

Психическая атония у детей

© И.В. МАКАРОВ^{1,2}, А.С. АВТЕНЮК¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Резюме

В статье рассматривается феномен психической атонии у детей с задержками психического развития, умственной отсталостью, детским аутизмом. Под термином «психическая атония» понимается врожденное либо рано приобретенное равномерное снижение психического тонуса, выражющееся в неспособности к сосредоточению внимания, целенаправленной деятельности, в затруднении контакта, ослаблении безусловно-рефлекторных реакций, недостаточности инстинктивных проявлений, «мобилизации» психических функций при настойчивой вербальной и тактильной стимуляции. Приводятся как клинические проявления, так и история развития учения о психической атонии, эпидемиология, этиология и патогенез состояния, его нозологическая специфика, рассматриваются подробно критерии дифференциальной диагностики атонической формы олигофрении и детского аутизма. Анализ данных научной литературы и результаты собственного клинического анализа позволяют высказать мнение о необходимости строгой дифференциальной диагностики между детским аутизмом и атонической формой умственной отсталости у детей, поскольку имеется риск гипердиагностики аутистических расстройств. Показана роль нарушений в области ретикулярной формации головного мозга в возникновении явлений психической атонии.

Ключевые слова: психическая атония, детский возраст, олигофрения, задержка психического развития, аутизм.

Сведения об авторах:

Макаров Игорь Владимирович — e-mail: ppsy@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0176-3846>

Автенюк Антон Сергеевич — e-mail: anonim-box@list.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6216-7728>

Как цитировать:

Макаров И.В., Автенюк А.С. Психическая атония у детей. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(7, вып. 2):83-90. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911907283>

Mental atony in children

© I.V. MAKAROV^{1,2}, A.S. AVTENUK¹

¹Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia;

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

Abstract

The paper considers the phenomenon of «mental atony» in children with developmental delay, intellectual disability and autism. The condition of mental atony is a congenital or early acquired even decrease in mental tone, manifested by the reduced ability to concentrate attention, a decline of the targeted activity, difficulties in contacting, weakening of unconditioned reflexes, lack of instinctive manifestations, «mobilization» of mental functions by persistent verbal and tactile stimulation. The article provides the history of the «mental atony» theory, as well as clinical features, epidemiology, etiology, pathogenesis and nosological specificity of the condition. Moreover, the criteria for the differential diagnosis between the atonic form of intellectual disability and autism are discussed in detail. Based on the analysis of literature and the results of own clinical observations, the authors conclude that a thorough differential analysis between childhood autism and atonic form of intellectual disability in children is necessary, otherwise, there is a risk of overdiagnosis of autistic disorders. The authors also point to the role of the brain lesion, particularly in the area of reticular formation, in the occurrence of phenomena of mental atony.

Keywords: mental atony, children, intellectual disability, developmental delay, autism.

Information about the authors:

Makarov I.V. — e-mail: ppsy@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0176-3846>

Avtenuk A.S. — e-mail: anonim-box@list.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6216-7728>

To cite this article:

Makarov IV, Avtenuk AS. Psychic atony in children. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(7, vyp 2):83-90. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201911907283>

Автор, ответственный за переписку: Автенюк Антон Сергеевич — e-mail: anonim-box@list.ru

Corresponding author: Avtenuk A.S. — e-mail: anonim-box@list.ru

Психическая атония — это врожденное либо рано приобретенное равномерное снижение психического тонуса, характеризующееся снижением способности к сосредоточению внимания, целенаправленной деятельности, затруднением контактов с окружающими, ослаблением безусловнорефлекторных реакций, недостаточностью инстинктивных проявлений, «мобилизации» психических функций при настойчивой вербальной и тактильной стимуляции.

В работах ряда авторов [1–6] можно встретить упоминания об «атоничности» и снижении психического тонуса, о «слабости» психической деятельности. История изучения проблемы насчитывает более 100 лет. К настоящему времени описаны основные диагностические критерии психической атонии, определен ряд заболеваний, для которых характерно снижение психического тонуса, в первую очередь — олигофрения и резидуально-органическое поражение ЦНС, предложены параклинические методы исследования, разработаны некоторые терапевтические подходы [7–11].

Следует отметить, что деление больных с олигофренией на эретических и торpidных появилось намного раньше, чем используемая в настоящее время классификация умственной отсталости по степени интеллектуального недоразвития. Однако в нынешних реалиях учет всех клинических особенностей умственно отсталого ребенка практически перестал использоваться в практике, что, на наш взгляд, не оправданно, поскольку умственная отсталость — это не только снижение интеллекта, но нарушение развития всех психических функций. Предложенная С.С. Мнухиным [1, 7] клинико-физиологическая классификация олигофрении не только не подменяет типологию по степени интеллектуальной недостаточности, но дополняет ее, описывая и объясняя те или иные различия в клинической картине умственно отсталых детей. Атоническая форма умственной отсталости является самой тяжелой среди описанных. Это обусловлено не только тем, что психическая атония осложняет реализацию и без того невысоких когнитивных возможностей умственно отсталого ребенка, но также ухудшает прогноз, создает необходимость особых терапевтических, реабилитационных (абилитационных) и педагогических подходов. С.С. Мнухин [2] под термином «психическая атония» понимал связанные со снижением психического тонуса изменения психической деятельности в целом, проявляющиеся, в том числе, в особенностях поведения, развития, жизнедеятельности.

Первые упоминания об особой форме психического недоразвития, характеризующейся «слабостью» и инертностью психической деятельности, сочетающейся с выраженным нарушениями внимания и целенаправленности поведения, а также снижением инициативы и эмоциональных проявлений, относятся к концу XIX — началу XX веков. Этот фено-

мен описывался у детей с умственной отсталостью и имел различные названия: апатичный тип [12–14], болезненно-медлительный тип [15], апатичная или анergicическая форма [16], торpidная форма [17–20], инертно-пассивный вариант [21].

Ведущая роль в формировании представлений того времени о психической атонии при резидуально-органических поражениях головного мозга, которые сохранились и используются до сих пор, принадлежит С.С. Мнухину. С 1948 г. совместно со своими сотрудниками он выделил атоническую форму умственной отсталости [22]. Впоследствии им же была создана клинико-физиологическая классификация резидуальных нервно-психических расстройств у детей, где в рамках каждого заболевания (резидуальные психопатии, олигофрения, эпилепсия, церебральный паралич) были выделены три формы: стеническая, астеническая и атоническая. Как следует из названия классификации, в ее основе лежат клиническое оформление болезни и конституциональные физиологические особенности нервно-психической деятельности больного.

Автор отмечал, что эта классификация не является исчерпывающей, однако между описанными формами были определены достаточно четкие границы, а детальная их клиническая характеристика позволила выявить общность проявлений при различных резидуально-органических поражениях головного мозга.

Д.Н. Исаев [3, 23, 24], продолжая работу С.С. Мнухина над клинико-физиологической классификацией, предложил единственную по настоящее время типологию атонической формы олигофрении. Он включил в нее три подгруппы: аспонтанно-апатическую, акатизическую и мориоподобную. Отличительными чертами аспонтанно-апатического варианта является особенно выраженное обеднение эмоций, снижение активности, резкое ограничение интересов, беспомощность и беззащитность в окружающей среде. Акатизический вариант объединяет больных, характеризующихся необычной непоседливостью, суетливостью, двигательным беспокойством и зависимостью всех поступков от окружающей среды при отсутствии аффективного напряжения, заинтересованности и целенаправленности. Особенностью больных с мориоподобным вариантом олигофрении является нелепо эйфорическое, приподнятое настроение, сочетающееся с разболтанностью, развязностью, расторможенностью, многоречивостью и дурашливым поведением. К.Д. Ефремов и Д.Н. Исаев [25] описали также характерные особенности ЭЭГ у детей с атонической формой олигофрении при резидуальном поражении головного мозга.

В связи с ограниченным использованием клинико-физиологической классификации умственной отсталости современные данные о распространенности атонической формы отсутствуют. По данным

Д.Н. Исаева [24], полученным в рамках психиатрического стационара, атоническая форма составляет 3% среди всех форм умственной отсталости, тем не менее современные наблюдения показывают увеличение этого числа до 10% и более.

Атоническая форма резидуально-органического поражения головного мозга в 3–4 раза чаще встречается у мальчиков и часто является врожденной, обусловленной разными перинатальными и патогенными факторами [2]. В первую очередь речь идет о гипоксически-ишемическом поражении головного мозга, которое выявляется у преимущественного числа пациентов и по своим разрушительным воздействиям сопоставимо с травмой головного мозга. Также перинатальная патология и вредности включают острые и/или обострение хронических соматических заболеваний матери во время беременности, маточные кровотечения, повышенный тонус матки, аномалии прикрепления плаценты и ее отслойку, фетоплацентарную недостаточность, тяжело протекающие гестозы, угрозу прерывания беременности, прием лекарственных препаратов, влияющих на развитие плода, алкоголизм и наркоманию матери и др. Среди натальных вредностей выделяют длительный безводный период, экстренное кесарево сечение, травмы и применение ручных пособий во время родов, слабость родовой деятельности, стремительные или затянувшиеся роды, обвитие пуповиной и асфиксию и др. У незначительного числа больных отмечается отягощенная наследственность психозами, эпилепсией, умственной отсталостью, хроническим алкоголизмом и психопатиями.

Клиническое оформление психических расстройств при атонической форме резидуального поражения головного мозга, по мнению Б.В. Воронкова [5], зависит от сочетания различных факторов: силы нервных процессов, общего психического тонуса, функциональной активности подкорковых аппаратов головного мозга, соотношения деятельности коры и подкорки. Ведущая роль в патогенезе отводится поражению подкорковых систем — активирующих систем ствола, межуточного мозга и лимбической системы [2, 23]. Большое значение уделяют поражению ретикулярной формации, являющейся «восходящей активизирующей системой» [26]. Именно слабостью подкорковых дienceфальных структур, так называемой «энергетической базы», обеспечивающей тонус коры головного мозга, достаточный уровень бодрствования и психическую активность в целом, Б.В. Воронков [5] объясняет психическую «разряженность», «гипотонию психики», расстройства внимания в виде гипо- и апрозексии, снижение побуждений и целенаправленной активности. М.О. Гуревич и М.Я. Серейский [20] снижение всех активных психических функций связывали с поражением лобных долей. М.О. Гуревич [27] утверждал также, что таламус является органом, то возбуждающим, то блокирующим корковые функции, т.е. является местом скопления энергии,

ищей к нему по сенсорным путям от организма и внешнего мира.

Таким образом, не вызывает сомнения, 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 уровень психического тонуса и работоспособности нервных клеток, необходимый для осуществления процессов высшей нервной деятельности. Повреждение этой системы на любом уровне закономерно приводит к нарушению психического тонуса.

Психическая атония встречается при различных резидуально-органических поражениях: органических (резидуальных) психопатиях, умственной отсталости и «временных» задержках развития, эпилепсии, детских церебральных параличах, эндокринно-вегетативных и трофических расстройствах [2, 5]. 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, кроме того, описывают В.В. Лебединский и соавт. [28], а также К.С. Лебединская и О.С. Никольская [29]. Встречаются работы, посвященные анализу явлений психической атонии у детей с психической патологией в целом [8, 9] и умственной отсталостью в частности [10, 11].

Снижение психического тонуса при атонической форме резидуальных психопатий проявляется в беспечности, резонерстве, благодушии, аспонтанности, наклонности к умственной жвачке, своеобразных шизоформных картинах с бледностью 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 [2] предполагал, что к этой группе резидуальных психопатий относится, по крайней мере, часть больных из группы «чудаков», «странных» (*Verschrobene*) Э. Крепелина или «аутистических психопатий» Г. Аспергера.

Детям с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга часто ошибочно диагностируют детскую шизофрению, синдром Каннера, постпроцессуальную, шизоидную или аутистическую психопатию. Однако от больных детской шизофренией они отличаются отсутствием извращенных аффективных реакций, истинного аутизма, вычурных поз, своеобразием речевых расстройств, прекрасной памятью и музыкальными способностями, склонностью механически, «попугайно» воспроизво-

дить иногда сложные отрывки из речи окружающих и др. [2, 23]. От ошибочного диагностирования шизофрении у детей с атонической формой недоразвития предостерегал и Б.В. Воронков [5], отмечая, что в основе развития шизофрении лежит глубокая интроверсия с погружением в мир болезненных переживаний.

Как особый вариант атонической формы психического недоразвития С.С. Мнухин [2], С.С. Мнухин и соавт. [30], а также В.Е. Каган [32] рассматривали ранний детский аутизм. Б.В. Воронков [5] уточнял, что психическая атония характерна для пациентов с органическим аутизмом, представляющим собой самостоятельную разновидность детского аутизма. Описанное В.В. Ковалевым [33] искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (ранний детский аутизм) также имеет сходство с атонической формой резидуально-органического поражения головного мозга.

В настоящее время выделяют легкую, среднюю и тяжелую форму атонической умственной отсталости с выявлением специфической клинической картины для каждой из них [30]. Клиническая картина атонической формы умственной отсталости определяется собственно интеллектуальным недоразвитием и снижением психического тонуса. Тотальное нарушение психической деятельности, затрагивающее все сферы психики, сопровождается выраженной неравномерностью созревания отдельных психических функций. Неспособность к психическому напряжению обуславливает специфику клинического оформления этой формы умственной отсталости. Проявляется это в первую очередь нарушением внимания: дети не реагируют на оклик по имени либо реагируют после многократных повторений. Речевые инструкции не воспринимаются с первого раза, даже если известно, что ребенок знает и понимает инструкцию. Первоначальные ответы на вопросы нередко бывают случайными, нелепыми, не по существу, но после неоднократных повторений вопроса дети способны показать понимание и знание предмета, о котором идет речь. Нередко может создаться впечатление, что ребенок не слышит. Может отсутствовать реакция на предложенные игрушки, яркие картинки, различные дидактические и развивающие материалы. В то же время в большинстве случаев дети откликаются на прикосновения, внимание может быть привлечено телевизором, компьютером, музыкальными игрушками. Непроизвольное внимание у большинства больных либо не сформировано, либо сформировано недостаточно. Проявляется это в невозможности длительно заниматься интересной и значимой деятельностью (например, играть, собирать конструктор, рисовать, просматривать мультфильмы). Примерно у каждого третьего ребенка в возрасте до 6 лет нарушение функции непроизвольного внимания выражено в крайней степени. В таких случаях может отмечаться либо полевое поведение,

когда ребенок безостановочно бесцельно перемещается по помещению, берет различные предметы, тут же их оставляет и тянется за новыми. Либо проводит время бездеятельно, не обращая внимания ни на что и ничем не интересуясь. Больные не способны ни на чем фиксироваться, бесцельно скользят «отсутствующим взглядом» по происходящему вокруг них, а с другой стороны — часами застrelают на стереотипной волне с каким-нибудь предметом [2, 23]. Произвольное внимание у детей старше 6 лет также нарушено, что проявляется в неспособности выполнять задания и последовательные инструкции, крайнем снижении продуктивности на занятиях. При этом практически всегда имеется выраженная истощаемость внимания, вследствие чего нарастает отвлекаемость, снижается концентрация при выполнении заданий, чаще приходится повторять инструкции. Невозможность психического напряжения оказывается на всей жизнедеятельности больных, которая характеризуется низкой целенаправленностью, ограниченностью и примитивностью интересов, практической беспомощностью. Проявляться это может в бездеятельности или бесцельной двигательной активности. Отличительной чертой значительной части больных является в большей или меньшей степени выраженная аспонтанность, резкий недостаток или отсутствие активности, столь присущей здоровым детям. Выраженные нарушения внимания и снижение интеллектаказываются на понимании, запоминании и выполнении инструкций, что в свою очередь осложняет проведение коррекционных занятий. Замедлено и развитие навыков игровой деятельности. У части детей до 6–8 лет отсутствует интерес к игрушкам, а манипуляции с игровыми и неигровыми предметами носят неспецифический характер, не учитывающий их свойств, нередко стереотипный. Также отмечаются длительные нарушения способности овладения многими 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.

Задержка речевого развития свойственна всем детям с атонической формой умственной отсталости, и она тем выраженнее, чем меньше возраст ребенка и чем ниже интеллект. Часто до 6 лет экспрессивная речь не развита или представлена лишь вокализациями, реже — отдельными словами. Простые фразы как средство общения могут появиться после 6–8 лет. Понимание обращенной речи осложнено не только задержкой психического развития, но и недостаточностью речевого внимания. Даже знакомые для ребенка инструкции нередко приходится повторять несколько раз. Практически у всех больных имеются те

или иные нарушения стройности, целенаправленности, темпа, содержательности речи, а также произношения. С.С. Мнухин [2] обращал внимание на бессодержательность и бесцельность речевой продукции, склонность к механическому воспроизведению отрывков речи окружающих, наличие эхолалий. Задержка речевого развития также проявляется в неправильном использовании местоимений — говорение о себе во втором и третьем лице. Ряд авторов [2, 5, 34] отмечают длительную неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, достигающую нередко степени алексии, аграфии и акалькулии; еще более продолжительные нарушения «рядоговорения», т.е. способности заучивать и перечислять в прямом и особенно в обратном порядке дни, недели, месяцы, алфавит и др.; долгую, иногда до 10—12-летнего возраста, неспособность правильно ориентироваться в сторонах своего тела.

Взаимодействие с другими людьми, так или иначе, нарушено у всех пациентов с атонической формой умственной отсталости: контакт либо значительно ограничен по времени, либо невозможен вследствие выраженного нарушения внимания, сниженного интеллекта и речевого недоразвития. Проявляется это в неспособности или крайней ограниченности детей реагировать на обращенную речь, откликаться на имя. Нарушения внимания могут производить впечатление отрешенности и отгороженности от окружающего мира. Однако эти дети не отвергают контакт, более того, при стимулирующей помощи они способны относительно продуктивно взаимодействовать с детьми и взрослыми. Недостаток вербального взаимодействия может быть компенсирован жестами. Низкий интеллект и нарушения речи обусловливают недостаточное развитие навыков коммуникации: такие дети не умеют правильно установить контакт, в связи с чем иногда бывают отвергаемы в детском обществе. Однако в привычном кругу общения они способны достаточно активно взаимодействовать с другими детьми. В старшем возрасте при неглубоком интеллектуальном недоразвитии недостаточный либо формальный контакт нередко может сочетаться с развязным поведением, склонностью вступать в разговоры с незнакомыми людьми [2, 5].

Для атонической формы умственной отсталости зрелость эмоциональных реакций во многом зависит от уровня интеллектуального развития ребенка: преимущественно эмоции характеризуются незрелостью и низкой дифференцированностью. Яркость и интенсивность проявляемых эмоций может быть различна. Для одних пациентов характерны эпизодическая капризность, плаксивость, бурные аффективные реакции с криком, падением на пол, агрессией в адрес матери и автоагgressией, что чаще всего связано с внешними факторами, когда ребенок не получает желаемого, либо при попытке привлечь его к целенаправленной деятельности. Для других

больных характерно снижение интенсивности проявляемых эмоций. Такие дети отличаются спокойствием и слабым реагированием на внешние стимулы, в том числе некомфортные. Лишь очень сильные и/или значимые внешние факторы могут вызвать у них эмоциональную реакцию. Мимика таких детей невыразительна. Они могут не проявлять беспокойства при отсутствии матери или в незнакомой обстановке. Вне зависимости от того, повышена интенсивность эмоций или снижена, область чувств доступна всем больным с атонической формой умственной отсталости, что отличает их от детей с ранним детским аутизмом. Они способны проявлять теплоту и ласку к близким, способны пожалеть, радуются при тактильном взаимодействии или во время подвижных игр. Однако развитие высших эмоций, таких как сочувствие, сострадание, эмпатия, для многих атонических олигофренов, как и для большинства умственно отсталых детей, остается недоступным.

Наружение двигательной активности — не обязательный признак атонической формы умственной отсталости, однако встречается довольно часто. Проявляться это может в снижении или повышении двигательной активности, а также в неусидчивости. Снижение двигательной активности отмечается примерно у каждого десятого олигофрена с атонией: для них характерны безынициативность и бездеятельность, большую часть времени они проводят сидя на одном месте, движения их вялые, медлительные, плохо координированные. Повышение двигательной активности встречается примерно у $\frac{2}{3}$ больных и может сопровождаться бессмысленными стереотипными действиями. Также возможны резкие переходы от возбуждения к спокойному состоянию, что иногда описывают фразой «то бежит, то лежит». Все это часто сопровождается недоразвитостью моторики, неловкостью и неуклюжестью движений. Больные поздно начинают ходить, с большим трудом овладевают навыками одевания, самостоятельной еды, не умеют прыгать, балансировать и т.д. Может отмечаться снижение мышечного тонуса.

Психическая атония может отмечаться при любой степени умственной отсталости или темповой задержке психического развития [35], но чаще диагностируется у больных с легкой умственной отсталостью, реже — с умеренной. Это связано со сложностью дифференциации с другими формами умственной отсталости: чем ниже интеллект, тем сложнее доказать несоизмеримость нарушений внимания психическому недоразвитию. Интеллект детей с психической атонией характеризуется особой неравномерностью и дисгармоничностью. Даже при отсутствии грубого психического недоразвития эти дети схватывают и в жизни, и на картинках лишь отдельные элементы, не умея и не стремясь уловить какие-либо связи между ними. При этом больные могут обладать хорошей механической, зрительной, музыкальной памятью, способны запоми-

нать и воспроизводить длинные стихи и сказки, слова и мотивы сложных песен.

Особенности мышления при атонической форме резидуально-органического поражения головного мозга можно проследить у детей старше 6–8 лет с нормальным или незначительно сниженным интеллектом. Это проявляется в «заумности», витиеватости рассуждений, склонности к резонерству, «умственной жвачке», причудливых малосодержательных и монотонных фантазиях, наличии своеобразных шизоформных картин [2, 5]. Часто отмечаются вялость и ослабленный темп мыслительных процессов.

У детей с психической атонией ослаблены все безусловнорефлекторные реакции — ориентировочные, пищевые, оборонительные. Указанные нарушения проявляются с первых месяцев жизни: дети «чересчур спокойны», малоподвижны, пассивны, не реагируют на физические неудобства, такие как мокрые пеленки, холода, не проявляют чувства голода. Для детей с выраженным отставанием психического развития нередко характерны бесстрашие и отсутствие чувства опасности: они могут далеко убегать на улице от родителей, выбегать на проезжую часть, залезать на высокие горки и лестницы. Практически все пациенты с атонической формой умственной отсталости нуждаются во внешней стимулирующей помощи: пребывая в бездеятельном состоянии, лишенном смысла и направленности, они способны сосредоточить взгляд, уловить инструкцию и включиться в целенаправленную деятельность только при внешней стимулирующей помощи (вербальной, тактильной, эмоциональной).

Особенную сложность представляют вопросы дифференциальной диагностики психической атонии при умственной отсталости и раннего детского аутизма. Опыт исследования пациентов, у которых когда-либо в жизни был диагностирован детский аутизм (ранний детский аутизм, аутизм или синдром Каннера, атипичный аутизм, расстройства аутистического спектра), показывает, что в некоторых случаях это заболевание ошибочно диагностируется у детей с атонической формой умственной отсталости. Это связано как с несовершенством диагностических критерий детского аутизма, так и со схожестью клинических проявлений описываемых нозологий. Понимание природы этих двух заболеваний и их возможной связи осложняется также существовавшим ранее мнением, что в основе аутизма Каннера [31, 32] и органического аутизма [5] лежит психическая атония. При этом ни С.С. Мнухин, ни Б.В. Воронков не приводят критерии дифференциации атонической формы олигофрении и детского аутизма. Это можно объяснить двумя причинами. Во-первых, из контекста статьи С.С. Мнухина и соавт. [31] можно сделать вывод, что авторы не видели разницы между описанным Каннером аутизмом и атонической формой умственной отсталости. Если рассматривать органический аутизм с точки зрения Б.В. Воронкова, то данное расстройство, схожее

с ранним детским аутизмом вследствие органического поражения головного мозга, по сути, может быть квалифицировано как атоническая форма олигофрении. Во-вторых, С.С. Мнухин первостепенной своей задачей видел дифференциацию некоторых особых форм психического недоразвития от шизофрении, гипердиагностика которой была значительна на момент написания статьи. В такой ситуации было закономерно признать существование аутизма Каннера как самостоятельного заболевания в качестве противопоставления шизофрении в детском возрасте. В настоящее время по-прежнему существует необходимость дифференциальной диагностики шизофрении, детского аутизма и атонической формы олигофрении. Однако в связи с возросшей в последние годы гипердиагностикой детского аутизма акцент сместился в сторону необходимости дифференциации детского аутизма и различных форм олигофрении, в том числе атонической формы.

Нарушения взаимодействия с другими людьми свойственны как пациентам с атонической формой олигофрении, так и пациентам с детским аутизмом. Однако качество этих нарушений будет различным. Для того, чтобы установить эти отличия, нередко требуются длительное наблюдение и тщательный сбор анамнеза развития ребенка. Нарушения контакта при атонической олигофрении связаны с несколькими причинами. Во-первых, это катастрофическое снижение способности к сосредоточению, являющееся следствием «разряженности» психики. Такие дети не только не замечают окружающих людей, они в принципе мало что замечают вокруг. Только очень сильные и/или значимые стимулы способны привлечь внимание ребенка. Такой пациент может показаться отрешенным, «пребывающим в своем внутреннем мире». Однако при этом ребенок реагирует на прикосновения и обращения, способен дать верный ответ на вопрос, но это требует дополнительной стимуляции и повторных предъявлений инструкций. Во-вторых, нарушения контакта обусловлены интеллектуальной недостаточностью и следующими из этого поздним формированием и несовершенством навыков коммуникации, несформированностью высших эмоций и замедленным развитием дифференцировки эмоциональных реакций, недостаточной продуктивностью вербального взаимодействия. Ребенок с атонической формой психического недоразвития не отказывается от общения с окружающими, а не может общаться в силу описанных выше причин.

Следует отметить доступность эмоционального контакта больных с атонической формой олигофрении, в отличие от детей с ранним детским аутизмом. Несмотря на недостаточную дифференцированность эмоциональных реакций, пациенты с психической атонией способны проявить адекватные эмоции при тактильном взаимодействии или во время подвижных игр. Они могут быть ласковыми, эмоционально

«теплыми» с близким людьми. Речевое взаимодействие детей с атонической формой умственной отсталости безусловно нарушено, что объясняется не только интеллектуальным снижением, но и значительным нарушением речевого внимания. Именно в связи с нарушением функции сосредоточения может создаться впечатление, что ребенок не слышит, не реагирует на речь. Коммуникативная функция речи развивается с задержкой. Так же, как и для детей с другими нарушениями психического развития, для больных с атонической формой олигофрении характерно длительное присутствие эхолалий в речи, частота и количество которых уменьшаются с улучшением в понимании обращенной речи. По мере взросления и психического развития контакт с такими детьми становится более продуктивным: они лучше начинают откликаться на свое имя и реагировать на внешние стимулы, развивается аффективная сфера. Это наблюдение свидетельствует не о врожденном отсутствии способности к социоэмоциональному контакту, а о задержке формирования данного навыка. В клинической картине детей с психической атонией отсутствует истинный феномен тождества и ритуалы, характерные для пациентов с детским аутизмом. Если избирательность маршрутов, одежды и еды присутствует, то она не является специфической.

Несмотря на достаточно продолжительный опыт изучения психической атонии, проблема еще далека от своего решения. Психический тонус — это физиологическое базовое свойство психической системы и, следовательно, его нарушения могут проявляться при многих психических расстройствах. Если недостаточность психического тонуса является врожденной, то она ведет к задержке и искажению психического развития, что и наблюдалось при атонической олигофрении. У взрослых психическая атония может проявляться, например, при шизофрении, что ранее описывалось авторами как «ослабление энергии психической жизни» [36] или «редукция энергетического потенциала» [37] и др. Аналогичные нару-

шения психического тонуса были отмечены после перенесенных черепно-мозговых травм и энцефалитов [38, 39]. Вне зависимости от нозологической принадлежности проявления психической атонии однотипны: в первую очередь это касается тех психических функций, которые требуют значительного психического напряжения, — сосредоточения, эмоций и социального взаимодействия. Обеднение психической активности сказывается также на инициативности, инстинктах и рефлексах, двигательной активности и жизненных интересах, целенаправленности и плановости деятельности. Отмечается общность и в патогенезе психической атонии в рамках различных нозологий — во всех случаях ответственность за нарушение психического тонуса возлагают на ретикулярную формацию мозга.

Таким образом, по-прежнему остаются насущными и требующими необходимых знаний вопросы дифференциальной диагностики атонической формы умственной отсталости с ранним детским аутизмом, шизофренией, темповыми задержками психического развития, а также с другими формами умственной отсталости. Все вышеперечисленное обуславливает актуальность описываемой темы, а также необходимость восстановления знаний о клинико-физиологической классификации умственной отсталости и ее атонической форме в частности. Учитывая довольно большой скачок в развитии методов нейровизуализации, генетических исследований, психологических и нейропсихологических методик за последние десятилетия, решение проблемы психического тонуса не кажется таким уж невозможным. Однако это требует консолидированной работы ученых разных специальностей: психиатров, психологов, нейропсихологов, физиологов и нейрофизиологов, специалистов функциональной диагностики и др.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Мнухин С.С. *О клинико-физиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей*. Вопросы детской психоневрологии. Сборник статей. Т. 25. СПб.: Гос. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева; 1961. Mnuhin SS. *O kliniko-fiziologicheskoi klassifikatsii sostoyaniy obshchego psichicheskogo nedorazvitiya u detei*. Voprosy detskoj psihonevrologii. Sb. statej. Vol. 25. SPb.: Gos. nauch.-issled. psihonevrol. in-t im. V.M. Behtereva; 1961. (In Russ.).
- Мнухин С.С. *О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей*. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Сборник статей. Л. 1968. Mnuhin SS. *O rezidual'nykh nervno-psikhicheskikh rasstroistvakh u detei*. Rezidual'nye nervno-psihicheskie rasstroystva u detej. L. 1968. (In Russ.).
- Исаев Д.Н. *Об атонической и дисфорической формах психического недоразвития и о роли лимбики в их происхождении*. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Сборник статей. Л. 1968. Isaev DN. *Ob atonicheskoi i disforicheskoi formakh psikhicheskogo nedorazvitiya i o roli limbiki v ikh proiskhozhdenii*. Rezidual'nye nervno-psihicheskie rasstroystva u detej. Sb. statej. L. 1968. (In Russ.).
- Исаев Д.Н. *Клинико-физиологическая классификация олигофрении у детей*: Дис. ... д-ра мед. наук. Л. 1970. Isaev DN. *Kliniko-fiziologicheskaya klassifikatsiya oligofrenii u detei*: Dis. ... d-ra med. nauk. L. 1970. (In Russ.).
- Воронков Б.В. *Психиатрия детского и подросткового возраста*. СПб.: Наука и Техника; 2009. Voronkov BV. *Psichiatriya detskogo i podrostkovogo vozrasta*. SPb.: Nauka i Tekhnika; 2009. (In Russ.).
- Воронков Б.В. *Психиатрия детского и подросткового возраста*. СПб.: Наука и Техника; 2012. Voronkov BV. *Psichiatriya detskogo i podrostkovogo vozrasta*. SPb.: Nauka i Tekhnika; 2012. (In Russ.).
- Мнухин С.С. *О клинико-физиологической классификации олигофрении*. Тезисы 7-годичной сессии ЛПМИ. Л. 1956. Mnuhin SS. *O kliniko-fiziologicheskoi klassifikatsii oligofrenii*. Tezisy' 7-godichnoj sessii LPMI. L. 1956. (In Russ.).

8. Автенюк А.С., Макаров И.В. Синдром психической атонии — клиническая реальность детской психиатрии? *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2011;1:60-62.
- Avtenuk AS, Makarov IV. Syndrome of mental atony — clinical reality of child psychopathology? *Obozrenie Psihiatrii i Medicinskoy Psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2011;1:60-62. (In Russ.).
9. Автенюк А.С., Макаров И.В. Состояния психической атонии у детей (обзор литературы). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2012;1:13-21.
- Avtenuk AS, Makarov IV. The conditions of child's mental atony (the review of literature). *Obozrenie Psihiatrii i Medicinskoy Psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2012;1:13-21. (In Russ.).
10. Автенюк А.С., Макаров И.В. Атоническая форма психического недоразвития у детей. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2015;1:27-32.
- Avtenuk AS, Makarov IV. Atonic form of mental retardation in children. *Obozrenie Psihiatrii i Medicinskoy Psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2015;1:27-32. (In Russ.).
11. Автенюк А.С., Макаров И.В. Атоническая форма умственной отсталости. *Российский психиатрический журнал*. 2017;2:37-46.
- Avtenuk AS, Makarov IV. Atonic form of mental retardation. *Rossijskij Psihiatricheskiy Zhurnal*. 2017;2:37-46. (In Russ.).
12. Трошин Г.Я. Классификация детской ненормальности с выделением практических врожденных форм. М. 1914.
- Troshin GJa. Klassifikatsiya detskoj nenormal'nosti s vydeleniem prakticheskikh vazhnykh form. M. 1914. (In Russ.).
13. Трошин Г.Я. Ощущения при психическом недоразвитии (Идиотизм, имbecильность, отсталость). М. 1915.
- Troshin GJa. Oshchushcheniya pri psikhicheskom nedorazvitiyu ('Idiotizm, imbecil'st'nost', 'otstalost'). M. 1915. (In Russ.).
14. Frankenstei C. Impaired intelligence: an analysis of essential element and types. *Isr Ann Psychiatr Relat Discip*. 1964;2:209-227.
15. Кащенко В.П. Нервность и дефективность в дошкольном и школьном возрастах. Охрана душевного здоровья детей. Пособие для родителей и педагогов. М. 1919.
- Kashhenko VP. Nervost' i defektivnost' v doshkol'nom i shkol'nom vozrastakh. Okhrana dushevного zdorov'ya detei. Posobie dlya roditeli i pedagogov. M. 1919. (In Russ.).
16. Штромайер В. *Психопатология детского возраста*. Лекции для врачей и педагогов. Пер. с 3-го нем. изд. М.—Л. 1926.
- Shtromajer V. *Psikhopatologiya detskogo vozrasta*. Lektsii dlya vrachei i pedagogov. Translation from the 3rd German edition. M.—L. 1926. (In Russ.).
17. Гуревич М.О. *Психопатология детского возраста*. Изд. 2-е, испр. и значительно доп. М.: Гос. Мед. изд. школа ФЗУ им. Арт. Халатова; 1932.
- Gurevich MO. *Psikhopatologiya detskogo vozrasta*. M.: Gos. Med. izd. shkola FZU im. Art. Halatova; 1932. (In Russ.).
18. Симсон Т.П., Модель М.М., Гальперин Л.И. *Психоневрология детского возраста*. М.—Л., Биомедгиз; 1935.
- Simson TP, Model' MM, Gal'perin LI. *Psikhonevrologiya detskogo vozrasta*. M.—L.: Biomedgiz; 1935. (In Russ.).
19. Озерецкий Н.И. *Психопатология детского возраста*. Пособие для высших педагог. учеб. заведений. Изд. 2-е, доп. и перер. Л.: Учпедгиз; 1938.
- Ozereckij NI. *Psikhopatologiya detskogo vozrasta*. Posobie dlya vysshikh pedagog. ucheb. zavedenii. L.: Uchpedgiz; 1938. (In Russ.).
20. Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник психиатрии. Значит. перер. 4-е изд. М.—Л.: Медгиз; 1940.
- Gurevich MO, Serejskij MJa. *Uchebnik psikiatrii*. M.—L.: Medgiz; 1940. (In Russ.).
21. Шнейдер К. *Клиническая психопатология*. 14-е изд., неизм. Киев: Сфера; 1999.
- Shnajder K. *Klinicheskaya psikhopatologiya*. 14th edition, unchanged. Kiev: Sfera; 1999. (In Russ.).
22. Мнухин С.С. *Об особом типе неравномерного психического недоразвития у детей*. Третий Всероссийский съезд психиатров и невропатологов. Л. 1948.
- Mnuhin SS. *Ob osobom tipe neravnomerного psikhicheskogo nedorazvitiya u detei*. Tretij Vserossijskij s'ezd psihiatrov i nevropatologov. L. 1948. (In Russ.).
23. Исаев Д.Н. *Психическое недоразвитие у детей*. Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние; 1982.
- Isaev DN. *Psikhicheskoe nedorazvitiye u detei*. L.: Medicina. Leningr. otd-nie; 1982. (In Russ.).
24. Исаев Д.Н. *Умственная отсталость у детей и подростков*. Руководство. СПб.: Речь; 2003.
- Isaev DN. *Umnstvennaya otstalost' u detei i podrostkov*. Guide. SPb.: Rech'; 2003. (In Russ.).
25. Ефремов К.Д., Исаев Д.Н. *О некоторых особенностях функционального состояния мозга олигофренов по материалам электроэнцефалографии*. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Сборник статей. Л. 1968.
- Efremov KD, Isaev DN. *O nekotorykh osobennostyakh funktsional'nogo sostoyaniya mozga oligofrenov po materialam elektroenzefalografii*. Rezidual'nye nervno-psihicheskie rasstrojstva u detej. L. 1968. (In Russ.).
26. 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.
- Lebedinskij VV, Nikolskaya OS, Baenskaya ER, Libling MM. *Emotsional'nye narusheniya v detskom vozraste i ikh korreksiya*. M.: Moscow University Press; 1990. (In Russ.).
27. Лебединская К.С., Никольская О.С. *Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления*. М.: Просвещение; 1991.
- Lebedinskaya KS, Nikolskaya OS. *Diagnostika rannego detskogo autizma: nachal'nye proyavleniya*. M.: Prosveshenie; 1991. (In Russ.).
28. Данилов И.В., Костенецкая Н.А., Купалов П.С. Тонус и работоспособность мозга. *Новое в биологии и медицине*. Л. 1964.
- Danilov IV, Kosteneckaja NA, Kupalov PS. Tonus i rabotosposobnost' mozga. *Novoe v Biologii i Medicine*. L. 1964. (In Russ.).
29. Гуревич М.О. *Анатомо-физиологические основы психомоторики и ее соотношения с телосложением и характером*. М.—Л. 1930.
- Gurevich MO. *Anatomo-fiziologicheskie osnovy psikhomotoriki i ee sootnosheniya s teloslozheniem i kharakterom*. M.—L. 1930. (In Russ.).
30. Автенюк А.С. Атоническая форма умственной отсталости у детей (клиника и систематика): Дис. ... канд. мед. наук. СПб. 2016.
- Avtenuk AS. Atonicheskaya forma umstvennoi otstalosti u detei (klinika i sistematika): Dis. ... kand. med. nauk. SPb. 2016. (In Russ.).
31. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1967;10:1501-1506.
- Mnuhin SS, Zeleneczkaya AE, Isaev DN. O sindrome «rannego detskogo autizma», ili sindrome Kannera u detei. *Zhurnal Nevropatologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 1967;10:1501-1506. (In Russ.).
32. Каган В.Е. *Аутизм у детей*. Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние; 1981.
- Kagan VE. *Autizm u detei*. L.: Medicina. Leningr. otd-nie; 1981. (In Russ.).
33. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста*. Руководство для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Медицина; 1995.
- Kovaliev VV. *Psihiatriya detskogo vozrasta*. Ruk. dlya vrachei. M.: Medicina; 1995. (In Russ.).
34. Прокопова Е.Д. *Об особой форме неравномерного психического недоразвития у детей, ее клинико-экспериментальном анализе и обосновании*: Дис. ... канд. мед. наук. Ленинградский гос. педиатрич. мед. ин-т. Л.; 1953.
- Prokopova ED. *Ob osoboi forme neravnomernogo psikhicheskogo nedorazvitiya u detei, ee kliniko-eksperimental'nom analize i obosnovaniyu*: Dis. ... kand. med. nauk. Leningrad State Pediatric Medical Institute. Leningrad; 1953. (In Russ.).
35. Емелина Д.А. *Задержки психического развития резидуально-органического генеза: клинические варианты, динамика, прогноз*: Дис. ... канд. мед. наук. СПб.: ООО «Альта»; 2018.
- Emelina DA. *Zaderzhki psikhicheskogo razvitiya rezidual'no-organicheskogo geneza: klinicheskie varianty, dinamika, prognoz*: Dis. ... kand. med. nauk. SPb.: OOO «Al'ta»; 2018. (In Russ.).
36. Корсаков С.С. *К вопросу об острых формах умопомешательства*. М.: Т-во Печатия С.П. Яковleva; 1891.
- Korsakov SS. *K voprosu ob ostrykh formakh umopomeshatel'stva*. M.: T-vo Pechatny S.P. Yakovleva; 1891. (In Russ.).
37. Conrad K. *Die beginnen de Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Stuttgart: Thieme; 1958.
38. Герцберг М.О. *Очерки по проблеме сознания в психопатологии*. М.: Медгиз; 1961.
- Gerczberg MO. *Ocherki po probleme soznanija v psikhopatologii*. M.: Medgiz; 1961. (In Russ.).
39. Кандаратская К.М. Резидуальные явления после инфекционного энцефалита у детей. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1936;5(1):99-111.
- Kandaratskaya KM. Rezidual'nye yavleniya posle infektsionnogo entsefalita u detei. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 1936;5(1):99-111. (In Russ.).

Поступила 23.01.19

Received 23.01.19

Принята к печати 06.06.19

Accepted 06.06.19