

На правах рукописи

АВТЕНЮК

Антон Сергеевич

**АТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ:
КЛИНИКА И СИСТЕМАТИКА**

Специальность 14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2016

Работа выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева

Научный руководитель: доктор медицинских наук

Макаров Игорь Владимирович

Официальные оппоненты: Пашковский Владимир Эдуардович

доктор медицинских наук, доцент, профессор
кафедры психиатрии и наркологии Северо-
Западного государственного медицинского
университета им. И.И. Мечникова,

Петрова Наталия Николаевна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая
кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-
Петербургского государственного университета

Ведущая организация: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Защита состоится 31 марта 2016 г. в 10 часов 30 минут на заседании совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института и на сайте института по адресу: <http://bekhterev.ru>.

Автореферат разослан 29 февраля 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Актуальность изучения данной проблемы обусловлена частой встречаемостью в практике врача-психиатра атонических состояний резидуально-органического генеза в структуре ряда психических заболеваний, а также отсутствием четких критериев диагностики психической атонии. История изучения проблемы насчитывает более 100 лет. За это время были описаны основные диагностические критерии атонических расстройств, определён ряд заболеваний, для которых характерно снижение психического тонуса, предложены параклинические методы их исследования, разработаны некоторые терапевтические подходы при этих состояниях. Первые упоминания об особой форме психического недоразвития, характеризующейся «слабостью» и инертностью психической деятельности, сочетающейся с выраженными нарушениями внимания и целенаправленности поведения, а также снижением инициативы и эмоциональных проявлений, относятся к концу XIX – началу XX вв. Данный феномен описывался у детей с умственной отсталостью и имел различные названия: апатичный тип (Трошин Г.Я., 1914, 1915; Frankenstein С., 1964), болезненно-медлительный тип (Кащенко В.П., 1919), апатичная или анергическая форма (Штрамайер В., 1926), торпидная форма (Гуревич М.О., 1932; Симсон Т.П. и соавт., 1935; Озерецкий Н.И., 1938; Гуревич М.О. и Серейский М.Я., 1940), инертно-пассивный вариант (Шнайдер К., 1999), атоническая форма (Мнухин С.С., 1961, 1968, 2008; Воронков Б.В., 1968; Исаев Д.Н., 1968, 1982, 2003). Описываемые клинические признаки атонической формы резидуально-органических расстройств характеризовались однотипностью и специфичностью: на первый план выступали выраженные нарушения внимания и целенаправленной деятельности, не соответствующие уровню интеллекта, ослабление инстинктивных или безусловнорефлекторных реакций, нарушения двигательной активности, замедление темпа психической деятельности, снижение силы эмоциональных проявлений и, как следствие, – изменение поведения и невозможность полноценной социализации пациентов.

Анализ литературных данных позволяет говорить о значительном сходстве атонических проявлений при умственной отсталости и при резидуальных последствиях черепно-мозговых травм и энцефалитах, что подтверждается не только общностью клинической картины, но и данными инструментальных и психодиагностических исследований. В патогенезе атонии при умственной отсталости и при резидуально-органических повреждениях головного мозга также имеется сходство: в обоих случаях центральным звеном является нарушение работы подкорковых систем, в особенности ретикулярной формации, приводящее к целому комплексу взаимосвязанных специфических клинических проявлений. В этой связи резидуально-органическое поражение головного мозга рассматривалось как ведущий этиопатогенетический фактор в формировании атонической формы умственной отсталости.

Современные работы, посвященные проблематике психической атонии, немногочисленны (Воронков Б.В., 2009, 2012; Макаров И.В., 2007, 2009, 2013) и, в основном, дополняют клинические характеристики исследуемого феномена. При этом в целом можно констатировать значительное снижение интереса в последние десятилетия к клинико-физиологической классификации умственной отсталости, равно как и к атонической ее форме. В связи с этим отсутствуют и современные данные о распространенности атонической формы олигофрении.

Кроме того, до последнего времени остаются насущными и требующими своего уточнения вопросы, связанные с представлениями об «атоничности» психики в детском возрасте: каково клиническое содержание «атонии» и в каком случае ее можно рассматривать как определенный психопатологический феномен, каковы причины снижения психического тонуса и какое значение в этом имеет резидуально-органическое поражение головного мозга, какова роль «атоничности» в формировании умственной отсталости.

В имеющихся публикациях отсутствуют четкие принципы медикаментозного лечения и реабилитации таких больных, практически остается вне своего рассмотрения более целостная оценка состояния пациентов с использованием методов инструментального и психологического обследования.

Все вышесказанное обуславливает актуальность комплексного изучения атонической формы умственной отсталости у детей с целью уточнения клинической характеристики данного феномена, а также оценки влияния психической атонии на динамику психического недоразвития.

Цель исследования – определение психопатологических и возрастных характеристик психической атонии у детей с умственной отсталостью, а также оценка влияния тяжести атонических проявлений на динамику умственной отсталости.

Задачи исследования:

1. Изучение психопатологических особенностей и выделение облигатных симптомов психической атонии, определяющих ее клинико-типологическую структуру, у когорты детей с умственной отсталостью.

2. Выделение клинических степеней тяжести психической атонии у детей с умственной отсталостью.

3. Изучение связи психической атонии со степенью тяжести умственной отсталости и влияния атонических проявлений на течение умственной отсталости.

4. Изучение возрастной динамики клинико-типологических характеристик атонической формы умственного недоразвития.

Научная новизна. Впервые проведено клиническое подразделение атонической формы умственной отсталости по степени выраженности психической атонии. Дана детальная психопатологическая характеристика атонических проявлений у детей в возрасте от 3 до 11 лет.

Описана возрастная динамика клинических проявлений атонической формы психического недоразвития: начало проявлений отмечается в первые 3 года жизни, пик атонической симптоматики приходится на 4–5 годы жизни, а после 6 лет в большинстве случаев проявления атонии существенно редуцируются и лишь иногда сохраняются до пубертатного возраста.

Выделена совокупность клинических признаков состояний психической атонии у детей с умственной отсталостью. В рамках этой совокупности отмече-

ны облигатные для состояний психической атонии симптомы: гипопрозексия (апрозексия), неспособность к психическому напряжению, нарушение целенаправленности деятельности, нуждаемость в стимулирующей помощи.

Практическая значимость исследования. Выделенные облигатные диагностические признаки состояний психической атонии у детей способствуют более точной диагностике этого феномена как очерченного психопатологического симптомокомплекса.

Разработанная систематика степени тяжести состояний психической атонии у детей с умственной отсталостью дает возможность уточнить содержательные характеристики этого феномена и облегчает проведение дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами детского возраста.

Возрастная динамика психической атонии у детей с умственной отсталостью предполагает не только уточнение критериев диагностики психического состояния пациентов в различные его возрастные периоды, но и позволяет спрогнозировать течение заболевания. Целостная оценка психического состояния дает возможность оптимизировать терапевтические и реабилитационные программы, направленные на коррекцию психической атонии.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Облигатными для состояний психической атонии являются симптомы: гипопрозексия (или апрозексия), неспособность к психическому напряжению, нарушение целенаправленности деятельности, нуждаемость в стимулирующей помощи.

2. Глубина выраженности облигатных симптомов состояний психической атонии у детей с умственной отсталостью позволяет выделить три степени тяжести изучаемого атонического феномена: легкую, умеренную и тяжелую.

3. Возрастная динамика состояний психической атонии характеризуется позитивной трансформацией выраженности психопатологических проявлений при легкой и умеренной тяжести и константностью - при тяжелых атонических проявлениях.

4. Имеется прямая связь между степенью выраженности атонических проявлений и уровнем интеллекта. Вместе с тем, выявлена группа пациентов, у которых тяжелая степень наблюдаемой атонии не коррелировала с уровнем имеющегося интеллектуального развития.

Публикации и апробация работы. По материалам диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 3 из них в журналах из списка ВАК, 1 глава в монографии. Результаты диссертационного исследования доложены на следующих конференциях: 1) городская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи на современном этапе» (Санкт-Петербург, 2011), 2) конференция молодых ученых, посвященной 150-летию со дня рождения В.М. Бехтерева (в рамках цикла «Бехтеревские чтения») «Современный взгляд на проблемы психоневрологии XXI века» (Санкт-Петербург, 2012), 3) всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации» (Санкт-Петербург, 2014), 4) всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (Казань, 2015).

Внедрение. Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, используются при обучении интернов, клинических ординаторов, аспирантов, психологов института и слушателей профессиональной переподготовки. Полученные в проведенном исследовании сведения могут быть использованы в процессе непрерывного профессионального образования психиатров, а также для повышения квалификации специалистов в области психологии и коррекционной педагогики.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 130 страницах машинописного текста и состоит из введения, 3 глав, выводов, списка литера-

туры (145 на русском языке и 32 на иностранных языках) и приложения. Диссертация иллюстрирована таблицами и рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили 225 пациентов в возрасте от 3 до 11 лет, имеющие в клинической картине интеллектуальное недоразвитие от уровня легкой дебильности до уровня умеренной умственной отсталости включительно. Из них 123 ребенка имели в клинической картине значительно выраженное расстройство внимания, а также характерные для «атонических» пациентов особенности поведения и контакта с окружающими – эти дети составили экспериментальную группу. У остальных 102 пациентов нарушения внимания в целом соответствовали уровню недостаточности их психического развития, а клиническая картина не содержала признаков психической атонии – эти испытуемые составили группу сравнения. Лонгитудинальное клинико-динамическое исследование было проведено у 43 детей. Катамнез составил от 1 до 6 лет.

Сравнительный анализ экспериментальной группы и группы сравнения выявил сопоставимость данных групп по возрасту, полу и степени умственной отсталости. Средний возраст испытуемых составил $5 \pm 1,5$ года, медиана 5 лет. Количество мальчиков преобладало по отношению к количеству девочек в соотношении 6/1. Диагноз умственной отсталости определялся в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Легкая умственная отсталость была диагностирована у 72 пациентов (59%), умеренная умственная отсталость - у 51 ребенка (41%). Сравнительный анализ синдромов в заключительных клинических диагнозах позволяет заключить следующее: 1) самым частым синдромом в экспериментальной группе был аутистический (21,1%), что связано с особенностями клинической картины испытуемых, производящих впечатление малоконтактных в связи с выраженной гипопрозецией (или апрозецией); 2) гипердинамический синдром занимает второе место по частоте встречаемости в эксперимен-

тальной группе (16,2%), и первое место в группе сравнения (23,5%); 3) особенностью экспериментальной группы является наличие у испытуемых различных неврологических синдромов (синдром внутричерепной гипертензии и гипертензионно-гидроцефальный синдром – 11,3%, миотонический синдром – 3,3%, синдром мышечной дистонии – 1,6%, синдром пирамидной и статикомоторной недостаточности по 1,6% соответственно). Однако малое количество диагностированных психиатрических и неврологических синдромов позволяет говорить о достоверности различия двух групп только в случае аутистического синдрома ($p < 0,05$), в отношении других синдромов достоверных различий между группами не выявлено.

Методы исследования.

1. Клинико-психопатологический метод, который включал в себя анализ: текущего психического состояния пациентов в процессе диагностического наблюдения и беседы; подробных анамнестических данных, полученных от родителей, а также имеющихся в медицинской документации (медицинских картах и выписках из историй болезней предыдущих госпитализаций, если таковые были в наличии). Наряду с этим, учитывались сведения, почерпнутые из характеристик пациентов, данных им в детских дошкольных учреждениях, школах и реабилитационных детских центрах.

2. Кроме обследования врачом-психиатром, все дети были консультированы клиническим психологом и логопедом. Пациенты, у которых отсутствовала медицинская документация о неврологических осмотрах, были обследованы неврологом. По мере необходимости часть детей проходила дополнительные обследования других специалистов: педиатра, эндокринолога, отоларинголога, медицинского генетика, окулиста.

3. Клинико-психологические методы обследования. Для оценки уровня психического развития и характера протекания когнитивных процессов использовались следующие экспериментально-психологические методики: 1) тест Векслера (детский вариант WISP, адаптированный А.Ю. Панасюком, 1973); 2) прогрессивные матрицы Равена (Равен Дж.К., 1977; Мухордова О.Е., 2011); 3)

таблицы Шульте (методика «Таблицы Шульте», 1995); 4) тест Тулуз-Пьерона (Ясюкова Л.А., 1997, 1999); 5) Корректирующая проба («Вычеркивание фигур» (детский вариант) (Корректирующая проба (Тест Бурдона), 1995); 6) проба на запоминание слов (Семаго Н.Я., 2005); 7) метод исключения 4-го лишнего (Белопольская Н.Л., 2009); 8) складывание пирамидки, «Доски Сегена» (Левченко И.Ю., 2000); 9) «Складывание разрезной картинки» (Левченко И.Ю., 2000); 10) нейропсихологическая методика (Марковская И.Ф., 1993; Левченко И.Ю., 2000).

4. Инструментальные методы исследования. Всем детям было проведено ЭЭГ-обследование, по мере необходимости назначались ЭЭГ-видеомониторинг ночного сна, МРТ головного мозга, ТКДГ и УЗДГ брахиоцефальных сосудов, РЭГ, КТ головного мозга.

5. Результаты обследования заносились в специально разработанные анкеты, а затем в компьютерную базу данных — с целью дальнейшего статистически-математического анализа. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 10). Однородность состава сравниваемых групп больных оценивали по критерию Колмогорова-Смирнова. Оценку достоверности различий между средними при нормальном распределении проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Сопоставление частотных характеристик качественных показателей осуществлялось с помощью непараметрических методов - показатель соответствия (χ^2), χ^2 с поправкой Йетса (для малых групп), критерия Фишера. Для сравнения количественных параметров двух независимых ненормально распределенных выборок использовался U-тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test). Для установления корреляционных связей применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Особенности семейной и наследственной ситуации

Анализ семейной и наследственной ситуации не выявил значимых для атонической формы психического недоразвития особенностей. Представленные данные позволяют говорить об отсутствии явной зависимости формирования атонических нарушений от семейной ситуации и личностных особенностей родителей пациентов, а отягощенность наследственности по нервно-психическим заболеваниям скорее влияет на развитие умственной отсталости вообще, нежели отдельно на атоническую форму.

2. Особенности перинатального анамнеза

Анализ перинатального анамнеза показал, что у большинства испытуемых (90%) он был отягощен пренатальными и натальными вредностями, неврологической и соматической патологией. Особое внимание следует уделить гипоксически-ишемическому поражению головного мозга, которое было отмечено у 43% испытуемых. Однако отсутствие значимых различий с группой сравнения позволяет утверждать лишь о важной роли перинатальной отягощенности в формировании психического недоразвития в целом, в то время как исключительная роль данных нарушений в этиологии атонической формы олигофрении не нашла достоверных подтверждений.

3. Особенности клинической картины

Клиническая картина детей с атонической формой умственной отсталости разнообразна и отличается не только по степени выраженности нарушений, но и по качественному их содержанию. Выделение патогномичных симптомов психической атонии при умственной отсталости осложнялось различной выраженностью интеллектуального дефекта, разным возрастом пациентов и патоморфозом атонических проявлений в процессе развития каждого ребенка. Анализ клинических проявлений позволил выявить ряд признаков, которые встречались у всех испытуемых экспериментальной группы и имели достоверные отличия от таковых в группе сравнения ($p < 0,05$): гипопрозексия (или апрозексия), недостаточность как произвольного, так и непроизвольного внимания, по-

вышенная истощаемость психических процессов, недостаточное реагирование на обращенную речь и затруднение контакта, нарушение экспрессивной и импрессивной речи, игровой деятельности, нуждаемость в стимулирующей помощи, крайне низкая целенаправленность и продуктивность деятельности.

Особенно следует выделить нарушенную функцию внимания: трудность или невозможность его привлечения, недостаточность произвольного внимания, несформированность или крайнее снижение произвольного внимания. В группе сравнения также отмечались нарушения внимания, однако они отличались от экспериментальной группы как качественно, так и количественно: преимущественно внимание у этих пациентов привлекалось без трудностей, функция произвольного внимания в большинстве случаев была сохранна, способность к активному сосредоточению страдала в меньшей степени. Недостаточность психического напряжения, проявляющаяся в снижении возможностей реагирования на окружающие стимулы и выраженном нарушении сосредоточения, является специфическим признаком, характерным именно для психической атонии. Наличие гипопрозекии (апрозекии) можно по праву считать патогномичным симптомом атонического расстройства, отрицательно влияющим на адаптивные возможности и психическую деятельность детей в целом.

С выраженными нарушениями внимания у больных с психической атонией был связан ряд других клинических проявлений: крайне низкая целенаправленность и продуктивность деятельности, острая нуждаемость в стимулирующей помощи, недостаточное реагирование на обращенную речь и затруднение контакта.

Описанные клинические признаки, хотя и были характерны лишь для части пациентов с психической атонией, совершенно отсутствовали в группе сравнения: неспособность к активному сосредоточению без стимулирующей помощи, бессмысленность и бесцельность поведения, снижение двигательной активности, инициативности, силы эмоциональных реакций, наличие эхоталий.

У детей с атонической формой умственной отсталости достоверно чаще, чем у испытуемых без атонических проявлений, отмечались: нарушения двигательной активности, стереотипные движения.

Вместе с тем, ряд клинических признаков был в равной степени представлен как в экспериментальной, так и в группе сравнения: неусидчивость, незрелость и низкая дифференцированность эмоциональных проявлений, непродуктивность контакта с окружающими, недостаточное понимание обращенной речи, низкое развитие навыков самообслуживания, что, вероятно, объясняется интеллектуальным дефектом, а не атонией.

Таким образом, можно констатировать, что нарушение психической деятельности и низкий уровень функционирования детей основной группы были значительно более выраженными, чем у пациентов группы сравнения. Поскольку значимых различий в интеллектуальном развитии между ними выявлено не было, ухудшение клинической картины и функционирования может быть связано с дополнительным влиянием атонической симптоматики. Часть этих нарушений, а именно: гипопрозекия (апрозекия), выраженная истощаемость психических процессов, нарушение целенаправленности деятельности, острая нуждаемость в стимулирующей помощи, были отмечены у всех пациентов экспериментальной группы. Это позволяет считать данные признаки облигатными для психической атонии.

Факультативные признаки психической атонии были весьма переменными у разных детей и даже в процессе развития одного ребенка могли значительно меняться. Наиболее часто встречались: нарушения двигательной активности, речи, нарушения контакта, игрового процесса и интересов, различные эмоциональные нарушения. Реже встречались нарушения сна, неспецифическая избирательность в еде, нарушения навыков опрятности и самообслуживания.

4. Результаты экспериментально-психологических исследований

Тест Векслера (детский вариант WISP, адаптированный А.Ю. Панасюком, 1973) проводился у детей с 5 до 9 лет для исследования структуры и уровня интеллекта. В экспериментальной группе тест Векслера был проведен толь-

ко у 14 детей в возрасте от 6 до 9 лет, что составляет 20% от числа детей данного возраста, в то время как в группе сравнения данная методика была проведена у 57 (79,1 %) пациентов. У остальных испытуемых проведение методики было невозможным в виду выраженной неустойчивости или несформированности функций внимания и произвольной регуляции собственной деятельности, затруднений в усвоении стандартизованных инструкций, а также отчасти из-за нарушений речи.

Проведение субтестов, направленных на выявление уровня вербального интеллекта, было возможным только у 6 детей, у остальных были выполнены только субтесты, выявляющие уровень невербального интеллекта. Полученные данные соответствовали в 2 случаях пограничному с легкой умственной отсталостью уровню, в 10 случаях — легкой умственной отсталости, в 2 – умеренной умственной отсталости. Во всех случаях выявлен значительный субтестовый разброс баллов: наименьшее количество баллов получено при выполнении субтестов «Шифровка» и «Недостающие детали» (0 – 5 баллов); лучше дети справлялись с субтестами «Сложение фигур» и «Последовательные картинки».

Несмотря на то, что, в обеих группах наибольшие трудности вызывали одни и те же субтесты, стоит отметить, что у детей с психической атонией средние оценки были ниже, а разброс шкальных оценок был выражен в большей степени, чем у пациентов, составивших группу сравнения.

Использование нейропсихологической методики позволило выявить у группы с психической атонией более выраженное отставание развития высших психических функций: зрительного и пространственного восприятия, конструктивного праксиса, наглядно-действенной и вербально-логической форм мышления, а также графических навыков.

Анализ возрастной динамики развития высших психических функций показал, что различия между сравниваемыми группами по мере взросления становятся менее значимыми. Это связано с динамикой атонической симптоматики: достигая пика своего проявления в возрасте 4–5 лет, она постепенно редуцировалась после 6 лет.

5. Классификация атонических состояний по степени тяжести

В зависимости от выраженности облигатных клинических признаков можно выделить три степени тяжести атонической формы психического недоразвития. Поскольку истощаемость психических процессов, нарушение целенаправленности деятельности и нуждаемость в стимулирующей помощи не поддаются количественной оценке и во многом зависят от выраженности нарушений внимания, оценка степени тяжести атонической формы была проведена на основании характеристик произвольного внимания, непроизвольного внимания и наличия трудностей привлечения внимания.

Таблица 1 – Степени тяжести атонической формы психического недоразвития

Признак \ Степень тяжести	Легкая	Умеренная	Тяжелая	
			Вариант 1	Вариант 2
Длительность сосредоточения (произвольное внимание)	10 – 15 минут	5 – 10 минут	Отсутствие произвольного внимания	Длительность сосредоточения до 10 минут
Нарушение непроизвольного внимания	Непроизвольное внимание сформировано	Непроизвольное внимание сформировано	Умеренная или выраженная недостаточность непроизвольного внимания	Выраженная недостаточность непроизвольного внимания
Нарушение привлечения внимания	Гипопрозексия	Гипопрозексия	Апрозексия или гипопрозексия	Гипопрозексия

Тяжелая степень атонической формы характеризовалась выраженными расстройствами внимания. Выделено 2 варианта тяжелой степени. 1-й вариант основывался на несформированности произвольного внимания, при этом недостаточность непроизвольного внимания умеренная или выраженная; привлечение активного внимания затруднено вплоть до апрозексии. 2-й вариант характеризовался выраженной недостаточностью непроизвольного внимания при том, что имелась возможность привлечь активное внимание и удержать внимание на деятельности до 10 минут исключительно благодаря стимулирующей помощи.

Умеренная степень атонической формы характеризовалась возможностью удержания внимания на произвольной деятельности от 5 до 10 минут, наличием непроизвольного внимания и гипопрозексией.

Легкая степень атонической формы характеризовалась длительностью сосредоточения от 10 до 15 минут, наличием пассивного внимания, наличием легкой гипопрозексии.

Классификация психической атонии по степени тяжести показала, что чаще ее проявления являются тяжелыми и умеренно тяжелыми. Была выявлена связь степени тяжести атонии с уровнем интеллектуального развития: легкая и умеренная степени тяжести больше характерны для детей с легкой дебильностью, в то время как тяжелая (1-й вариант – 90 %) – больше представлена при умеренной умственной отсталости.

Для лучшего понимания возрастных особенностей психической атонии были сформированы две возрастные группы испытуемых: в первую группу вошли дети от 3-х до 5-ти лет, их количество составило 77, вторую группу составили дети от 6-ти до 9-ти лет, всего 46 детей. В следующей таблице представлено распределение степени тяжести атонических проявлений в зависимости от возраста пациентов.

Таблица 2 – Распределение по степени тяжести атонии в зависимости от возраста

Степень тяжести \ Возраст	3–5 лет (n=77)		6–9 лет (n=46)	
	Легкая	3	3,9 %	5
Умеренная	23	29,9 %	11	23,9 %
Тяжелая (1 вариант)	46	59,7 %	27	58,7 %
Тяжелая (2 вариант)	5	6,5 %	3	6,5 %

С возрастом атонические проявления претерпевали изменения: умеренные проявления в ряде случаев переходили в легкие, в то время как тяжелые – существенно не менялись. Результатом классификации по степени тяжести атонии стало выявление особой группы пациентов с тяжелой атонией (вариант 2-й – 10%), у которых клинические проявления не только значимо не ослабевали с возрастом, но и были характерны в равной степени для любого уровня интеллектуальной недостаточности.

Для оценки влияния степени тяжести атонии на тяжесть умственной отсталости был проведен сравнительный анализ, результаты которого представлены в следующей таблице:

Таблица 3 – Соотношение степени тяжести атонии и степени умственной отсталости

Степень тяжести атонии \ Степень умственной отсталости	Легкая дебильность (n=39)		Выраженная дебильность (n=34)		Умеренная умственная отсталость (n=50)	
	Легкая	5	12,8 %	2	5,8 %	1
Умеренная	21	53,8 %	9	26,4 %	4	8 %
Тяжелая (1 вариант)	11	28,2 %	20	58,8 %	42	84 %
Тяжелая (2 вариант)	2	5,1 %	3	8,8 %	3	6 %

Таким образом, анализ данных, представленных в таблице 3, позволяет определить ряд закономерностей влияния атонии на тяжесть умственной отсталости.

1) При любой степени умственной отсталости чаще встречаются умеренная и тяжелая (1-й вариант) атония, при этом в случае легкой дебильности превалирует умеренная атония (53,8%), в то время как при выраженной дебильности и умеренной умственной отсталости наибольшую долю составляет тяжелая (1-й вариант) атония – 58,8% и 84% соответственно.

2) Легкая и умеренная степень тяжести атонии больше представлена при легкой дебильности, доля таких расстройств уменьшается по мере снижения интеллекта.

3) Тяжелая степень атонии (1-й вариант – 90 %) больше представлена при умеренной умственной отсталости, ее доля уменьшается с увеличением интеллекта.

4) Тяжелая степень атонии (вариант 2-й – 10 %) не имеет четкой связи с уровнем интеллектуального развития.

Коэффициент корреляции (Spearman) тяжести атонии со степенью умственной отсталости равен $R=0,44$, что соответствует показателю умеренной тесноты связи, при этом он является в высокой степени статистически значимым ($p<0,01$).

ВЫВОДЫ

1. Атоническая форма умственной отсталости у детей является особым вариантом психического недоразвития, которая, помимо признаков снижения интеллекта, имеет ряд характерных клинических особенностей, в основе которых лежит неспособность к психическому напряжению.

2. Психопатологическими особенностями психической атонии у детей с умственной отсталостью являются: 1) нарушения внимания (гипопрозеция или апрозеция – невозможность длительного сосредоточения, быстрое истощение внимания); 2) нарушения поведения и деятельности – низкая целенаправленность, беспомощность, стереотипность; 3) нарушения эмоциональной сферы —

эмоциональная незрелость, недостаточная дифференцированность, отсутствие синтонности, аффективные вспышки; 4) нарушения контакта – непродуктивность контакта вследствие нарушений внимания, недостаточная сформированность навыков коммуникации; 5) нарушения речи – задержка речевого развития, эхολалии; 6) нарушения моторики – задержка моторного развития, низкая двигательная активность, неуклюжесть; 7) неврологические нарушения – снижение мышечного тонуса, эстрапирамидная недостаточность, признаки внутричерепной гипертензии.

3. К облигатной симптоматике состояний психической атонии у детей с психическим недоразвитием относятся: выраженные расстройства внимания, не соответствующие степени умственного недоразвития (включая гипопрозексию или апрозексию, нарушения произвольного и непроизвольного внимания вплоть до отсутствия таковых); выраженная истощаемость психических процессов; нарушение целенаправленности деятельности; особая значимость стимулирующей помощи.

4. Состояния психической атонии у детей с психическим недоразвитием имеют 3 степени тяжести: легкую, умеренную и тяжелую. Легкая степень характеризуется наличием гипопрозекии, возможностью концентрации произвольного внимания до 15 минут, достаточной сохранностью непроизвольного внимания. Умеренная степень тяжести характеризуется наличием более выраженной гипопрозекии, возможностью концентрации произвольного внимания до 10 минут и сохранностью непроизвольного внимания. Тяжелая степень психической атонии имеет два варианта: 1-й вариант характеризуется частичной сохранностью непроизвольного внимания при отсутствии произвольного внимания; 2-й вариант характеризуется отсутствием непроизвольного внимания при возможности (хотя и исключительно благодаря стимулирующей помощи) произвольного сосредоточения индивида на целенаправленной деятельности.

5. Имеется прямая корреляция степени тяжести атонии у детей с уровнем интеллектуального развития: легкая степень тяжести больше характерна для легкой дебильности, умеренная степень тяжести – для выраженной дебиленно-

сти, тяжелая (1-й вариант – 90%) – больше представлена при умеренной умственной отсталости. Выявлена особая группа пациентов с тяжелой атонией (вариант 2-й –10%), у которых клинические проявления не только значимо не ослабевали с возрастом, но и были характерны в равной степени для любого уровня интеллектуальной недостаточности.

6. Наличие атонической симптоматики у детей ухудшает течение умственной отсталости, усиливая ретардацию психического развития.

7. С возрастом симптоматика психической атонии претерпевает изменения: инициальные проявления психической атонии отмечаются в первые три года жизни ребенка, при этом нарушения внимания, целенаправленности, поведения и контакта постепенно нарастают, достигая пика в большинстве случаев к 4 годам, а после 5–6 лет, как правило, происходит постепенная редукция атонических симптомов при легкой и умеренной степени тяжести атонии с возможностью сохранения остаточных признаков в течение дальнейших лет жизни. Тяжелая степень атонических проявлений с возрастом претерпевает мало изменений. Умеренная степень тяжести психической атонии может трансформироваться в легкую, в то время как тяжелая степень атонической формы психического недоразвития лишь незначительно меняется с годами.

Практические рекомендации

1. Для диагностики атонической формы умственной отсталости у детей рекомендовано опираться на выделенные облигатные клинические признаки психической атонии. В особенности следует учитывать наличие выраженных нарушений внимания, не соответствующих характеру интеллектуального дефекта (гипопрозекия или апрозекия, недостаточность произвольного и непроизвольного внимания), что, в свою очередь, негативно сказывается на деятельности, взаимодействии с окружающими, а также поведении детей с психической атонией.

2. Степень умственной отсталости у детей с психической атонией необходимо уточнять в более поздние сроки, чем у пациентов без психической ато-

нии: в 6-7 лет – для пациентов с умеренной умственной отсталостью и в 7-9 лет – для детей с легкой умственной отсталостью.

3. Целесообразно учитывать степень тяжести психической атонии у детей с умственной отсталостью при прогнозировании течения заболевания, разработке медикаментозных и реабилитационных программ, а также формы обучения.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Научные статьи в журналах по перечню ВАК

1. Автенюк, А. С. Синдром психической атонии – клиническая реальность детской психопатологии? / А. С. Автенюк, И. В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2011. – № 1. – С. 60–63.

2. Автенюк, А. С. Состояния психической атонии у детей (обзор литературы) / А. С. Автенюк, И. В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2012. – № 1. – С. 13–22.

3. Автенюк, А. С. Атоническая форма психического недоразвития у детей / А. С. Автенюк, И. В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2015. – № 1. – С. 27–33.

Другие научные публикации

4. Автенюк, А. С. Состояния психической атонии у детей / И. В. Макаров, А. С. Автенюк // И. В. Макаров. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб: Наука и техника, 2013. – Глава 2. – С. 28–51.

5. Автенюк, А. С. Психическая атония у детей и подростков / А. С. Автенюк, И. В. Макаров // Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика): сб. тезисов Всероссийской научно-практической конференции / под ред. проф. Е. В. Макушкина, проф. А. С. Петрухина. – СПб.: Изд-во «Альта Астра», 2011. – С. 69–70.

6. Автенюк, А. С. Синдром психической атонии у детей и подростков / А. С. Автенюк, И. В. Макаров // Научные труды конференции, посвященной 80-летию со дня рождения профессора Федора Измайловича Случевского; сост.: Е. В. Снедков, В. А. Точилов, С. Ф. Случевская. – СПб.: Изд-во Фонда «Содружество», 2011. – С. 183–190.

7. Автенюк, А. С. К проблеме понимания термина «синдром психической атонии» / А. С. Автенюк, И. В. Макаров // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи на современном этапе: тезисы городской научно-практической конференции с международным участием, 7 октября 2011 г. – СПб.: Изд-во «Альта Астра», 2011. – С. 41.

8. Автенюк, А. С. К проблеме диагностики и лечения аутизма / А. С. Автенюк // Современный взгляд на проблемы психоневрологии XXI века: Сборник тезисов научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 150-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, (в рамках цикла «Бехтеревские чтения») / под ред. Д. В. Захарова и А. Н. Чомского. – СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2012. – С. 4–5.

9. Автенюк, А. С. Особенности нарушения внимания у детей с атонической формой психического недоразвития / А. С. Автенюк // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. мат-лов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова. – СПб., 2014. – С. 52–53.

10. Автенюк, А. С. Облигатные признаки атонической формы психического недоразвития / А. С. Автенюк // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 г., г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н. Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 167–168.