Невротические расстройства, психогенные реакции у умственно отсталых детей и подростков

План

1. Особенности невротических расстройств умственно отсталых детей

2. Неврастения

3. Истерия

4. Невроз навязчивых состояний

5. Психогенные реакции и реактивные состояния

6. Реактивные состояния у детей и подростков с различными формами умственной отсталости

1. Особенности невротических расстройств умственно отсталых детей

Невротические расстройства у легко умственно отсталых детей и подростков принципиально не отличаются от таковых же у нормально развивающихся индивидов.

Невротическое расстройство — болезненная реакция личности на неблагоприятную жизненную ситуацию. Это психогенное (как правило, связанное с переживанием конфликтов) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся расстройством нервно-вегетативных функций.

Обычно осложненная беременность матерей умственно отсталых детей и. как правило, аномально, дотекающие роды вносят свою лепту в создание у них предрасположения к невротическим расстройствам. Часто переносимые интеллектуально неполноценными детьми соматические заболевания создают благоприятный астенизирующий фон, способствующий возникновению невротических расстройств.

В происхождении и оформлении клинической картины неврозов большое значение приобретают преморбидные особенности личности. У подавляющего большинства детей в происхождении умственной отсталости участвуют последствия перенесенных органических повреждений головного мозга. Вследствие этой патологии нередко формируются органические психопатоподобные нарушения личности. Среди них наиболее часто встречаются неустойчивость, вспыльчивость, эмоциональная лабильность и др. Эти черты личности наряду с интеллектуальной неполноценностью еще больше затрудняют приспособительные возможности индивида и увеличивают и без того повышенный риск возникновения невротических расстройств. Психические травмы в детстве (потеря родителей, отвержение, боязнь остаться незащищенным), болезнь родителей, длительная разлука с ними, конфликты между близкими людьми создают продолжительные стрессовые ситуации, истощают защитные возможности личности и организма и вызывают невротические расстройства.

Из социальных факторов в этиологии неврозов умственно отсталых детей самым важным оказывается неблагополучная обстановка в семье (развод, внебрачное рождение, воспитание приемными родителями). К заболеванию невротическими расстройствами предрасполагают материнская депривация, неправильная подготовка к жизни (чрезмерная опека, необычная строгость или безнадзорность), несоответствующее половое воспитание (развращающее).

2. Неврастения

Наиболее распространенная форма невротического расстройства умственно отсталых детей и подростков. Его причиной обычно является истощение нервной системы из-за чрезмерного и. как правило, длительного физического или умственного напряжения, связанного с отрицательными эмоциями. У умственно отсталых детей такая ситуация создается обычно при поступлении в общеобразовательную школу. При обучении в первых классах они не только не справляются с учебной нагрузкой, но и нередко становятся объектом насмешек со стороны сверстников и чрезмерного давления со стороны взрослых. В основе этого невротического расстройства лежит раздражительная слабость, повышенная возбудимость и утомляемость, которые сочетаются с понижением общего самочувствия. Утомляемость проявляется повышенной истощаемостью. постоянной усталостью, сниженной продуктивностью, раздражительностью, неспособностью получать от чего-либо удовольствие, головными болями, головокружениями, чувством внутреннего напряжения, расстройствами сна (трудностями засыпания и сонливостью днем).

У детей обычно преобладают явления перевозбуждения (повышенная реактивность, психомоторное беспокойство), аффективные вспышки с двигательным возбуждением, агрессией. У некоторых из них на передний план выступают вегетативно-соматические расстройства: анорексия, тошнота, расстройство ритма дыхания, кашель, спазм голосовой щели, неприятные ощущения в сердце, обмороки.

3. Истерия

Нередко у умственно отсталых детей и подростков развивается невротическое расстройство по механизму возникновения, соответствующее истерии — неврозу, формирование симптоматики которого основано на повышенной эмоциональности и внушаемости. Так как умственно отсталые дети и подростки отличаются несамостоятельностью и особенной внушаемостью, то и риск возникновения у них кратковременных истерических реакций или истерии очень высок. Заболевание обычно развивается остро, как правило, в непосредственной связи с переживанием неблагоприятных обстоятельств, которые складываются чаще всего из-за завышенных требований к окружающим и невозможностью выполнить эти запросы. Нередкая ситуация, приводящая к развитию истерического невроза, — обстоятельства привлечения к ответственности за совершение антиобщественного или даже противоправного действия (кражи), за которое необходимо нести ответственность. В происхождении истерических расстройств большую роль играет механизм "бегства в болезнь", условной приятности, выгодности или желательности болезненного симптома. Симптомы истерии очень разнообразны и изменчивы даже у одного и того же больного. Проявления истерии могут быть, психическими (утрата воспоминаний, страхи, ипохондрические проявления, сужение сознания), моторными (параличи, парезы, нарушение походки, судорожные припадки, гиперкинезы. спазмы, афония, мутизм), сенсорными (слепота, глухота, гипо- и гиперестезии " вегетативно-соматическими (нарушения сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы). Как правило, жалобы демонстративны. Они подчеркивают необычность, тяжесть, непереносимость болезненных явлений. Клиническая картина истерии может воспроизводить известные синдромы: "бронхиальную астму" (при затруднении вдоха, а не выдоха, как это бывает при астме), "почечных колик", при которых нет объективных признаков этого заболевания. Предпосылкой возникновения истерической симптоматики у умственно отсталых индивидов могут также явиться органические нарушения ЦНС, в особенности, проявляющиеся психопатоподобными чертами личности истероидного типа. Встречаются также острые аффективные вспышки, сопровождающиеся психомоторным возбуждением и сужением сознания ("истерические припадки"), провоцирующиеся конфликтами. Движения, возникающие в этих случаях, напоминают тонические и клонические судороги, сопровождаются криками, стенаниями, плачем. У детей истерия наиболее часто проявляется астазией-абазией, параличами, гиперкинезами, тремором, припадками, приступами удушья, психомоторным возбуждением, мутизмом, афонией, спазмами кишечника, повторяющейся рвотой. Могут быть аффективные вспышки, сумеречные состояния, обмороки.

4. Невроз навязчивых состояний

Встречается у умственно отсталых редко. Основной его признак — навязчивые состояния, т. е. внезапно появляющиеся мысли, страхи или действия, не связанные с содержанием сознания и потому воспринимаемые больными как; чуждые, эмоционально неприятные. Критическое отношение к ним побуждает больного бороться с ними.

В основе происхождения этого невротического расстройства — конфликт, возникший из-за противоречий между влечениями, желаниями и потребностями личности, с одной стороны, и долгом, или нравственными принципами (как правило, навязываемыми авторитетными фигурами), — с другой. У умственно отсталых детей и подростков в связи с их неспособностью производить анализ своих переживаний обычно трудно выявить столь сложные расстройства. В тех же случаях, когда этот невроз диагностируется, его симптоматика оказывается рудиментарной. Она выступает скорее в виде насильственных явлений, которые лишены элементов осознавания переживаний и в связи с этим борьбы с ними.

Это расстройство, как правило, начинается постепенно у тревожных, склонных к немотивированным страхам, мнительных детей. В клинической картине могут наблюдаться страхи или такие симптомы, как элементарные движения или действия— грызение ногтей, сосание пальцев, счет или более сложные защитные ритуалы (сплевывание. прикосновения к каким-либо предметам, постукивания и т. д.)

Как правило, невротические расстройства у умственно отсталых детей и подростков отличаются моносимптомностью, при них чаще всего поражаются ослабленные болезнями или недостаточно сформировавшиеся органы и системы. В клинической картине очень большое место занимают сомато-вегетативные проявления, различные формы нарушений поведения, при которых растормаживаются более примитивные способы приспособления (нарушаются пищевое, самозащитное поведение). У них легко по механизмам условно-рефлекторного подкрепления образуются и закрепляются различные незрелые формы реагирования (например, пассивно-оборонительная реакция — страх).

5. Психогенные реакции и реактивные состояния

Психогенные реакции - болезненные расстройства психической деятельности, возникающие под влиянием моральной травмы.

Наиболее распространенными формами П.р. являются: психогенная депрессия, ложное слабоумие (псевдодеменция), пуэрилизм, психогенный ступор, бредоподобные фантазии и психогенные параноиды и галлюцинации.

Реактивные состояния.

Многие авторы отмечают склонность умственно отсталых индивидов к реактивным депрессиям (Юркогш И. А., 1967).

Все описанные особенности психики умственно отсталых индивидов делают их особенно чувствительными к различным препятствиям, встречающимся на жизненном пути. Этот тип психопатологии встречается у них нередко. Более того, многие авторы считают умственную отсталость фактором, предрасполагающим к развитию реактивных состояний (БунеевА. Н., 1950; Фелинская Н. И"., 1944).

И. Н. Введенский и М. С. Хейф (1940), наблюдавшие психогенные реакции у олигофренов, описали встретившиеся им синдромы: псевдодеменцию, истерические расстройства, депрессию, ступор и указали на особенности их проявления: бедность и скудность психопатологической продукции, монотонность и длительность течения.

К. X, Короленок (1942) отметил у олигофренов две формы психогенной дементности: аффективную дементность и псевдодементность. Он отличал первую от второй по отсутствию истерической реакции, естественности поведения, по затруднениям при выполнении более сложных задач, по производимому впечатлению более слабоумных, связанному с усилением основной симптоматики. И. Т. Ментешашвили и Н. М. Асатиани (1945) пришли к выводу, что у олигофренов острые истерические реакции характеризуются бедностью клинических проявлений. В. А. Осташеза (1946) полагает, что у умственно отсталых лиц создаются предпосылки для возникновения реактивных состояний. Переживания ими в связи с низким интеллектом безвыходности ситуации и неспособность "логическому разрешению конфликтных ситуаций способствуют формированию свойственной именно им клинической картины этих состояний.

По мнению О. Е. Фрейерова (1964), при реактивных состояниях у умственно отсталых лиц "под влиянием внешних ситуационных факторов на более или менее значительный период времени изменяется клиническая симптоматика олигофрении, появляются новые симптомы, происходят сдвиги в аффективности, нарушаются привычные формы поведения". Атипичность реактивных состояний проявляется в том, что в их клинической картине преобладают явления заторможенности (страха) и бедность симптоматики, что они носят затяжной характер, не обнаруживая в течение длительного времени каких-либо изменений.

Л. А. Булахова с сотр. (1984) у детей с умственной отсталостью резидуально-органического генеза выявили реактивно возникающие "парааутистические" состояния. Эти расстройства возникали у детей с явной эмоциональной и коммуникативной недостаточностью. Они проявлялись в пассивности к познанию окружающего, болезненной реакции на перемену обстановки, усилении замкнутости, негативизме, отказе от речевого общения. В дальнейшем, спустя от 2 до 12 лет, отмечена лишь частичная адаптация в условиях привычного содержания и обучения.

Многие умственно отсталые дети (43%) с трудом переносят свое положение учащихся коррекционной школы. Особенно это относится к девочкам в периоде полового созревания (27%), а также к детям, которые проводят часть дня з семье. Реже (6%) встречаются более сложные случаи реактивных состояний (Блюменфельд С. с сотр., 1971).

У умственно отсталых детей часто встречаются психогенные реакции. Учитывая же стертость их симптоматики, ее кратковременность и благополучный исход, приходится допустить, что в поле зрения психиатров попадают далеко не все эти расстройства. Удельный вес психогенных реакций фактически значительно выше, что и соответствует катамнестическим данным, указывающим на значительную изменчивость симптоматики, ранимость детей и нестойкость компенсаторных возможностей этих больных.

6. Реактивные состояния у детей и подростков с различными формами умственной отсталости

Реактивные состояния у детей и подростков с астенической формой умственной отсталости.

Будучи аффективно неустойчивыми, возбудимыми, утомляемыми и истощаемыми, а также обладая целым рядом особенностей в мышлении и деятельности, дети с астенической формой умственной отсталости сравнительно легко дают психогенные реакции. В ряду влияний среды, которые вызывают эти реакции, — утрата близких, неуспеваемость в школе, перевод в другое учебное заведение, переезд, непрекращающиеся конфликты в семье или з коллективе сверстников. Умственно отсталые подростки оказываются более ранимыми, чем дети других возрастов. Симптоматика реакций у них развертывается в течение нескольких суток. Иногда уже на 2-3-й день больные становятся спокойнее и ровнее в поведении. Некоторые из детей в первую неделю еще неустойчивые, легко возбудимые, плаксивые, но и их состояние в течение короткого времени полностью нормализуется. Психогенные реакции протекают различно. Всех больных с кратковременными психогенными реакциями по особенностям клинической картины можно условно разделить на три типа. У части больных возникают дисфорические состояния, сопровождающиеся двигательным возбуждением. На высоте аффекта у одних появляются суицидальные мысли, а у других — стремление к разрушениям или агрессии.

У другой части умственно отсталых в связи с жизненными трудностями появляются астено-депрессивные состояния. Возникающие суицидальные намерения — значительно серьезнее.

Для третьей части характерны поведенческие расстройства с меньшими аффективными расстройствами. Нарушения их поведения заключаются либо в уходах от трудностей жизни (побегах), либо — в демонстративных угрозах убить себя и резком двигательном возбуждении.

Реактивные состояния у детей и подростков со стенической формой умственной отсталости.

У детей и подростков со стенической формой умственной отсталости кратковременные психогенные реакции проявляются, главным образом, в нарушениях поведения: побегах, аффективном возбуждении и двигательном беспокойстве. Большинство из них угрожает покончить жизнь самоубийством или даже, что чаще, демонстративно совершают суицидальные попытки. У меньшей части отмечаются либо неглубокие и кратковременные периоды снижения настроения, либо псевдодеменция. Эти реакции всегда заканчиваются благоприятно, и их продолжительность редко превышает несколько недель.

Реактивные состояния у детей и подростков с атонической фазой умственной отсталости.

Ее особенность в том. что в клинической картине на первое место выступало усиление присущих больному черт личности, имевших место до болезни, и в меньшей мере — аффективные расстройства (тревога, возбуждение).