

О некоторых причинах гипердиагностики детского аутизма

Б. В. Воронков¹, Л. П. Рубина²

В связи с ростом диагностики детского аутизма рассматриваются возможные его истоки, анализируется качество диагностических критериев детского аутизма и причины, лежащие в основе расстройств общения при разных его формах. Оцениваются последствия включения в номенклатуру болезней понятий: аутистический спектр, атипичный аутизм, аутистикоподобие и внедрения в диагностическую практику количественно измеряемых показателей. Уделяется внимание способствующим диагностическому буму немедицинским факторам.

Ключевые слова: расстройства общения, распространенность аутизма, атипичный аутизм, диагностические критерии аутизма, фантомные единицы.

Литература последних десятилетий (17 – 23) фиксирует существенный (в 5 – 10 раз) всплеск диагностики раннего детского аутизма (РДА). Поскольку наиболее распространенным является предположение о наследственном происхождении основных его форм (1, 2, 4, 28), объяснение этого феномена только возросшим научным интересом и общественным вниманием к проблемам РДА представляется недостаточным. Отсутствие видимых глобальных радиационных и прочих внешних причин, вызывающих генетические изменения и нарушения, заставляет искать объяснения диагностического бума внутри проблемы — в разнообразии подходов к пониманию сути аутизма, в качестве его диагностических критериев и практики их применения и т.д.

Положение осложняется тем обстоятельством, что термином “аутизм” обозначаются различные, не сходные по происхождению и клинике психические расстройства — аутистическое мышление, феномен инобытия при шизофрении, ранний детский аутизм и др., объединенные лишь признаком нарушения диалога пациента с внешним миром.

Современные классификации исключают интуицию из диагностического процесса. Расщеплению психических функций, аутизму как феномену инобытия, особенностям контакта с пациентом, оцениваемым, в основном, интуитивно, по-видимому, именно по этой причине не нашлось места в МКБ-10. Отсутствуя в рубрике “шизофрения”, аутизм как будто по закону о сообщающихся сосудах оказался широко представленным в разделе “детская психиатрия” в качестве раннего детского аутизма.

Следует отметить, что материалы об эпидемическом росте РДА включают не совсем однородную патологию: аутизм Каннера, синдром Аспергера, первазивные расстройства развития, расстройства аутистического спектра в целом и т.д. (19, 21, 24, 29, 31).

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

² Санкт-Петербургский Центр восстановительного лечения “Детская психиатрия” имени С. С. Мнухина.

Определения РДА отличаются широким диапазоном — от состояния, характеризующегося преобладанием замкнутой внутренней жизни, активным отстранением от внешнего мира, бедностью выражения эмоций до банального нежелания идти на контакт с окружающими (3, 6, 8, 9). Неоднозначное понимание сути аутизма, противоречивость в его толковании проявили себя в широкоохватности определений РДА и многовариантности осмысления его составляющих. Так, очень сомнительно наличие у аутистов “замкнутой внутренней жизни”. Исключением могут быть разве что процессуальные аутисты, но богатство этой жизни у детей под большим вопросом. Что касается “активного отстранения от внешнего мира”, то активность, то есть целенаправленность усилий по отстранению маловероятна. То же относится и к “нежеланию (неужели подразумевается его осознанность?) идти на контакт с окружающими”. Налицо, таким образом, нечеткость и размытость, а, следовательно, ненадежность диагностических опор.

Рекомендованные МКБ-10 диагностические критерии РДА, в основном, повторяют составляющие многочисленных его определений, не опираются на сущностные, отражающие клинику или возможные механизмы страдания, признаки, и сводятся, главным образом, к ограниченности интересов, однотипному (стереотипному) поведению и к нарушениям общения или “дефициту социальных взаимодействий”. Ни один из перечисленных критериев, не будучи “клиническим” по своей сути, не может считаться диагностически надежным. Суммирование ненадежных признаков не увеличивает диагностическую ценность каждого из них. Несмотря на формализованность и клиническую неопределенность диагностических критериев РДА, каждая из традиционных его разновидностей имеет достаточно характерные, существенно отличные от других клинические проявления.

В основе синдрома Каннера доминирование частных характеристик предметов над осознанием их значений и функций. Суть вещей, как и смысл событий, остается недоступной его пониманию. Буквальное восприятие мира, неспособность мыслить по анало-

гии, отсутствие воображения приводят к тому, что осмысление и познание мира становится проблематичным, барьер между аутистом и окружающим миром — непреодолимым, а диагноз “аутизм Каннера” — гораздо более катастрофичным, чем даже глубокая умственная отсталость.

Отгороженность от внешнего мира при процессуальном (шизофреническом) аутизме базируется на глубокой интроверсии с погружением в мир разнообразных страхов, патологических фантазий, галлюцинаций. Происходит стирание границ между субъективным и объективным. Интроверсия в сочетании с отвержением реальности составляют суть аутистической переустановки при шизофрении, и душевный контакт становится невозможным из-за невидимой стены, отделяющей от нас инобытие больного шизофренией. При всей клинической непохожести и разноразличности “неприсутствия” при аутизме Каннера и аутистического инобытия при шизофрении эти феномены объединены свойством непроницаемости стены, отделяющей пациента от реальности.

Расстройства общения, будучи явлением вторичным, малоинформативным и не наполненным клинически, в роли критерия диагностики вышеупомянутых разновидностей аутизма выглядят неубедительно.

В соответствии с представлениями школы С. С. Мнухина (10, 12) у пациентов с органическим аутизмом клиническая картина определяется психической гипотонией, порождающей аспонтанность, апрозексию и полевое поведение. Неспособность этих детей к психическому напряжению и целенаправленной активности предопределяет их практическую беспомощность и незащитность. Интеллект чаще на пограничном уровне. Как правило, отмечаются трудности в усвоении школьных навыков (чтения, письма, счета) и пространственно-временных представлений. Багаж сведений не находит применения не столько в связи с интеллектуальным дефектом, сколько из-за отсутствия инициативы и слабости побуждений. Сочетание психической гипотонии с более заметным интеллектуальным снижением соответствует картинам выделенной С. С. Мнухиным (12) “атонической” формы олигофрении. В ее основе, как и при органическом аутизме (12, 30), лежит первичная недостаточность подкорковых систем, энергетической базы, обеспечивающей психический тонус и соответственно возможность функционирования мозга в оптимальном режиме. В связи описанными особенностями общение с такими детьми затруднительно и малопродуктивно.

Трудности социальной интеграции детей с синдромом Аспергера (15) связаны с тем, что формально высокий интеллект, проблемный склад мышления и богатый словарь сочетаются у них с неспособностью соответствовать культурным стереотипам сверстников. Свойственные им ригоризм, утрированная образцовость и правдивость, излишняя серьезность, заум-

ные речи, менторский тон, отсутствие чувства юмора и самоиронии с трудом приемлемы в обществе ровесников. В основе первичного дефекта при “аутистической” психопатии Аспергера лежит недостаток или отсутствие интуиции (16, 27). Не улавливая интуитивно подтекст ситуации и рефлексию собеседников, они, не желая того, постоянно остаются вне контекста общения.

Дисгармония в общении с окружающими описанных в 1916 году Э. Крепелином (11) “чудаков” (Verschriebene) вообще не связана с какой-либо аутистической составляющей, наоборот, они активно стремятся к контакту, но, несмотря на это, перспективы социальной адаптации таких пациентов далеко не очевидны. Простодушие, искренность, наивная непосредственность, эксцентричность в одежде и поступках в сочетании с общим налетом инфантильности и недостатком социальной мудрости приводят к отвержению ровесниками, насмешкам и издевательствам с их стороны и весьма осложняют вхождение в социум.

Использование термина “аутизм” в структуре диагноза у детей, объединенных одной особенностью, — отсутствием гармонии личности с внешним миром, по-видимому, не всегда оправданно, создает терминологическую путаницу и диагностические разночтения, стимулируя, таким образом, гипердиагностику раннего детского аутизма.

Неприятие странного, отторжение непохожего находится в русле архетипических установок общественного сознания. Суровый и сложный мир не хочет и не может быть в гармонии с непонимающими его сложности наивно-непосредственными и простодушными чудаками Крепелина, и с не принимающими его правил, лишенных интуиции и детской непосредственности аутистическими психопатами Аспергера. Органическому аутисту и атоническому олигофрену Мнухина для гармонии с миром недостает интеллекта и психического тонуса. Аутист-шизофреник, вероятно, находится в гармонии с собственным миром болезненных переживаний и по своим аутистическим соображениям не стремится к гармонизации отношений с миром внешним. При синдроме Каннера наблюдается крайняя степень дисгармонии, когда вообще отсутствуют осмысленные отношения с окружающим миром.

Очевидно, что причины, а главное, суть нарушенного общения при разных формах детского аутизма лежат в настолько разных плоскостях, что употребление словосочетания “расстройства общения” в качестве объединяющего признака, тем более диагностического критерия РДА без специальных оговорок, представляется недостаточно обоснованным.

Нарушенное общение, не участвуя непосредственно в патологическом процессе, не является ни субъективным переживанием аутиста, ни симптомом болезни. Это, скорее, знак, чем признак болезни, социальное последствие и, возможно, показание к пенсионирова-

нию, так же как невозможность передвигаться на ногах — не признак, а последствие их ампутации и, соответственно, критерий инвалидности.

К сожалению, интуитивно улавливаемый метафизический смысл аутистического отчуждения зачастую подменяется понятными для неспециалиста общими представлениями — уходом в себя, нежеланием общаться, самоизоляцией. Использование этих чисто бытовых характеристик, попутно с расширением их трактовок, привело, во-первых, к массовому хождению термина “аутизм” и ярлыка “аутист” среди широкой публики и, во-вторых, к валу направляемых к специалистам подозреваемых в аутизме детей и подростков. Вполне вероятно, что у какой-то части из них диагноз подтверждается без достаточных оснований. Наделение незрелости коммуникативной функции, как фактора расстройства развития, житейским смыслом нарушенного общения заполняет нишу детского аутизма диагностическим мусором.

Повторяющийся репертуар поведения и ограниченность интересов могут в какой-то мере наблюдаться и при разных формах детского аутизма, и в картинах психических расстройств неаутистического характера, и быть проявлением вполне здоровой психики. Использование этих признаков как диагностических критериев раннего детского аутизма, то есть — оснований для суждения или принятия решений, без детальной расшифровки (а на практике они, наряду с расстройствами общения зачастую выступают не как повод для размышления, а, к сожалению, в качестве верифицирующих признаков) также могут существенно исказить статистику РДА.

Неопределенность понятия “аутизм”, недостаточность клинического наполнения и, как следствие, неоднозначность толкования критериев РДА, очевидным образом, способствуют неоправданно широкой его диагностике.

Появление в номенклатуре болезней понятия “атипичный аутизм” повлекло за собой его диагностирование у большого числа детей с имбецильностью. Единственным для этого основанием обычно служит естественная для них неспособность к полноценному общению. Данных о распространенности атипичного аутизма в медицинской литературе нет.

Отдельные якобы аутистические или “аутистикоподобные” проявления (отрешенный внешний вид, двигательные стереотипии, отсутствие сюжетной игры и т.п.), не складываясь в завершенную картину и занимая подчиненное положение, могут не только встречаться на фоне серьезного психоречевого отставания, но и быть его следствием. При отсутствии более или менее четких представлений об отношении аутистикоподобия к аутизму, каких-либо клинических очертаний аутистикоподобия и минимальной ясности его природы использование термина аутизм (степень типичности значения не имеет) в качестве

составляющей диагноза видится некорректным. Эквивалентностью (7,14) можно объяснить неспецифичные защитные и достаточно простые экзогенные реакции Бонгоффера, но не экзистенциальные состояния не-присутствия, отчуждения, погружения, инобытия. В этих случаях в основе диагноза более уместным представляется не пополняющий статистику аутизма “атипичный аутизм”, а определяющее катастрофу недоразвитие психики и речи. Любопытно узнать, насколько существенна в “эпидемии” детского аутизма доля умственной отсталости, шифруемой как атипичный аутизм. При диагностировании атипичного аутизма у детей с “умеренной умственной отсталостью” следует учитывать возможное участие в оформлении клинической картины, не имеющих аутистического содержания, но серьезно влияющих на характер социального взаимодействия общей психической гипотонии (12, 13), апатических и абулических включений не процессуального происхождения, а также протестных тенденций личностного свойства.

Таким образом, широкое использование диагностически ненадежных критериев РДА “в рабочем порядке” включило в его круг различную по этиологии и клинике патологию — от слабоумия до психотических состояний. Внедрение в практику понятий “аутистикоподобие” и “расстройства аутистического спектра (РАС)” продолжило эту тенденцию. Понятие “аутистикоподобие”, с одной стороны, весьма упростило жизнь врачей первичного, допсихиатрического звена, а с другой, поставило психиатров перед необходимостью противостоять лавине направляемых “аутистикоподобных” пациентов.

Аутистический спектр или аутистический континуум (5) включает генетически и клинически разнообразные психические расстройства, объединенные всего лишь формальным признаком нарушенного социального взаимодействия. С тем же правом можно считать желуди и яблоки явлением одного порядка, поскольку те и другие растут на деревьях.

Клинически неоформленный “аутистический спектр” стал множить новые и новые (по сути фантомные) формы и разновидности аутизма, тем не менее, претендующие на рубрику в систематике болезней — вторичную аутизацию, высокофункциональный аутизм (ВФА) и пр. Любая из них, не будучи в достаточной мере клинически структурированной, вполне может стать ядром собственного спектра. Так, вторичная аутизация способна объединить в себе и отгороженность от социума вследствие психического заболевания, и ограничение общения под воздействием психической травмы, и обеднение социальных связей в связи с нарушениями слуха и речи, и, при желании, многое другое.

Другой пример фантомной единицы — высокофункциональный аутизм. Не имеющий собственного клинического облика и выделяемый по признаку “лучших перспектив”, он с успехом обнимет собою

шизотимов, шизоидов, пациентов с синдромом Аспергера и, с некоторым скрипом, фершробенов.

Обозначение феномена (даже призрачного) медицинским термином создает обманчивое впечатление его понимания. Усилия по его “натурализации”, ввиду неясных перспектив постижения сути, направляются, в основном, на оформительскую деятельность — поиски для него специальной рубрики или подрубрики внутри принятой классификации, приучение к термину читательской аудитории путем широкого употребления в текстах и т.п.

Диагностический термин заслуживает право на жизнь, если он описывает неизвестный ранее феномен или лучше чем прежний объясняет природу ранее описанного или способствует более четкому его отграничению от сходных состояний и т.п. Фантомные формы этим требованиям не отвечают. Но феномен, получивший латинское или греческое название, тем более имеющий аббревиатуру, психологически обретает свойства научного факта, легитимизируется в качестве клинической реальности и, более того, объекта для изучения с привлечением финансирования.

Расстройствами аутистического спектра может считаться вся или почти вся детская психиатрия — от шизоидии и синдрома Каннера до синдрома Ретта (25) и деменции Геллера (26). Насколько корректно при катастрофическом распаде всех форм психической деятельности рассуждать об утрате социальных навыков и относить последние к аутистическим расстройствам, пусть судит читатель.

В соответствии с настойчивым внедрением в последние годы в диагностическую практику количественно измеряемых показателей, при диагностике и дифференциальной диагностике аутистических расстройств от врача уже не требуется ни понимания пещеряемого на экзистенциальном уровне аутистического отчуждения, ни тонкого психопатологического анализа. Предлагается механически сравнивать количество имеющихся в наличии критериев (навыков, признаков) с их стандартным набором. В русле этой тенденции на подходе к включению в рамки расстройств аутистического спектра выстроились “заболевания, сходные с аутизмом” и “заболевания, имеющие аутистические особенности” (5), содержащие разное количество “аутистических” симптомов, но не имеющие полного набора критериев аутизма. В результате этих классификаторских упражнений сформировался котел, лишенный дна, то есть ограничителей в виде конкретных причин, механизмов, клинических особенностей.

Подмена интуитивного постижения и психопатологического анализа — главного оружия специалиста, разнообразными диагностическими шкалами, имеющими цель не понять больного, а всего лишь скомпоновать диагностическую формулу для обложки истории болезни в соответствии с номенклатурными требованиями, выхолощивает творческое начало

из диагностического процесса, сводит работу психиатра к функции калькулятора и делает саму профессию скучной и малопритягательной.

Аутистический спектр, объединивший принципиально разнородную патологию на базе весьма поверхностного, исключительно формального, скорее словарного, нежели сущностного сходства, был обречен стать аморфной, не имеющей клинического суверенитета, а, следовательно, склонной к неограниченному разбуханию, конструкцией. Границы спектра стали практически неразличимыми. Идентификация в умах понятий “аутизм” и “нарушения общения” формирует порочную тенденцию к “аутизации” психиатрии, особенно детской, и продолжает процесс психиатризации жизни.

Объединение психических расстройств по синдромальному принципу, а именно так сформирована группа с аббревиатурой “РДА”, не приближает к пониманию сути его составляющих и изначально несет в себе тенденцию к пополнению и расширению. Проявления раннего детского аутизма столь многообразны, а клинические картины его разновидностей до такой степени различны, что вызывает сомнение правомерность обозначения их одним термином. Тем не менее, ранний детский аутизм является устоявшимся диагнозом, и вопрос в том, какое клиническое содержание в него вкладывается.

В сегодняшней ситуации смысловой и диагностической неопределенности раннего детского аутизма предпочтительнее сохранить аббревиатуру “РДА” за традиционно ею обозначаемыми клиническими структурами, включающими рассмотренные выше, имеющие собственные патогенетические механизмы и клинически верифицированные конституциональный (синдромы Каннера и Аспергера), процессуальный и органический виды аутизма. Каждый из них, благодаря различному происхождению и клиническому своеобразию, имеет право на обособленное существование как самостоятельное заболевание. Согласие среди специалистов в этом вопросе могло бы в какой-то мере противостоять попыткам выделения новых и новых форм и названий детского аутизма, тенденции к размыванию его границ, имеющей следствием обесмысливание и обезличивание этого диагноза и способствовать более сдержанной его диагностике. Достижение такого согласия, к сожалению, маловероятно, поскольку в итоге всевозможных симпозиумов и круглых столов оппонировавшие стороны обычно с удовольствием убеждаются в своей правоте и предпочитают оставаться в плену собственных представлений о предмете обсуждения.

Наряду с клинико-теоретической составляющей гипердиагностики РДА, достаточно существенен ее социально-психологический аспект. Сравнительно меньше стигматизирующий диагноз аутизма встречает большую готовность принять его родителями, нежели это наблюдается в отношении других психиче-

ских расстройств. Родители охотнее воспринимают свое чадо необычным, не таким как все, особенно если альтернативой является умственная отсталость. Идя навстречу родительским амбициям, врачи часто диагностируют аутизм без должных оснований. По разным причинам (в том числе, вероятно, из-за меньшей стигматизации) диагноз стал не только модным, но в некоторых кругах даже престижным. Налет таинственности и изредка наблюдаемые у аутистов особые (мнемонические, математические, сенсорные) способности обеспечили аутизму внимание публики и интерес телепродюсеров. Кинофильмы об аутистах и очерки о них в популярных изданиях, участие специалистов в телепередачах, посвященных аутизму, подогревают озабоченность “широкой общественности”. Множится число исследований и публикаций, констатирующих “необъяснимый” многократный рост детского аутизма. Энергия общественного темперамента, за отсутствием перспектив более адекватного применения, преобразуется в тревогу и ажиотаж по поводу “эпидемии” РДА. На этом тревожном фоне, возможно, стоит присмотреться к эффекту, в соответствии с которым распространенность патологии как-то связана с числом изучающих ее исследователей. А кроме того понять принцип взаимозависимостей между финансированием проблемы, возрастанием научного интереса к соответствующей патологии и ростом ее распространенности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Аутизм в детстве. — М. Медицина, 1999.
2. Башина В. М. К проблеме раннего детского аутизма (по материалам сайта: // www.psychiatry.ru/library/publications).
3. Бородулин В. И., Ланцман М. Н. Справочник: Болезни. Синдромы. Симптомы, 2009 г.
4. Вроно М. Ш., Башина В. М. Синдром Каннера и детская шизофрения, Ж. невропатол. и психиатр., 1975, в. 9, с. 179.
5. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. ИСПиП, 1998.
6. Давлетчина С. Б. Словарь по конфликтологии (ВСПТУ, 2005, 100 с.
7. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология) М.: Медгиз, 1962, 176 с.
8. Дудьев В. П. Психомоторика: словарь-справочник, 2008 г.
9. Журов В. А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012 г.
10. Казан В. Е. Аутизм у детей. — Л.: Медицина, 1981.
11. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Перевод с немецкого. Москва БИНОМ. Лаборатория знаний 2004.
12. Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н. О синдроме раннего инфантильного аутизма или синдроме Каннера. — Журн. Невропатол. и психиатр., 1967, в. 10, с. 1501.
13. Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей. — В кн. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968, с. 5.
14. Снежневский А. В. Общая психопатология : Курс лекций / В. А. Снежневский. — Валдай : Институт психиатрии АМН СССР, Новгородское обл. науч. мед. об-во невропатологов и психиатров, Новгородская обл. псих. б-ца, 1970. — 190 с.
15. Asperger H. Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. — Arch. Psychiat., Nervenkr., 1944, Bd. 1117, S. 76.
16. Asperger H. Probleme des Autismus im Kindesalter. — Jap. J. Child. Psychiat., 1966, V. 7, № 1, p. 1.
17. Baker H. A comparison study of autism spectrum disorder referrals 1997 and 1989. J. of Autism and Dev. Disorders, 2002, 32(2), 121 – 125.
18. Barklay L. Rate of autism may be increasing. JAMA; 2003, 289: 49 – 55.
19. Bertrand J., Mars A. et al. Prevalence of autism in a United States population: The Brick Township, New Jersey, Investigation. Pediatrics. 2001, 108(5); 1155 – 1161.
20. Bryson S., Smith I. Epidemiology of autism: prevalence, associated characteristics, and service delivery. Ment. Ret. And Dev. Disabil. Res. Review. 4: 1998, 97 – 103.
21. Ehlers S., Gillberg C. The epidemiology of Asperger’s syndrome. A total population study; J. of Child Psychology and Psychiatry, 1993, 34(8); 1327 – 1350.
22. Fombonne E. The prevalence of autism. JAMA; 2003, 289, 87 – 89.
23. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. Trends in evidence-based neuropsychiatry. 2003, 7:1; 29 – 36.
24. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders // Pediatr. Res., 2009, V. 65, P. 591 – 598.
25. Hagberg B. Rett syndrome: recent clinical and biological aspects // Trends in child neurology. Editors Arzimanoglou A. and Goutieres F. John Libbey Eurotext, Paris, 1996, P. 143 – 146.
26. Heller Th. Schwachsinnigenforschung, Halle, 1909.
27. Krevelen A. van, Kuipers Ch. The psychopathology of autistic psychopathy. — Acta paedopsychiat., 1962, V. 29, № 1. P. 22.
28. Lobascher M., Kinderlee P., Gubbay S. Childhood autism: an investigation of aetiological factors in 25 cases. — Brit. J. Psychiat., 1970, V. 117, № 540, p. 525.
29. Mattila M. L., Linna S. L. et al. Autism spectrum disorders according to DSM-4-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2011, V. 50, № 6, P. 583 – 592.
30. Rutter M. Concepts of autism: a review of research. — J. Child. Psychol. Psychiat., 1968, V. 9, p. 1.
31. Wing L. The definition and prevalence of autism: a review; European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 1993, 2(2), 61 – 74.