ВЯТСКИЙ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общей психологии

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХИАТРИЯ»

Умственная отсталость, причины возникновения, классификация, основные симптомы и синдромы

Выполнила:

Студентка 5 курса, группа ПС – 31

Факультета психологии и права

Перминова Н.А.

Проверил:

Преподаватель:

Киров

2009

Умственная отсталость, недоразвитие интеллекта или – в более широком смысле – нижняя часть спектра распределения интеллекта в популяции. Умственная отсталость не является отдельным заболеванием или особым состоянием, скорее это общее название многих отклонений, различных по своей природе.

Умственную отсталость следует отличать от нарушений интеллекта, возникающих в пожилом возрасте, а также в результате психических или неврологических заболеваний. В таких случаях интеллект снижается от предшествующего более высокого уровня, тогда как при умственной отсталости он никогда нормального уровня не достигает.

Умственно отсталые дети — одна из наиболее многочисленных категорий детей, отклоняющихся в своем развитии от нормы. Они составляют около 2,5 % от общей детской популяции. Зарубежные психологи нередко указывают другие, более высокие, проценты, что обусловлено иными критериями, используемыми при диагностировании у ребенка умственной отсталости.

Олигофрения. Изучение специфики умственной отсталости при олигофрении интенсивно велось в 50 —70-е гг. XX в. прежде всего такими известными отечественными клиницистами, как Г.Е.Сухарева, М.С.Певзнер, Д.Н.Исаев, В.В.Ковалев и др.

Г. Е. Сухарева выделила критерии отграничения олигофрении от сходных состояний, к которым она отнесла преобладание интеллектуального дефекта и отсутствие прогредиентности состояния. В.В.Ковалев, определяет олигофрению как «сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей».

Классификация олигофрении по степеням:

Наиболее распространенной классификацией детей с общим психическим недоразвитием (олигофренов) в нашей стране является классификация, предложенная М. С. Певзнер, в соответствии с которой выделяются пять форм.

1). Пограничная умственная отсталость - IQ = 70 - 90. Это предболезнь.

2). Дебильность (легкая умственная отсталость) - IQ = 50 – 70 - как ребенок 8-12 лет. После обучения в специальных школах или классах, находящихся при массовых школах, или после воспитания и обучения в домашних условиях многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются.

3). Нерезко выраженная имбецильность - IQ = 35 – 50, как у ребенка 6 - 7 лет. Некоторые из них посещают специальную школу или учатся в специальных классах школы для умственно отсталых или воспитываются и обучаются в домашних условиях родителями или приглашенными педагогами. Они обычно живут в семьях. Их трудоустройство затруднено.

4). Резко выраженная имбецильность (выраженная умственная отсталость). IQ = 20 – 35, т.е. как у ребенка 5 лет. Дети с таким уровнем интеллекта овладевает лишь навыками самообслуживания и простейшими трудовыми операциями, эти дети часто направляются в интернатные учреждения Министерства социальной защиты населения.

5). Идиотия (глубокая умственная отсталость) – IQ = 0 - 19. Соответствует ребенку 2 лет. Глубоко умственно отсталые дети в большинстве своем пожизненно находятся в интернатах. Некоторые, по желанию родителей, живут в семьях. Их общее количество — примерно 5% от всех умственно отсталых детей. Мышление таких детей практически полностью неразвито, возможна избирательная эмоциональная привязанность таких детей к близким взрослым. Обычно они не овладевают даже элементарными навыками самообслуживания.

Степень выраженности дефекта существенно зависит от тяжести заболевания, от его преимущественной локализации, а также от времени приобретения. Чем в более ранние сроки ребенка постигло заболевание, тем тяжелее оказываются его последствия. Так, наиболее глубокие степени олигофрении наблюдаются у детей, перенесших заболевания во внутриутробном периоде своего развития. В таком случае срок нормального развития головного мозга ребенка минимален.

Классификация олигофрении по эмоционально-волевым нарушениям (по Исаеву):

1). Астенический тип: варианты:

а). основной г). дисмнестический

б). дислалический д). брадипсихический

в). диспраксический

2). Дисфорический тип.

3). Стенический тип: уравновешенный или неуравновешенный.

4). Атонический:

а). аспонтанно-апатический

б). акатизический (при передозировке нейролептиков) – бесцельное

возбуждение.

в). мориоподобный (с дурашливостью, цинизмом).

Отличия олигофрении от педагогической запущенности:

Педагогическая запущенность - это задержка психического развития, которая возникает в условиях социального неблагополучия.

1). У запущенного ребенка – остается интерес ко всему новому.

2). У запущенного ребенка отсутствует тугоподвижность мышления.

3). Те стороны психики, которые подверглись благоприятному воздействию – у запущенного ребенка развиты нормально.

Частный случай педагогической запущенности – синдром сиротства:

1). Псевдоаутизм.

2). Дистимия (пониженное настроение).

3). Педагогическая запущенность.

4). Слабо развита моторика.

Деменция - умственная отсталость, возникшая в более позднем возрасте. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции носит необратимый характер. Она может быть:

а). Органическая

б). Эпилептическая

в). Шизофреническая.

Органическая деменция бывает частичной (парциальной) или общей. При частичной деменции сохраняется ядро личности (оно складывается из 2 критериев: сознание болезни и стремление корригировать ее), а также сохраняются социально-этические установки личности.

Причины, вызывающие у ребенка умственную отсталость, принято разделять на внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные). Они могут воздействовать в период внутриутробного развития плода, во время рождения ребенка и в первые месяцы (или годы) его жизни.

Известен ряд внешних факторов, приводящих к резким нарушениям развития. Наиболее распространенными из них являются следующие:

* тяжелые инфекционные заболевания, которые женщина переносит во время беременности, - вирусные гриппы, краснуха и др.;
* различные интоксикации, т.е. болезненные состояния организма будущей матери, возникающие под действием ядовитых веществ, образующихся при нарушении процесса обмена. Интоксикация нередко является следствием неумеренного употребления беременной женщиной лекарств. Они могут изменить развитие плода;
* тяжелые дистрофии женщины во время беременности, т.е. нарушения обмена веществ в органах и тканях, вызывающие расстройства их функций и изменения в строении;
* заражение плода различными паразитами, существующими в организме матери. К их числу принадлежит токсоплазмоз, являющийся паразитарным заболеванием, возбудитель которого — паразит, относящийся к простейшим животным. Женщина заражается от домашних животных — собак, кошек, кур, голубей, коров или от диких — мышей, зайцев, сусликов (приобретенный токсоплазмоз);
* при заболевании беременной женщины сифилисом нередко встречаются случаи заражения плода спирохетой;
* травматические поражения плода, являющиеся следствием удара или ушиба, также могут быть причиной умственной отсталости. Умственная отсталость может быть следствием родовых травм, возникающих в результате наложения щипцов, сдавливания головки ребенка при прохождении через родовые пути при затяжных или при чрезмерно быстрых родах. Длительная асфиксия во время родов также может иметь своим следствием умственную отсталость ребенка;

Среди внутренних причин, обусловливающих возникновение умственной отсталости, следует выделить:

* фактор наследственности. Установлено, что примерно 75 % составляют генетические формы умственной отсталости. Фактор наследственности проявляется, в частности, в несовместимости крови матери и ребенка (так называемый резус-фактор), в хромосомных заболеваниях. В норме при делении половой клетки в каждую дочернюю клетку попадает 23 хромосомы; при оплодотворении яйцеклетки возникает стабильное число хромосом — 46. При болезни Дауна нерасхождение двадцать первой пары приводит к тому, что у этих лиц имеется не 46, как в норме, а 47 хромосом;
* нарушения белкового обмена в организме. Так, например, особой формой тяжелого слабоумия является фенилкетонурия, в основе которой лежит именно эта причина;
* воспалительные заболевания мозга и его оболочки (менингиты, менингоэнцефалиты различного происхождения), возникшие у младенца, нередко служат причинами умственной отсталости;
* в последние годы умственная отсталость детей все в большей мере оказывается обусловленной резко повышенной радиацией местности, неблагополучной экологической обстановкой, алкоголизмом или наркоманией родителей, особенно матери. Определенную роль играют также тяжелые материальные условия, в которых находятся некоторые семьи. В таких случаях ребенок с первых дней жизни, а затем — постоянно не получает полноценного питания, необходимого для физического и умственного развития.

Приведем далее в качестве примеров некоторые синдромы, для которых характерна умственная отсталость.

Синдром повышенной ломкости X-хромосомы наследуется по X-сцепленному доминантному типу. Клиническая диагностика этого синдрома обычно трудна, поскольку его фенотипические проявления многообразны и неспецифичны. Его классические признаки: большие оттопыренные уши, удлиненное лицо, выступающая нижняя челюсть, макроорхизм - появляются, как правило, только после пубертатного периода. Самыми ранними симптомами обычно являются задержка развития и поведенческие расстройства, в том числе гиперактивность и аутизм.

Болезнь Ли обусловлена дефицитом цитохром-C-оксидазы и пируватдегидрогеназы. Заболевание начинается обычно в возрасте до двух лет и проявляется задержкой развития, мышечной гипотонией и слабостью, атаксией, офтальмоплегией, нарушением ритма дыхания.

Синдром MERRF (миоклоническая эпилепсия с пятнистыми мышечными волокнами) обусловлен точечной мутацией в нуклеотидной паре ДНК. Синдром проявляется атаксией, мышечной слабостью, деменцией, низкорослостью, снижением слуха, лактацидозом.

Синдром MELAS (митохондриальная энцефаломиопатия, лактацидоз и инсультоподобные эпизоды) связан с точечной мутацией в нуклеотидной паре ДНК. Клинические проявления включают низкорослость, эпилептические припадки, повторную рвоту, периодические головные боли, рецидивирующие инсультоподобные эпизоды, деменцию. В крови выявляется лактацидоз, в мышцах - пятнистые волокна.

Синдром Кирнса-Сейра, для которого характерны прогрессирующая наружная офтальмоплегия, атаксия, мышечная слабость, дегенерация сетчатки, нарушения проводимости сердца, лактацидоз, повышение уровня белка вСМЖ, пятнистые мышечные волокна.

Болезнь Олперса связана с недостаточностью комплекса I дыхательной цепи митохондрий. Кроме слабоумия, для нее характерны рано появляющиеся эпилептические припадки, деменция, спастичность, слепота, нарушение функции печени.

X-сцепленная адренолейкодистрофия обычно начинается в детском возрасте, однако иногда симптомы появляются в подростковом или в зрелом возрасте. Вначале обычно возникают поведенческие расстройства и изменения личности, затем присоединяются прогрессирующие неврологические нарушения, ослабление интеллекта и признаки надпочечниковой недостаточности.

Детский церебральный паралич - это хроническое непрогрессирующее заболевание, характеризующееся выраженными двигательными нарушениями, часто сочетающимися с эпилептическими припадками и умственной отсталостью. В зависимости от неврологических симптомов выделяют спастическую, хореоатетозную, атаксическую и смешанную формы детского церебрального паралича. Двигательные расстройства иногда становятся явными лишь на втором году жизни, что значительно затрудняет дифференциальный диагноз с прогрессирующими неврологическими заболеваниями. Важнейшая причина детского церебрального паралича - недоношенность и ее осложнения. У доношенных детский церебральный паралич обычно бывает обусловлен внутриутробными факторами, а перинатальные воздействия не играют ведущей роли.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

### Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М.: Академия, 2002.

### Петрова В. Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? — М., 1998.

### Фернандес Р. , Самуэльс М. Неврология. / Под редакцией М. Самуэльса. Пер. с англ. - М.: Практика, 1997.