

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

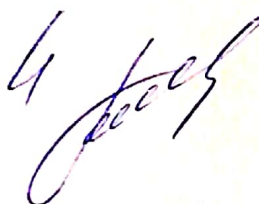
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А

Реферат на тему:
Умственная отсталость

Выполнила:
врач-ординатор 2-го года обучения
Власова А.Д.

Проверил:
Д.м.н., доцент Березовская М.А.



Красноярск
2019

Рецензия

на реферат ординатора второго года обучения Власовой А.Д. по дисциплине:
"психиатрия" на тему: "Умственная отсталость".

Работа Власовой А.Д. от 2019 года актуальна, рассмотрены наиболее важные моменты. Работа раскрывает все аспекты данного вопроса. В работе раскрыты причины, клиническая картина, степени, медико-социальные критерии и лечение. Содержание работы полностью соответствует заявленной теме. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка:

4

Проверил: заведующая кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО, д.м.н.
Березовская М.А.



Оглавление

Введение	2
Причины умственной отсталости	3
Клиническая картина умственной отсталости	5
Деление по МКБ-10:.....	9
Степени умственной отсталости	10
Вменяемость. Дееспособность.	13
Медико-социальные критерии инвалидности	14
Социальная адаптация.....	16
Лечение.	18
Список литературы.....	19

Введение

Согласно современным научным представлениям, понятие "умственная отсталость" имеет собирательное значение, которое объединяет самые разные по своему происхождению формы патологии психической деятельности. В это число включают формы умственной отсталости, связанные с повреждением мозга генетическими, органическими, интоксикационными и иными вредностями. Выделяют формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социальных и культурных факторов: неправильное воспитание, педагогическая запущенность, отрицательные соматические и психогенные влияния, дефекты зрения и слуха.

Любая вредность, действующая на организм, не закончивший своего формирования, физиологического роста, может привести к общей или частичной задержке его развития. Достаточно длительное и сильное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонениям в его дифференцировании, а, следовательно, и к нарушениям в психическом развитии ребенка. Выраженность и формы умственной отсталости зависят от времени влияния повреждающих биологических и неблагоприятных социальных факторов, локализации и распространенности болезненного процесса, а также его интенсивности. Умственная отсталость характеризуется рядом общих клинических признаков. Ведущий признак - общее недоразвитие всех сложных форм психической деятельности. При этом патологическом состоянии - врожденном или приобретенном в возрасте до 3-х лет - страдают интеллект, мышление, восприятие, память, внимание, речь, двигательная и эмоционально-волевая сферы.

Причины умственной отсталости

Причины умственной отсталости заключаются в неправильном формировании или поражении головного мозга на ранних этапах развития. Поэтому отличительной чертой умственной отсталости от приобретенного слабоумия является то, что умственная отсталость представляет собой не снижение функций психики вследствие психического заболевания, а их первоначальное недоразвитие. В случаях приобретенного слабоумия болезненное расстройство психической деятельности возникает у полноценного до этого человека, причем во время обследования удастся выявить остатки прежних навыков и знаний. У лиц с приобретенным слабоумием речь более развита, уровень абстрактного мышления более высок, имеется резкое несоответствие между интересами и устремлениями больного до развития слабоумия и после этого.

При умственной отсталости страдают те функции психики, которые обеспечивают нормальное развитие человека. Привести к повреждению головного мозга, обуславливающему умственную отсталость, могут различные факторы, действующие на зародыш и плод в периоде внутриутробного развития, во время родов или в послеродовом развитии. Различного рода интоксикации, заболевания матери во время беременности, травмы, полученные плодом в период внутриутробного развития и родов, могут быть причиной умственной отсталости. Наиболее частыми причинами умственной отсталости являются тяжелые нейроинфекции, черепно-мозговые травмы.

Умственная отсталость широко распространена среди населения всего мира, в зависимости от различных причин принято считать, что ею страдают от 1% до 5% людей.

Данные о распространенности умственной отсталости разноречивы, что объясняется рядом причин. Умственная отсталость различается по своей глубине, и ее диагностика, особенно это касается легкой степени, может быть затруднена. Лица, например, с легкой дебильностью или так называемой

пограничной умственной отсталостью могут никогда не попасть в поле зрения психиатров или дефектологов. В ряде случаев трудно определить, является ли умственная отсталость истинной, или это только временная задержка психического развития как результат того, что ребенок вследствие неблагоприятных социальных условий был лишен возможности ознакомиться с тем запасом общеобразовательных знаний и культурной информацией, которыми в достаточной мере овладели его сверстники. На своевременную выявляемость этих лиц влияет уровень развития здравоохранения, методы диагностики и многие другие факторы.

Клиническая картина умственной отсталости

проявляется не только в общей психической неполноценности, но и в различных неврологических и соматических симптомах, что является показателем недоразвития и неправильного развития не только головного мозга, но и всего организма. Особенно это положение касается тех случаев, когда имеет место биологическое повреждение зародыша.

Больные нередко обращают на себя внимание уже своим внешним видом: непропорциональное телосложение, череп то значительно уменьшен (микроцефалия), то увеличен (гидроцефалия), выражение лица тупое, рот полуоткрыт, конечности короткие, движения неловкие, угловатые, часто недостаточно координированные. Нередко имеются дефекты слуха, зрения, речи, пороки развития внутренних органов.

Характерным для умственной отсталости является недоразвитие речи. Большинство этих лиц начинают говорить после 4 лет. Медленное развитие речи иногда является выражением недостаточного развития моторики и неспособности владеть своими движениями. В таких случаях понимание речи начинается раньше, чем умственно отсталые лица начинают говорить (немота без глухоты). В других случаях недостаточность речи больше связана с дефектом высших психических функций, чем двигательных. Речь при этом бедна запасом слов, построение фраз детское. Часто отмечаются неправильное соотношение между отдельными частями предложения, аграмматичное построение фраз, отсутствие в них спряжения и склонения. Таковую речь дополняют неправильное произношение отдельных звуков, бедность интонаций, затруднения при переходе от слога к слогу, от слова к слову. При достаточно развитой устной речи может быть недоразвита способность к чтению и письму.

Для умственной отсталости характерна более или менее равномерная недостаточность как предпосылок интеллекта (внимание, память), так и его высших функций (способность к сопоставлениям, обобщениям, анализу и синтезу, способность к творческому, оригинальному и абстрактному мышлению, к самостоятельным суждениями умозаключениям).

Процесс восприятия часто ограничен различными дефектами органов чувств, но и при хороших зрении и слухе восприятие внешних впечатлений затрудняется из-за недостаточности активного внимания. При тяжелой умственной отсталости страдает и пассивное внимание. При всяком психическом напряжении умственно отсталые лица устают гораздо быстрее, чем их здоровые в психическом отношении сверстники.

Отмечаются заметные нарушения памяти. Они могут быть обусловлены неспособностью удержать в памяти воспринятые образы или устанавливать связь с прошлым опытом. Дат же в случаях хорошей механической памяти больные способны к восстановлению только отдельных деталей, они не воспроизводят сложной картины событий, сложного комплекса впечатлений, что связано с недостаточностью ассоциативного процесса, способности к умозаключению. Наряду с явной недостаточностью смысловой памяти иногда наблюдается хорошая изолированная память на имена, числа, даты, мелодии.

Вследствие недоразвития высших психических функций отмечаются затруднения обобщать впечатления прошлого и настоящего, делать из них выводы и таким образом приобретать опыт, новые знания и понятия. Запас знаний всегда ограничен. Вследствие затруднения усвоения отвлеченных понятий больные не улавливают их переносного смысла. Неспособность к абстракции может проявляться уже и в том, что счет производится только в именованных числах или при помощи подсобных предметов, счет отвлеченных чисел недоступен. Затруднено отличие главного от второстепенного, дифференциация явлений разного порядка, лучше усваивается форма, нежели внутренний смысл явлений.

У умственно отсталых лиц слабо выражена склонность к фантазированию, так как они не могут создавать новые образы из материала старых представлений. Иногда в практике судебно-психиатрической экспертизы встречаются лица с легкой умственной отсталостью, которые склонны к фантастическим измышлениям, причем их фантазии отличаются бедностью и элементарностью, случайным и необдуманном содержанием.

Наиболее существенным нарушением психической деятельности лиц с умственной отсталостью является недостаточность критического отношения к себе и ситуации, неспособность понять целесообразность своих поступков и предвидеть их последствия, что имеет самое существенное значение при судебно-психиатрических экспертизах.

Общим характерным признаком для эмоционально-волевой сферы этих лиц является преобладание не столько тонких дифференцированных эмоций, сколько аффектов. Эмоциональные переживания ограничены интересами, имеющими к ним непосредственное отношение. Чем сильнее выражена умственная отсталость, тем больше желаний, направленных на удовлетворение элементарных потребностей (утолить голод, избежать холода и т.д.). Они редко испытывают недовольство собой, сознание вины. Недоразвитие и несовершенство волевых функций может проявляться в своеобразном сочетании внушаемости, пассивной подчиняемости и упрямства, импульсивности. Возбудимость, эгоцентризм могут быть у внушаемых и робких больных.

В связи с тем, что в основе умственной отсталости лежит повреждение головного мозга, у больных могут наступать декомпенсации или временные ухудшения их психического состояния. Эти декомпенсации выражаются в тревоге, расстройствах настроения, головных болях, ухудшении сна. После употребления алкоголя, наркотических и токсических веществ, при заболеваниях, сопровождающейся высокой температурой и интоксикацией, у больных могут легко возникать быстро проходящие психотические расстройства. Психозы могут протекать со зрительными галлюцинациями,

двигательным возбуждением, страхами, депрессиями. Усугубление их интеллектуальной недостаточности может наступить и в психотравмирующей ситуации.

Деление по МКБ-10:

Умственная отсталость легкой степени F70

Ориентировочный IQ составляет 50-69 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 9-12 лет). Вероятны некоторые трудности обучения в школе. Многие взрослые будут в состоянии работать, поддерживать нормальные социальные отношения и вносить вклад в общество.

Умственная отсталость умеренная F71

Ориентировочный IQ колеблется от 35 до 49 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 6-9 лет). Вероятно заметное отставание в развитии с детства, но большинство может обучаться и достичь определенной степени независимости в самообслуживании, приобрести адекватные коммуникационные и учебные навыки. Взрослые будут нуждаться в разных видах поддержки в быту и на работе.

Умственная отсталость тяжелая F72

Ориентировочный IQ колеблется от 20 до 34 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 3-6 лет). Вероятна необходимость постоянной поддержки.

Умственная отсталость глубокая F73

Ориентировочный IQ ниже 20 (в зрелом возрасте умственное развитие ниже развития в трехлетнем возрасте). Результатом является тяжелое ограничение самообслуживания, коммуникабельности и подвижности, а также повышенная сексуальность.

Другие формы умственной отсталости F78

Умственная отсталость неуточненная F79

Степени умственной отсталости

По глубине и тяжести психических нарушений независимо от формы умственную отсталость делят на идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия (греч. - невежество) является наиболее тяжелой степенью умственной отсталости. У больных с идиотией практически не может быть полностью сформирована какая-либо речь, они плохо понимают обращения к ним. Нередко их единственной речевой реакцией на приятные или неприятные для них раздражители являются протяжные или отрывистые крики, мычание. У них настолько выражены нарушения двигательной сферы, что они не могут самостоятельно передвигаться, сидят водной и той же позе, раскачиваются из стороны в сторону, совершают однообразные движения. Эти больные совершенно необучаемы, они не могут усвоить навыки опрятности, их невозможно приучить к самообслуживанию. У страдающих идиотией преобладает пассивно-равнодушное настроение, иногда сменяющееся кратковременными вспышками ярости, немотивированного и хаотического возбуждения, обусловленными, как правило, чувством голода.

Примерно 10% умственно отсталых лиц страдают имбецильностью (лат. - слабый, незначительный). Нарушения психической деятельности здесь менее выражены, чем при идиотии, больные могут произносить короткие фразы, они понимают несложную, обращенную к ним чужую речь. Они обнаруживают элементарные, но все же разнообразные и дифференцированные реакции на внешние раздражители, способны ориентироваться в привычной обстановке, но не воспринимают новое. Путем настойчивой работы их можно приучить к уходу за собой, к выполнению несложной, простой работы, не требующей какой-либо активности и квалификации. Словарный запас, при всей дефектности речи, нарушении артикуляции, составляет 200 слов. Некоторые из таких лиц могут обучаться

во вспомогательной школе, усваивая лишь простейший счет, начертание отдельных букв и цифр, чтение по складам отдельных слов. Они узнают своих близких, иногда более дальних родственников. Ориентируясь в знакомой обстановке, совершенно теряются в новой ситуации. Эмоциональные реакции их малодифференцированы, обусловлены удовлетворением или неудовлетворением актуальных низших влечений (чувство голода и насыщения, холода и тепла). Поведенческие акты непоследовательны, импульсивны, нет какого-либо плана и прогноза своих действий, совершенно отсутствует инициатива и самостоятельность. Сильная зависимость от тех, кто о них заботится, значительный дефицит познавательных способностей не позволяют больным сформировать представление о себе как о самостоятельной личности и препятствуют также разграничению представлений о себе и об окружающих как самостоятельных категориях. У больных с имбецильностью могут быть эпизоды сексуального возбуждения, когда они совершают общественно опасные действия, чаще всего это изнасилование или хулиганство в виде эксгибиционизма (публичное обнажение).

Дебильность (лат. - слабый, хилый) - легкая степень умственной отсталости. Среди всех умственно отсталых лиц, лица с дебильностью составляют около 85-90%. Для клинических проявлений дебильности характерны все особенности, типичные для умственной отсталости вообще, выраженность же недоразвития психических функций может варьироваться от дебильности, граничащей с имбецильностью, до самой легкой, практически неотличимой от так называемой нормы. Несмотря на общий признак умственной отсталости - недоразвитие всей психики в целом - лица с дебильностью и по своим личностным, и по социальным особенностям имеют свою индивидуальность, что существенно отличает их от страдающих имбецильностью или идиотией. Они часто поступают в массовую общеобразовательную школу, но уже в самом начале своего обучения успевают очень плохо, не могут полноценно усвоить даже элементарный

учебный материал. В ряде случаев неплохая механическая память, усидчивость, настойчивость родителей и усилия педагогов позволяют больным освоить программу начальной школы, обучение в старших классах им недоступно. Справляясь с программой каждого класса массовой школы за 2-3 года, лица с дебильностью заканчивают не более 3-4-х классов и переводятся на обучение во вспомогательные школы. Такие лица приобщаются к тому или иному виду неквалифицированного труда, все трудовые процессы выполняют механически, чисто подражательно. Их интересы сконцентрированы преимущественно на удовлетворении физиологических потребностей, их мало занимает общественная жизнь, еще в меньшей степени интересуют отвлеченные вопросы и события. Лица с дебильностью все же способны обобщать данные жизненного опыта, делать несложные умозаключения и практические выводы. В несложных жизненных ситуациях, учитывая предшествующий практический опыт, они проявляют достаточную целенаправленность и активность. Чем легче степень дебильности, тем большим словарным запасом и набором отдельных понятий оперирует пациент. Большинство больных с дебильностью с возрастом все более правильно оценивают складывающуюся ситуацию, лучше контролируют свои поступки, с учетом накопленного жизненного опыта могут адекватно изменять свое поведение, у них нарастает уровень критических способностей. При умеренной и легкой дебильности они достаточно хорошо адаптируются к повседневным требованиям, выбирают посильные для себя виды деятельности, самостоятельно организуют свой быт, не нуждаются в помощи психиатра, "растворяются в обществе, становясь вполне конкурентно-способными".

Вменяемость. Дееспособность.

При решении вопросов вменяемости, дееспособности, возможности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, степень умственной отсталости определяется путем тщательного клинического изучения всей личности подэкспертного. Важное значение в этих случаях имеет не только наличие или отсутствие определенного объема знаний, но и способность ориентироваться в конкретной ситуации, способность устанавливать определенные связи с окружающими, важна адаптация к новым условиям, возможность трудового приспособления. Одним из существенных условий является умение оперировать понятиями. Большую роль в этом смысле играет степень развития речи: чем более развита речь, чем более широко подэкспертный с дебильностью пользуется понятиями, тем выше обычно оценивается степень его интеллектуального развития. Важно учитывать и характер совершенного правонарушения, а также те условия, при которых оно было совершено. Лица с дебильностью нередко понимают определенные конкретные требования закона, не требующие какой-либо сложной интеллектуальной оценки. Требования закона, основанные на более сложных отношениях и заключениях, часто ими не осознаются, особенно в юношеском возрасте. Поэтому считать их вменяемыми в отношении некоторых правонарушений следует с большой осторожностью. Опасные действия могут быть следствием эмоционально-волевых нарушений, импульсивности, невозможности подавлять влечения, когда умственно отсталые лица часто не в состоянии осмыслить противоправное значение своих действий, не могут понять, какие требования к ним предъявляются законом, не могут контролировать свое поведение.

Медико-социальные критерии инвалидности

вследствие умственной отсталости - базируются на комплексной оценке клинико-функционального, психологического, профессионального и социального статуса больного.

Основными критериями для 3 группы инвалидности являются:

- Снижение интеллекта в степени легкой умственной отсталости (легкая дебилность) с умеренно выраженными аффективно-волевыми нарушениями и психопатоподобным поведением. Указанные расстройства ограничивают способность контролировать свое поведение, способность к трудовой деятельности и к обучению 1 степени выраженности.
- Снижение интеллекта в степени легкой умственной отсталости (умеренная дебилность) с основным типом олигофренического дефекта, что ограничивает способность к обучению 1 - 2 степени выраженности, к трудовой деятельности - 1 степени, общению - 1 степени.

Основными критериями 2 группы инвалидности являются:

- Снижение интеллекта в степени легкой и умеренной умственной отсталости (умеренная и выраженная дебилность, нерезко выраженная имбецильность), с выраженными аффективно-волевыми и психопатоподобными расстройствами, что ограничивает способность контролировать свое поведение, способность к трудовой деятельности, к общению, к передвижению 2 степени выраженности, к обучению - 2-3 степени.
- Снижение интеллекта в степени тяжелой умственной отсталости (резко выраженная имбецильность), что ограничивает способность к обучению 2 - 3 степени выраженности, к трудовой деятельности - 2 - 3: степени, к общению, к передвижению и: ориентации- 2 степени.

Основными критериями 1 группы инвалидности являются:

- Снижение интеллекта в степени тяжелой умственной отсталости: (резко выраженная имбецильность) с выраженными двигательными нарушениями и резко выраженной неврологической симптоматикой (парезы, параличи, апраксия,

аграфия), глухотой, частыми эпилептиформными припадками.

- Снижение интеллекта в степени глубокой умственной отсталости (идиотия) с выраженным недоразвитием речи, моторики, диспластичностью тела, простейшими полярными эмоциями.

Указанные расстройства приводят к ограничению всех категорий жизнедеятельности III степени выраженности: самообслуживания, самостоятельного передвижения, обучения, ориентации, общения, трудовой-деятельности и способности контролировать свое поведение.

Социальная адаптация

В обществе существует система отделения «особых детей» от «нормальных». Дети с относительно лёгкими нарушениями довольно быстро могут превратиться в инвалидов, неспособных к самостоятельной жизни. Дети с диагнозом «олигофрения» при таком подходе вынуждены жить в замкнутом мире, они не видят своих здоровых сверстников, не общаются с ними, им чужды интересы, увлечения обычных детей. В свою очередь, здоровые дети тоже не видят тех, кто не соответствует «стандарту», и, встретив на улице человека с ограниченными возможностями, не знают, как к нему относиться, как реагировать на его появление в «здоровом» мире.

Традиция разделять детей по степени умственной отсталости и «отбраковывать» тех, кто не вписывается в определённые рамки (ставить клеймо «необучаемый», помещать в интернат, специальную школу), устарела и не приводит к положительному результату. Если ребёнок с подобной патологией живёт дома, то сама ситуация стимулирует его осваивать разные навыки, он стремится общаться со сверстниками, играть, учиться. Однако на практике происходит так, что ребенка с диагнозом «олигофрения» отказываются принимать в детский сад или школу и предлагают обучение в специализированном учреждении или лечение.

С 1970—1980-х годов наметилась тенденция воспитывать детей с разными нарушениями развития дома, в семье. До этого мать обычно ещё в роддоме уговаривали оставить «неполноценного» ребёнка, сдать его в специальное учреждение, то с этого времени все больше детей-олигофренов оказывается под опекой родителей, готовых бороться за их развитие и адаптацию в обществе. С помощью близких людей такой ребёнок имеет возможность претендовать на образование, лечение, общение со сверстниками.

Практика показывает, что даже самые «тяжёлые» дети при условии правильного обращения с ними стремятся к общению и активности. Дети, не умеющие говорить, плохо понимающие речь окружающих, с интересом

смотрят на детей и взрослых вокруг, начинают интересоваться игрушками, в которые играют их сверстники. Через простые, доступные им игры начинается взаимодействие с педагогом, а потом — обучение ребёнка тем навыкам, которые впоследствии окажутся для него необходимыми (есть ложкой, пить из чашки, одеваться).

Лечение.

Фармакотерапия. Ажитация, агрессия и вспышки раздражения часто поддаются лечению нейролептиками. При расстройствах с дефицитом внимания и гиперактивностью или при депрессиях также могут потребоваться нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы. При агрессии и аутоагрессии хороший эффект дает использование лития.

Психотерапия. В качестве психотерапевтических приемов используются поведенческая терапия, консультирование родителей и членов семьи, индивидуальная поддерживающая психотерапия при заниженной самооценке, улучшение навыков социализации.

Список литературы

1. <http://www.rusmedserv.com/>
2. Т.Б.Дмитриева. «Клиническая психиатрия. Руководство для врачей и студентов» .
3. http://www.invalidnost.com/publ/mediko_socialnaja_ehkspertiza_pri_nekotory_kh_zabolevanijakh/mseh_i_invalidnost_pri_oligofrenii/2-1-0-74