

Состояния психической атонии у детей (обзор литературы)

А.С. Автенюк, И.В. Макаров

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, отделение детской психиатрии

Резюме. В обзоре литературы рассмотрены состояния психической атонии у детей при различных психических заболеваниях. Приведены данные по истории вопроса, распространенности, классификации, клинике, сопутствующей неврологической симптоматике при синдроме психической атонии.

Ключевые слова: синдром психической атонии, психическая дистония, шизоформные состояния, атоничность.

The conditions of child's mental atony (the review of literature)

A.S. Avtenuk, I.V. Makarov

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Department of Child Psychiatry, St.-Petersburg

Summary. The review of literature presents the conditions of child's mental atony met among different mental diseases. The review provides information about the background, prevalence, classification, clinical picture and accompanying neurologic symptoms typical for syndrome of mental atony.

Key words: mental atony syndrome, mental dystonia, shizoform-excited states, atonic.

История вопроса

Ведущая роль в формировании представлений о психической атонии принадлежит С.С. Мнухину. Уже с 1948 года совместно со своими сотрудниками он выделяет атоническую форму олигофрении (цит. по: Исаев Д.Н., 1968). Впоследствии С.С. Мнухиным (1968) создается клинико-физиологическая классификация всех резидуальных нервно-психических расстройств у детей, где в рамках каждого заболевания (резидуальные психопатии, олигофрения, эпилепсия, церебральный паралич) выделяются три формы: стеническая, астеническая и атоническая. Как писал С.С. Мнухин (1968), эта классификация не являлась исчерпывающей, однако между описанными формами были определены достаточно четкие границы, а детальная клиническая характеристика позволила выявить общность проявлений каждой группы при различных резидуально-органических поражениях головного мозга.

До создания этой классификации представления о психической атонии носили достаточно разрозненный характер. Чаще всего речь шла об умственной отсталости, типология которой активно разрабатывалась в конце XIX — начале XX веков. Так, в 1915 году Г.Я. Трошин среди различных типов олигофрений, выделявшихся в XIX столетии, указывает апатичный тип (цит. по: Исаев Д.Н., 1982). Состояния, сходные с психической атонией, мы наблюдаем у школьника, описываемого В.П. Кащенко (1919) как болезненно-медлительный тип учащегося. Такие дети не только отличаются крайним снижением двигательной активности, но и имеют особенности в виде низкого волевого компонента, слабых эмоциональных проявлений и недостаточности внимания. У В. Штрамайера (1926) встречается описание апатичной (анергической) формы умственной отсталости, где ведущими клиническими признаками являются неспособность к активному сосредоточению, притупление реакций на

внешние и внутренние раздражители, выраженная малоподвижность. Также следует отметить работы В.М. Бехтерева (1908, 1911, 1913, 1923, 1927), посвященные проблемам детства. Ведущее значение в развитии детской психики он уделял сосредоточению как неперемennomu фактору в формировании сочетательных рефлексов. В работах М.О. Гуревича (1932), Т.П. Симсон и соавт. (1935), Н.И. Озерецкого (1938), а также М.О. Гуревича и М.Я. Серейского (1940) обращает на себя внимание подразделение детей с умственной отсталостью на подвижных (зрелищных) и вялых (торпидных). У последних отмечаются неспособность концентрации внимания, низкое реагирование на происходящее вплоть до «состояния психической спячки». Подобную картину торпидности психики мы встречаем в описаниях гипокинетического типа микроцефалии, микседемы и гипогенитализма (Симсон Т.П. и соавт., 1935). К. Шнайдер в 1949 году выделил среди прочих олигофрений инертно-пассивный вариант (Шнайдер К., 1999). Наряду с психическим недоразвитием, сочетающимся со своеобразными явлениями аутизма, некоторые авторы описывают формы нарушения контакта, которые связаны либо с грубым расстройством внимания, либо с чрезмерной, неугасимой подвижностью. А. Beley (1953), систематизируя «неустойчивых» детей, выделяет среди них тех, у кого имеется выраженное психическое недоразвитие. Эти больные неспособны сосредоточить внимание в обычных условиях, безразличны к окружению, у них отмечаются замедленные психические процессы, фрагментарное поведение и моторная отсталость (цит. по: Исаев Д.Н., 1982). С. Frankenstein в 1964 году для классификации олигофрении использовал особенности личности. На основе элементов интеллектуального дефекта им были выделены четыре типа умственной отсталости, среди которых значился апатический вариант (цит. по: Исаев Д.Н., 1982).

Состояния с психической атонией описывают М.О. Гуревич и М.Я. Серейский (1940), когда говорят о снижении интрапсихической активности. Согласно их представлениям, интрапсихическая активность проявляется в способности воспринимать внешние впечатления и на них реагировать, обуславливая энергию психического процесса, а ее снижение ведет к апатии, безразличию, отсутствию инициативы.

Большую роль в исследовании психической атонии сыграли сотрудники С.С. Мнухина, в первую очередь Д.Н. Исаев (1968, 1982), подробно изучивший атоническую форму олигофрении и предложивший ее типологию, единственную по настоящее время. К.Д. Ефремов (1968) описал характерные особенности в ЭЭГ у детей с атонической формой резидуального поражения головного мозга. В течение ряда лет Н.А. Костенецкая в физиологическом отделе Института им. И.П. Павлова специально изучала механизмы, регулирующие общий тонус коры головного мозга (Данилов И.В. и соавт., 1964).

В настоящее время сложившееся под влиянием С.С. Мнухина представление о психической атонии развивают И.В. Макаров (2007) и Б.В. Воронков (2009). Недостаточность психического тонуса при раннем детском аутизме, проявляющуюся в очень низкой психической активности, затруднении в охвате целого, в трудностях сосредоточения активного внимания, грубых нарушениях целенаправленности, произвольности, также описывают В.В. Лебединский и соавт. (1990) и К.С. Лебединская (1991).

Эпидемиология

Данных о распространенности атонической формы резидуально-органического поражения головного мозга на настоящий момент нет. Однако есть данные С.С. Мнухина (1968, 2008), что указанные расстройства встречаются в 3–4 раза чаще у мальчиков. Атоническая форма олигофрении встречается у 3% умственно отсталых детей, поступающих в психиатрическую больницу (Исаев Д.Н., 2003).

Этиология и патогенез

Атоническая форма резидуально-органического поражения головного мозга часто является врожденной, обусловленной разными перинатальными патогенными факторами (Мнухин С.С., 1968, 2008). Д.Н. Исаев (1968) происхождение атонической формы олигофрении связывал с тяжелыми соматическими заболеваниями матери во время беременности (дистрофия, анемия, нефрит, сифилис, токсоплазмоз), с тяжелыми токсикозами беременных, нередко осложнявшихся угрозами прерывания беременности, с пожилым возрастом родителей, асфиксией новорожденного, тяжелыми родовыми травмами и значительной недоношенностью. У этих детей имели место экзогенные вредности в первые годы жизни: частые истощающие и/или тяжелые заболевания раннего детского возраста, травмы головы, осложнения после вакцинаций. У незначительного числа детей отмечалась отягощенная наследственность психозами, эпилепсией, умственной отсталостью, хроническим алкоголизмом и психопатиями (Исаев Д.Н., 1982).

М.О. Гуревич и М.Я. Серейский (1940) снижение всех активных психических функций связывали с поражением лобных долей. Клиническое оформление психических расстройств при атонической форме резидуального поражения головного мозга, по мнению Б.В. Воронкова (2009), зависит от сочетания различных факторов: силы нервных процессов, общего психического тонуса, функциональной активности подкорковых аппаратов мозга, соотношения деятельности коры и подкорки. Ведущая роль в патогенезе отводится поражению подкорковых систем — активирующих систем ствола, межучасточного мозга и лимбической системы (Мнухин С.С., 1968, 2008; Исаев Д.Н., 1982). Именно слабостью подкорковых дизэнцефальных структур, так называемой «энергетической базы» (обеспечивающей тонус коры, достаточный уровень бодрствования и психическую активность в целом), Б.В. Воронков (2009) объясняет психическую разряженность, гипотонию психики, расстройства внимания в виде гипо- и апрозексии, снижение побуждений и целенаправленной активности, что в конечном итоге приводит к грубым нарушениям общения.

Для понимания явлений психической атонии следует также остановиться на представлениях о патогенезе нарушенного внимания. Как известно, возникновение внимания обусловлено, с одной стороны, интенсивностью раздражителей (пассивное внимание), а с другой стороны — психической активностью (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1940). Внимание можно объяснить с точки зрения доминантных очагов возбуждения, когда при известных условиях определенные центры приходят в состояние стойкого возбуждения, становясь доминирующими, в то время как остальные реакции затормаживаются (Ухтомский А.А., 1966). То есть целенаправленность внимания обуславливается тем, что человек воспринимает только то, что на данный момент соответствует его установке, заинтересованности, оставляя на заднем плане все остальное (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1940). При выраженной психической гипотонии мозг пассивно регистрирует и запечатлевает все, что случайно попадает в поле зрения, но при этом серьезно затруднена возможность активной переработки воспринятого. Отсюда и вытекают грубые нарушения (непривлекательность) внимания и скользкий без интереса по окружающим лицам и предметам «невидящий» взгляд (Воронков Б.В., 2009). О роли внешних раздражителей писал В. Штротмайер (1926), говоря, что все, чем обладает ребенок в своей психике, является результатом воздействия раздражителей. В.М. Бехтерев (1911) разделял раздражители на внешние, воспринимаемые с помощью органов чувств, и возникающие со стороны внутренних органов (желудочно-кишечный тракт, сердце, легкие, половые органы и др.), причем органы, воспринимающие действие раздражителя, он называл «трансформаторами энергии». И.М. Сеченов (1871) высказал предположение, что непременным условием нормальной работы мозга является поступление в него некоторого минимума внешних раздражений — световых, звуковых и т. д. Иначе говоря, для того чтобы мозг мог нормально работать, необходимо, чтобы

его нервные клетки были в активном состоянии, которое создается при определенном притоке в головной мозг внешней энергии, не вызывающей какой-то специальной деятельности организма (Данилов И.В., 1964). И.П. Павлов (1950) подчеркивал, что для активного состояния нервных клеток необходим не только постоянный приток внешних раздражителей, но и их качественное и количественное разнообразие. Поскольку ребенок развивается в единой аффективной системе со взрослыми, то они и сами служат источником активности — подъема и поддержания необходимого уровня психического тонуса (Никольская О.С., 2000; Башина В.М., 2009).

Герстман и Шильдер считают, что психическую и психомоторную активность определяет действие стриатума (цит. по: Гуревич М.О., 1930). Сам же М.О. Гуревич (1930) утверждает, что не стриатум, а таламус является органом, то возбуждающим, то блокирующим корковые функции, местом скопления энергии, идущей к нему по сенсорным путям от организма и внешнего мира. В патогенезе психической атонии большое значение уделяют поражению ретикулярной формации, являющейся «восходящей активизирующей системой» (Данилов И.В., 1964). Д.Н. Исаев (1982) ведущую роль в нарушении внимания отдавал гиппокампу, а нарушение биологической активности, снижение психического напряжения, крайнюю нецелесообразность и непоследовательность движений, мышечную гипотонию при атонической форме олигофрении связывал с поражением лимбической системы в целом. В патогенезе органического аутизма отмечается повреждение перивентрикулярных проводящих путей в ЦНС, что ведет к блокаде притока внешней информации (Башина В.М., 2009).

Что касается двигательной сферы, так часто нарушенной при психической атонии, то здесь значение придается фронтальной коре, дающей моторную активность и устанавливающей последовательность движений, стриальным механизмам, определяющим темп движения, двигательной центральной коре, экстрапирамидной системе и таламусу, влияющим на силу и энергию движений (Гуревич М.О., 1930).

Таким образом, создается представление, что регуляция психического тонуса обусловлена действием сложной системы. Кора головного мозга, испытывая активирующее влияние со стороны ретикулярной формации мозгового ствола и неспецифических ядер таламуса, при помощи собственных средств регуляции определяет тот уровень тонуса и работоспособности нервных клеток, который необходим для осуществления процессов высшей нервной деятельности (Данилов И.В., 1964). А.Р. Лурия (1973) также говорит о наличии специального функционального блока поддержания тонуса и регуляции динамики психических процессов, обеспечивающего оптимальный уровень бодрствования, возможность активно воспринимать и перерабатывать информацию, избирательно вызывать в памяти необходимые системы связей, осуществлять контроль над протекающим психическими процессами, корректируя ошибки и сохраняя направленность деятельности.

Типология

Классификации атонического варианта резидуально-органического поражения головного мозга нет. Систематика атонической формы умственной отсталости разрабатывалась лишь Д.Н. Исаевым (1968, 1982, 2003). Автор включил в нее три подгруппы: аспонтанно-апатическую, акатизическую и мориоподобную. Отличительными чертами аспонтанно-апатического варианта являются особенно выраженное обеднение эмоций, снижение активности, резкое ограничение интересов, беспомощность и беззащитность в окружающей среде. Акатизический вариант объединяет больных, характеризующихся необычной непоследовательностью, суетливостью, двигательным беспокойством и зависимостью всех поступков от окружающей среды, при отсутствии аффективного напряжения, заинтересованности и целенаправленности. Отличительной особенностью больных с мориоподобным вариантом является нелепо эйфорическое, приподнятое настроение, сочетающееся с разболтанностью, развязностью, расторможенностью, многоречивостью и дурашливым поведением.

Особенности неврологических проявлений

Согласно данным Д.Н. Исаева (1982, 2003), у детей с атонической формой недоразвития часто отмечаются явные неврологические признаки органического поражения головного мозга. Они проявляются то в форме психомоторных, малых и др. приступов, то в виде так называемой микросимптоматики, то, реже, более грубой очаговой поражением ЦНС в виде остаточных явлений парезов, гиперкинезов и апраксий. Экстрапирамидная симптоматика была обнаружена у незначительного количества пациентов, в то время как мышечная гипотония у них очень частое явление. Особенно грубы проявления этих нарушений у детей, отличавшихся неспособностью овладеть такими относительно тонкими моторными навыками, как одевание, раздевание, самостоятельная еда, застегивание пуговиц, шнурование ботинок, рисование, письмо и т. д. Некоторые дети медлительны, выполняют те или иные двигательные акты со значительной задержкой. У ряда больных на рентгенограммах черепа выявляются признаки повышения внутричерепного давления (ярко выраженный сосудистый рисунок, углубление желобов синусов и пахионовых ямок). Значительное распространение имели и вегетативные расстройства, такие как головные боли, тошнота, рвота, отрыжка, ожирение, диспластическое строение тела (непропорционально малые конечности, особенно их дистальные отделы, деформации ушей, лица, нёба, мозгового черепа и др.), выраженное ожирение (в ряде случаев по типу адипозогенитализма) и др. (Исаев Д.Н., 1968, 1982). При атонической форме недоразвития часто отмечается раннее возникновение эпилептических припадков, и при этом или особенно тяжелое течение болезни, или, наоборот, сравнительно скорое, а иногда и окончательное их исчезновение. Эпилепсия выражается в «статусообразном» течении болезни, в «молниеносных» и «кивательных» припадках, в изолированных аурах и вегетативных кризах диэнцефального типа

с тошнотой и рвотой, в приступах непроизвольного смеха или плача, в «фебрильных» припадках, протекающих со значительным повышением температуры тела и др. Характерно, что у некоторых больных этой группы, страдающих сочетанием шизоформных черт психики с эпилептическими припадками, приступы возникают сезонно, главным образом весной или осенью, либо более или менее строго периодически — в начале каждого месяца на протяжении 2–3 дней по 2–3 припадку в день (Мнухин С.С., 1968, 2008). О тяжелом течении эпилепсии при атонической форме резидуальных поражений головного мозга говорит и Б.В. Воронков (2009).

Также атонической форме резидуально-органического поражения нередко сопутствуют парезы и параличи. Чаще наблюдается гипотонический гемипарез с хореоатетонидным гиперкинезом и снижением мышечного тонуса. При левополушарных параличах (парез справа) психика бедная, чаще и выраженнее интеллектуальное снижение, пассивность, вялость, то есть выявляются атонические психические проявления (Воронков Б.В., 2009).

На основании обследования более 100 детей с гемипарезами и припадками С.С. Мнухиным (1968, 2008) были выявлены частые гипо- и атонические особенности психики. Выраженность нарушений психического тонуса при этом зависела от степени интеллектуальной недостаточности. Так, у детей с правосторонними гемипарезами и припадками в сочетании с интеллектуальным недоразвитием преобладали снижение эмоционального тонуса, бедность и слабость эмоциональных проявлений, уплощенность и нивелировка личностных черт, недостаточная активность, инициативность, живость и гибкость психики. В то же время у детей без интеллектуального снижения при наличии правосторонних гемипарезов и припадков не отмечалось существенных эмоциональных расстройств, они были спокойными, организованными, иногда несколько вялыми и уплощенными в выражении эмоций (Мнухин С.С., 1968, 2008). При левополушарных (атонических) парезах припадки, как правило, примитивные, с глубоким помрачением сознания, выраженным постприпадочным оглушением (Воронков Б.В., 2009).

Нозологическая специфика

Психическая атония встречается при различных резидуально-органических поражениях: органических (резидуальных) психопатиях, умственной отсталости и «временных» задержках развития, эпилепсии, детских церебральных параличах, эндокрино-вегетативных и трофических расстройствах (Мнухин С.С., 1968, 2008; Воронков Б.В., 2009).

Снижение психического тонуса при атонической форме резидуальных психопатий (изменения характера или личности ребенка вследствие раннего органического или резидуально-органического поражения головного мозга) проявляется в беспечности, резонерстве, благодушии, аспонтанности, наклонности к «умственной жвачке», в своеобразных шизоформных картинах с бедностью эмоций, странными, а иногда и нелепыми поступками, недостаточным либо формальным контактом с окружающими, известной

«отрешенностью» и одновременно развязным поведением, склонностью вступать в разговоры с незнакомыми людьми, отсутствием эмоциональных реакций на новую обстановку, тенденцией к бесполезному рассуждательству и фантазиям, коллекционированию и т. п. С.С. Мнухин (1968, 2008) предполагает, что к этой атонической группе резидуальных психопатий относится, по крайней мере, часть больных из группы «чудаков», «странных» (Verschrobene) Э. Крепелина или «аутистических психопатий» Г. Аспергера.

Детей с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга часто включают в рамки детской шизофрении и синдрома Каннера, относят к постпроцессуальным, шизоидным или аутистическим психопатиям. Они отличаются от картин детской шизофрении отсутствием у больных извращенных аффективных реакций, истинного аутизма, вычурных поз, своеобразием речевых расстройств, отличной памятью и музыкальными способностями, склонностью механически, «попугайно» воспроизводить иногда сложные отрывки из речи окружающих и др. (Мнухин С.С., 1968, 2008; Исаев Д.Н., 1982). От ошибочного диагностирования шизофрении у детей с атонической формой недоразвития предостерегает и Б.В. Воронков (2009), отмечая, что в основе развития шизофрении лежит не снижение психического тонуса, а глубокая интроверсия с погружением в мир болезненных переживаний.

Как особый вариант атонической формы психического недоразвития С.С. Мнухин (1968, 2008) и В.Е. Каган (1981) рассматривали детский аутизм. Б.В. Воронков (2009) уточнил, что психическая атония характерна для пациентов с органическим аутизмом, представляющим собой самостоятельную разновидность раннего детского аутизма. Описанное В.В. Ковалевым (1995) искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (ранний детский аутизм) сходно с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга.

Психическую гипотонию И.Е. Майзель (1928) и Т.П. Симсон (1935) наблюдали у детей с гипокинетическим типом микроцефалии. С.С. Корсаков (1894) характеризует этих больных по их психическим проявлениям следующим образом: они крайне вялы, апатичны, большей частью неподвижны или совершают какие-либо однообразные движения, плохо воспринимают окружающее, с пониженной кожной чувствительностью и низкими умственными способностями. Т.П. Симсон (1935) также указывает на наличие психической атонии при микседеме, где ведущим признаком психики является ее торпидность, проявляющаяся в необычайном спокойствии, сонливости, отсутствии жизненной активности, моторной и речевой заторможенности. При гипогенитализме также отмечается снижение психического тонуса, что проявляется в малой активности, неспособности к длительному психическому напряжению, замедленности темпа психических процессов и их большой истощаемости, неустойчивости внимания (Майзель И.Е., Симсон Т.П., 1928; Симсон Т.П., 1935).

Атоническую форму олигофрении подробно описал Д.Н. Исаев (1968). Наличие этой формы

умственной отсталости подтверждают и работы современных авторов (Макаров И.В., 2007; Незнанов Н.Г., Макаров И.В., 2009).

Клиническая картина

Основными клиническими проявлениями атонической формы психического недоразвития следует считать неспособность к психическому напряжению, колебание психического тонуса, нарушение целенаправленной активности от аспонтанности до двигательного беспокойства, отсутствие планового поведения, апрозексию, нарушение тонкости и точности эмоциональных реакций, неустойчивость аффективного фона, изменение инстинктивных проявлений и др. (Исаев Д.Н., 1982). Неспособность к психическому напряжению проявляется в первую очередь в невозможности или крайнем снижении активного сосредоточения. Расстройство внимания в виде апрозексии, то есть неспособности концентрировать и удерживать его, свойственно представителям именно атонической формы психопатии (Воронков Б.В., 2009). Такие дети очень быстро меняют предмет своих интересов, не задерживаясь на нем, их внимание «скользит» от одного объекта к другому. Они обычно не дают никакого ответа ни на зов, ни на обращенный к ним вопрос. И только повторные, настойчивые и часто более громкие оклики, а иногда и прикосновения заставляют детей как-то отреагировать. Первоначальные ответы нередко бывают случайными, нелепыми, не по существу, но после неоднократных вопросов дети дают иногда адекватные реакции и тем самым не только показывают понимание вопроса, но и знание предмета, о котором идет речь. Больные не способны ни на чем фиксировать внимание, а с другой стороны — часами застревают на стереотипной возне с каким-нибудь предметом (Мнухин С.С., 1968; Исаев Д.Н., 1982). Слабость внимания в виде апрозексии при умственной отсталости описывает и В. Штрамайер (1926), отмечая, что на таких детей большая часть внешних раздражений не действует.

Невозможность психического напряжения называется и на деятельности больных: наиболее ярко данная симптоматика проявляется в бездеятельности или в нелепом однообразном времяпрепровождении за примитивными занятиями, не соответствующими их общему интеллектуальному уровню (Исаев Д.Н., 1968, 2003). С.С. Мнухин (1968) отмечал недостаточную организованность и бесцельность поведения, практическую беспомощность и беззащитность. Подобное нарушение поведения описывал и Б.В. Воронков (2009), обращая при этом внимание на наличие странных, а иногда нелепых поступков. Отличительной чертой значительной части больных была также в большей или меньшей степени выраженная аспонтанность, резкий недостаток или отсутствие активности, столь присущей здоровым детям. Их бездеятельность проявлялась в том, что они не участвовали в играх и развлечениях, не включались в занятия, не помогали персоналу, не шли на прогулку, а многие из них и вовсе ничем не занимались. У подавляющего большинства этих детей такое снижение активности сочеталось с отсутствием интереса к окружающему (Исаев Д.Н., 1968). Весь внешний

вид их «согбенный», «стариковский», им трудно подняться с места, трудно втянуться в работу, трудно думать. Все, что они делают, они стараются делать с меньшим усилием. Движения их вялы, медлительны, бедны, плохо, координированы (Кашенко В.П., 1919). Указанные нарушения проявлялись с первого года жизни: дети были «чересчур спокойны», малоподвижны, пассивны, не реагировали на физические неудобства (мокрые пеленки, холод), не проявляли чувства голода. Пассивность становилась еще более очевидной, когда ребенок начинал сидеть (Лебединская К.С., 1991). В. Штрамайер (1926) при торпидной форме умственной недостаточности отмечает неподвижность и спокойствие детей, бессмысленное выражение лица и пониженную болевую чувствительность. Указанные нарушения сочетались с резким ослаблением и даже полным отсутствием (или исчезновением) интересов (Мнухин С.С., 1968, 2008). О.С. Никольская (2000) указывает также на резкие перепады активности — «то бежит, то лежит» — как на явную недостаточность психического тонуса. Нередко отмечалось и моторное беспокойство в виде непрестанно повторяющихся стереотипных элементарных движений или действий (Исаев Д.Н., 1982; Воронков Б.В., 2009).

Все это часто сопровождается недоразвитостью психомоторики, неловкостью и неуклюжестью движений (Мнухин С.С., 1968, 2008). Их движения неточные, несоразмерные, иногда замедленные или порывистые. Больные поздно начинают ходить, с большим трудом овладевают навыками одевания, самостоятельной еды, не умеют прыгать, балансировать и т. д. (Кашенко В.П., 1919; Исаев Д.Н., 1968). Часто отмечаются нарушения мышечного тонуса (Лебединская К.С., 1991). Сходные нарушения моторики, характерные для двигательной недостаточности Дюпре, М.О. Гуревич (1930) выявлял у эмоционально вялых детей с умственной отсталостью: часто понижена психомоторная активность, недостаточна ритмичность, при сохранности защитных, выразительных и ассоциированных движений.

Для детей с психической атонией характерно нарушение контакта. Свойство это выражено различно: одни не умеют, хотя и желают, вступить в общение со сверстниками, другие почти постоянно пребывают в одиночестве (Исаев Д.Н., 1982). Недостаточный либо формальный контакт нередко сочетался с развязным поведением, склонностью вступать в разговоры с незнакомыми людьми (Мнухин С.С., 1968; Воронков Б.В., 2009).

В сфере эмоций также отмечались особенности: бедность эмоций (Воронков Б.В., 2009), отсутствие эмоциональных реакций на новую обстановку (Мнухин С.С., 1968; Воронков Б.В., 2009). Настроение их чаще нейтрально, у некоторых детей с психической атонией можно было отметить некоторые колебания фоновой аффективности (Исаев Д.Н., 1968). Стойкое понижение аффективной возбудимости в виде равнодушия, безучастности наблюдается при торпидной форме слабоумия (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1940). Некоторые дети этой группы отличались недостаточной отзывчивостью и неумением синтонно реагировать на переживания окружающих людей

(Исаев Д.Н., 1982). Ряд авторов (Кащенко В.П., 1919; Исаев Д.Н., 1982) полагают, что, несмотря на крайнее снижение аффективной возбудимости, область чувств им доступна, она лишь требует сильных раздражителей.

Особенностями мышления при атонической форме резидуального поражения головного мозга являются «заумность», витиеватость, неожиданные сентенции (Мнухин С.С., 1968), склонность к резонерству, «умственной жвачке», причудливым малосодержательным и монотонным фантазиям, наличие своеобразных шизоформных картин (Воронков Б.В., 2009). У болезненно медлительных школьников В.П. Кащенко (1919) отметил вялость и ослабленный темп мыслительных процессов.

Что касается интеллекта, то чаще отмечалось его неглубокое снижение за счет невербальной оценки (Мнухин С.С., 1968; Воронков Б.В., 2009). Но в то же время характерно, что даже при отсутствии грубого интеллектуального снижения эти дети схватывают и в жизни, и на картинках лишь отдельные элементы, не умея и не стремясь уловить какие-либо связи между ними (Мнухин С.С., 1968, 2008). Отмечалось, что это часто приводит к их педагогической запущенности (Кащенко В.П., 1919). При атонической форме умственного недоразвития Е.Д. Прокоповой (1953) и С.С. Мнухиным (1968, 2008) отмечены: длительная, годами длящаяся неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, достигающая нередко степени алексии, аграфии и акалькулии; еще более длительные нарушения «рядоговорения», то есть способности заучивать и перечислять в прямом и, особенно, в обратном порядке дни недели, месяцы, алфавит и др.; длительная, иногда до 10–12-летнего возраста, неспособность правильно ориентироваться в сторонах своего тела; столь же длительные нарушения способности овладения многими другими практическими действиями, состоящими из ряда последовательных операций (способности самостоятельно одеваться и раздеваться и др.). Эти нарушения всегда выражены явно несоразмерно степени умственной отсталости, в связи с чем можно с известным основанием говорить в этих случаях о подлинно неравномерном или дисгармоническом интеллектуальном недоразвитии. Трудности в усвоении школьных навыков (чтения, письма, счета) и пространственно-временных представлений отмечает и Б.В. Воронков (2009).

Вместе с тем такие дети нередко хорошо запоминают и воспроизводят длинные стихи и сказки, слова и мотивы сложных песен (Мнухин С.С., 1968, 2008), обладают хорошим слухом и музыкальной памятью (Исаев Д.Н., 1982).

Практически у всех больных имеются те или другие нарушения стройности, целенаправленности, темпа, содержательности речи, а также произношения (Исаев Д.Н., 1982).

С.С. Мнухин (1968, 2008) обращает внимание на бессодержательность и бесцельность речевой продукции, склонность к механическому воспроизведению отрывков речи окружающих, наличие эхолалий, стереотипий и др. Некоторые из этих детей долго говорят о себе в третьем лице («Миша хочет кушать», «он хочет гулять»). Б.В. Воронков (2009) отметил склонность этих детей к употреб-

лению сложных речевых шаблонов, частое задавание отвлеченных вопросов без стремления услышать ответ.

У детей с психической атонией ослаблены все безусловнорефлекторные реакции — ориентировочные, оборонительные, а иногда и пищевые (Мнухин С.С., 1968, 2008).

Некоторые дети с атонической формой олигофрении отказывались от твердой пищи или, наоборот, от жидкой, и особенно часто они не принимали никаких неизвестных для них блюд. У одних не было представления об опасности, другие дети были «нечувствительны» к болевым ощущениям (Исаев Д.Н., 1968). Большинство гиповозбудимых детей-аутистов плохо брали грудь, мало сосали. В ряде случаев наблюдалось «отсутствие пищевого рефлекса» — явления анорексии, у многих отмечались срыгивания, рвота, желудочно-кишечные дискинезии (Лебединская К.С., 1991). Еще более характерны различные нарушения сна: длительное засыпание (в течение 2–3 часов), прерывистость, значительное смещение времени сна, отсутствие его днем, беспокойство в определенные часы сна (Лебединская К.С., 1991).

Среди всех изученных больных с атонической формой олигофрении у 25% Д.Н. Исаев (1982) выявил расторможенность влечений (наличие у них гиперсексуальности, проявлявшейся в форме бесцельного эксгибиционизма или мастурбации), а у некоторых больных — их резкое ослабление.

Параклинические и психологические исследования

В литературе имеются данные об особенностях выявленных изменений на ЭЭГ, кожно-гальванической реакции, биохимических исследованиях. Особенности двигательной сферы выявлялись с помощью методики Н.И. Озерского (1929, 1930) и двигательно-речевой методики А.Г. Иванова-Смоленского (Мнухин С.С., 1968, 2008).

В ЭЭГ детей с атонической формой недоразвития К.Д. Ефремов и Д.Н. Исаев (1968) обнаружили ряд особенностей: преобладание медленной низкоамплитудной активности, наличие острых волн, нарушение устойчивости основного ритма, появление спонтанных гиперсинхронизаций, слабость или отсутствие реакций на свет и звук, неусвоение ритмов фотостимуляции. Нарушения имели преимущественно диффузный характер (только у 25% больных выявлены фокальные нарушения).

Проведенные исследования кожно-гальванических реакций (КГР) у всех больных с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга показывают их слабую выраженность и уравненность на разные по силе и качеству раздражители со средним по продолжительности латентным периодом, не превышающим 0,003 с. В большинстве случаев наблюдаются и спонтанные КГР, возникающие без всяких видимых стимулов (Исаев Д.Н., 1968).

В результатах биохимических исследований у больных с атонической формой умственной отсталости имеются наиболее значительные изменения общего уровня белка, альбумина, гамма-глобулина и холестерина крови. Низкий уровень этих биохимических показателей и большой разброс инди-

видуальных показателей содержания серотонина и экскреции 17-кетостероидов указывают на значительные сдвиги в метаболизме и функционировании гипоталамуса и других подкорковых образований (Исаев Д.Н., 1968). Б.В. Воронков также выявил снижение экскреции уропепсина (цит. по: Исаев Д.Н., 1968).

При психологическом обследовании больных с атонической формой умственной отсталости Д.Н. Исаев (1968) с помощью ревизованной шкалы Стенфорд–Бине вывил, что интеллектуальная зрелость в среднем на 4–5 лет меньше биологического возраста. Столь низкая оценка интеллекта, по мнению автора, была связана со своеобразием психического дефекта, его неравномерностью, что не позволяло произвести измерения более точно. С помощью шкалы Векслера были получены следующие данные: средняя ИСО у этих детей 55, средняя вербальная ИСО — 59, а средняя невербальная ИСО — 43. Низкая последняя оценка является их характерной особенностью. Результаты исследований позволяют говорить о неумении по частичной информации воссоздать целое, охватить всю ситуацию, овладеть новым навыком, проявить внимательность и настойчивость. Другие пробы свидетельствуют о недостаточной логичности мышления, неспособности к самостоятельным суждениям, малом объеме знаний и отсутствии интересов. На этом фоне несколько лучше обстоит дело с кратковременной памятью, с запасом «формальных» знаний, которые эти дети, однако, почти не применяют в жизни. Выявляются все же приспособительные возможности, хотя и незначительные. Они выражаются в некоторой способности к житейской ориентировке, выполнению элементарных домашних дел, детским играм и т. д. При некоторых обстоятельствах (в семье) при достаточной стимуляции они проявляют себя относительно лучше, чем можно было бы ожидать по результатам исследований. Методика классификации показала, что эти больные, даже владея обобщающими понятиями, практически не справлялись с классифицированием. Выполнение больными конструктивных задач Гольдштейна–Ширера указывает на низкий уровень абстрактного мышления, неразвившуюся способность к анализу и синтезу даже на конкретном материале. Лексикон больных далеко не удовлетворителен. Исследование памяти показало своеобразное ее нарушение. При первичном и повторном (через 1 минуту) запоминании 5 или 10 слов больные показывали удовлетворительные результаты. Однако в последующем число воспроизводимых слов резко уменьшалось, и конечный результат не превышал половины предъявляемого для запоминания материала. Исследование внимания у больных этой группы обнаружило его крайне грубые расстройства — нарушение объема, концентрации и переключаемости. Анализ заданий по методике Бендер и рисунков фигуры человека, дома и пр. также показал почти полную их неспособность к графическому отображению зрительных восприятий и представлений (Исаев Д.Н., 1982).

Двигательно-речевой методикой А.Г. Иванова-Смоленского у лиц с атонической формой выявлялась, как правило, более или менее резкая слабость

возбудительного процесса, быстрая его истощаемость; у них плохо образовывались условные рефлексы на системы с последовательно действующими раздражителями, а словесные ответы часто оказывались лучшими, чем непосредственные реакции (Мнухин С.С., 1968, 2008). Исследование моторики с помощью методики Н.И. Озерецкого выявило выраженное отставание двигательных способностей в среднем на 5 лет и ниже (Исаев Д.Н., 1982).

Лечение

Для уменьшения апрозексии и упорядочения поведения детей с атонической формой олигофрении Д.Н. Исаев (1982) предлагал использовать амитриптилин по 6 мг 3–5 раз в день, отмечая его особую эффективность в сочетании с меллерилом. В других случаях более эффективными оказывались иные сочетания: мелипрамина с меллерилом, мелипрамина с резерпином, амитриптилина с галоперидолом, амитриптилина с тизерцином или мелипрамина с тизерцином. В результате лечения пациенты становились более активными, общительными, их поведение упорядочивалось, становилось целенаправленным, уменьшалось двигательное беспокойство, возрастала продуктивность. Для больных с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга, у которых на первый план выступали вялость, апатичность, безынициативность и апрозексия, эффективным оказалось назначение левопы. В результате лечения пациенты становились оживленнее, разговорчивее, легче вступали в контакт. Аминалон и церебролизин более эффективны у детей с особенно заметным снижением психического тонуса и грубыми нарушениями речевого развития. Ввиду высокой судорожной готовности всех больных с атонической формой, лечение необходимо сочетать с противосудорожными средствами. Благоприятный результат может быть достигнут чередованием курсов аминалона или церебролизина с левопой (Исаев Д.Н., 1982).

Большую роль в реабилитации детей с психической атонией играют родители и педагоги. Известно, что при настойчивой стимуляции удается заставить этих детей «собратиться», «мобилизоваться» и давать нередко более или менее правильные ответы на вопросы или проявить более или менее адекватные эмоциональные реакции (Кашенко В.П., 1919; Исаев Д.Н., 1968; Мнухин С.С., 1968, 2008; Никольская О.С., 2000; Воронков Б.В., 2009). Так, половина больных (из общего количества наблюдавшихся) под влиянием постоянных побуждений в процессе индивидуальных занятий могли освоить чтение, письмо, а часть из них и счетные операции (Исаев Д.Н., 1982).

Заключение

История изучения проблемы психической атонии насчитывает более 100 лет. За это время были сформулированы основные диагностические критерии расстройства, определен ряд заболеваний, для которых характерно снижение психического тонуса, предложены параклинические методы исследования, разработаны основные принципы лечения. В то же время следует отметить, что более 40 последних лет психическая атония не изучалась

в полной мере, методы исследования и лечения во многом не удовлетворяют современным стандартам. Выделение синдрома психической атонии как отдельного психопатологического феномена предпринято нами недавно (Автенюк А.С., Макаров И.В., 2011). Синдром психической атонии — врожденное либо рано приобретенное равномерное снижение психического тонуса, проявляющееся в снижении всех психических функций (в первую очередь внимания и эмоционального реагирования), снижении двигательной активности,

наличии неврологической симптоматики (снижение мышечного тонуса, экстрапирамидные симптомы, признаки внутричерепной гипертензии), снижении инстинктов и безусловнорефлекторных связей. Нарушения, при которых снижение психических функций сочетается с двигательной ротормонженностью, целесообразно рассматривать как варианты психической дистонии. Неясными на сегодняшний день остаются вопросы о распространенности данного расстройства и его роли в структуре ряда психических заболеваний.

Литература

1. Автенюк А.С., Макаров И.В. Синдром психической атонии — клиническая реальность детской психопатологии? // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2011. № 1. С. 60–63.
2. Башина В.М. Аутистические расстройства // *Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-Мед., 2009. С. 700–727.*
3. Бехтерев В.М. Внушение и воспитание. Пг.: «Время», 1923. 40 с.
4. Бехтерев В.М. О вопросах сосредоточения // *Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма*. 1911. В. 3. С. 1–44.
5. Бехтерев В.М. Об основных проявлениях нервно-психической деятельности в объективном их изучении. Речь, сказанная при открытии Психиатрич. отд. в Психо-нейрол. ин-те 10-го февр. 1911 г. СПб., 1911. 28 с.
6. Бехтерев В.М. Об эволюции нервно-психической деятельности. СПб., 1913. 33 с.
7. Бехтерев В.М. Объективное исследование нервно-психической деятельности в младенческом возрасте. СПб., 1908. 16 с.
8. Бехтерев В.М. Роль сосредоточения как доминанты в процессах сочетательно-рефлекторной деятельности // *Вопросы изучения и воспитания личности*. 1927. № 1–2. С. 3–18.
9. Воронков Б.В. *Детская и подростковая психиатрия*. СПб.: Наука и Техника, 2009. 240 с.
10. Грибоедов А.С. Вопросы воспитания нормального и дефективного ребенка: сборник статей сотрудников Педагогич. ин-та соц. воспитания нормального и дефективного ребенка / под ред. А.С. Грибоедова, А.К. Борсука и В.В. Белоусова. М.–Пг.: Гос. изд., 1924. 232 с.
11. Гуревич М.О. *Анатомо-физиологические основы психомоторики и ее соотношения с телосложением и характером*. М.–Л., 1930. 158 с.
12. Гуревич М.О. *Психопатология детского возраста: Изд. 2-е, испр. и доп.* М.: Гос. Мед. изд. школа ФЗУ им. Арт. Халатова, 1932. 229 с.
13. Гуревич М.О., Серейский М.Я. *Учебник психиатрии*. Изд. 4-е, перераб. М.–Л.: Медгиз, 1940. 316 с.
14. Данилов И.В., Костенецкая Н.А., Купалов П.С. *Тонус и работоспособность мозга // Новое в биологии и медицине*. Л., 1964. Вып. 3. С. 3–16.
15. Ефремов К.Д., Исаев Д.Н. О некоторых особенностях функционального состояния мозга олигофренов по материалам электроэнцефалографии // *Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. статей*. Л., 1968. С. 103–112.
16. Иваницкий А.М. *Нейрофизиологический анализ врожденных поражений мозга: эксперим. модели и патогенез олигофрений*. М.: Наука, 1966. 253 с.
17. Исаев Д.Н. Об атонической и дисфорической формах психического недоразвития и о роли лимбика в их происхождении // *Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: сб. статей*. Л., 1968. С. 91–102.
18. Исаев Д.Н. *Психическое недоразвитие у детей*. Л.: Медицина, 1982. 224 с.
19. Исаев Д.Н. *Умственная отсталость у детей и подростков: Руководство*. СПб.: Речь, 2003. 391 с.
20. Каган В.Е. *Аутизм у детей*. Л.: Медицина, 1981. 206 с.
21. Кащенко В.П. *Нервность и дефективность в дошкольном и школьном возрастах. Охрана душевного здоровья детей: пособие для родителей и педагогов*. М., 1919. 122 с.
22. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп.* М.: Медицина, 1995. 558 с.
23. Краков С.С. *К психологии микроцефалов*. М., 1894. 65 с.
24. Лебединская К.С., Никольская О.С. *Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления*. М.: Просвещение, 1991. 96 с.
25. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. *Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция*. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 197 с.
26. Лурия А. Р. *Основы нейропсихологии*. М.: Изд-во МГУ, 1973. 374 с.
27. Майзель И.Е., Симсон Т. П. *Нервные и психические заболевания раннего детского возраста / под ред. А.А. Киселя*. М.: Изд-во Мосздравотдела, 1928. 110 с.
28. Макаров И.В. *Олигофрении. Систематика, клиника, диагностика // Лекции по детской психиатрии*. СПб.: Речь, 2007. Лекция 7. С. 126–146.
29. Мнухин С.С. О клинко-физиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей // *Вопросы детской психоневрологии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева*. Л., 1961. Т. 25. С. 67–77.
30. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // *Резидуальные нервно-*

- психические расстройства у детей: сб. статей. Л., 1968. С. 5–22.
31. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Хрестоматия по психиатрии детского возраста. СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр-Пресс», 2008. С. 114–134.
 32. Незнанов Н.Г. Макаров И.В. Умственная отсталость // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Гл. 30. С. 653–681.
 33. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: Центр лечебной педагогики, 2000. 364 с.
 34. Озерецкий Н.И. Исследование моторной одаренности. Тесты, предложенные д-ром Н.И. Озерецким. Иркутск: «Власть труда», 1929. 8 с.
 35. Озерецкий Н.И. Психопатология детского возраста: пособие для высших педагог. учеб. заведений. Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Учпедгиз, 1938. 328 с.
 36. Павлов И.П. Избранные труды по физиологии высшей нервной деятельности. М., 1925. 264 с.
 37. Певзнер М.С. Дети-олигофрены: Изучение детей-олигофренов в процессе их воспитания и обучения. М.: Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1959. 484 с.
 38. Прокопова Е.Д. Об особой форме неравномерного психического недоразвития у детей, ее клинико-экспериментальном анализе и обосновании: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ленингр. гос. педиатр. мед. ин-т. Л., 1953. 16 с.
 39. Семаго Н.Я. Механизмы двигательной расторможенности и специфичные им виды коррекционной работы // Аутизм и нарушения развития. 2006. № 2. С. 1–10.
 40. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. Изд. 2-е. СПб., 1871. 179 с.
 41. Симсон Т.П., Модель М.М., Гальперин Л.И. Психоневрология детского возраста. М.–Л.: Биомедгиз, 1935. 369 с.
 42. Смирнова Е.О. Развитие воли и произвольности в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. 1990. № 3. С. 49–57.
 43. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1965. Т. 3. 335 с.
 44. Ухтомский А.А. Доминанта. М.–Л.: Наука, 1966. 273 с.
 45. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. 392 с.
 46. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Изд. 14-е. Киев: Сфера, 1999. 236 с.
 47. Штротмайер В. Психопатология детского возраста: Лекции для врачей и педагогов. Пер. с 3-го нем. изд. А.Н. Щегло. М.–Л., 1926. 220 с.

Сведения об авторах

Автенюк Антон Сергеевич — врач-психиатр, аспирант отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: anonim-box@list.ru

Макаров Игорь Владимирович — д. м. н., главный науч. сотр., руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: ppsy@list.ru