadwin J., Baron-Cohen S., Howlin P., Hill K. Can we teach children with autism to understand emotions, belief, or pretence? // *Development and Psychopathology*. — 1996. — Vol. 8, no. 2. — P. 345–365. — DOI: 10.1017/S0954579400007136.
- Hagiwara T., Smith Myles B. A multimedia social story intervention: teaching skills to children with autism // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. — 1999. — Vol. 14, no. 2. — P. 82–95. — DOI: 10.1177/108835769901400203.
- Hallett M., Lebieclausko M., Thomas S., Stanhope S., Dondela M., Rumsey J. Locomotion of autistic adults // *Archives of Neurology*. — 1993. — Vol. 50, no. 12. — P. 1304–1308. — DOI: 10.1001/archneur.1993.00540120019007.

- Happé F. An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults // *J. Autism Dev. Disord.* — 1994. — Vol. 24, no. 2. — P. 129–154. — DOI: 10.1007/bf02172093.
- Happé F., Ronald A. The “Fractionable Autism Triad”: A review of evidence from behavioural, genetic, cognitive and neural research // *Neuropsychology Review.* — 2008. — Vol. 18, no. 4. — P. 287–304. — DOI: 10.1007/s11065-008-9076-8.
- Hare D. J. The use of Cognitive-Behavioural Therapy with people with Asperger Syndrome: a case study // *Autism.* — 1997. — Vol. 1, no. 2. — P. 215–225. — DOI: 10.1177/1362361397012007.
- Hare D. J., Jones J., Paine C. Approaching reality: the use of personal construct assessment in working with people with Asperger syndrome // *Autism.* — 1999. — Vol. 3, no. 2. — P. 165–176. — DOI: 10.1177/1362361399003002006.
- Hare D. J., Malone C. Catatonia and autistic spectrum disorders // *Autism.* — 2004. — Vol. 8, no. 2. — P. 183–195. — DOI: 10.1177/1362361304042722.
- Hare D. J., Paine C. Developing cognitive behavioural treatments for people with Asperger's syndrome // *Clinical Psychology Forum.* — 1997. — Vol. 110. — P. 5–8.
- Harpur J., Lawlor M., Fitzgerald M. Succeeding in College with Asperger Syndrome: A Student Guide. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. — 272 p. — ISBN: 978-1843102014.
- Harrison J., Hare D. J. Brief report: Assessment of sensory abnormalities in people with autistic spectrum disorders // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 6. — P. 727–730. — DOI: 10.1007/s10803-004-5293-z.
- Hawkins G. How to Find Work That Works for People with Asperger Syndrome. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. — 320 p. — ISBN: 978-1843101512.
- Hay D., Payne A., Chadwick A. Peer relations in childhood // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2004. — Vol. 45, no. 1. — P. 84–108. — DOI: 10.1046/j.0021-9630.2003.00308.x.
- Hebebrand J., Henninghausen K., Nau S., Himmelmann G., Schulz E., Schafer H., Remschmidt H. Low body weight in male children and adolescents with schizoid personality disorder or Asperger's disorder // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* — 1997. — Vol. 96, no. 1. — P. 64–67. — DOI: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09906.x.
- Heider F., Simmel M. An experimental study of apparent behaviour // *American Journal of Psychology.* — 1944. — Vol. 57, no. 2. — P. 243–259. — DOI: 10.2307/1416950.
- Heinrichs R. Perfect Targets: Asperger Syndrome and Bullying: Practical Solutions for Surviving the Social World. — Kansas : Autism Asperger Publishing Company, 2003. — 204 p. — ISBN: 978-1931282185.
- Hénault I. Asperger's Syndrome and Sexuality: From Adolescence Through Adulthood. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — 208 p. — ISBN: 978-1843101895.
- Hermelin B. Bright Splinters of the Mind. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2001. — 192 p. — ISBN: 978-1853029325.
- Hill E., Berthoz S., Frith U. Brief report: Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 2. — P. 229–235. — DOI: 10.1023/B:JADD.0000022613.41399.14.
- Hillier A., Allinson L. Beyond expectations: autism, understanding embarrassment, and the relationship with theory of mind // *Autism.* — 2002. — Vol. 6, no. 3. — P. 299–314. — DOI: 10.1177/1362361302006003007.

- Hinton M., Kern L. *Journal of Positive Behaviour Interventions // Increasing homework completion by incorporating student interests.* — 1999. — Vol. 1, no. 4. — P. 231–234, 241. — DOI: 10.1177/109830079900100405.
- Hippler K., Klicpera C. A retrospective analysis of the clinical case records of “autistic psychopaths” diagnosed by Hans Asperger and his team at the University Children’s Hospital, Vienna // *Autism: Mind and Brain / Ed. by U. Frith, E. Hill.* — Oxford : Oxford University Press, 2004. — P. 21–42. — ISBN: 978-0198529248.
- Hodges E., Malone J., Perry D. Individual risk and social risk as interacting determinants of victimization in the peer group // *Developmental Psychology.* — 1997. — Vol. 33, no. 6. — P. 1033–1039. — DOI: 10.1037/0012-1649.33.6.1032.
- Holaday M., Moak J., Shipley M. A. Rorschach protocols from children and adolescents with Asperger’s disorder // *Journal of Personality Assessment.* — 2001. — Vol. 76, no. 3. — P. 482–495. — DOI: 10.1207/S15327752JPA7603_09.
- Holtmann M., Bölte S., Poustka F. Letters to the editor: ADHD, Asperger syndrome and High Functioning Autism // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2005. — Vol. 44, no. 11. — P. 1101. — DOI: 10.1097/01.chi.0000177322.57931.2a.
- Howlin P. Assessment instruments for Asperger syndrome // *Child Psychology and Psychiatry Review.* — 2000. — Vol. 5, no. 3. — P. 120–129. — DOI: 10.1111/1475-3588.00298.
- Howlin P. Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 2003. — Vol. 33, no. 1. — P. 3–13. — DOI: 10.1023/a:1022270118899.
- Howlin P. *Autism and Asperger Syndrome: Preparing for Adulthood.* — 2nd edition edition. — London : Routledge, 2004. — 400 p. — ISBN: 978-0415309684.
- Howlin P., Alcock J., Burkin C. An eight year follow-up of a specialist supported employment service for high ability adults with autism or Asperger syndrome // *Autism.* — 2005. — Vol. 9, no. 5. — P. 533–549. — DOI: 10.1177/1362361305057871.
- Howlin P., Asgharian A. The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families // *Developmental Medicine and Child Neurology.* — 1999. — Vol. 41, no. 12. — P. 834–839. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.1999.tb00550.x.
- Howlin P., Baron-Cohen S., Hadwin J. *Teaching Children with Autism to Mind-Read: A Practical Guide.* — Chichester : John Wiley and Sons, 1999. — 302 p. — ISBN: 978-0471976233.
- Howlin P., Yates P. The potential effectiveness of social skills groups for adults with autism // *Autism.* — 1999. — Vol. 3, no. 3. — P. 299–307. — DOI: 10.1177/1362361399003003007.
- Hubbard A. *Academic modifications // Children and Youth with Asperger Syndrome: Strategies for Success in Inclusive Settings / Ed. by Smith Myles B.* — Thousand Oaks, CA : Corwin Press, 2005. — P. 35–58. — ISBN: 978-1412904988.
- Huerta M., Bishop S. L., Duncan A., Hus V., Lord C. Application of DSM-5 criteria for Autism Spectrum Disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of Pervasive Developmental Disorders // *American Journal of Psychiatry.* — 2012. — Vol. 169, no. 10. — P. 1056–1064. — DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12020276.
- Hughes C., Russell J., Robbins T. Evidence for executive dysfunction in autism // *Neuropsychologia.* — 1994. — Vol. 32, no. 4. — P. 477–492. — DOI: 10.1016/0028-3932(94)90092-2.
- Hurlburt R., Happé F., Frith U. Sampling the form of inner experience in three adults with Asperger’s Syndrome // *Psychological Medicine.* — 1994. — Vol. 24, no. 2. — P. 385–395. — DOI: 10.1017/s0033291700027367.

- Isager T., Mouridsen S., Rich B., Nedergaard N. Autism spectrum disorders and criminal behaviour: a case control study // 1st International Symposium on Autism Spectrum Disorder in a Forensic Context. — Copenhagen, Denmark, 2005. — September.
- Ivey M., Heflin L., Alberto P. The use of Social Stories to promote independent behaviours in novel events for children with PDD-NOS // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. — 2004. — Vol. 19, no. 3. — P. 164–176. — DOI: 10.1177/10883576040190030401.
- Iwanaga R., Kawasaki C., Tsuchida R. Brief report: Comparison of sensory-motor and cognitive function between autism and Asperger syndrome in preschool children // J. Autism Dev. Disord. — 2000. — Vol. 30, no. 2. — P. 169–174. — DOI: 10.1023/A:1005467807937.
- Jackson L. Freaks, Geeks and Asperger Syndrome: A User Guide to Adolescence. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2002a. — 219 p. — ISBN: 1843100983.
- Jackson N. Standing Down Falling Up: Asperger's Syndrome from the Inside Out. — Bristol : Lucky Duck Publishing, 2002b. — 134 p. — ISBN: 978-1873942987.
- Jacobs B. Loving Mr Spock: Understanding an Aloof Lover — Could it be Asperger Syndrome? — London : Jessica Kingsley Publishers, 2006. — 240 p. — ISBN: 978-1843104728.
- Jacobsen P. Asperger Syndrome and Psychotherapy: Understanding Asperger Perspectives. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2003. — 172 p. — ISBN: 978-1843107439.
- Jacobsen P. A brief overview of the principles of psychotherapy with Asperger's syndrome // Clinical Child Psychology and Psychiatry. — 2004. — Vol. 9, no. 4. — P. 567–578. — DOI: 10.1177/1359104504046160.
- James I. Asperger's Syndrome and High Achievement: Some Very Remarkable People. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2006. — 224 p. — ISBN: 978-1843103882.
- Jansson-Verkasalo E., Kujala T., Jussila K., Matilla M. L., Moilanen I., Nääätänen R., Suominen K., Korpilahti P. Similarities in the phenotype of the auditory neural substrate in children with Asperger syndrome and their parents // European Journal of Neuroscience. — 2005. — Vol. 22, no. 4. — P. 986–990. — DOI: 10.1111/j.1460-9568.2005.04216.x.
- Johnson M. Managing with Asperger Syndrome. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — 138 p. — ISBN: 978-1-84310-199-4.
- Jolliffe T., Lansdown R., Robinson T. Autism: a personal account // Communication. — 1992. — Vol. 26, no. 3. — P. 12–19.
- Jones R., Quigney C., Huws J. First-hand accounts of sensory perceptual experiences in autism: a qualitative analysis // Journal of Intellectual and Developmental Disability. — 2003. — Vol. 28, no. 2. — P. 112–121. — DOI: 10.1080/1366825031000147058.
- Jordan R. School based intervention for children with specific learning difficulties // Learning and Behavior Problems in Asperger Syndrome / Ed. by M. Prior. — New York : The Guilford Press, 2003. — P. 212–243. — ISBN: 1-57230-917-2.
- Joseph R., McGrath L., Tager-Flusberg H. Executive dysfunction and its relation to language ability in verbal school-age children with autism // Developmental Neuropsychology. — 2005. — Vol. 27, no. 3. — P. 361–378. — DOI: 10.1207/s15326942dn2703_4.
- Kadesjö B., Gillberg C. Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 2000. — Vol. 39, no. 5. — P. 548–555. — DOI: 10.1097/00004583-200005000-00007.
- Kadesjö B., Gillberg C., Hagberg B. Brief Report: Autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study // J. Autism Dev. Disord. — 1999. — Vol. 29, no. 4. — P. 327–331. — DOI: 10.1023/A:1022115520317.

- Kaland N., Møller-Nielsen A., Callesen K., Mortensen E. L., Gottlieb D., Smith L. A new “advanced” test of theory of mind: evidence from children and adolescents with Asperger syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2002. — Vol. 43, no. 4. — P. 517–528. — DOI: 10.1111/1469-7610.00042.
- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // *Nervous Child.* — 1943. — Vol. 2. — P. 217–250.
- Kendall P. C. et al. *Child and Adolescent Therapy: Cognitive Behavioural Therapy Procedures* / Ed. by P. C. Kendall. — 2nd edition. — New York : The Guilford Press, 2000. — 432 p. — ISBN: 978-1572305564.
- Kerbel D., Grunwell P. A study of idiom comprehension in children with semantic-pragmatic difficulties. Part II: Between-groups results and discussion // *Int. J. Lang. Commun. Disord.* — 1998. — Vol. 33, no. 1. — P. 23–44. — DOI: 10.1080/136828298247910.
- Kerbeshian J., Burd L. Asperger’s syndrome and Tourette syndrome: the case of the pinball wizard // *British Journal of Psychiatry.* — 1986. — Vol. 148, no. 6. — P. 731–736. — DOI: 10.1192/bjp.148.6.731.
- Kerbeshian J., Burd L. Case study: comorbidity among Tourette’s syndrome, autistic disorder and bipolar disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 1996. — Vol. 35, no. 5. — P. 681–685. — DOI: 10.1097/00004583-199605000-00024.
- Kerbeshian J., Burd L., Fisher W. Asperger’s Syndrome: to be or not to be? // *British Journal of Psychiatry.* — 1990. — Vol. 156, no. 5. — P. 721–725. — DOI: 10.1192/bjp.156.5.721.
- Kerr S., Durkin K. Understanding of thought bubbles as mental representations in children with autism: implications for Theory of Mind // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 6. — P. 637–647. — DOI: 10.1007/s10803-004-5285-z.
- Kim J. A., Szatmari P., Bryson S. E., Streiner D. L., Wilson F. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger Syndrome // *Autism.* — 2000. — Vol. 4, no. 2. — P. 117–132. — DOI: 10.1177/1362361300004002002.
- Kleinhans N., Akshoomoff N., Delis D. Executive functions in autism and Asperger’s disorder: flexibility, fluency and inhibition // *Developmental Neuropsychology.* — 2005. — Vol. 27, no. 3. — P. 379–401. — DOI: 10.1207/s15326942dn2703_5.
- Kleinman J., Marciano P. L., Ault R. L. Advanced Theory of Mind in high-functioning adults with autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2001. — Vol. 31, no. 1. — P. 29–36. — DOI: 10.1023/a:1005657512379.
- Klin A. Attributing social meaning to ambiguous visual stimuli in higher-functioning autism and Asperger syndrome: the Social Attribution Task // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2000. — Vol. 41, no. 7. — P. 831–846. — DOI: 10.1111/1469-7610.00671.
- Klin A., Carter A., Sparrow S. S. Psychological assessment of children with autism // *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* / Ed. by D. J. Cohen, F. R. Volkmar. — 2nd edition edition. — New York : Wiley, 1997. — ISBN: 978-0471532422.
- Klin A., Jones W., Schultz R., Volkmar F., Cohen D. Defining and quantifying the social phenotype in autism // *American Journal of Psychiatry.* — 2002a. — Vol. 159, no. 6. — P. 895–908. — DOI: 10.1176/appi.ajp.159.6.895.
- Klin A., Jones W., Schultz R., Volkmar F., Cohen D. Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism // *Archives of General Psychiatry.* — 2002b. — Vol. 59, no. 9. — P. 809–816. — DOI: 10.1001/archpsyc.59.9.809.

- Klin A., Sparrow S., Marans W., Carter A., Volkmar F. Assessment issues in children and adolescents with Asperger syndrome // *Asperger Syndrome* / Ed. by A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow. — New York : Guilford Press, 2000. — P. 309–339. — ISBN: 978-1572305342.
- Klin A., Volkmar F. R. Asperger's Syndrome // *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* / Ed. by D. J. Cohen, F. R. Volkmar. — New York : Guilford Press, 1997. — ISBN: 978-0471532422.
- Klin A., Volkmar F. R., Sparrow S. S., Cicchetti D. V., Rourke B. P. Validity and neuropsychological characterization of Asperger Syndrome: convergence with Nonverbal Learning Disabilities Syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1995. — Vol. 36, no. 7. — P. 1127–1140. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01361.x.
- Knickmeyer R., Baron-Cohen S., Raggatt P., Taylor K. Foetal testosterone, social relationships, and restricted interests in children // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2005. — Vol. 46, no. 2. — P. 198–210. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00349.x.
- Koning C., Magill-Evans J. Social and language skills in adolescent boys with Asperger syndrome // *Autism.* — 2001. — Vol. 5, no. 1. — P. 23–36. — DOI: 10.1177/1362361301005001003.
- Konstantareas M. M. Anxiety and depression in children and adolescents with Asperger syndrome // *Children, Youth and Adults with Asperger Syndrome: Integrating Multiple Perspectives* / Ed. by K. P. Stoddart. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — P. 47–59. — ISBN: 978-1843103196.
- Kopp S., Gillberg C. Selective mutism: a population based study: a research note // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1997. — Vol. 32, no. 2. — P. 257–262. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01859.x.
- Kracke I. Developmental prosopagnosia in Asperger syndrome: presentation and discussion of an individual case // *Developmental Medicine and Child Neurology.* — 1994. — Vol. 36, no. 10. — P. 873–886. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.1994.tb11778.x.
- Kraemer B., Delsignore A., Gundelfinger R., Schnyder U., Hepp U. Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2005. — Vol. 14, no. 5. — P. 292–296. — DOI: 10.1007/s00787-005-0469-4.
- Krug D., Arick J. *Krug Asperger's Disorder Index.* — Austin, TX : PRO-ED, 2003.
- Kulage K. M., Smaldone A. M., Cohn E. G. How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis // *J. Autism Dev. Disord.* — 2014. — Vol. 44, no. 8. — P. 1918–1932. — DOI: 10.1007/s10803-012-1560-6.
- Kurita H. Brief report: delusional disorder in a male adolescent with high-functioning PDDNOS // *J. Autism Dev. Disord.* — 1999. — Vol. 29, no. 5. — P. 419–423. — DOI: 10.1023/a:1023087029274.
- Kutscher M. *Kids in the Syndrome Mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar and More.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — P. 224. — ISBN: 978-1-84310-810-8.
- Ladd G. W., Ladd B. K. Parenting behaviours and parent-child relationships: correlates of peer victimization in kindergarten // *Developmental Psychology.* — 1998. — Vol. 34, no. 6. — P. 1450–1458. — DOI: 10.1037/0012-1649.34.6.1450.
- Lainhart J., Folstein S. Affective disorders in people with autism: a review of published cases // *J. Autism Dev. Disord.* — 1994. — Vol. 24, no. 5. — P. 587–601. — DOI: 10.1007/bf02172140.

- Landa R. Social language use in Asperger syndrome and High-Functioning Autism // *Asperger Syndrome* / Ed. by A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow. — New York : The Guilford Press, 2000. — P. 125–155. — ISBN: 978-1572305342.
- Landa R. J., Goldberg M. C. Language, social and executive functions in high-functioning autism: a continuum of performance // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 5. — P. 557–573. — DOI: 10.1007/s10803-005-0001-1.
- LaSalle B. *Finding Ben: A Mother's Journey Through the Maze of Asperger's.* — New York : Contemporary Books, 2003. — 304 p. — ISBN: 978-0071431941.
- Laurent A. C., Rubin E. Challenges in emotional regulation in Asperger Syndrome and High Functioning Autism // *Topics in Language Disorders.* — 2004. — Vol. 24, no. 4. — P. 286–297.
- Lawson W. *Life Behind Glass: A Personal Account of Autism Spectrum Disorder.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 1998. — 132 p. — ISBN: 978-1853029110.
- Lawson W. *Understanding and Working with the Spectrum of Autism: An Insider's View.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 2001. — 224 p. — ISBN: 978-1853029714.
- Lawson W. *Sex, Sexuality and the Autism Spectrum.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — 176 p. — ISBN: 978-1843102847.
- Ledgin N. *Asperger's and Self-esteem: Insight and Hope Through Famous Role Models.* — Arlington, TX : Future Horizons, 2002. — 208 p. — ISBN: 978-1885477859.
- Lee A., Hobson R. P. On developing self-concepts: a controlled study of children and adolescents with autism // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1998. — Vol. 39, no. 8. — P. 1131–1144. — DOI: 10.1111/1469-7610.00417.
- Leekham S., Libby S., Wing L., Gould J., Gillberg C. Comparison of ICD-10 and Gillberg's criteria for Asperger syndrome // *Autism.* — 2000. — Vol. 4, no. 1. — P. 11–28. — DOI: 10.1177/1362361300004001002.
- Linblad T. *Communication and Asperger syndrome: the speech-language pathologist's role* // *Children, Youth and Adults with Asperger Syndrome: Integrating Multiple Perspectives* / Ed. by K. P. Stoddart. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2005. — P. 125–139. — ISBN: 978-1843103196.
- Lincoln A. J., Courchesne E., Kilman B. A., Elmasian R., Allen M. A study of intellectual abilities in high-functioning people with autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 1988. — Vol. 18, no. 4. — P. 505–524. — DOI: 10.1007/bf02211870.
- Little L. Middle-class mothers' perceptions of peer and sibling victimization among children with Asperger syndrome and non-verbal learning disorders // *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing.* — 2002. — Vol. 25, no. 1. — P. 43–57. — DOI: 10.1080/014608602753504847.
- Long M. *Roses and cacti* // *Asperger's Syndrome and Adults: Is Anyone Listening?* / Ed. by K. Rodman. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2003. — P. 91–98. — ISBN: 978-1843107514.
- Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E. H. Jr., Leventhal B., DiLavore P. C., Pickles A., Rutter M. The Autism Diagnostic Observation Schedule — Generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2000. — Vol. 30, no. 3. — P. 205–223. — DOI: 10.1023/A:1005592401947.
- Lord C., Rutter M., Le Couteur A. *Autism Diagnostic Interview — Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders* // *J. Autism Dev. Disord.* — 1994. — Vol. 24, no. 5. — P. 659–685. — DOI: 10.1007/BF02172145.

- Lorimer P. A. The use of Social Stories as a preventative behavioural intervention in a home setting with a child with autism // *Journal of Positive Behavior Interventions*. — 2002. — Vol. 4, no. 1. — P. 53–60. — DOI: 10.1177/109830070200400109.
- Lovecky D. *Different Minds: Gifted Children with AD/HD, Asperger Syndrome, and Other Learning Deficits*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. — 528 p. — ISBN: 978-1853029646.
- Loveland K. A., Tunali B. Social scripts for conversational interactions in Autism and Downs Syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 1991. — Vol. 21, no. 2. — P. 177–186. — DOI: 10.1007/BF02284758.
- Lyons V., Fitzgerald M. Humor in autism and Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 5. — P. 521–531. — DOI: 10.1007/s10803-004-2547-8.
- Lyons V., Fitzgerald M. Early memory and autism: Letter to the editor // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 5. — P. 683. — DOI: 10.1007/s10803-005-0012-y.
- Maenner M. J., Rice C. E., Ameson C. L., Cunniff C., Schieve L. A., Carpenter L. A., Van Naarden Braun K., Kirby R. S., Bakian A. V., Durkin M. S. Potential impact of DSM-5 criteria on Autism Disorder prevalence estimates // *Journal of the American Medical Association Psychiatry*. — 2014. — Vol. 71, no. 3. — P. 292–300. — DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.3893.
- Mahoney W. J., Szatmari P., MacLean J. E., Bryson S. E., Bartolucci G., Walter S. D., Jones M. B., Zwaigenbaum L. Reliability and accuracy of differentiating Pervasive Developmental Disorder subtypes // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1998. — Vol. 37, no. 3. — P. 278–285. — DOI: 10.1097/00004583-199803000-00012.
- Manjiviona J. *Assessment of specific learning difficulties // Learning and Behavior Problems in Asperger Syndrome / Ed. by M. Prior*. — New York : The Guilford Press, 2003. — P. 55–84. — ISBN: 1-57230-917-2.
- Manjiviona J., Prior M. Comparison of Asperger syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment // *J. Autism Dev. Disord.* — 1995. — Vol. 25, no. 1. — P. 23–39. — DOI: 10.1007/bf02178165.
- Manjiviona J., Prior M. Neuropsychological profiles of children with Asperger syndrome and autism // *Autism*. — 1999. — Vol. 3, no. 4. — P. 327–356. — DOI: 10.1177/1362361399003004003.
- Marriage K., Miles T., Stokes D., Davey M. Clinical and research implications of the co-occurrence of Asperger's and Tourette's Syndrome // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. — 1993. — Vol. 27, no. 4. — P. 666–672. — DOI: 10.3109/00048679309075829.
- Marriage K. J., Gordon V., Brand L. A social skills group for boys with Asperger's Syndrome // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. — 1995. — Vol. 29, no. 1. — P. 58–62. — DOI: 10.3109/00048679509075892.
- Martin I., McDonald S. An exploration of causes of non-literal language problems in individuals with Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 3. — P. 311–328. — DOI: 10.1023/b:jadd.0000029553.52889.15.
- Matson J. L., Belva B., Horovitz M., Kozlowski A.M., Bamberg J. Comparing symptoms of Autism Spectrum Disorder in a developmentally disabled adult population using current DSMIV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-5 diagnostic criteria // *Journal of Developmental and Physical Disorders*. — 2012a. — Vol. 24, no. 4. — P. 403–414. — DOI: 10.1007/s10882-012-9278-0.

- Matson J. L., Kozlowski A. M., Hattier M. A. DSM-IV versus DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism // *Developmental Neurorehabilitation*. — 2012b. — Vol. 15, no. 3. — P. 185–190. — DOI: 10.3109/17518423.2012.672341.
- Matthews A. *Making Friends: A Guide to Getting Along with People*. — Singapore : Media Masters, 1990. — 144 p. — ISBN: 978-9810019532.
- Mawson D., Grounds A., Tantam D. Violence and Asperger's Syndrome: a case study // *British Journal of Psychiatry*. — 1985. — Vol. 147, no. 5. — P. 566–569. — DOI: 10.1192/bjp.147.5.566.
- Mayes L., Cohen D., Klin A. Desire and fantasy: a psychoanalytic perspective on theory of mind and autism // *Understanding Other Minds: Perspectives From Autism* / Ed. by S. Baron-Cohen, T. Tager-Flusberg, D. Cohen. — Oxford : Oxford Medical Publications, 1993. — P. 536.
- McDougle C., Kresch L., Goodman W., Naylor S. A case controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive compulsive disorder // *American Journal of Psychiatry*. — 1995. — Vol. 152, no. 2. — P. 772–777. — DOI: 10.1176/ajp.152.5.772.
- McGee G. G., Feldman R. S., Chernin L. A comparison of emotional facial display by children with autism and typical preschoolers // *Journal of Early Intervention*. — 1991. — Vol. 15, no. 3. — P. 237–245. — DOI: 10.1177/105381519101500303.
- McGregor E., Whiten A., Blackburn P. Teaching theory of mind by highlighting intentions and illustrating thoughts: a comparison of their effectiveness with three-year-olds and autistic subjects // *British Journal of Developmental Psychology*. — 1998. — Vol. 16, no. 3. — P. 281–300. — DOI: 10.1111/j.2044-835X.1998.tb00753.x.
- McPartland J. C., Reichow B., Volkmar F. R. Sensitivity and specificity of proposed DSM5 Diagnostic criteria for Autism Spectrum Disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2012. — Vol. 51, no. 5. — P. 368–383. — DOI: 10.1016/j.jaac.2012.01.007.
- Mercier C., Mottron L., Belleville S. Psychosocial study on restricted interest in high-functioning persons with pervasive developmental disorders // *Autism*. — 2000. — Vol. 4, no. 4. — P. 406–425. — DOI: 10.1177/1362361300004004006.
- Mesibov G. B. Social skills training with verbal autistic adolescents and adults: a program model // *J. Autism Dev. Disord*. — 1984. — Vol. 14, no. 4. — P. 395–404. — DOI: 10.1007/BF02409830.
- Metro. 60 SECONDS: Daniel Tammet (интервью провёл Graeme Greene). — 2006. — доступ от 4 августа 2021 г. Access mode: <https://metro.co.uk/2006/07/14/60-seconds-daniel-tammet-195577/>.
- Micali N., Chakrabarti S., Fombonne E. The broad autism phenotype: findings from an epidemiological survey // *Autism*. — 2004. — Vol. 8, no. 1. — P. 21–37. — DOI: 10.1177/1362361304040636.
- Miedzianik D. *My Autobiography*. — Nottingham: Child Development Research Unit : University of Nottingham, 1986. — 222 p.
- Miller J. N., Ozonoff S. Did Asperger's cases have Asperger Disorder? A research note // *J. Child Psychol. Psychiatr*. — 1997. — Vol. 38, no. 2. — P. 247–251. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb02354.x.
- Miller J. N., Ozonoff S. The external validity of Asperger Disorder: lack of evidence from the domain of neuropsychology // *Journal of Abnormal Psychology*. — 2000. — Vol. 109, no. 2. — P. 227–238. — DOI: 10.1037/0021-843X.109.2.227.

- Minshew N. J., Goldstein G., Siegel D. J. Neuropsychologic functioning in autism: profile of a complex information processing disorder // *Journal of the International Neuropsychological Society*. — 1997. — Vol. 3, no. 4. — P. 303–316. — DOI: 10.1017/S1355617797003032.
- Miyahara M., Tsujii M., Hori M., Nakanishi K., Kageyama H., Sugiyama T. Brief report: Motor incoordination in children with Asperger syndrome and learning disabilities // *Journal of Autism and Developmental Disabilities*. — 1997. — Vol. 27, no. 5. — P. 595–603. — DOI: 10.1023/a:1025834211548.
- Molloy C., Dietrich K. N., Bhattacharya A. Postural stability in children with Autism Spectrum Disorder // *J. Autism Dev. Disord.* — 2003. — Vol. 33, no. 6. — P. 643–652. — DOI: 10.1023/b:jadd.0000006001.00667.4c.
- Molloy H., Vasil L. *Asperger Syndrome, Adolescence and Identity. Looking Beyond the Label.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. — 175 p. — ISBN: 978-1-84310-126-0.
- Murray D. et al. *Coming Out Asperger: Diagnosis, Disclosure and Self-confidence* / Ed. by D. Murray. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2006. — 280 p. — ISBN: 978-1843102403.
- Murray D., Lesser M., Lawson W. Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism // *Autism*. — 2005. — Vol. 9, no. 2. — P. 139–156. — DOI: 10.1177/1362361305051398.
- Murrie D., Warren J., Kristiansson M., Dietz P. Asperger syndrome in forensic settings // *International Journal of Forensic Mental Health*. — 2002. — Vol. 1, no. 1. — P. 59–70. — DOI: 10.1080/14999013.2002.10471161.
- Myer R. *Asperger Syndrome Employment Workbook: An Employment Workbook for Adults with Asperger Syndrome.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 2001. — 320 p. — ISBN: 978-1853027963.
- Nass R., Gutman R. Boys with Asperger's disorder, exceptional verbal intelligence, tics and clumsiness // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 1997. — Vol. 39, no. 10. — P. 691–695. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.1997.tb07365.x.
- National Autistic Society. *Employing People with Asperger Syndrome: A Practical Guide.* — London : The National Autistic Society, 2005. — 72 p. — ISBN: 1-899280-72-3.
- Newson E. Pathological demand-avoidance syndrome // *Communication*. — 1983. — Vol. 17. — P. 3–8.
- Nieminen-von Wendt T. *On the origins and diagnosis of Asperger syndrome: a clinical, neuroimaging and genetic study* : Ph. D. thesis / T. Nieminen-von Wendt ; Medical Faculty, University of Helsinki. — 2004. — Academic dissertation.
- Nieminen-von Wendt T., Metsähonkala L., Kulomäki T., Aalto S., Autti T., Vanhala R., Eskola O., Bergman J., Hietala J., von Wendt L. Increased presynaptic dopamine function in Asperger syndrome // *Clinical Neuroscience and Neuropathology*. — 2004. — Vol. 15, no. 5. — P. 757–760. — DOI: 10.1097/00001756-200404090-00003.
- Njiokiktjien C., Verschoor A., de Sonnevill L., Huyser C., Op het Veld V., Toorenaar N. Disordered recognition of facial identity and emotions in three Asperger type autists // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2001. — Vol. 10, no. 1. — P. 79–90. — DOI: 10.1007/s007870170050.
- Norris C., Dattilo J. Evaluating effects of a Social Story intervention on a young girl with autism // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. — 1999. — Vol. 14, no. 3. — P. 180–186. — DOI: 10.1177/108835769901400307.

- North A., Russell A., Gudjonsson G. An investigation of potential vulnerability during police interrogation of adults with autism spectrum disorder: a focus on interrogative suggestibility and compliance // 1st International Symposium on Autism Spectrum Disorder in a Forensic Context. — Copenhagen, Denmark, 2005. — September.
- Nydén A., Gillberg C., Hjelmquist E., Heiman M. Executive function/attention deficits in boys with Asperger syndrome, attention disorder and reading/writing disorder // *Autism*. — 1999. — Vol. 3. — P. 213–228. — DOI: 10.1177/1362361399003003002.
- Nylander L., Gillberg C. Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric outpatients // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2001. — Vol. 103, no. 6. — P. 428–434. — DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.00175.x.
- Olweus D. Victimization by peers: antecedents and long-term outcomes // *Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood* / Ed. by K. H. Rubin, J. B. Asendorff. — Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 1992. — P. 315–342. — ISBN: 978-0805812206.
- Olweus D. *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. — Oxford : Blackwell, 1993. — 152 p. — ISBN: 978-0-631-19241-1.
- O’Neill M., Jones R. S. Sensory-perceptual abnormalities in autism: a case for more research? // *J. Autism Dev. Disord.* — 1997. — Vol. 27, no. 3. — P. 283–293. — DOI: 10.1023/a:1025850431170.
- Ozonoff S., Cook I., Coon H., Dawson G., Joseph R., Klin A., McMahon W., Minshew N., Munson J., Pennington B., Rogers S., Spence M., Tager-Flusberg H., Volkmar F., Wrathall D. Performance on Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery Subtests sensitive to frontal lobe function in people with autistic disorder: evidence from the collaborative programs of excellence in autism network // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 2. — P. 139–150. — DOI: b:jadd.0000022605.81989.cc.
- Ozonoff S., Garcia N., Clark E., Lainhart J. E. MMPI-2 personality profiles of high functioning adults with Autism Spectrum Disorders // *Assessment*. — 2005a. — Vol. 12, no. 1. — P. 86–95. — DOI: 10.1177/1073191104273132.
- Ozonoff S., Miller J. Teaching Theory of Mind: a new approach to social skills training for individuals with autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 1995. — Vol. 25, no. 4. — P. 415–433. — DOI: 10.1007/BF02179376.
- Ozonoff S., South M., Miller J. N. DSM-IV-Defined Asperger syndrome: cognitive, behavioural and early history differentiation from high-functioning autism // *Autism*. — 2000. — Vol. 4, no. 1. — P. 29–46. — DOI: 10.1177/1362361300041003.
- Ozonoff S., South M., Provençal S. Executive functions // *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* / Ed. by F. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen. — New Jersey : John Wiley and Sons, 2005b. — DOI: 10.1002/9780470939345.ch22.
- Pakenham K. I., Sofronoff K., Samios C. Finding meaning in parenting a child with Asperger syndrome: correlates of sense making and benefit finding // *Research in Developmental Disabilities*. — 2004. — Vol. 25, no. 3. — P. 245–264. — DOI: 10.1016/j.ridd.2003.06.003.
- Palmen S., Hulshoff Pol H., Kemner C., Schnack H., Durston S., Lahuis B., Kahn R., Van Engeland H. Increased grey matter volume in medication-naïve high-functioning children with autism spectrum disorder // *Psychological Medicine*. — 2005. — Vol. 35, no. 4. — P. 561–570. — DOI: 10.1017/s0033291704003496.
- Palmer A. *Realizing the College Dream with Autism or Asperger Syndrome: A Parent’s Guide to Student Success*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2006. — 176 p. — ISBN: 978-1843108016.

- Paradiz V. *Elijah's Cup: A Family's Journey into the Community and Culture of High Functioning Autism and Asperger's Syndrome*. — New York : The Free Press, 2002. — P. 256. — ISBN: 978-0-7432-0445-3.
- Paul R., Augustyn A., Klin A., Volkmar F. Perception and production of prosody by speakers with Autism Spectrum Disorders // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 2. — P. 205–220. — DOI: 10.1007/s10803-004-1999-1.
- Paul R., Spangle-Looney S., Dahm P. Communication and socialization skills at ages two and three in “late-talking” young children // *Journal of Speech and Hearing Research*. — 1991. — Vol. 34, no. 4. — P. 858–865. — DOI: 10.1044/jshr.3404.858.
- Paul R., Sutherland D. Asperger Syndrome: the role of the speech-language pathologists in schools // *Perspectives on Language, Learning and Education*. — 2003. — Vol. 10, no. 3. — P. 9–15. — DOI: 10.1044/1le10.3.9.
- Pennington B. F., Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology // *Journal of Child Psychology and Psychiatry Annual Research Review*. — 1996. — Vol. 37, no. 1. — P. 51–87. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x.
- Pepler D., Craig W. What should we do about bullying? research into practice // *Peacebuilder*. — 1999. — Vol. 2. — P. 9–10.
- Perlman L. Adults with Asperger disorder misdiagnosed as schizophrenic // *Professional Psychology: Research and Practice*. — 2000. — Vol. 31, no. 2. — P. 221–225. — DOI: 10.1037/0735-7028.31.2.221.
- Perry R. Misdiagnosed ADD/ADHD; re-diagnosed PDD // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1998. — Vol. 37, no. 1. — P. 113–114. — DOI: 10.1097/00004583-199801000-00024.
- Perry R. Early diagnosis of Asperger's disorder: lessons from a large clinical practice // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 43, no. 11. — P. 1445–1449. — DOI: 10.1097/01.chi.0000140451.43582.f8.
- Person B., Branden S. An investigation of the prevalence of ASD in patients in the forensic psychiatric clinic in Vaxjo // *1st International Symposium on Autism Spectrum Disorder in a Forensic Context*. — Copenhagen, Denmark, 2005. — September.
- Pietz J., Ebinger F., Rating D. Prosopagnosia in a preschool child with Asperger syndrome // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 2003. — Vol. 45, no. 1. — P. 55–57. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.2003.tb00860.x.
- Piven J., Harper J., Palmer P., Arndt S. Course of behavioral change in autism: a retrospective study of high-IQ adolescents and adults // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 35, no. 4. — P. 523–529. — DOI: 10.1097/00004583-199604000-00019.
- Piven J., Palmer P. Psychological disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families // *American Journal of Psychiatry*. — 1999. — Vol. 156, no. 4. — P. 557–563. — DOI: 10.1176/ajp.156.4.557.
- Pozzi M. E. The use of observation in the psychoanalytic treatment of a 12-year-old boy with Asperger's syndrome // *International Journal of Psychoanalysis*. — 2003. — Vol. 84, no. 5. — P. 1333–1349. — DOI: 10.1516/G3QF-R8WV-Q32U-0AVY.
- Prior M., Hoffmann W. Brief report: Neuropsychological testing of autistic children through an exploration with frontal lobe tests // *J. Autism Dev. Disord.* — 1990. — Vol. 20, no. 4. — P. 581–590. — DOI: 10.1007/bf02216063.
- Pyles L. *Hitchhiking Through Asperger Syndrome*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2002. — 286 p. — ISBN: 978-1853029370.

- Rajendran G., Mitchelle P. Computer mediated interaction in Asperger's syndrome: the bubble dialogue program // *Computers and Education*. — 2000. — Vol. 35, no. 3. — P. 189–207. — DOI: 10.1016/S0360-1315(00)00031-2.
- Rapin I. *Children with Brain Dysfunction*. — New York : Raven Press, 1982. — 284 p. — ISBN: 978-0890048443.
- Ray F., Marks C., Bray-Garretson H. Challenges to treating adolescents with Asperger's syndrome who are sexually abusive // *Sexual Addiction and Compulsivity*. — 2004. — Vol. 11, no. 4. — P. 265–285. — DOI: 10.1080/10720160490900614.
- Realmuto A., August G. J. Catatonia in autistic disorder: a sign of comorbidity or variable expression? // *J. Autism Dev. Disord.* — 1991. — Vol. 21, no. 4. — P. 517–528. — DOI: 10.1007/BF02206874.
- Reaven J., Hepburn S. Cognitive-behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder in a child with Asperger syndrome // *Autism*. — 2003. — Vol. 7, no. 2. — P. 145–164. — DOI: 10.1177/1362361303007002003.
- Reitzel J., Szatmari P. Cognitive and academic problems // *Learning and Behavior Problems in Asperger Syndrome* / Ed. by M. Prior. — New York : The Guilford Press, 2003. — P. 35–54. — ISBN: 1-57230-917-2.
- Rhode M., Klauber T. et al. *The Many Faces of Asperger's Syndrome* / Ed. by M. Rhode, T. Klauber. — London : Karnac Books, 2004. — 320 p. — ISBN: 978-1855759305.
- Rieffe C., Terwogt M., Stockman L. Understanding atypical emotions among children with autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2000. — Vol. 30, no. 3. — P. 195–202. — DOI: 10.1023/A:1005540417877.
- Rigby K. *Bullying in Schools: And What To Do About It*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 1996. — 312 p. — ISBN: 978-1853024559.
- Rinehart N. J., Bradshaw J. L., Brereton A. V., Tonge B. J. Movement preparation in High-Functioning Autism and Asperger Disorder: A Serial Choice Reaction Time Task Involving Motor Reprogramming // *J. Autism Dev. Disord.* — 2001. — Vol. 31, no. 1. — P. 79–88. — DOI: 10.1023/a:1005617831035.
- Ringman J. M., Jankovic J. Occurrence of tics in Asperger's syndrome and autistic disorder // *Journal of Child Neurology*. — 2000. — Vol. 15, no. 6. — P. 394–400. — DOI: 10.1177/088307380001500608.
- Rodman K. *Asperger's Syndrome and Adults...Is Anyone Listening? Essays and Poems by Partners, Parents and Family Members of Adults with Asperger's Syndrome*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2003. — 186 p. — ISBN: 978-1843107514.
- Rogers M. F., Smith Myles B. Using Social Stories and Comic Strip Conversations to interpret social situations for an adolescent with Asperger's syndrome // *Intervention in School and Clinic*. — 2001. — Vol. 36, no. 5. — P. 310–313. — DOI: 10.1177/105345120103600510.
- Rogers S. J., Benneto L., McEvoy R., Pennington B. F. Imitation and pantomime in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders // *Child Development*. — 1996. — Vol. 67, no. 5. — P. 2060–2073. — DOI: 10.2307/1131609.
- Rogers S. J., Ozonoff S. Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2005. — Vol. 46, no. 12. — P. 1255–1268. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.01431.x.
- Rourke B. *Nonverbal Learning Disabilities: The Syndrome and the Model*. — New York : The Guilford Press, 1989. — 253 p. — ISBN: 978-0898623789.

- Rourke B. P., Tsatsanis K. D. Nonverbal learning disabilities and Asperger syndrome // *Asperger Syndrome* / Ed. by A. Klin, F. R. Volkmar, Sparrow S. S. — New York : Guilford Press, 2000. — P. 231–253. — ISBN: 978-1572305342.
- Rowe C. The Stanley Segal Award: Do Social Stories benefit children with autism in mainstream primary school? // *British Journal of Special Education*. — 1999. — Vol. 26, no. 1. — P. 12–14. — DOI: 10.1111/1467-8527.t01-1-00094.
- Råstam M., Gillberg C., Gillberg I. C., Johansson M. Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 1997. — Vol. 95, no. 5. — P. 385–388. — DOI: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09650.x.
- Råstam M., Gillberg C., Wentz E. Outcome of teenage onset anorexia nervosa in a Swedish community based sample // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 12, no. 1 (Supplement). — P. i78–i90. — DOI: 10.1007/s00787-003-1111-y.
- Rubin K., Thompson A. *The Friendship Factor*. — New York : Viking Adult, 2002. — 322 p. — ISBN: 9780670030187.
- Rumsey J. M., Hamburger S. D. Neuropsychological divergence of high-level autism and severe dyslexia // *J. Autism Dev. Disord.* — 1990. — Vol. 20, no. 2. — P. 155–168. — DOI: 10.1007/bf02284715.
- Russell A., Mataix Cols D., Anson M., Murphy D. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high functioning autism // *British Journal of Psychiatry*. — 2005. — Vol. 186, no. 6. — P. 525–528. — DOI: 10.1192/bjp.186.6.525.
- Russell E., Sofronoff K. Anxiety and social worries in children with Asperger syndrome // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. — 2004. — Vol. 39, no. 7. — P. 633–638. — DOI: 10.1080/j.1440-1614.2005.01637.x.
- Russell J. *Autism as an Executive Disorder*. — Oxford : Oxford University Press, 1997. — 328 p. — ISBN: 9780198523499. — DOI: 10.1093/med:psych/9780198523499.001.0001.
- Russell Burger N. *A Special Kind of Brain: Living With Nonverbal Learning Disability*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. — 224 p. — ISBN: 978-1843107620.
- Rutherford M. D., Baron-Cohen S., Wheelwright S. Reading the Mind in the Voice: a study with normal adults and adults with Asperger syndrome and high-functioning autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2002. — Vol. 32, no. 3. — P. 189–194. — DOI: 10.1023/a:1015497629971.
- Rutter M., Le Couteur A., Lord C. *Autism Diagnostic Interview — Revised*. — Los Angeles, CA : Western Psychological Services, 2003.
- Sainsbury C. *Martian in the Playground: Understanding the Schoolchild with Asperger's Syndrome*. — Bristol : Lucky Duck Publishing, 2000. — 140 p. — ISBN: 9781873942086.
- Sanders R. *Overcoming Asperger's: Personal Experience and Insight*. — Murfreesboro, TN : Armstrong Valley Publishing Company, 2002. — 184 p. — ISBN: 978-1928798057.
- Santosi F., Powell Smith K., Kincaid D. A research synthesis of Social Story interventions for children with Autism Spectrum Disorders // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. — 2004. — Vol. 19, no. 4. — P. 194–204. — DOI: 10.1177/10883576040190040101.
- Scattone D., Wilczynski S. M., Edwards R. P., Rabian B. Decreasing disruptive behaviours of children with autism using Social Stories // *J. Autism Dev. Disord.* — 2002. — Vol. 32, no. 6. — P. 535–543. — DOI: 10.1023/A:1021250813367.

- Schatz A. M., Weimer A. K., Trauner D. A. Brief report: Attention differences in Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 2002. — Vol. 32, no. 4. — P. 333–336. — DOI: 10.1023/a:1016339104165.
- Schneider E. *Discovering My Autism.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 1999. — 126 p. — ISBN: 978-1853027246.
- Schroeder A. *The Socially Speaking Game.* — Wisbech : LDA, 2003. — ISBN: 978-0742417540.
- Scott F. J., Baron-Cohen S., Bolton P., Brayne C. The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): preliminary development of a UK screen for mainstream primary-school-age children // *Autism.* — 2002. — Vol. 6, no. 1. — P. 9–31. — DOI: 10.1177/1362361302006001003.
- Scragg P., Shah A. Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital // *British Journal of Psychiatry.* — 1994. — Vol. 165, no. 5. — P. 679–682. — DOI: 10.1192/bjp.165.5.679.
- Segar M. *The Battles of the Autistic Thinker.* — Доступно по адресу <https://autismodiario.org/wp-content/uploads/2011/02/The-Battles-of-the-Autistic-Thinker.pdf> (проверено 20 февраля 2020 г.). — 1997.
- Sheindlin Judge J. *You Can't Judge a Book by its Cover: Cool Rules for School.* — New York : HarperCollins, 2001. — 96 p. — ISBN: 978-0060294830.
- Shore S. *Beyond the Wall: Personal Experiences with Autism and Asperger Syndrome.* — Kansas : Autism Asperger Publishing Company, 2001. — 174 p. — ISBN: 979-0967251485.
- Shore S. et al. *Ask and Tell: Self-Advocacy and Disclosure for People on the Autism Spectrum /* Ed. by S. Shore. — Kansas : Autism Asperger Publishing Company, 2004. — 196 p. — ISBN: 978-1931282581.
- Shriberg L. D., Paul R., McSweeney J. L., Klin A., Cohen D. J., Volkmar F. R. Speech and prosody characteristics of adolescents and adults with high-functioning autism and Asperger syndrome // *Journal of Speech, Language and Hearing Research.* — 2001. — Vol. 44, no. 5. — P. 1097–1115. — DOI: 10.1044/1092-4388(2001/087).
- Shu B., Lung F., Tien A., Chen B. Executive function deficits in non-retarded autistic children // *Autism.* — 2001. — Vol. 5, no. 2. — P. 165–174. — DOI: 10.1177/1362361301005002006.
- Silva J. A., Ferrari M. M., Leong G. B. The case of Jeffrey Dahmer: sexual serial homicide from a neuropsychiatric developmental perspective // *Journal of Forensic Science.* — 2002. — Vol. 47, no. 6. — P. 1347–1359.
- Silver M., Oakes P. Evaluation of a new computer intervention to teach people with autism or Asperger syndrome to recognize and predict emotions in others // *Autism.* — 2001. — Vol. 5, no. 3. — P. 299–316. — DOI: 10.1177/1362361301005003007.
- Siponmaa L., Kristiansson M., Jonson C., Nyden A., Gillberg C. Juvenile and young adult mentally disordered offenders: the role of child neuropsychiatric disorders // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law.* — 2001. — Vol. 29, no. 4. — P. 420–426.
- Slater-Walker G., Slater-Walker C. *An Asperger Marriage.* — London : Jessica Kingsley Publishers, 2002. — 160 p. — ISBN: 978-1843100171.
- Slee P. Peer victimization and its relationship to depression among Australian primary school students // *Personal and Individual Differences.* — 1995. — Vol. 18, no. 1. — P. 57–62. — DOI: 10.1016/0191-8869(94)00114-8.
- Smith C. Using Social Stories with children with autistic spectrum disorders: an evaluation // *Good Autism Practice.* — 2001. — Vol. 2. — P. 16–23.
- Smith I. M. Gesture imitation in autism: I. Nonsymbolic postures and sequences // *Cognitive Neuropsychology.* — 1998. — Vol. 15, no. 6–8. — P. 747–770. — DOI: 10.1080/026432998381087.

- Smith I. M. Motor functioning in Asperger syndrome // *Asperger Syndrome* / Ed. by A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow. — New York : The Guilford Press, 2000. — P. 97–124. — ISBN: 978-1572305342.
- Smith I. M., Bryson S. E. Gesture imitation in autism: II. Symbolic gestures and pantomimed object use // *Cognitive Neuropsychology*. — 2007. — Vol. 24, no. 7. — P. 679–700. — DOI: 10.1080/02643290701669703.
- Smith P., Pepler D., Rigby K. et al. *Bullying in Schools. How Successful Can Interventions Be?* / Ed. by P. Smith, D. Pepler, K. Rigby. — Cambridge : Cambridge University Press, 2004. — 356 p. — ISBN: 978-0521821193.
- Smith Myles B., Hilgenfeld T., Barnhill G., Griswold D., Hagiwara T., Simpson R. Analysis of reading skills in individuals with Asperger syndrome // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. — 2002. — Vol. 17, no. 1. — P. 44–67. — DOI: 10.1177/108835760201700104.
- Smith Myles B., Jones-Bock S., Simpson R. L. *Asperger Syndrome Diagnostic Scale Examiner's Manual*. — Austin, TX : PRO-ED, 2001. — ISBN: 9780749127619.
- Smith Myles B., Tapscott Cook K., Miller N., Rinner L., Robbins L. *Asperger Syndrome and Sensory Issues: Practical Solutions for Making Sense of the World*. — Kansas : Autism Asperger Publishing Company, 2000. — 129 p. — ISBN: 978-0967251479.
- Smyrnios S. *Adaptive behaviour, executive functions and theory of mind in children with Asperger's syndrome* : Thesis / S. Smyrnios ; Victoria University of Technology, Melbourne, Australia. — 2002.
- Sobanski E., Marcus A., Henninghausen K., Hebebrand J., Schmidt M. Further evidence for a low body weight in male children and adolescents with Asperger's disorder // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 8, no. 4. — P. 312–314. — DOI: 10.1007/s007870050106.
- Soderstrom H., Rastam M., Gillberg C. Temperament and character in adults with Asperger syndrome // *Autism*. — 2002. — Vol. 6. — P. 287–297. — DOI: 10.1177/1362361302006003006.
- Sofronoff K., Attwood T., Hinton S. A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2005. — Vol. 46, no. 11. — P. 1152–1160. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.00411.x.
- Soloman M., Goodlin-Jones B., Anders T. A social adjustment enhancement intervention for high-functioning autism, Asperger's syndrome and Pervasive Developmental Disorder NOS // *J. Autism Dev. Disord.* — 2004. — Vol. 34, no. 6. — P. 649–668. — DOI: 10.1007/s10803-004-5286-y.
- South M., Klin A., Ozonoff S. *The Yale Special Interest Interview*. — 1999. — Unpublished measure.
- South M., Ozonoff S., McMahon W. Repetitive behaviour profiles in Asperger syndrome and high-functioning autism // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 2. — P. 145–158. — DOI: 10.1007/s10803-004-1992-8.
- Sponheim E., Skjeldal O. Autism and related disorders: epidemiological findings in a Norwegian study using ICD-10 diagnostic criteria // *J. Autism Dev. Disord.* — 1998. — Vol. 28, no. 3. — P. 217–227. — DOI: 10.1023/a:1026017405150.
- Ssucharewa G.E., Wolff S. The first account of the syndrome Asperger described? Translation of a paper entitled “Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter” // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 5, no. 3. — P. 119–132. — DOI: 10.1007/bf00571671.

- Ssucharewa G. E. Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter // Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. — 1926. — Vol. 60, no. 3–4. — P. 235–261. — DOI: 10.1159/000190478.
- Stahlberg O., Soderstrom H., Rastam M., Gillberg C. Bipolar disorder, schizophrenia and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders // Journal of Neural Transmission. — 2004. — Vol. 111, no. 7. — P. 891–902. — DOI: 10.1007/s00702-004-0115-1.
- Stanford A. Asperger Syndrome and Long-term Relationships. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2003. — 288 p. — ISBN: 978-1843107347.
- Stuart-Hamilton I. An Asperger Dictionary of Everyday Expressions. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. — 256 p. — ISBN: 978-1843105183.
- Sturm H., Fernell E., Gillberg C. Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels: associated impairments and subgroups // Developmental Medicine and Child Neurology. — 2004. — Vol. 46, no. 7. — P. 444–447. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.2004.tb00503.x.
- Sunday Mail, The. Interview with Daniel Tammet // Sunday Mail, The. — 2005. — 5 June. — P. 69.
- Sverd J. Tourette syndrome and autistic disorder: a significant relationship // American Journal of Medical Genetics. — 1991. — Vol. 39, no. 2. — P. 173–179. — DOI: 10.1002/ajmg.1320390212.
- Swaggart B. L., Gagnon E., Bock S. J., Earles T. L., Quinn C., Myles B. S., Simpson R. L. Using Social Stories to teach social and behavioural skills to children with autism // Focus on Autistic Behavior. — 1995. — Vol. 10, no. 1. — P. 1–16. — DOI: 10.1177/108835769501000101.
- Swettenham J., Baron-Cohen S., Gomez J. C., Walsh S. What's inside someone's head? Conceiving of the mind as a camera helps children with autism develop an alternative theory of mind // Cognitive Neuropsychiatry. — 1996. — Vol. 1, no. 1. — P. 73–88. — DOI: 10.1080/135468096396712.
- Szatmari P. Perspectives on the classification of Asperger syndrome // Asperger Syndrome / Ed. by A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow. — New York : Guilford Press, 2000. — P. 403–417. — ISBN: 978-1572305342.
- Szatmari P. A Mind Apart: Understanding Children with Autism and Asperger Syndrome. — New York : Guilford Press, 2004. — 210 p. — ISBN: 978-1572305441.
- Szatmari P., Archer L., Fisman S., Streiner D., Wilson F. Asperger's syndrome and autism: differences in behaviour, cognition, and adaptive functioning // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1995. — Vol. 34, no. 12. — P. 1662–1671. — DOI: 10.1097/00004583-199512000-00017.
- Szatmari P., Bartolucci G., Bremner R. Asperger's syndrome: comparison of early history and outcome // Developmental Medicine and Child Neurology. — 1989a. — Vol. 31. — P. 709–720. — DOI: 10.1111/j.1469-8749.1989.tb04066.x.
- Szatmari P., Bremner R., Nagy J. Asperger's syndrome: a review of clinical features // Canadian Journal of Psychiatry. — 1989b. — Vol. 34, no. 6. — P. 554–560. — DOI: 10.1177/070674378903400613.
- Szatmari P., Tuff L., Finlayson A., Bartolucci G. Asperger's syndrome and autism: neurocognitive aspects // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1990. — Vol. 29, no. 1. — P. 130–136. — DOI: 10.1097/00004583-199001000-00021.
- Taheri A., Perry A. Exploring the DSM-5 criteria in a clinical sample // J. Autism Dev. Disord. — 2012. — Vol. 42, no. 9. — P. 1810–1817. — DOI: 10.1007/s10803-012-1599-4.

- Tanguay P. Nonverbal Learning Disabilities at School: Educating Students with NLD, Asperger Syndrome and Related Conditions. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2002. — 288 p. — ISBN: 978-1853029417.
- Tani P., Joukamaa M., Lindberg N., Nieminen-von Wendt T., Virkkala J., Appelberg B., Porkka-Heiskanen T. Asperger syndrome, alexithymia and sleep // *Neuropsychobiology*. — 2004. — Vol. 49, no. 2. — P. 64–70. — DOI: 10.1159/000076412.
- Tani P., Lindberg N., Appelberg B., Nieminen-von Wendt T., von Wendt L., Porkka-Heiskanen T. Childhood inattention and hyperactivity symptoms self-reported by adults with Asperger syndrome // *Psychopathology*. — 2006. — Vol. 39, no. 1. — P. 49–54. — DOI: 10.1159/000089910.
- Tantam D. Asperger's syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 1988a. — Vol. 29, no. 3. — P. 245–253. — DOI: 10.1111/j.1469-7610.1988.tb00713.x.
- Tantam D. Lifelong eccentricity and social isolation: Asperger's Syndrome or Schizoid Personality Disorder? // *British Journal of Psychiatry*. — 1988b. — Vol. 153, no. 6. — P. 783–791. — DOI: 10.1192/bjp.153.6.783.
- Tantam D. Asperger's Syndrome in adulthood // *Autism and Asperger's Syndrome* / Ed. by U. Frith. — Cambridge : Cambridge University Press, 1991. — P. 147–183. — DOI: 10.1017/CBO9780511526770.005.
- Tantam D. Adolescence and adulthood of individuals with Asperger Syndrome // *Asperger Syndrome* / Ed. by A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow. — New York : Guilford Press, 2000a. — P. 367–402. — ISBN: 978-1572305342.
- Tantam D. Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger disorder // *Autism*. — 2000b. — Vol. 4, no. 1. — P. 47–62. — DOI: 10.1177/1362361300004001004.
- Tantam D., Evered C., Hersov L. Asperger's Syndrome and ligamentous laxity // *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*. — 1990. — Vol. 29, no. 6. — P. 892–896. — DOI: 10.1097/00004583-199011000-00008.
- Taylor B., Miller E., Farrington C., Petropoulos M., Favot-Mayaud I., Li J., Wraight P. Autism and measles, mumps and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association // *Lancet*. — 1999. — Vol. 353, no. 9169. — P. 2026–2029. — DOI: 10.1016/s0140-6736(99)01239-8.
- Teitelbaum O., Benton T., Shah P., Prince A., Kelly J., Teitelbaum P. Eshkol-Wachman movement notation in diagnosis: the early detection of Asperger's syndrome // *Proceedings of the National Academy of Science USA*. — 2004. — Vol. 101, no. 32. — P. 11909–11914. — DOI: 10.1073/pnas.0403919101.
- Thiemann K.S., Goldstein H. Social Stories, written text cues and video feedback: effects on social communication of children with autism // *Journal of Applied Behavior Analysis*. — 2001. — Vol. 34, no. 4. — P. 425–446. — DOI: 10.1901/jaba.2001.34-425.
- Tirosh E., Canby J. Autism and hyperlexia: a distinct syndrome? // *American Journal on Mental Retardation*. — 1993. — Vol. 98, no. 1. — P. 84–92.
- Toal F., Murphy D., Murphy K. Autistic spectrum disorders: lessons from neuroimaging // *British Journal of Psychiatry*. — 2005. — Vol. 187, no. 5. — P. 395–397. — DOI: 10.1192/bjp.187.5.395.
- Tonge B., Brereton A., Gray K., Einfeld S. Behavioural and emotional disturbance in high-functioning autism and Asperger Syndrome // *Autism*. — 1999. — Vol. 3. — P. 117–130. — DOI: 10.1177/1362361399003002003.

- Towbin K., Pradella A., Gorrindo T., Pine D., Leibenluft E. Autism spectrum traits in children with mood and anxiety disorders // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. — 2005. — Vol. 15, no. 3. — P. 452–464. — DOI: 10.1089/cap.2005.15.452.
- Turner M. Toward an executive dysfunction account of repetitive behaviour in autism // *Autism as an Executive Disorder* / Ed. by J Russell. — Oxford : Oxford University Press, 1997. — P. 328. — DOI: 10.1093/med:psych/9780198523499.001.0001.
- Twachtman-Cullen D. Language and communication in High-Functioning Autism and Asperger Syndrome // *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?* / Ed. by E. Schopler, G. Mesibov, L. Kunc. — New York : Plenum Press, 1998. — DOI: 10.1007/978-1-4615-5369-4_10.
- Volden J., Lord C. Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers // *J. Autism Dev. Disord.* — 1991. — Vol. 21, no. 2. — P. 109–130. — DOI: 10.1007/bf02284755.
- Volkmar F., Klin A. Diagnostic issues in Asperger syndrome // *Asperger Syndrome* / Ed. by A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow. — New York : Guilford Press, 2000. — P. 25–71. — ISBN: 978-1572305342.
- Volkmar F., Klin A., Pauls D. Nosological and genetic aspects of Asperger syndrome // *J. Autism Dev. Disord.* — 1998. — Vol. 28, no. 5. — P. 457–463. — DOI: 10.1023/a:1026012707581.
- Voors W. *The Parent's Book About Bullying: Changing the Course of Your Child's Life*. — Center City, MN : Hazelden, 2000. — 176 p. — ISBN: 978-1568385174.
- Weimer A., Schatz A., Lincoln A., Ballantyne A., Trauer D. “Motor” impairment in Asperger syndrome: evidence for a deficit in proprioception // *Developmental and Behavioral Pediatrics*. — 2001. — Vol. 22, no. 2. — P. 92–101. — DOI: 10.1097/00004703-200104000-00002.
- Welchew D., Ashwin C., Berkouk K., Salvador R., Suckling J., Baron-Cohen S., Bullmore E. Functional disconnectivity of the medial temporal lobe in Asperger's syndrome // *Biological Psychiatry*. — 2005. — Vol. 57, no. 9. — P. 991–998. — DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.01.028.
- Wellman H. M., Baron-Cohen S., Caswell R., Gomez J. C., Swettenham J., Toye E., Lagattuta K. Thought-bubbles help children with autism acquire an alternative theory of mind // *Autism*. — 2002. — Vol. 6, no. 4. — P. 343–363. — DOI: 10.1177/1362361302006004003.
- Wellman H. M., Hollander M., Schult C. Young children's understanding of thought bubbles and of thoughts // *Child Development*. — 1996. — Vol. 67, no. 3. — P. 768–788. — DOI: 10.2307/1131860.
- Welton J., Telford J. *What Did You Say? What Do You Mean? An Illustrated Guide to Understanding Metaphors*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2004. — 128 p. — ISBN: 978-1843102076.
- Wentz E., Lacey J., Waller G., Råstam M., Turk J., Gillberg C. Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients: a pilot study // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 14, no. 8. — P. 431–437. — DOI: 10.1007/s00787-005-0494-3.
- Wentz Nilsson E., Gillberg C., Gillberg C. I., Råstam M. Ten year follow-up of adolescent onset anorexia nervosa: personality disorders // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 38, no. 11. — P. 1389–1395. — DOI: 10.1097/00004583-199911000-00013.
- Werth A., Perkins M., Boucher J. “Here's the weavery looming up”: Verbal Humour in a Woman with High-Functioning Autism // *Autism*. — 2001. — Vol. 5, no. 2. — P. 111–125. — DOI: 10.1177/1362361301005002002.

- White B. B., White M. S. Autism from the inside // *Medical Hypotheses*. — 1987. — Vol. 24, no. 3. — P. 223–229. — DOI: 10.1016/0306-9877(87)90068-5.
- Wilkinson L. Supporting the inclusion of a student with Asperger syndrome: a case study using Conjoint Behavioural Consultations and self-management // *Educational Psychology in Practice*. — 2005. — Vol. 21, no. 4. — P. 307–326. — DOI: 10.1080/02667360500344914.
- Willy L. H. *Pretending to be Normal: Living with Asperger's Syndrome*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 1999. — 176 p. — ISBN: 978-1853027499.
- Willy L. H. *Asperger Syndrome in the Family: Redefining Normal*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 2001. — 176 p. — ISBN: 978-1853028731.
- Williams D. *Nobody Nowhere: The Remarkable Autobiography of an Autistic Girl*. — London : Jessica Kingsley Publishers, 1998. — 192 p. — ISBN: 978-1853027185.
- Williams J., Scott F., Stott C., Allison C., Bolton P., Baron-Cohen S., Brayne C. The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): test accuracy // *Autism*. — 2005. — Vol. 9, no. 1. — P. 45–68. — DOI: 10.1177/1362361305049029.
- Williams T. I. A social skills group for autistic children // *J. Autism Dev. Disord.* — 1989. — Vol. 19, no. 1. — P. 143–155. — DOI: 10.1007/BF02212726.
- Wilson C. E., Gillan N., Spain S., Robertson D., Roberts G., Murphy C. M., Maltezos S., Zinkstook J., Johnstone K., Dardani C., Ohlsen C., Deeley P. Q., Craig M., Mendez M. A., Happe F., Murphy D. G. M. Comparison of ICD-10R, DSM-IV-Tr and DSM-5 in an adult Autism Spectrum Disorder Diagnostic Clinic // *J. Autism Dev. Disord.* — 2013. — Vol. 43, no. 11. — P. 2515–2525. — DOI: 10.1007/s10803-013-1799-6.
- Wing L. Asperger's Syndrome: a clinical account // *Psychological Medicine*. — 1981. — Vol. 11, no. 1. — P. 115–130. — DOI: 10.1017/s0033291700053332.
- Wing L. *Manifestations of social problems in high-functioning autistic people // High-Functioning Individuals With Autism / Ed. by E. Schopler, G. B. Mesibov*. — New York : Plenum Press, 1992. — DOI: 10.1007/978-1-4899-2456-8_7.
- Wing L., Attwood A. *Syndromes of autism and atypical development // Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders / Ed. by Cohen D., Donnellan A*. — New York : John Wiley and Sons, 1987. — ISBN: 978-0471812319.
- Wing L., Leekham S. R., Libby S. J., Gould J., Larcombe M. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use // *J. Child Psychol. Psychiatr.* — 2002. — Vol. 43, no. 3. — P. 307–325. — DOI: 10.1111/1469-7610.00023.
- Wing L., Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders // *British Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 176. — P. 357–362. — DOI: 10.1192/bjp.176.4.357.
- Wolff S. *Loners: The Life Path of Unusual Children*. — London : Routledge, 1995. — 204 p. — ISBN: 978-0415066655.
- Wolff S. Schizoid personality in childhood // *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism / Ed. by E. Schopler, G. Mesibov, L. J. Kunc*. — New York : Plenum Press, 1998. — P. 123–142. — ISBN: 978-1-4613-7450-3. — DOI: 10.1007/978-1-4615-5369-4_7.
- Woodbury Smith M., Robinson J., Wheelwright S., Baron-Cohen S. Screening adults for Asperger syndrome using the AQ: a preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice // *J. Autism Dev. Disord.* — 2005. — Vol. 35, no. 5. — P. 331–335. — DOI: 10.1007/s10803-005-3300-7.

- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. — World Health Organization, 1992. — 374 p. — ISBN: 9241544228.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. — Geneva, 1993. — 248 p. — ISBN: 92-4-154455-4.
- Yoshida Y., Uchiyama T. The clinical necessity for assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) symptoms in children with high functioning Pervasive Developmental Disorders (PDD) // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 13, no. 5. — P. 307–314. — DOI: 10.1007/s00787-004-0391-1.
- Yoshida Y., Uchiyama T., Tomari S., Izuka N., Hihara N., Muramatsu Y. Letter for use when telling a child that he or she has an ASD // Poster presentation at the National Autistic Conference, London. — 2005.
- Youell B. Matthew: from numbers to numeracy: from knowledge to knowing in a ten-year-old boy with Asperger's syndrome // *Autism and Personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop* / Ed. by A. Alvarez, S. Reid. — London : Routledge, 1999. — P. 186–202. — ISBN: 978-0415146029.

Предметный указатель

А

- автобиографическая память 363
- агрессия *см. также* насилие
 - во время приступов ярости 227
 - для достижения одиночества 223
 - из-за травли 169, 224
 - упреждающая 226
- актёрские способности 62, 63, 140, 321, 467
- актёрское мастерство, занятия 140, 321
- акустическая интегративная терапия 410
- алекситимия 205, 226
- альбом эмоций 235
- альтернативные миры, специальный ин-терес к 283
- амигдала
 - роль в регуляции эмоций 205, 225
- апраксия 388
- «аспергерский язык», стиль разговора 335
- атаксия 389
- аутизм 73, 85
- аутистическая кататония 397
- аутистическая психопатия *см.* аутистиче-ское расстройство личности
- аутистическое расстройство личности 42, 495

Б

- беглость речи 334
- Без ума от любви (фильм) 147
- безработица
 - психологическое воздействие 442
- бестактные реплики 316
- боевые искусства 178, 398
- бойкот, форма травли 160
- боль, чувствительность к 424, 425
- брак *см.* отношения
- бредовое расстройство 290
- Будьте хорошим другом (Мэтьюз) 328
- буквальное понимание речи 185, 243, 324
- бюллетени информационные 139

В

- вербальные сигналы, определение настрое-ния по ним 237
- Весы правосудия, задание 169
- взаимность 89, 103, 105, 125
 - в играх 108, 112, 115, 287
 - в любви/привязанности 228
 - в разговоре 128, 292, 299, 307, 310
 - эмоциональная 202
- взлом 491
- взлом шифров 490, 491
- взрослые *см. также* отношения
 - диагностическое обследование 91
 - дружба 110, 144
 - заповеди по самопринятию 68
 - опросники для скрининга на СА 77
 - отрицание трудностей 68, 97
 - раскрытие СА 69, 431, 437, 485
 - эксперты в своей специальной области 271
 - эмоциональная незрелость 209
 - эмоциональное воздействие диагноза 66
- видеозаписи
 - демонстрация движений 393
 - демонстрация эмоций 241
 - поощрение социальной игры 117
- визуализация, способности к 358
- визуальная терапия 422
- визуальная чувствительность 419
- визуальное мышление 375
- вкусы, чувствительность к 416
- внимание, проблемы с 346, 347
- внутренние признаки, выявление 236
- вознаграждения, для поощрения самокон-троля 255
- волонтёрская деятельность 250, 436
- воображаемые друзья/миры 58, 127, 256, 279

воображение
 нарушения 94
 придумывание воображаемых друзей/миров 58
 развитие через символическую игру 118
 восприятие, эмоциональных состояний 236, 244
 время, проблемы с управлением им 351, 370, 371
 ВФА *см.* высокофункциональный аутизм (ВФА)
 вызывающее оппозиционное расстройство 191
 высокомерие 60, 355, 466, 467
 высокофункциональный аутизм (ВФА) 85
 Выявление качеств, задание 481

Г

гендерная идентичность, проблемы 63, 137, 138
 генерализация выученного применительно к новым ситуациям 259
 генерализованное тревожное расстройство (ГТР) 49
 генетические факторы 43, 204, 477
 гибкость мышления 118
 Гиллбергов критерии 74, 75, 83, 88, 264, 305
 гиперлексия 356
 глазной контакт
 объяснение отсутствия 150
 технология слежения за глазами 184
 гнев, управление 222
 грубость
 из-за недостатка эмпатии 186, 187
 из-за полной честности 188, 368
 объяснение определённого поведения 150, 354
 перебивание других 311, 315, 322
 группа, членство в 139
 группы поддержки 66, 67, 139, 147, 298, 432
 грусть
 выражение в виде гнева 222
 сложности с пониманием 210, 231
 способы выражения 237, 238

ГТР *см.* генерализованное тревожное расстройство (ГТР)

Д

двигательные навыки 48, 384
 выявленная задержка развития у младенцев 387
 задания для развития 392
 мастерство в 397
 мысленное планирование 388
 проблемы с почерком 390
 профиль способностей 386
 тики 393
 ухудшение 396
 девочки
 диагностическое обследование 88
 друзья противоположного пола 137
 и сексуальная эксплуатация 148
 их специальные интересы 275
 компенсаторные механизмы 88, 127
 депрессия 49, 57, 203, 218
 гнев как реакция на 225
 и «суицидальные приступы» 221
 и болезненные специальные интересы 220
 и неполная занятость 442
 и самоповреждения 221
 и слуховые галлюцинации 498
 из-за травли 165
 связь с тревожными расстройствами 218
 деструктивная энергия, выпуск 246
 дети
 важность дружбы 110
 если у родителя СА 455
 появление первых друзей 109
 проблемы с дружбой 105
 способствование дружбе 112
 в возрасте от 3 до 6 лет 113
 в возрасте от 6 до 9 лет 125
 в возрасте от 9 до 13 лет 135
 тесты на аутизм 77, 78
 шкалы для скрининга на СА 77
 диагноз *см. также* DSM-IV
 актуальные критерии 80
 аудиозапись диагностики 96, 484

- в начальной школе 45
- в подростковом возрасте 51, 150
- в раннем детстве 44
- высокофункциональный аутизм 85
- Гиллбергов критерии 74, 75
- из-за других расстройств развития 46
- из-за поведенческих проблем 52
- из-за СМИ 54
- история 73, 74, 76
- как объяснить ребёнку 480–483
- недостатки 68
- опросники и шкалы 76–78
- первое использование термина 44, 73
- преимущества 64
- причины добиваться 55
- процесс обследования 78
- распространённость 87
- тесты на модель психического 181
- у взрослых 91
- у девочек 88
- у членов семьи 53
- уверенность в 96
- диетическое разнообразие, способы расширения 418
- дискалькулия 359
- Доктор Кто, использование в программе КИТ 297
- долговременная память, доступ к 363
- долгосрочные отношения 298, 445
- долгосрочный прогноз 500
- домашние животные как друзья 145, 248
- домашние задания 294, 369
 - благоприятная среда для выполнения 370
 - запоминание, что делать 372
 - использование компьютера 373
 - контроль 372
 - подготовка учителем 371
 - сокращение объёма 374
 - участие родителей 372, 373
- дразнят *см.* насмешки, *см. также* травля
- дружба *см. также* отношения
 - важность 110
 - дневник дружбы, ведение 120
 - мотивация к 108
 - оценка навыков 104
 - способствование развитию навыков для 112
 - этап 1 — от 3 до 6 лет 113
 - этап 2 — от 6 до 9 лет 125
 - этап 3 — от 9 до 13 лет 135
 - этап 4 — от 13 лет до взрослого возраста 144
- дружелюбие, ошибочное принятие за дружбу 105
- друзья
 - воображаемые 58, 59
 - животные как 145
 - поиск через специальные интересы 298
 - попытки найти 57
 - сохранение 149
- душ, отвращение к 413
- Ж**
 - жесты душевной теплоты
 - выучивание уместных 131
 - долгосрочные отношения 449
 - нехватка 210
 - неэффективность 223, 228
 - объяснение 335
 - сенсорная чувствительность 401, 411, 414, 415
 - животные
 - как друзья 145, 248
 - как специальный интерес 274
- З**
 - заболеваемость СА 87
 - задач решение 353
 - важность друзей 110
 - как справляться с ошибками 355
 - негибкость мышления 350, 353
 - преимущества сохранения спокойствия 248
 - проговаривание мыслей вслух 352, 354
 - просить о помощи 190
 - проявление изобретательности 119
 - слабое центральное согласование 359
 - законы, как увлечение 282
 - запахи, чувствительность к 416
 - защитников система, для ослабления травли 173

звуки, чувствительность к 405
 злонамеренные «эксперименты» подгруппы
 людей с СА 488
 знания, получение 274, 295

И

игра *см. также* ролевые игры, задания
 взаимность в игре 112, 114, 287
 видеозаписи 117
 девочек 127
 на основе воображения 106
 своеобразие 106, 267
 символическая 118
 идентичность
 и гендер 63, 137, 138
 и специальные интересы 285
 и трудоустройство 442, 500
 терапевтические действия 468
 идиомы, буквальное понимание 185, 324
 иерархическое правило, DSM-IV 85
 извинения, проблемы с принесением 190
 имитация 62
 импульсивность 349
 инженерные навыки, ведущие к трудо-
 устройству 296
 иностранные языки, талант к 336
 инструкции, следование сложным 307, 332,
 333
 интеллект
 демонстрация через специальные инте-
 ресы 286
 коэффициенты IQ (разные) 86, 342
 профиль, оценка 342
 ценимый личностный конструкт при
 СА 472
 интенсивность эмоций, обучение концеп-
 ции 239
 интересы *см. специальные интересы*
 интермиттирующее эксплозивное расстрой-
 ство 227
 Интернет-друзья 146, 249
 интонация
 аффективная просодия 327
 использование навыков имитации 62,
 321
 определение настроения по ней 237

понимание эмоций по 197, 240, 241,
 322, 323
 сложности с пониманием 186
 интроспекция
 сложности с 183
 философская природа 192
 интуиция
 нехватка в социальных ситуациях 49,
 89, 92, 112, 133, 152
 последствия неиспользования 194
 информационные бюллетени 139
 Ирлен фильтры 422
 ирония, неправильное понимание 325
 исполнительная функция 346, 349
 влияние на контроль эмоций 204
 переключение внимания 347
 проявления нарушений в специальных
 интересах 290
 исправление неловких ситуаций в разговоре
 320
 Исследуя чувства, программа КПТ 234
 истина, приверженность 187
 истощение психическое 195, 219, 369

К

карточки силы 295
 карьера 434, 442
 выбор профессии 434, 435
 консультанты для людей с СА 438
 продвижение 440, 441
 резюме 437
 собеседование 437
 каталогизация коллекций 273, 281
 качеств выявление, задание *см. Выявление
 качеств, задание*
 классификации
 животных 274
 объектов, а не людей 468
 создание порядка из хаоса 281
 когнитивная поведенческая терапия (КПТ)
 233
 когнитивная реструктуризация 243
 повышение эмоциональной компетент-
 ности 234
 практическое использование методик
 259

- когнитивная реструктуризация 243
временное освобождение от школы 256
медикаменты 253
мыслительные инструменты 250
набор эмоциональных инструментов 245, 257
неподходящие инструменты 256
просмотр комедии 255
Разговоры в комиксах 244
релаксационные инструменты 247
сенсорные инструменты 255
социальные инструменты 248
специальные интересы как инструмент 252, 297
физические инструменты 246
- когнитивные способности 341
визуальное мышление 375
домашние задания, проблемы 369
интеллектуальная одарённость 376
исполнительная функция 349
методики для применения в классе 364
проблемы с вниманием 346
решение задач 353
как справиться с ошибками 355
математика 358, 359
слабое центральное согласование 359
успехи в чтении 356, 357
тесты IQ 342
учитель, личные качества 366
- колледж 430
коллекционирование предметов 267, 272
коллекционирование цифр и фактов 268, 274
- командная работа
в спорте 392, 393
избегание 440
преимущества 110, 111
развитие навыков 140
- компенсаторные стратегии
отрицание/высокомерие 60
подражание 62
реактивная депрессия 57
уход в фантазии 58
- комплименты, важность 121
компульсии 216
- компьютерные навыки
для трудоустройства 296, 439, 440
особый талант при СА 271
способствование дружбе 298
- компьютерные программы, для изучения эмоций 199, 241
- конфликты, урегулирование 190, 223
возраст от 3 до 6 лет 113
возраст от 6 до 9 лет 125, 126
возраст от 9 до 13 лет 135
долгосрочные отношения 452
- концентрические окружности, задание 130, 300
- кооперация, обучение 126
- коррекционная педагогика, поддержка *см.*
специальная педагогика, поддержка
- КПТ *см.* когнитивная поведенческая терапия
- креативность, обучение через символическую игру 118
- критика из-за ошибок
взрослыми 119
неспособность сдерживать критику 193
- «Крокодил», игра, изображение настроения 237
- культура, принятие в других странах 151
- Л**
- лампы дневного света, чувствительность 420
- лекарства 253, 291, 395
- литература, специальный интерес девочек 276, 277
- лица выражения *см.* мимика
- лицевая слепота 205
- личное пространство 109, 124
- личности расстройств 52
- личностных конструкторов психология (ПЛК) 471
- личность, изучение концепций 468
- «ложь во спасение», знание о том, когда использовать 188
- ложь, проблемы с обманом 59, 60, 176, 187, 188
- любовь 228, 448–450

люминесцентное освещение, чувствительность 420

М

макрография 390

макроцефалия 479

мальчики, друзья противоположного пола 137

маскировка 62

маскировки способы 88–91, 467

математика

интерес к 284

школьные успехи в 358, 359

медикаменты 253, 291, 395

Международная классификация болезней, 10 пересмотр *см.* МКБ-10

мимика *см. также* язык тела

бедность 387

обучение пониманию 237, 323

сложности с пониманием 184, 205–207, 236

сложности с тем, чтобы «сделать лицо» 206, 209

мимикрия 62

миндалевидное тело *см.* амигдала

миндалины *см.* амигдала

Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) 462

МКБ-10 18, 20, 21, 74

двигательные способности 386

социо-эмоциональная взаимность 202

узоусть критериев СА 87

языковые способности 306

мода, отсутствие интереса к 138

модель психического (МП) 181

методики улучшения

компьютерные программы 199

программы по тренировке 196

Разговоры в комиксах 197

руководство для учителей 198

Социальные Истории™ 195

проявление нарушений

буквальное понимание 185

интроспекция 192

кажущаяся грубость 186

паранойя 189

понимание мимики 184

понимание смущения 192

прагматические аспекты языка 317

психическое истощение 195

решение задач 190

самосознание 192

социальное мышление 194

тревога 193

управление конфликтами 190

честность 187

мозговые функции

аномалии амигдалы 205

локализация способностей МП 183

макроцефалия 479

нейровизуализация, исследования 476

монотропизм 360

моральные принципы 188, 377, 446, 487, 489

мотивация

использование специальных интересов для усиления 293

к дружбе 108

музыка

для выявления чувствительности к звукам 410

для маскирования шумов 409

как способ релаксации 280, 406

мыльные оперы

и сексуальность 148

специальный интерес девушек 277

мысли

блокировка 252

выражение 198

навязчивые, клиническая obsессия 215

проговаривание вслух 311, 352, 354, 357, 497

мыслительные инструменты 250

Н

набор эмоциональных инструментов 245

награды, для поощрения самоконтроля 255

наказание

домашние задания 374

неподходящий эмоциональный инструмент 257

прекращение доступа к специальному инструменту 294

- направления чувство 364
напряжение *см.* стресс
насилие *см. также* агрессия
 реакция на травлю 165, 171, 224
 способ отпугнуть людей 53, 223
наследственность 53, 477
насмешки 158, 190, *см. также* травля
наставники 138, 151, 431, 500
настроения дневники 212
настроения расстройства 49
 важность друзей 110
 когнитивная поведенческая терапия 233
 повышенная частота при СА 203
 польза медикаментов 254
 Разговоры в комиксах 198
научные интересы 139, 274, 276, 283, 294
невербальная коммуникация, проблемы с 42, 75, 94
невербальное расстройство обучения (НРО, NLD) 50, 343
негативные мысли, нейтрализация 250
нейротипики, инструктаж по их пониманию 132
неологизмы 279, 309
неуклюжесть 48, 136, 384, 385, 388, 392
- О**
обман 187, 188
образные выражения, понимание 185, 307, 324
образование, изменение отношения окружающих 255
обратная связь, важность положительной 119
обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) 215, 289, 396
обучение *см.* тренинги
общее расстройство психологического развития (ОПР, PDD) 76, 80, 82
общее расстройство психологического развития неуточнённое (PDD-NOS) 95
объекты *см.* предметы
объятия/поцелуи
 и чувствительность к прикосновениям 227, 229, 401, 411, 414, 451
 изучение значения 122
 сложности с пониманием 210, 231
 уместное использование 131, 143
овладение навыками, как источник удовольствия 280
одарённые и талантливые дети с СА 376
одежда, важность материала 412
одиночество 101
 достижение с помощью гнева 223
 потребность ребёнка в 164
 средство релаксации 247
 средство эмоционального восстановления 450
однополая дружба 136
ОКР *см.* обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)
окрашенные очки 422
опросники *см.* диагноз; оценка
организация задач, проблемы с 349, 439
оружие, интерес к 288, 292
отличия
 осознание 55
 стратегии адаптации 56
отношения *см. также* дружба
 выражение любви/привязанности в них 232
 и родительство 455
 информация об 147
 методы укрепления 453
 недостаток эмпатии 54
 поиск партнёра 110, 445
 привлекательные качества людей с СА 445
 проблемы в 448
отрицание 60, 67, 68
отрицательное подкрепление 226, 280
охарактеризование людей, развитие 468
оценка *см. также* диагноз
 двигательные способности 385, 392
 когнитивные способности 341, 342
 навыки социального взаимодействия 103
 понимание эмоций 206

- профессиональные навыки 435
- сенсорная чувствительность 403
- языковые способности 305, 306
- оценочные шкалы
 - для диагностики СА 76, 502
 - для эмоций 212
- очередности соблюдение, обучение 116
- ошибки
 - дать себе право на них 188, 355
 - неспособность учиться на 350
 - обнаружение чужих 193, 356
- П**
- память
 - зрительная 375
 - модулирование (кодирование) с её помощью внимания 346
 - на события в младенчестве 363
 - на цифры и факты 274
 - рабочая 349
 - способствование 91, 372, 438
 - фотографическая 364
- паранойя, неправильное понимание мотивов окружающих 109, 189, 496
- парафилия 490
- партнёры *см.* любовь; отношения
- патологическое избегание требований 89
- педантичное использование языка 45, 75, 84, 189
- перебывание 311, 315, 322
- переговоров навыки, нехватка 53, 126, 190, 223, 452
- перфекционизм 188, 193, 219, 355, 378
- печаль *см.* грусть
- печать на клавиатуре
 - вместо письма от руки 391
 - выражение мыслей/чувств 146, 249, 308
- пища, чувствительность к 416
- пищевого поведения расстройство 49
- поведения расстройства 52, 224, 487
- повествовательный дискурс, сложности с 317
- повторяющееся поведение
 - как способ релаксации 247, 252, 280
 - компульсии 216
 - критерии DSM-IV 81, 264
- подражание 62
- подростки
 - выявление СА 51
 - занятия актёрским мастерством 140
 - информация об отношениях 147
 - лёгкая мишень для травли 164
 - поиск партнёра 110
 - преимущества диагноза 66
 - проблемы с дружбой 105
 - советы для 142
 - социальная тревожность 149, 218
- позитивное мышление 250
- политика
 - опасность экстремизма 282
- половое созревание, советы по 144
- помощь другим 116, 249, 257
- поочередность, поощрение 116
- порнография 148, 292, 451, 490
- посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) 216
- поцелуи *см.* объятия/поцелуи
- почерк 390
- правда, приверженность 187
- правила
 - поощрение изменений 118
 - постепенное обучение им 152
 - советы для подростков с СА 143
- прагматический аспект языка, способности и трудности 310, 317, 318, 327, 498
- предметы
 - символизирующие релаксацию 252
 - увлечённость ими 267
- предсказуемость, важность 247, 265, 281, 283, 362
- преследование 232, 490
- преступления 486
 - виды правонарушений 489
 - «подгруппа зловердных» 487
 - система уголовного судопроизводства 492
- приветствия, выучивание приемлемых 131
- привязанность 228
 - к предметам 267
 - нелюбовь к объятиям и поцелуям 411
- приговоры, за преступления 492

- прикосновения, чувствительность 411
приоритеты рабочие, проблемы с 352
присоединение к группе, выучивание приглашающих сигналов 123
причины 476
приятели 138, 173, 431
проблем решение *см.* задач решение
проговаривание мыслей вслух 311, 352, 354, 357, 497
прозопагнозия (лицевая слепота) 205
проницательность, развитие 127, 464
проприоцепция, проблемы с 384
просодия 310, 326
 детей с СА 45, 62, 75
 сложности с пониманием 186
противоположного пола друзья 137
психическое истощение 195, 219, 369
психопатия 42, 493
психотерапия 461
 и ключевые события в жизни 466
 понимание мотивов других людей 465
 развитие проницательности 464
 Я-концепция, развитие 466
ПТСР *см.* посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
пубертат, советы по 144
публичная похвала, нелюбовь к 231
- Р**
работа *см.* трудоустройство
рабочая память 350
равновесие, проблемы 384, 386, 389, 401, 423
разговор
 исправление неловких ситуаций 314
 методы улучшения разговорных навыков 318
 недостаток взаимности 310, 311
 неспособность следовать общепринятым правилам 313
 повествовательный дискурс 317
 признаки слушания 316
 реплики не по его теме 315
 с самим собой
 для помощи в решении задач 352
 способ управления эмоциями 250
 сложности с «разговорами ни о чём» 286
Разговоры в комиксах
 в психотерапии 465
 видоизменение специальных интересов 293
 когнитивная реструктуризация 244
 разговорные навыки 322
 способности модели психического 197
 травля 177
 травматические события 217
 чтобы не оскорблять других 356
размахивание руками 81, 84, 264, 265
разрушительная энергия, выпуск 246
ранние детские воспоминания, доступ к 363
раскрытие 68, 485
 работникам университета 431
 работодателям 437
 сверстникам 134, 485
распорядок
 в браке 452
 и слабое центральное согласование 362
 избегание изменений 255
 как способ релаксации 247, 252
 компульсивные ритуалы 216
 предсказуемость 281
 причины 265
 специальный интерес как способ релаксации 280
распространённость СА 87
реактивная депрессия 57
релаксации инструменты 247, 252
 специальные интересы как 280
рефлексы, позднее развитие 387
речи беглость 334
речь
 избегание 218, 334
 искажение 331
 педантичная 329
 просодия 326
 разговор
 улучшение 318
рисунки *см. также* Разговоры в комиксах
 воображаемые фантастические миры 279
 для выражения чувств 196, 197, 199

- поделиться специальным интересом с другими 129, 298
 талант в детализации 419
 ритуалы *см.* распорядок
 родители
 в роли исполнительного секретаря 352
 и оценка уровня эмоционального развития 207
 отвержение проявлений их любви 228
 преимущества диагноза 64
 проблемы со специальным интересом ребёнка 287
 психотерапия для 462
 роль в ослаблении травли 178
 с СА 455
 роды, осложнения 478
 ролевые игры, задания 126
 для уменьшения травли 177
 отработка методик КПТ 259
 развитие разговорных навыков 322
 супергерои 285
 Роршаха тесты 462
 руководство по диагностике и статистике психических расстройств, 4 *пересмотр см.* DSM-IV
 рутины *см.* распорядок
- С**
 самозанятость 441
 самоидентичность *см.* идентичность
 самокритика, ведущая к социофобии 218
 самообслуживания навыки, задержка в развитии 83
 самооценка
 важность дружбы 110, 111
 влияние травли на 167
 улучшение от успехов в учёбе 251, 342, 377
 самоповреждения, из-за депрессии 221
 самопринятие 473, 480
 самопринятие, заповеди 68
 самораскрытие 431, 437
 саморефлексия, проблемы с 352
 самосознание, альтернативная форма 192
 самоубийство
 «суицидальный приступ» при депрессии 221
 и стресс на работе 441
 разговоры о 57, 223
 реакция на травлю 165
 сарказм, неправильное понимание 186, 227, 325
 сверстники
 важность для 9–13-летних 135
 давление сверстников 137, 172
 проблемы с интеграцией в их среду 56
 программы по объяснению СА 134, 485
 свет, чувствительность к 419
 «Светофор», задание 124
 СДВГ *см.* синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)
 сексуальность *см.* также порнография и тактильная чувствительность 414
 недостаток влечения 451
 неподобающее поведение 489
 неподходящие источники информации 147
 руководство по 292
 селективный мутизм 218, 334
 семантико-прагматическое расстройство речи (СППР, SPLD) 47
 семейная история, диагностический процесс 53
 сенсорная перегрузка 402
 сенсорная чувствительность 400, 402
 боль, чувствительность к 424, 425
 визуальная чувствительность 419
 вкусы 416
 запахи 416
 звуки 405
 избегание ситуаций 255
 оценка 403, 404
 прикосновения 411
 равновесия чувство 423
 сенсорная перегрузка 402
 синестезия 426
 температура 424
 тревога из-за неё 213
 сенсорно-интегративная терапия 410, 415, 419, 423

- сентиментальность, нелюбовь к 231
Сзатмари диагностические критерии 44, 74, 203, 266, 305
сила эмоций, обучение концепции 239
силы карточки 295
символическая игра, для развития гибкости мышления 118
симметрия, увлечённость ей 273, 421
синдром дефицита внимания (СДВ) 346, 348
синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) 46, 396
синестезия 426
систематическая десенсибилизация 419
скрытая травля 161, 172
слабое центральное согласование 282, 359
словарный запас
 богатый в сфере специальных интересов 308
 выражение эмоций
 обогащение 237
 ограниченность 205, 223
 для описания личностных особенностей 468
 для описания психических состояний 196
 обширность у детей с СА 41, 42, 90, 305, 307, 313
 первые слова 309
слуховое восприятие, проблемы с 331
слуховые галлюцинации 498
случайные наблюдатели, вмешательство для прекращения травли 173
слушание, навыки 316
смерть, специальный интерес к 289
смех, эффективный способ эмоционального восстановления 255
СМИ, как причина роста диагностики 54
смущение, сложности с пониманием 192
совершенствование навыков, как источник удовольствия 280
согласованность, попытка достичь 281
создание порядка из хаоса 281
«созидательное разрушение» 247
сотрудничество, обучение 126
социальная атрибуция, задача на (ЗСА, SAT) 182
социальная изоляция 57
 её предпочтение 101
 из-за неуклюжести 385
социальная информация, обработка 194
социальная компетентность *см. также*
 дружба
 нехватка интуитивной 56, 57
 отрицание проблем с 60, 97
 потребность в положительной обратной связи 149
 через подражание 62
социальная осведомлённость и травля 174
социальная тревожность 149, 218
социальное взаимодействие
 желание иметь друзей 108
 нежелание после школы 133
 нехватка положительной обратной связи 119
 облегчаемое специальным интересом 286
 оценка навыков 103
 положительная обратная связь 119
 потребность в лаконичности 152
 прогноз развития 152
 скорость отклика 194
 стресс из-за 103, 194
социальное мышление(интеллект)
 оценка уровня развития 107
 скорость и качество 194
социальные инструменты 248
Социальные Истории™ 118, 120, 126, 132, 135, 150
 для контроля эмоций 258, 259
 для улучшения разговорных навыков 318
 и учиться на ошибках 355
 любовь и отношения 232
 снижение чувствительности к звукам 409
 способности модели психического 195
социальные навыки, группы по развитию 134
социальные навыки, программы по развитию с целью улучшения разговорных навыков 318
социальные нормы *см. социальные правила*

- социальные правила
 - их изучение 152
 - нарушение 186
- социальные проблемы/задачи, поиск решения 142
- социальные сигналы
 - выучивание 117, 120, 122, 299
 - как шестое чувство 485
 - сложности с фильтрацией 194
- Социальные сигналы, задание 124
- Социальные Статьи 121, 232, 318, 319
- социопатия 493
- социофобия 218
- специальная педагогика, поддержка 365
- специальные интересы 263
 - биологические факторы 290
 - восприятие как эксцентричности 301
 - группы для поиска друзей 139, 298
 - девочек и женщин 275
 - для поиска друзей 128
 - другие культуры/миры 59
 - и долгосрочные отношения 298
 - иностранные языки 336
 - использование в Социальных Историях™ 121
 - как особый дар 300
 - категории
 - коллекционирование 272
 - сбор фактов 274
 - обучение тому, когда можно говорить о них 299
 - ограничение затрачиваемого времени 253, 291
 - повышение эмоциональной компетентности 241
 - польза обществу 300
 - проблемы в школе 288
 - развитие 267
 - скучны для сверстников 139
 - типичные темы 274
 - точка зрения клинициста 289
 - конструктивное применение 293
 - прекращение неприемлемых 292
 - программы по контролю доступа 291
 - точка зрения родителей 287
 - указывающие на депрессию 220
- функции
 - вид отдыха 286
 - достижение согласованности 281
 - достижение упорядоченности 281
 - понимание физического мира 283
 - преодоление тревожности 278
 - релаксация 280
 - создание альтернативного мира 283
 - удовольствие 278
 - чувство идентичности 285
 - эмоциональное успокоение 252
- спорт 136, 140, 269, 385, 392, 393, 397, 398
- справедливость
 - в вопросах травли 168
 - сильное чувство справедливости 188
 - система уголовного судопроизводства 492
- средства массовой информации, как причина роста диагностики 54
- стоицизм СА-детей 178, 424
- страхи, ослабление посредством знаний 278
- стресс
 - в супружеских отношениях 452, 453
 - в школе 207, 256, 364, 369
 - и домашние задания 369, 374
 - и импульсивность 349
 - и многолюдные общественные мероприятия 194
 - и навыки модели психического 195
 - и супружеские отношения 452
 - и управление гневом 225, 226
 - из-за сенсорной перегрузки 402
 - из-за социального взаимодействия 103
 - использование специальных интересов для его снижения 252
 - на работе 440
 - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) 216
 - способы релаксации 247
 - студенты колледжей 430, 431, 433
 - у подростков 51, 497
- стрижка волос, отвращение к 413
- супергерои, идентификация с 285, 290
- счастье 209
 - альбом эмоций 235
 - от специальных интересов 278

Т

тактильная чувствительность 411
тандемная ходьба, проблемы с 386
телепередачи 141
температура, чувствительность к 424
технические интересы 274
тики 48, 393, 394, 396
товарищи *см.* приятели
токсичные мысли, противоядия от 250
тонируемые очки 422
травля
 если дразнят 158
 насмешки 158
 определение 159
 признаки 165, 289
 причины, по которым дети с СА становятся жертвами 163
 психологическое воздействие 167
 распространённость 163
 реакция на 165
 «с камнем за пазухой» 162
 скрытая 161, 172
 стратегии снижения частоты 168
 вмешательство случайных наблюдателей 173
 для специалистов 177
 карта мира ребёнка 172
 командный подход 168
 обучение персонала 168
 один в поле не воин 175
 положительное влияние сверстников 172
 Разговоры в комиксах 177
 ресурсы 178
 роль родителей 178
 система защитников 173
 справедливое правосудие 168
 уверенный ответ 176
 физическая сила в ответ на 169, 171
транзиторные черты, критерии DSM-IV 84
транспортные системы, как специальный интерес 274
тревога 49, 193, 203
 воздействие на речь 335
 снижение изучением предмета страха 278

тревожные расстройства 213
 обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) 215
 отказ ходить в школу 217
 посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) 216
 связь с депрессией 218
 селективный мутизм 218
 социофобия 218
тренинги
 для учителей 46, 367
 навыки для дружбы 112
 навыки модели психического 196
 релаксация 247
 травля 168, 172, 173
трудоустройство
 выдвижение на руководящую должность 440
 и навыки командной работы 111
 использование специальных интересов для 295, 436
 опыт работы 436
 поддержка на рабочем месте 438
 проблемы с 55
 проблемы с раскрытием 431, 437
 психологическая ценность 442
 резюме 437
 самозанятость 441
 собеседование 437
 специализированные службы 438, 440
 требуемые качества 434, 435
Туретта синдром 48, 396

У

убийство 491
ударение на словах, воздействие на смысл предложения 327
удовольствие, от специальных интересов 278
указания, следование сложным 307, 332, 333
упорядоченность, попытка достичь 281
упражнения, для выпуска эмоциональной энергии 246, 393
успех
 ведущие к нему факторы 500

- поощрение с помощью Социальных Историй™ 120
- учителя
 знания о СА 366
 личность учителя 366
 обучение противостоянию травле 168
 преимущества диагноза 65
 работа со специальными интересами ребёнка 288
 руководство по модели психического 198
 учителя ассистенты, обеспечение положительной обратной связи 126
- Ф**
 фантастические миры 270, 277
 опасность психоза 256, 284, 290, 466, 497
 уход в 256, 283
 физическая сила, выражение гнева 222, 226
 физические инструменты, для управления энергией 246
 физический мир
 большой интерес к 108
 восприятие 183
 специальные интересы 283
 флуоресцентное освещение, чувствительность 420
 фоновый шум 331
 фотографии эмоций 240
 фотографическая память 364
 фрустрация, неспособность справиться с 378
- Х**
 хакерство 491
 характеристика людей, развитие 468
 ходьба
 проблемы с координацией 386, 389
 проблемы с синхронностью 390
 своеобразная походка 384, 396
 странная походка 386
 художественная литература, чтение 127, 276
- Ц**
 цвета, чувствительность к 419
- цветной слух 426
 цветные очки 422
 «центральное согласование» 282, 359
 цифры и факты, специальный интерес 268, 274
- Ч**
 часто задаваемые вопросы
 долгосрочный прогноз 500
 как объяснить диагноз ребёнку 480
 преступления 486
 причины СА 476
 шизофрения 495
 чёрно-белое мышление 93, 198, 282, 455
 честность 132, 187, 368
 чтение
 и восприятие на слух 333
 и понимание 334
 художественной литературы, специальный интерес девочек 276
 школьные успехи в 357
 чувства
 выражение 196, 197, 199
 неохотное раскрытие 219
 неуверенность в реакции на 211
 сложности с описанием 205
- Ш**
 шизоидное расстройство личности 76
 шизофрения 495
 и интерес к сверхъестественному 277
 и уход в фантазии 60, 256
 школа, временное освобождение от, для снижения стресса 256
 школа, отказ ходить в 217
 ШРЛ *см.* шизоидное расстройство личности
 шутки 129
- Щ**
 щекотка, избыточная реакция на 414
- Э**
 эгодистонические мысли 215
 эксцентричное поведение
 долгосрочный исход СА 502
 предоставление его объяснений 150

- эмоции 202, 204
- амигдала как контролирующей механизм 205, 225
 - взрослых после получения диагноза СА 66
 - высвобождение дома 207
 - гнев 222
 - депрессия 218
 - и исполнительная функция 204
 - измерение интенсивности 239
 - компьютерные программы 241
 - крайности 206, 208, 222
 - любовь 228
 - незрелость 209
 - нормализация эмоционального состояния 210, 211, 245
 - ограниченность словарного запаса для их выражения 223
 - описание эмоциональных состояний 205
 - оценка эмоциональных навыков 206
 - подавление в школе 207
 - понимание мимики 184, 205
 - расстройства настроения, терапия для 233
 - руководство для учителей 198
 - тревожные расстройства 213
 - обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) 215
 - отказ ходить в школу 217
 - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) 216
 - селективный мутизм 218
 - социофобия 218
 - шкалы интенсивности 212
- эмоциональной компетентности повышение
- альбом эмоций 235
 - альтернативные способы выражения эмоций 242
 - восприятие эмоциональных состояний 236
 - измерение интенсивности эмоций 239
 - использование специальных интересов 241, 297
 - книги об эмоциях 241
 - компьютерные программы 241
 - страх исследования эмоций 243
 - фотографии эмоций 240
- эмоциональных инструментов набор 245
- эмпатия *см. также* модель психического и преступления 493
- от учителей 367
 - при слушании других 187
 - супружеские отношения 54
- энергией управление 246
- этиология 476
- этические принципы людей с СА 188
- Ю**
- юмор
- развитие 129
 - специальный интерес 279
- Я**
- язык 305
- артикуляция 309
 - «аспергерский» 335
 - беглость речи 334
 - буквальное понимание 324
 - задержка речевого развития 47, 82
 - иностранный 336
 - использование крайних выражений 239
 - неологизмы 279, 309
 - особенности 308
 - оценка способностей 306
 - педантичная речь 329
 - произношение 309
 - просодия 326
 - разговор 313
 - слуховое восприятие 331
 - трудности 310
 - эмоциональная ограниченность 223, 237, 238
- язык тела *см. также* мимика
- занятия актёрским мастерством 140
 - недостаток разнообразия 387
 - недостаток эмоций 192, 209
 - неуклюжесть 387
 - обучение пониманию 134, 199, 237, 239, 240
 - противоположного пола 137

ярость, управление 227

A

AAA *см.* Adult Asperger Assessment (AAA)
 ADI-R *см.* Autism Diagnostic Interview — Revised (ADI-R)
 ADOS-G *см.* Autism Diagnostic Observation Schedule — Generic (ADOS-G)
 Adult Asperger Assessment (AAA) 92
 AGUA (Adult Gathering, United and Autistic), группа поддержки 67, 147
 AIT *см.* Auditory Integration Therapy (AIT)
 ASAS *см.* Australian Scale for Asperger's Syndrome (ASAS)
 ASDASQ *см.* Autism Spectrum Disorders in Adults Screening Questionnaire (ASDASQ)
 ASDI *см.* Asperger Syndrome Diagnostic Interview (ASDI)
 ASDS *см.* Asperger Syndrome Diagnostic Scale (ASDS)
 Asperger Syndrome Diagnostic Interview (ASDI) 77
 Asperger Syndrome Diagnostic Scale (ASDS) 77
 Aspergers in Love (Aston) 230
 Asperger's Syndrome (Attwood) 278
 ASQ *см.* Autism Spectrum Quotient (ASQ)
 ASSQ *см.* Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)
 Attributes Activity *см.* Выявление качеств, задание
 Auditory Integration Therapy (AIT) *см.* акустическая интегративная терапия
 Australian Scale for Asperger's Syndrome (ASAS) 77
 Autism Diagnostic Interview — Revised (ADI-R) 79, 403
 Autism Diagnostic Observation Schedule — Generic (ADOS-G) 79
 Autism Spectrum Disorders in Adults Screening Questionnaire (ASDASQ) 78
 Autism Spectrum Quotient (ASQ) 78, 92
 Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) 77

C

Cambridge Lifespan Asperger Syndrome Service (CLASS) 93
 CAST *см.* Childhood Asperger Syndrome Test (CAST)
 CAT-kit (Attwood) 241
 CELF-IV *см.* Clinical Evaluation of Language Fundamentals IV (CELF-IV)
 Childhood Asperger Syndrome Test (CAST) 77
 CLASS *см.* Cambridge Lifespan Asperger Syndrome Service (CLASS)
 Clinical Evaluation of Language Fundamentals IV (CELF-IV) 307
 Comic Strip Conversations *см.* Разговоры в комиксах

D

Dahm P. 48
 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition *см.* DSM-IV
 Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) 80
 DISCO *см.* Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO)
 DSM-IV 74
 интермиттирующее эксплозивное расстройство 227
 критерии CA 80, 81
 Adult Asperger Assessment 92
 диагностика взрослых 91
 и двигательные способности 386
 и расстройства настроения 203
 и языковые способности 306
 проблемы с 82, 97
 ритуалы и распорядок 361
 социо-эмоциональная взаимность 202
 специальные интересы 264
 узость 87

E

Emotional Toolbox *см.* набор эмоциональных инструментов
 Empathy Quotient (EQ) 78, 92

- EQ *см.* Empathy Quotient (EQ)
Essential Difference: Men, Women and the Extreme Male Brain, The (Baron-Cohen) 77
Exploring Feelings *см.* Исследуя чувства, программа КПТ
- F**
faux pas 94, 193
FQ *см.* Friendship Questionnaire (FQ)
Friendship Questionnaire (FQ) 78
- G**
GADS *см.* Gilliam Asperger Disorder Scale (GADS)
Gilliam Asperger Disorder Scale (GADS) 77
- I**
I Did It, I'm Sorry (Buener) 142
IED *см.* Intermittent Explosive Disorder (IED)
Intermittent Explosive Disorder (IED) *см.* интермиттирующее взрывное расстройство
- K**
KADI *см.* Krug Asperger's Disorder Index (KADI)
Krug Asperger's Disorder Index (KADI) 77
- M**
Making Friends (Matthews) 328
Martian in the Playground (Sainsbury) 132
Mind Reading: The Interactive Guide to Emotions (Baron-Cohen) 199, 241, 323, 328
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) *см.* Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI)
MMPI *см.* Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI)
Mozart and the Whale (фильм) 147
Mr Men (Харгривз) 241, 470
- N**
National Autistic Society, Hayes Unit 495
NLD *см.* невербальное расстройство обучения (НПО, NLD)
Nonverbal Learning Disability (NLD) *см.* невербальное расстройство обучения (НПО, NLD)
- O**
Oppositional and Defiant Disorder 191
- P**
Pathological Demand Avoidance 89
PDD *см.* общее расстройство психологического развития (OPP, PDD)
Pervasive Developmental Disorder *см.* общее расстройство психологического развития (OPP, PDD)
Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified *см.* общее расстройство психологического развития неуточнённое (PDD-NOS)
Power Cards 295
Pretending to be Normal (Willey) 88, 141, 154
Prospects, служба по трудоустройству людей с СА в Великобритании 438
- R**
Reading the Mind in the Eyes Test 78
Reading the Mind in the Voice Test 78
Repetitive Behaviour Interview 266
- S**
SAT *см.* Social Attribution Task (SAT)
SBS *см.* Sensory Behaviour Schedule (SBS)
Semantic Pragmatic Language Disorder (SPLD) *см.* семантико-прагматическое расстройство речи (СППР, SPLD)
Sensory Behaviour Schedule (SBS) 404
Sensory Profile Checklist Revised (SPCR) 405
Sensory Profile, опросник 405
Short Sensory Profile 405
Sixth Sense, The, программа для сверстников 485
Social Articles 121, 232, 318, 319
Social Attribution Task (SAT) *см.* социальная атрибуция, задача на (ЗСА, SAT)
social signals, задание 124
Social Stories™ *см.* Социальные Истории™

SPCR *см.* Sensory Profile Checklist Revised (SPCR)

Specialisterne, инициатива по трудоустройству 440

SPLD *см.* Semantic Pragmatic Language Disorder (SPLD)

T

Teaching Children with Autism to Mind-Read: A Practical Guide (Howlin, Baron-Cohen & Hadwin) 198

Theory of Mind (ToM) *см.* модель психического (МП)

V

vision therapy *см.* визуальная терапия

W

weak central coherence *см.* слабое центральное согласование

Y

Yale Special Interest Interview 266

You Can't Judge a Book by Its Cover: Cool Rules for School (Sheindlin) 142

Именной указатель

А

Айрес Э. Дж. *см.* Ayres A.

Американская психиатрическая ассоциация *см.* American Psychiatric Association (APA)

Аппе Ф. *см.* Appé F.

Аспергер Г. *см.* Asperger H.

Б

Барон-Коэн С. *см.* Baron-Cohen S.

Богдашина О. *см.* Bogdashina O.

В

Вислоух А. 17

Всемирная организация здравоохранения
18, 20, 21, 36, 74, 87, 202, 306, 385

Г

Гейбор Д. *см.* Gabor D.

Гейтс Б. 174

Гиллберг И. К. *см.* Gillberg I. С.

Гиллберг К. *см.* Gillberg С.

Грандин Т. *см.* Grandin T.

Грей К. *см.* Gray С.

И

Ирлен Х. *см.* Irlen H.

К

Каннер Л. *см.* Kanner L.

Келли Дж. 471

Корнелиус Х. 18

М

Мэтьюз Э. *см.* Matthews A.

Н

Ньюпорт Дж. *см.* Newport J.

П

Первушина О. Н. 78

Пиз А. 18

С

Стюард Р. 17

Сухарева Г. Е. 16, 76

У

Уилли Л. *см.* Willey L.

Уилрайт С. *см.* Wheelwright S.

Уильямс Д. *см.* Williams D.

Уинг Л. *см.* Wing L.

Ф

Фрит У. *см.* Frith U.

Фэйр Ш. 18

Х

Харгривз Р. *см.* Hargreaves R.

Хэддон М. 17

Ш

Шабалин А. П. 78

Шор С. *см.* Shore S.

Э

Экман П. 18, *см.* Ekman P.

Эно И. *см.* Hénault I.

Эттвуд Т. *см.* Attwood T.

А

Aalto S. 477

Abele E. 317, 318

Adamo S. 60, 461

Adams C. 314

Adolphs R. 205

Agam G. 105

Ahearn G. 49

Ahsgren I. 389

Alberto P. 122

Alcantara J. 331

Alcock J. 439

- Aldridge F. 35
 Alexander R. 254
 Alisanski S. 106, 403
 Allen M. 343
 Allinson L. 192
 Alvarez A. 461
 Amanullah S. 106, 403
 American Psychiatric Association (APA) 22,
 24, 74, 80, 81, 87, 97, 202, 227, 264,
 265, 306, 361, 385
 Ameson C. 35
 Anders T. 134
 Anderson J. 390
 Anderson S. 390
 Andron L. 134
 Anson M. 215
 Appelberg B. 205
 Apple A. 126
 Archer L. 85
 Arick J. 77
 Arikson A. 389
 Arndt S. 203, 266
 Asgharian A. 43
 Ashwin C. 477
 Asperger H. 16, 40, 42, 43, 60, 61, 73, 76, 101,
 141, 152, 153, 158, 181, 202, 263,
 272, 300, 301, 305, 313, 341, 345,
 346, 358, 366, 368, 369, 384, 387,
 390, 400, 413, 430, 445, 461, 483,
 487, 496
 Aston M. 55, 66, 230, 414, 445, 452–454, 463
 Astor B. 349
 Attwood A. 396
 Attwood T. 44, 49, 67, 77, 78, 84, 104, 112,
 165, 178, 181, 192, 209, 216, 233,
 234, 241, 245, 278, 297, 325
 August G. 396
 Augustyn A. 326
 Ault R. 186
 Autti T. 477
 Avery P. 394
 Ayres A. 410
- B**
- Bågenholm A. 403
 Bailey A. 477
 Baird G. 84, 88, 307, 385
 Bakian A. 35
 Baldwin I. 389
 Ballantyne A. 388, 389
 Bamberg J. 35
 Baranek G. 403, 410, 411
 Barber K. 58, 485
 Barnett A. 84, 385
 Barnhill G. 134, 219, 343, 356, 357, 419, 421,
 423
 Baron-Cohen S. 77, 78, 88, 92, 165, 181, 182,
 185, 186, 193, 196–198, 205, 216,
 283, 289, 290, 328, 330, 341, 477,
 478, 486
 Barron J. 416
 Barron S. 210, 233, 247, 250, 251, 370, 416,
 502
 Barry T. 134, 486
 Barry-Walsh J. 493
 Bartak L. 104
 Barth A. 394
 Bartolucci G. 85, 203, 314, 326, 343, 349, 384,
 386
 Barton J. 205
 Bashe P. 266, 267, 275, 287
 Bauman M. 390
 Bauminger N. 105, 134, 138, 194, 233
 Bausman M. 206
 Baxter M. 203
 Bejerot S. 52
 Belleville S. 275, 280, 294
 Belva B. 35
 Benneto L. 388
 Bennett T. 23
 Bentall R. 497
 Benton T. 387
 Benz B. 394
 Bergman J. 477
 Berkouk K. 477
 Berkson G. 403
 Bernard-Opitz V. 318
 Berthier M. 208
 Berthoz S. 205, 206
 Beversdorf D. 390
 Bhattacharya A. 389
 Billingsley F. 126

- Billstedt E. 33, 48, 50, 334, 477–479
Bishop D. 48, 307, 314
Bishop S. 35
Black A. 35
Blackburn P. 196
Blackshaw A. 496
Blair R. 205
Blinder E. 403
Blissett J. 233
Block H. 33
Block M. 392
Bock S. 122
Bogdashina O. 404, 405, 426
Bölte S. 50, 346
Bolton P. 77, 203, 331
Botroff V. 104
Boucher J. 130, 280
Bovee J.-P. 106
Bradshaw J. 388
Brammer M. 205
Brand L. 134
Branden S. 492
Bray-Garretson H. 489, 490
Brayne C. 77
Bremner R. 74, 203, 266, 305, 384, 386
Brereton A. 388
Broderick C. 134
Bromley J. 405, 411, 416, 424
Brown Rubinstein M. 343
Bryson S. 85, 203, 219, 388
Buehner C. 142
Bullmore E. 205, 477
Burd L. 266, 329, 393, 394
Burkin C. 439
Burnett F. 252
Burton D. 203
Butler E. 385
- C**
- Calhoun S. 35, 83, 85, 343, 356
Callesen K. 181, 194
Campbell J. 77
Canby J. 356
Capps L. 315
Carpenter L. 35
Carper R. 479
Carrington S. 138, 207, 241
Carter A. 79, 288
Castelli F. 183
Castine T. 49
Caswell R. 134, 197
Cautella J. 206
Cederlund M. 33, 343, 477–479
Cesaroni L. 363, 407, 426
Chadwick A. 110, 163
Chakrabarti S. 88, 203
Chandler F. 35
Charman T. 88
Chen B. 349, 350
Chen C. 288
Chen P. 288
Chen S. 288
Cherkasova M. 205
Chernin L. 209
Chin H. 318
Chiu S. 203
Church C. 106, 403
Cicchetti D. 86, 343, 385
Clark E. 462
Clarke D. 203
Clubley E. 78, 478
Cohen D. 185, 229, 326, 327, 464
Cohn E. 35
Collacott R. 486
Cook E. H. (Jr.) 79
Cook I. 86, 349
Coon H. 33, 86, 349
Cooper S. 486
Cornelius H. 18
Courschesne E. 343
Courschesne E. 479
Cox A. 88, 203, 314
Cox T. 205
Coyle J. 203
Craig F. 497
Craig J. 497
Craig M. 35
Craig W. 172
Critchley H. 205
Crites D. 85
Cunniff C. 35
Cutting L. 349

D

Dahlgren S. 86, 343, 403
 Dahlgren-Sandberg A. 86, 343
 Daly E. 205
 Dardani C. 35
 Dattilo J. 122
 Davey M. 393
 Davison K. 405, 411, 416, 424
 Dawson G. 86, 349, 403, 410, 411
 de Sonnevile L. 205
 de Souza L. 479
 Deeley P. 35
 DeLong G. 203
 Delsignore A. 64
 DeMyer M. 85
 Denckla M. 349
 DeVincent C. 393, 396
 Dewey M. 312
 Dhossche D. 396, 397
 Dickerson Mayes S. 35, 83, 85, 343, 356
 Dietrich K. 389
 Dietz P. 486, 492, 493
 DiLavore P. 79
 Diller A. 206
 Dissanayake C. 44, 86
 Dixon P. 47, 346
 Dondela M. 384
 Donnelly J. 106
 Doyle R. 203
 Drew A. 88
 Duchaine B. 205
 Duku E. 23
 Duncan A. 35
 Dunn W. 400, 405
 Durkin K. 197
 Durkin M. 35
 Durston S. 479
 Dwyer J. 203

E

Earles T. 122
 Ebinger F. 205
 Edmonds G. 454
 Edwards R. 122
 Ehlers S. 47, 48, 77, 86, 88, 343, 403
 Eisenmayer R. 43, 83, 85, 205, 384

Ekkehart F. 493
 Ekman P. 18, 233
 Ellis H. 386, 477
 Elmasian R. 343
 Emerson E. 405, 411, 416, 424
 Epstein T. 396
 Eskola O. 477
 Everall I. 486, 491

F

Faire S. 18
 Farley M. 33
 Farrington C. 88
 Fast Y. 437
 Favot-Mayaud I. 88
 Fein D. 47, 346
 Feldman R. 209
 Felopulos G. 390
 Fernell E. 346
 Ferrari M. 490
 Fine C. 205
 Fine J. 314, 326
 Finlayson A. 343, 349
 Fisher W. 266, 329
 Fisman S. 85
 Fitzgerald M. 67, 130, 296, 301, 358, 363, 430, 483
 Fitzpatrick E. 233
 Fleisher M. 193, 215, 358, 430
 Flodmark O. 389
 Folstein S. 203
 Fombonne E. 33, 88, 203
 Forder T. 207, 241
 Foster L. 403
 Fransella F. 471
 Fraser W. 329
 Frazier J. 203
 Frazier Norbury C. 314
 Frith C. 183
 Frith U. 76, 183, 192, 205, 281, 308, 344, 359, 375, 477
 Furniss F. 203

G

Gabor D. 18, 323
 Gadow K. 393, 396

- Gagnon E. 121, 122, 295
Gallucci G. 64
Gangadharan S. 254
Garber M. 363, 407, 426
Garcia N. 462
Gardner M. 33
Garnett M. 77, 78
Gates B. 174
Georgiades S. 23
Gepner B. 389
Gerstein L. 329
Ghaziuddin M. 47, 85, 203, 215, 219, 329, 343, 385, 386, 396, 397, 477, 478, 486, 498, 499
Ghaziuddin N. 85, 385, 396, 397, 486
Gibbs V. 35
Gilchrist A. 203, 314
Gillan N. 35
Gillberg C. 33, 44, 47–50, 74, 75, 77–79, 83, 86–88, 181, 192, 203, 205, 264, 265, 305, 334, 343, 346, 347, 384, 385, 387, 389, 403, 471, 477–479, 499
Gillberg I. C. 33, 50, 74, 75, 77, 83, 88, 203, 205, 264, 265, 305, 385, 387, 477–479
Gilliam J. 77
Gillot A. 203
Ginsberg G. 314, 326
Goetzinger-Falk C. 389
Goldberg M. 349
Goldstein G. 349, 388
Goldstein H. 122
Goldstein S. 346
Gomez J. 196, 197
Goodlin-Jones B. 134
Goodman W. 215
Gordon V. 134
Gorrindo T. 49
Gottlieb D. 181, 194
Gould J. 43, 80, 83, 85, 87, 205, 384
Gowen E. 385, 477
Graham L. 138
Graham P. 233
Grandin T. 17, 146, 210, 233, 247, 250, 251, 296, 315, 332, 352, 370, 375, 376, 386, 390, 406, 409, 411, 412, 415, 437, 501, 502
Grave J. 233
Gray C. 17, 120, 159, 162, 168, 172, 176–178, 197, 244, 292, 293, 318, 322, 325, 367, 409, 485
Greden J. 203, 219
Green D. 84, 385
Green G. 49
Green J. 203, 314
Gregory S. 134
Grenier D. 317, 318
Gresley L. 66
Grigorenko E. 356, 357
Griswold D. 356, 357, 419, 421, 423
Grodin J. 206
Groft M. 392
Grounds A. 486
Grunwell P. 325
Gudjonsson G. 492
Gundelfinger R. 64
Gunter H. 386, 477
Gutman R. 386, 393, 394
- H**
Hackerman F. 64
Hadcroft W. 136, 161, 407
Haddon M. 17
Hadwin J. 196, 198
Hagberg B. 33, 477–479
Hagiwara T. 122, 343, 356, 357, 419, 421, 423
Hallett M. 384
Hamburger S. 349
Happé F. 17, 23, 35, 181, 183, 192, 281, 359, 375
Hare D. 233, 396, 397, 400, 404, 405, 411, 416, 424, 464, 471, 496
Hargreaves R. 241, 470
Harper J. 203, 266
Harpur J. 67, 358, 430
Harrison J. 400, 404
Hattier M. 35
Hatton C. 496, 497
Hay D. 110, 163

Heavey L. 477
 Hebebrand J. 50
 Heflin L. 122
 Hefter R. 205
 Heider F. 182
 Heiman M. 205, 346, 347
 Heinrichs R. 168, 178
 Henderson L. 84, 385
 Henderson S. 84, 385
 Henninghausen K. 50
 Hepburn S. 233
 Hepp U. 64
 Hermelin B. 192, 378
 Hietala J. 477
 Hihara N. 484
 Hilgenfeld T. 356, 357, 419, 421, 423
 Hill E. 205, 206
 Hill J. 78, 185
 Hill K. 196
 Hillier A. 192
 Himmelmann G. 50
 Hingtgen J. 85
 Hinton M. 294
 Hinton S. 233, 245, 297
 Hippler K. 43, 209, 266, 274, 311, 343, 356,
 385, 393, 425, 487
 Hjelmquist E. 86, 205, 343, 346, 347
 Hobson R. 112, 468
 Hodges E. 167
 Hoffmann W. 349
 Holaday M. 462
 Hollander M. 197
 Holtmann M. 346
 Hooper C. 356, 357
 Hori M. 385, 386
 Horovitz M. 35
 Howlin P. 43, 77, 83, 87, 134, 196, 198, 205,
 220, 439, 486
 Hubbard A. 373
 Huber J. 84, 385
 Huerta M. 35
 Hughes C. 349
 Hulshoff Pol H. 479
 Hurlburt R. 375
 Hus V. 35
 Huws J. 400, 404

Huyser C. 205
 Hénault I. 144, 293, 414

I

Irlen H. 422
 Isager T. 486, 491
 Ivey M. 122
 Iwanaga R. 386
 Izuka N. 484

J

Jackson L. 143, 162, 175, 252, 279, 282, 288,
 289, 357
 Jackson N. 67, 162, 166, 176, 221, 236, 251,
 270, 367, 386, 402, 474
 Jackson R. 85
 Jacobs B. 449, 454
 Jacobsen P. 461, 462
 Jacobsson G. 403
 James I. 358, 378, 483
 Jankovic J. 48
 Jansson-Verkasalo E. 331
 Jenson W. 33
 Johansson M. 50, 205
 Johnson C. 349
 Johnson M. 441
 Johnstone K. 35
 Jolliffe T. 105, 185, 265, 330, 333, 334, 362,
 407, 409, 420
 Jones J. 471
 Jones M. 85
 Jones R. 193, 400, 404
 Jones W. 185
 Jones-Bock S. 77
 Jordan R. 359
 Joseph R. 86, 349
 Joukamaa M. 205
 Jussila K. 331

K

Kadesjö B. 48, 88
 Kageyama H. 385, 386
 Kahn R. 479
 Kaland N. 181, 194
 Kanner L. 73
 Kasari C. 105, 138, 194

- Kawasaki C. 386
Kearney G. 329
Kehres J. 315
Kells M. 493
Kelly G. 471
Kelly J. 387
Kemner C. 479
Kendall P. 233
Kerbel D. 325
Kerbeshian J. 266, 329, 393
Kerbeshian P. 394
Kern L. 294
Kerr S. 197
Kilman B. 343
Kim J. 203, 219
Kincaid D. 122
Kinderman P. 496
Kirby B. 266, 267, 275, 287
Kirby R. 35
Klauber T. 461
Kleinman J. 186
Klicpera C. 43, 209, 266, 274, 311, 343, 356, 385, 393, 425, 487
Klin A. 47, 53, 79, 86, 182, 185, 229, 266, 288, 326, 327, 343, 349, 356, 357, 385, 464, 477
Klinger L. 134, 486
Klug M. 394
Knickmeyer R. 290
Koning C. 307, 327
Konstantareas M. 203
Kopp S. 49
Korpilahti P. 331
Kozłowski A. 35
Kracke I. 205
Kraemer B. 64
Kresch L. 215
Kristiansson M. 486, 492, 493
Krug D. 77
Kuhl P. 403
Kujala T. 331
Kulage K. 35
Kulomäki T. 205, 477
Kurita H. 203, 290
Kutscher M. 348, 395
- L**
Ladd B. 167
Ladd G. 167
Lagattuta K. 197
Lahuis B. 479
Lainhart J. 203, 462
Lambrecht L. 79
Landa R. 317, 349
Langford P. 104
Lansdown R. 105, 265, 330, 333, 334, 362, 407, 409, 420
Larcombe M. 80
LaSalle B. 60, 91, 92, 268, 389, 497
Laurent A. 206
Lawlor M. 67, 358, 430
Lawson W. 208, 360, 454, 498
Le Couteur A. 79, 403, 486, 491
Lebieclausko M. 384
LeCouteur A. 477
Ledgin N. 301, 483
Lee A. 112, 468
Lee J. 134, 486
Leekham S. 43, 80, 83, 85, 87, 205, 384
Leibenluft E. 49
Leong G. 490
Lesser M. 360
Leventhal B. 79
Levin H. 47, 346
Li J. 88
Libby S. 80, 87
Linblad T. 307
Lincoln A. 343, 388, 389
Lindberg N. 205
Lindblom R. 403
Lindstrom E. 52
Little L. 163
Liu X-Q. 23
Lo H. 288
Lord C. 35, 79, 309, 403
Lorimer P. 122
Lovecky D. 376, 378
Loveland K. 319
Lumsden J. 205
Lung F. 349, 350
Lyons V. 130, 363

M

- MacLean J. 85
 Maenner M. 35
 Magill-Evans J. 307, 327
 Mahone E. 349
 Mahoney W. 85
 Malone C. 396, 397
 Malone J. 167
 Maltezos S. 35
 Manjiviona J. 83, 85, 86, 343, 346, 384–386, 393
 Manning S. 390
 Manoach D. 205
 Marans W. 79
 Marciano P. 186
 Marcus A. 50
 Marks C. 489, 490
 Marriage K. 134, 393
 Martin I. 325
 Martin J. 78, 478
 Marzolini S. 134
 Mataix Cols D. 215
 Matilla M. 331
 Matson J. 35
 Matthews A. 18, 328
 Mawson D. 486
 Mayes L. 229, 464
 McAlonan G. 205
 McDonald S. 325
 McDougle C. 215
 McEvoy R. 388
 McGee G. 209
 McGrath L. 349
 McGregor E. 196
 McMahan W. 33, 86, 266, 349
 McPartland J. 35
 McSweeney J. 326, 327
 Melzoff A. 403
 Mendez M. 35
 Mercier C. 275, 280, 294
 Mesibov G. 134
 Mestre D. 389
 Metsähonkala L. 477
 Míall R. 385, 477
 Micali N. 203
 Michael D. 254
 Miedzianik D. 390
 Miles T. 393
 Miller E. 88
 Miller J. 33, 85, 86, 134, 196, 205, 343
 Miller N. 405, 411, 416
 Minshew N. 86, 349, 388
 Mitchell P. 197
 Miyahara M. 385, 386
 Møller-Nielsen A. 181, 194
 Moak J. 462
 Mohamed W. 486
 Moilanen I. 331
 Molloy C. 389
 Molloy H. 111, 379
 Moore B. 331
 Mortensen E. 181, 194
 Moses P. 479
 Mostofsky S. 349
 Mottron L. 275, 280, 294
 Mountain-Kimchi K. 343
 Mouridsen S. 486, 491
 Mullen P. 493
 Munson J. 86, 349
 Muramatsu Y. 484
 Murphy C. 35
 Murphy D. 35, 205, 215, 477
 Murphy K. 477
 Murphy M. 203
 Murray D. 360, 437
 Murray M. 35
 Murrie D. 486, 492, 493
 Myer R. 435

N

- Näätänen R. 331
 Nagy J. 74, 266, 305
 Nakanishi K. 385, 386
 Napier E. 329
 Nass R. 386, 393, 394
 National Autistic Society 437, 438
 Nau S. 50
 Nault K. 49
 Naylor S. 215
 Nedergaard N. 486, 491
 New J. 205
 Newport J. 67, 98, 106, 351, 398

Newson E. 89
Nieminen-von Wendt T. 49, 205, 477
Njiokiktjien C. 205
Nordgren R. 390
Norman G. 206
Norris C. 122
North A. 492
Nydén A. 86, 205, 343, 346, 347
Nylander L. 52, 78

O

Oakes P. 241
O'Connor M. 205
Odén A. 86, 343
Ohlsen C. 35
Olweus D. 167, 168, 178
O'Neill M. 400
Ong B. 43, 83, 85, 205, 384
Op het Veld V. 205
O'Riordan M. 193
Orr S. 400
Osterling J. 403
Özkara N. 50
Ozonoff S. 85, 86, 134, 196, 205, 266, 343, 349, 403, 462

P

Page M. 104
Paine C. 233, 464, 471
Pakenham K. 463
Palardy N. 134, 486
Palferman S. 477
Palmen S. 479
Palmer A. 430
Palmer P. 203, 266
Paradiz V. 301, 483
Paterson A. 23
Paul J. 47, 346
Paul R. 48, 307, 314, 326, 327
Pauls D. 53, 356, 357, 477
Payne A. 110, 163
Pearl A. 35
Pease A. 18
Pennington B. 86, 205, 349, 388
Pepler D. 168, 172
Perkins M. 130, 280

Perlman L. 499
Perry A. 35
Perry D. 167, 203
Perry R. 47, 96
Person B. 492
Petropoulos M. 88
Phillips M. 205
Pickles A. 79, 203
Pietz J. 205
Pine D. 49
Pingree C. 33
Piven J. 203, 205, 266
Plaisted K. 193
Plumb I. 78, 185
Porkka-Heiskanen T. 205
Poustka F. 50, 346
Powell Smith K. 122
Pozzi M. 461
Pradella A. 49
Prasher V. 203
Prince A. 387
Prior M. 43, 83, 85, 205, 349, 384–386, 393
Provencal S. 349
Pyles L. 237, 267, 278, 327, 364

Q

Quigney C. 400, 404
Quinlan P. 396, 397
Quinn C. 122

R

Rabian B. 122
Raggatt P. 290
Rajendran G. 197
Rapin I. 47
Råstam M. 50, 77, 205, 471, 499
Raste Y. 78, 185
Rating D. 205
Ray F. 489, 490
Realmuto A. 396
Reaven J. 233
Reichow B. 35
Reid S. 461
Reitzel J. 356
Remschmidt H. 50
Rhode M. 461

Rice C. 35
Rich B. 486, 491
Rieffe C. 206
Rigby K. 168, 178
Rinehart N. 388
Ring H. 205
Ringman J. 48
Rinner L. 405, 411, 416
Risi S. 79
Ritvo E. 33
Ritvo R. 33
Robbins L. 405, 411, 416
Robbins T. 349
Roberts G. 35
Robertson D. 35, 205
Robinson J. 92
Robinson T. 105, 265, 330, 333, 334, 362, 407, 409, 420
Rodman K. 454
Rogers M. 122, 400
Rogers S. 86, 349, 388, 403
Ronald A. 23
Rourke B. 50, 86, 343, 385
Rowe A. 205
Rowe C. 122
Rubin E. 206
Rubin K. 110, 159
Rumsey J. 349, 384
Russell A. 215, 492
Russell Burger N. 343
Russell E. 203, 216
Russell J. 349, 352
Rutherford M. 78, 186
Rutter M. 79, 203, 403

S

Sainsbury C. 56, 130, 132, 164, 402
Saltzman-Benaiah J. 396
Salvador R. 477
Samios C. 463
Sanders R. 272
Santosi F. 122
Scattone D. 122
Schafer H. 50
Schatz A. 346, 388, 389
Schaumann H. 403

Schieve L. 35
Schmidt C. 64
Schmidt M. 50
Schnack H. 479
Schneider E. 229
Schnyder U. 64
Schroeder A. 319
Schult C. 197
Schultz R. 185
Schulz E. 50
Schwartz I. 126
Schwebach A. 346
Scott F. 77
Scragg P. 493
Sears L. 205
Segar M. 213, 214
Senft R. 356, 357
Shah A. 396, 493
Shah P. 387
Shakal J. 478
Sheindlin Judge J. 142
Shipley M. 462
Shore S. 17, 66, 151, 165, 187, 238–240, 244, 269, 295, 351, 413, 417, 437
Shriberg L. 326, 327
Shu B. 349, 350
Shulman C. 105
Siegel D. 388
Sigman M. 315
Silva J. 490
Silver M. 241
Simmel M. 182
Simmons A. 205
Simpson R. 77, 122, 343, 356, 357, 419, 421, 423
Skinner R. 78, 478
Skjeldal O. 88
Slater-Walker C. 231, 273, 449, 454
Slater-Walker G. 231, 273, 449, 454
Slee P. 167
Smaldone A. 35
Smith C. 122
Smith I. 387, 388
Smith K. 35
Smith L. 181, 194

- Smith Myles B. 77, 122, 134, 219, 343, 356, 357, 400, 405, 411, 416, 419, 421, 423
- Smith P. 168
- Smyrnios S. 84
- Sobanski E. 50
- Soderstrom H. 471, 499
- Sofronoff K. 203, 216, 233, 245, 297, 463
- Soloman M. 134
- South M. 205, 266, 349
- Spain S. 35
- Spangle-Looney S. 48
- Sparrow S. 79, 86, 288, 343, 385
- Spence M. 86, 349
- Sponheim E. 88
- Ssucharewa G. 16, 76
- Stahlberg O. 499
- Stanford A. 454
- Stanhope S. 384
- Staufenberg A. 493
- Staunton R. 330
- Steward R. 17
- Stockman L. 206
- Stokes D. 393
- Stone V. 193
- Streiner D. 85, 203, 219
- Stuart-Hamilton I. 325
- Sturm H. 346
- Suckling J. 477
- Sugiyama T. 385, 386
- Suominen K. 331
- Sutherland D. 307, 314
- Sverd J. 393
- Swaggart B. 122
- Sweetenham J. 88
- Swettenham J. 196, 197
- Szatmari P. 23, 44, 74, 85, 97, 203, 219, 266, 305, 314, 326, 343, 349, 356, 384, 386
- T**
- Tager-Flusberg H. 86, 349
- Taheri A. 35
- Tammet D. 284
- Tanguay P. 343
- Tani P. 47, 205
- Tantam D. 61, 203, 219, 266, 278, 309, 385, 386, 389, 486, 487, 499, 502
- Tapscott Cook K. 134, 405, 411, 416
- Taylor B. 88
- Taylor K. 290
- Tebbenkamp K. 134
- Teitelbaum O. 387
- Teitelbaum P. 387
- Telford J. 325
- Terwoigt M. 206
- Thiemann K. 122
- Thomas P. 329
- Thomas S. 384
- Thompson A. 23, 110, 159
- Tien A. 349, 350
- Tierney C. 35
- Tigue Z. 479
- Tirosh E. 356
- Tjuus T. 403
- Toal F. 477
- Tomari S. 484
- Tong B. 104
- Tonge B. 388
- Toorenaar N. 205
- Towbin K. 49
- Toye E. 197
- Trauer D. 388, 389
- Trauner D. 346
- Tsai L. 85, 329, 385, 478, 486
- Tsatsanis K. 50
- Tsuchida R. 386
- Tsujii M. 385, 386
- Tuff L. 343, 349
- Tunali B. 319
- Turner M. 266, 290
- Twachtman-Cullen D. 82
- U**
- Uchiyama T. 346, 484
- V**
- Vaillancourt T. 23
- Van Amelsvoort T. 205
- Van Engeland H. 479
- Van Naarden Braun K. 35
- Vanhala R. 477

- Vasil L. 111, 379
Velicer W. 206
Verschoor A. 205
Virkkala J. 205
Volden J. 309
Volkmar F. 35, 47, 50, 53, 79, 86, 185, 326,
327, 343, 349, 356, 357, 385, 477
von Wendt L. 477
Voors W. 163
- W**
- Walsh S. 196
Walter A. 203
Walter S. 85
Warren J. 486, 492, 493
Watling R. 410, 411
Weber E. 134
Weimer A. 346, 388, 389
Weisblatt E. 331
Welch K. 329
Welchew D. 477
Welham M. 43, 83, 85, 205, 384
Wellman H. 197
Welton J. 325
Wentz E. 77
Werth A. 130, 280
Wheelwright S. 78, 88, 92, 182, 185, 186, 205,
283, 478
White B. 332, 406, 408, 419, 420
White D. 332, 406, 407, 419, 420
White M. 332, 406, 408, 419, 420
Whiten A. 196
Wilczynski S. 122
Wilkinson L. 348
Willey L. 54, 58, 62, 67, 68, 88, 105, 114, 141,
154, 174, 200, 277, 281, 407, 412,
415, 418, 420, 421, 423, 426, 458,
464, 473
Williams D. 17, 63, 77, 229, 287, 326, 332, 362,
408, 411, 473
Williams S. 205
Williams T. 134
Wilson C. 35
Wilson F. 85, 203, 219
Wilson O. 134
Wing L. 43, 44, 74, 80, 83, 85, 87, 185, 205,
219, 384, 396, 478
Witzlsperger E. 35
Wolff S. 76, 499
Woodbury Smith M. 92
Worton D. 454
Wraight P. 88
Wrathall D. 86, 349
- Y**
- Yang Y. 288
Yates P. 134
Yeh T. 288
Yoshida Y. 346, 484
Youell B. 461
- Z**
- Zinkstook J. 35
Zwaigenbaum L. 85