

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: МЕДИЦИНСКИЙ И НЕМЕДИЦИНСКИЙ ПОДХОДЫ

В.Е. Каган

Special Populations Services; Autistic Treatment Center (Dallas TX, USA)

История детского аутизма как самостоятельной проблемы начинается с описания Л. Каннером в 1942 г. двенадцати детей с проявившимся в раннем детстве расстройством, которое Каннер достаточно убедительно отграничил от ранней детской шизофрении. Потребовался достаточно долгий срок для того, чтобы ДА занял свое место в классификациях психических расстройств: 299.0 в ICD-9 и F84.0-1 в ICD-10. Изменилось не только название кода, но и сам подход к диагностике: согласно ICD-9 диагноз ДА следовало по достижении пациентом 12-ти лет перекодировать во «взрослый» диагноз, согласно ICD-10 диагноз ДА может сопровождать пациента на протяжении жизни. «Человек дождя» из реальности кинематографической стал реальностью классификационной. Казалось бы, Каннер, в свое время не без огорчения заметивший, что прошедшие со времени описания ДА 30 лет не принесли заметных успехов в понимании проблемы, будь он жив, мог бы испытывать законное удовлетворение – не так много исследователей во второй половине XX в. закрепили свои открытия на классификационном уровне. На самом деле, достаточно велика вероятность того, что он был бы глубоко разочарован.

Начну с того, что он мог бы просто «не узнать в лицо» описанное им расстройство – так расширились его диагностические рамки. В этом отношении судьба ДА похожа на судьбу синдрома Жиля де ля Туретта: если в 60-х г.г. он описывался в разделе казуистики как расстройство с очень строгими диагностическими критериями, то сегодня это широкая диагностическая категория, в которой копролалию заменили любые вокальные или похожие на них тики. ДА подобно шизофрении в 20-х г.г. стал «большим диагностическим котлом». Что это означает для общей психопатологии (в понимании К. Ясперса)? Мой учитель – С.С. Мнухин – полагал, и я вижу в этом огромный смысл, что дотошное многостороннее клинико-физиологическое изучение «маленьких» нарушений составляет тот базовый материал, из которого строится психопатология. Дифференциация изучаемых нарушений необходима для интеграции психопатологии в клиническую психиатрию. Расширение диагностических рамок, утрата строгости диагностических критериев (пусть даже потом они будут уточняться) существенно препятствуют этому процессу. Именно это произошло с ДА.

Как это получилось? Здесь, я думаю, можно выделить, по крайней мере, несколько составляющих.

1. Описание других аутистических синдромов у детей – аутистической психопатии Аспергера (1945) и органического аутизма (Мнухин, 1947), не говоря уже о случаях ранней детской шизофрении, где аутизм в отсутствие манифестации других симптомов занимает ведущее место поставило проблему их соотношения. От этих диагнозов тянутся ассоциативные нити к так наз. шизофреническому дизонтогенезу, шизоидным психопатиям, симбиотическим психозам, синдрому Геллера, пфрпрофшизофрении, а позже – к синдрому Ретта и др. В итоге врач и исследователь постоянно оказываются перед необходимостью различения трудноразличимого и склонны (или вынуждены) запускать обратный процесс расширения диагностических критериев. Этому немало способствует и то, что бурно прогрессирующая психофармакология остается ориентированной на симптомы/синдромы-мишени почти вне зависимости от того, в структуру какого состояния или расстройства они входят.

2. Сам термин «аутизм» едва ли можно признать удачным – слишком много разных констелляций симптомов может скрываться за этой клинической метафорой.

3. Понимание аутизма как неконтактности способствует включению в него самых разнородных состояний, при которых отмечаются наблюдающиеся и при ДА симптомы. Так, к диагностике ДА у олигофренов часто приводят их по существу своему вторичные нарушения общения в сочетании с депривационно-органическими стереотипиями.

4. Отсутствие специфической медикаментозной терапии привело к переориентировке на реабилитационно-психологическую работу, большинство методов которой слабо связаны с клиническим диагнозом (музыка- и арттерапия, игровые методы и др.).

5. Акцент на гуманистических методологиях и, в известной мере, антипсихиатрические тенденции приводят к тому, что диагноз как таковой перестает исчерпывать возможные векторы помощи. Важно найти такие пути личностного контакта и обучения, которые позволяют реализовать и развивать имеющийся потенциал.

6. Помощь при ДА чрезвычайно дорогостояща, и ни один государственный бюджет не может взять ее целиком на себя. Главную роль играют ассоциации, некоммерческие учреждения и т.д. Для того, чтобы работа в них была минимально продуктивна, на одного ребенка должно приходиться не менее трех человек персонала. Понятно, что эти учреждения не могут быть крупными (только в безграмотно-воспаленном воображении рождаются идеи классов для аутичных детей на 25 человек), но не могут быть и слишком маленькими. Кроме того, территориально такие учреждения должны быть приближены к населению. В результате они лишены возможности принимать детей по строгим диагностическим критериям и, тем более, в достаточной мере дифференцировать детей по степени обучаемости и социализируемости. Особенно остро эти вопросы стоят в учреждениях интернатного типа, где состояние детей, как правило, усугублено семейной депривацией и, нередко, посттравматическими стрессовыми расстройствами как последствиями семейного насилия.

Как следствие всего сказанного, в подходах к ДА все больше преобладают практические и прагматические обоснования, способствующие расширению диагностических рамок или, чаще, размыванию их. И это входит в некоторое противоречие с собственно медицинскими аспектами помощи. Использование мной амитриптилина в помощи детям с синдромом Каннера было предшественником нынешней волны использования серотониновых препаратов. Но амитриптилин был эффективен при синдроме Каннера, мог вызывать обострения у детей с шизофреническим аутизмом, быть неэффективным при органическом аутизме или провоцировать припадки у детей с высокой судорожной готовностью. Нет никаких оснований думать, что с серотином не происходит то же самое и он в состоянии стать средством для «вообще аутизма».

Как совместить медицинский и немедицинский подходы при такой их сцепленности и столь глубокой зависимости от организационно-финансовых влияний? Этот вопрос остается открытым. Опыт таких стран как США показывает, что движение в сторону интеграции подходов происходит методом проб и ошибок. В России с ДА сегодня работают одаренные одиночки и небольшие группы, число которых ничтожно мало и которые сосредоточены в Москве и Петербурге. Они могут обеспечить не более нескольких процентов потребности в помощи, а практически – и того менее, ибо ребенка, например, из Урюпинска можно проконсультировать, но не лечить или

обучать, в Москве. Работающие и достаточно пропорционально распределенные по территории страны системы помощи детям с аутизмом еще только предстоит создавать.

По всей вероятности этот процесс будет медленным в силу, прежде всего, финансовых причин. Другое препятствие – профессиональная разобщенность психологов, психиатров, дефектологов и других специалистов и существование между ними и семьями аутичных детей барьеров взаимонепонимания. Каждый видит ребенка со своей стороны, со своей точки зрения, и каждый, как и все вместе, в значительной мере отделены от опыта семьи и самого ребенка. Вместе с музыкотерапевтом Г.В. Шаровой мы апробировали разработанную нами мультимодальную систему тренингов в группах, на равных правах объединяющих родителей и всех вовлеченных в помощь профессионалов (это может быть в городе или районе – важно, чтобы группа объединяла тех, кто работает именно с этими детьми). Методологическая основа тренинга – гуманистический подход с фокусированием на креативном принятии и погружением в непосредственный опыт как аутичного ребенка, так и работы с ним. Первые результаты превзошли наши ожидания, но в силу внешних обстоятельств мы не смогли продолжить эту работу, которая ждет своих энтузиастов-профессионалов.

Прогнозы в этой области – дело столь же эффектное, сколь малоэффективное. Скорее есть необходимость в выборе рамочной методологии, которой, по моим опыту и убеждению, является методология немедицинская и, прежде всего, гуманистическая или, скажем так, холистическая. Казалось бы, это противоречит тому, о чем я говорил в начале. Но именно здесь пролегают пути к той психопатологии, о которой писал К. Ясперс – не формальной сводке симптоматики, не к жестким классификационным решеткам, а к психопатологии понимающей, без которой никакие клинические уточнения, строго говоря, не возможны. Думаю, что сегодня против такого подхода не возражал бы и Каннер.