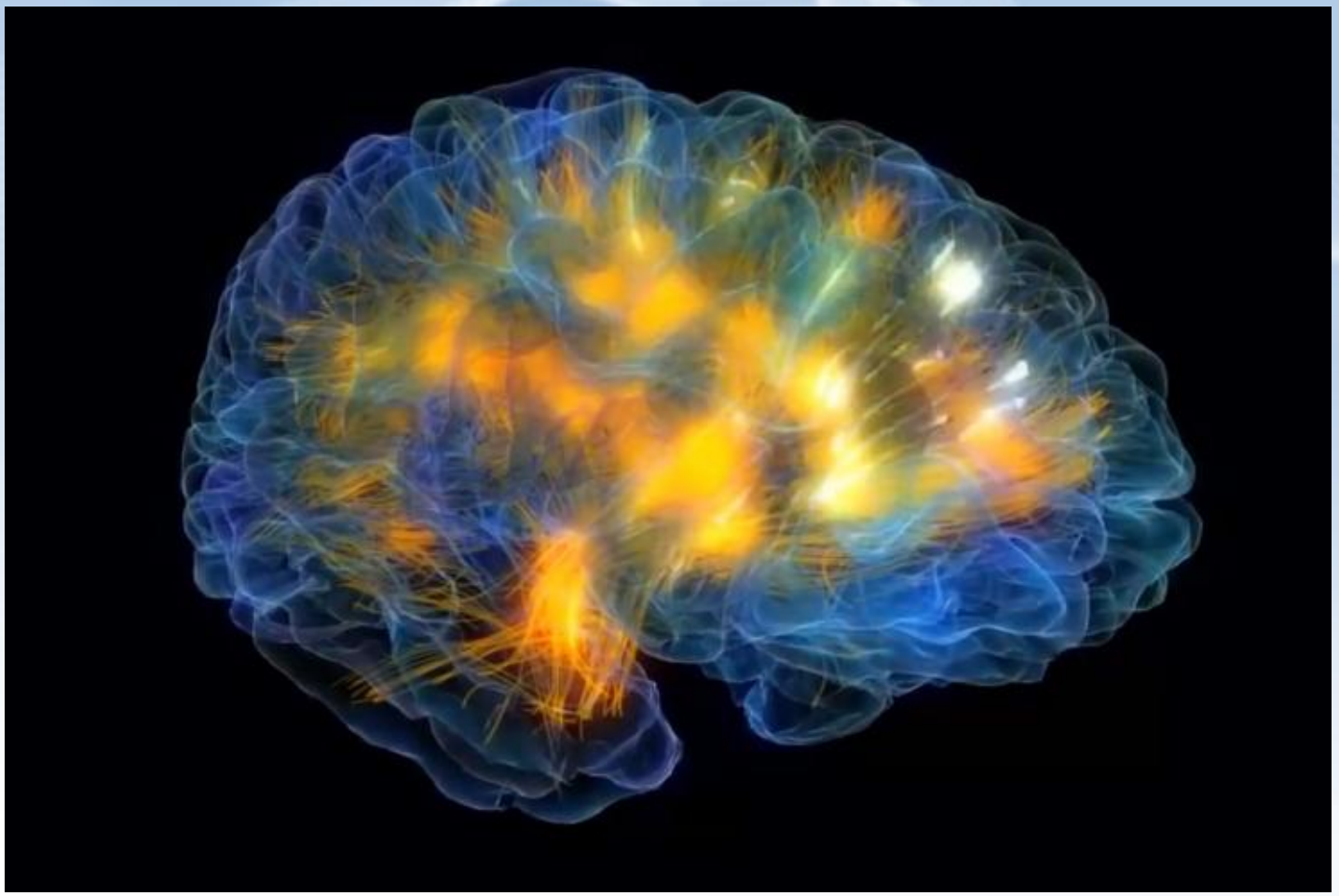
Классификация форм олигофрении



Олигофрения (малоумие) — врожденное или рано приобретенное (в первые 3 года жизни) слабоумие, выражается в недоразвитии всей психики, но преимущественно интеллекта. Врожденное слабоумие с признаками недоразвития (олигофрению) принято отличать от деменции — приобретенного слабоумия с распадом психической деятельности.

Существует несколько классификаций форм олигофрении. Мы рассмотрим наиболее распространенные из них.

Традиционная классификация олигофрении

Дебильность — легкая степень слабоумия. Дебилы способны к обучению, овладевают несложными трудовыми процессами, возможно их социальное приспособление в известных пределах (IQ = 50—70). Легкую дебильность трудно отличить от психики на нижней границе нормы. В отличие от имбецилов дебилы нередко обнаруживают довольно высокое развитие речи; их поведение более адекватно и самостоятельно, что в какой-то мере маскирует слабость мышления. теории им не удается.

Эмоции, воля и вся личность при дебильности более развиты, чем при имбецильности.

Имбецильность — средняя степень слабоумия. Речь и другие психические функции развиты больше, чем при идиотии, однако лица с имбецильностью необучаемы, нетрудоспособны, им доступны лишь элементарные акты самообслуживания. IQ = 20—50. Имбецилы обнаруживают довольно дифференцированные и разнообразные реакции на окружающее. Их речь косноязычна и аграмматична. Они могут произносить несложные фразы, словарный запас достигает иногда 200—300 слов. Хотя развитие статических и локомоторных функций происходит при имбецильности с большой задержкой, больные усваивают навыки опрятности, самостоятельно едят, способны себя обслуживать. Лицам с имбецильностью доступны несложные обобщения. Эмоции бедны, однообразны, все психические процессы тугоподвижны и инертны. Следует учитывать также повышенную внушаемость имбецилов и склонность к слепому подражанию.

Идиотия — самое тяжелое слабоумие (глубокая умственная отсталость) с почти полным отсутствием речи и мышления, потребностью в постоянном уходе и надзоре; IQ<20.

У больных либо нет реакции на обычные раздражители, либо она неадекватна. Восприятия лиц с идиотией, по-видимому, неполноценны, внимание отсутствует или крайне неустойчиво. Речь не развита, ограничивается звуками, отдельными словами, нет понимания обращенной к ним речи.

Дети, страдающие идиотией, или совершенно не овладевают статическими и локомоторными навыками, или приобретают их очень поздно. Какая-либо осмысленная деятельность при идиотии недоступна. Больные не владеют даже простыми навыками самообслуживания, неопрятны. Предоставленные самим себе, остаются неподвижными или впадают в непрерывное бессмысленное возбуждение с однообразными движениями, автоматическим раскачиванием, стереотипным размахиванием руками, хлопаньем в ладоши и т. п. Лица с идиотией нередко не отличают родных от посторонних. Эмоции элементарны и связаны только с удовольствием или неудовольствием, что выражается самым примитивным образом в виде возбуждения или крика. Часто больные поедают нечистоты, жуют и сосут все, что попадается под руку, упорно мастурбируют. Глубокому недоразвитию психики нередко соответствуют грубые дефекты физического развития.

Мария Семеновна Певзнер (1901 – 1989)
отечественный ученый, врач-психиатр, педагог.

В своей классификации олигофрении дала характеристику структуры интеллектуального дефекта и других расстройств, которые осложняют слабоумие и по-разному влияют на нарушение познавательной деятельности, а также различные нарушения работоспособности.

Классификация форм олигофрении по М.С. Певзнер

М.С. Певзнер выделила следующие формы олигофрений:

1) неосложненная форма олигофрении;

2) олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов;

3) олигофрения с психопатоподобными формами поведения;

4) олигофрения, сопровождающаяся нарушениями работы различных анализаторов;

5) олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.

Неосложненная форма олигофрении

Неосложненная форма олигофрении характеризуется диффузным поражением головного мозга. Сопровождается уравновешенностью нервных процессов, грубые поражения в пределах того или иного коркового анализатора отсутствуют. Не наблюдается психомоторной расторможенности, аффективных расстройств, патологии влечений, судорожных припадков. Сохранена целенаправленность действий. Дети обычно спокойные, дисциплинированные, их довольно легко организовать. В зависимости от степени интеллектуального недоразвития различны личностные особенности, уровень достижений в интеллектуальной и трудовой деятельности, работоспособность. Дети довольно быстро адаптируются в условиях коррекционной школы. Данная группа детей эмоционально привязана к членам семьи, сверстникам, учителям.

Если у ребенка наблюдается олигофрения в степени дебильности, достаточно сохранна эмоциональная сфера, ребенок способен учитывать элементарные ситуации, то умственная отсталость у такого рода детей диагносцируется лишь при поступлении в массовую школу или после безуспешного пребывания в ней в течение одного года (иногда двух).

Основные направлениями коррекционной работы:

1) коррекция познавательных процессов;

2) развитие эмоционально-волевой сферы;

3) сохранение работоспособности на определенном уровне.

Дети с неосложненной формой олигофрении в степени дебильности при обучении в специальной (коррекционной) школе VIII вида достаточно успешно овладевают предусмотренными программой знаниями, умениями, навыками.

Олигофрения, осложненная нейродинамическими расстройствами

При данной олигофрении интеллектуальное недоразвитие сочетается с явлениями нарушения процессов активного возбуждения или торможения. У детей с преобладанием процессов активного возбуждения психическое развитие в целом страдает от двигательной расторможенности, отвлекаемости, повышенной импульсивности, а также аффективной неуравновешенности. Такие дети неусидчивы, часто отвлекаются, непослушны, конфликтны, на замечания взрослых не обращают внимания. В процессе коррекционного обучения возбудимые дети становятся более трудоспособными. Данная группа детей достаточно социально адаптируется в обществе. Иногда конфликты возникают по мелким поводам.

Дети с преобладанием процессов торможения вялые, замедленные, инертные. Эта замедленность проявляется в снижении работоспособности, в низкой продуктивности. У таких детей слабо проявляется интерес ко всему новому, они безразличны в учебной деятельности, психические процессы инертны. Учебный материал запоминают плохо. Они не успевают за одноклассниками. Им требуется больше, чем другим, времени на организацию своей деятельности.

У подобных детей свой темп работы, торопить в работе их не нужно. С трудом идет переключение с одного вида деятельности на другой. В деятельности проявляется подражание.

Направления коррекционной работы:

1) активизация познавательной деятельности;

2) стимулирование учебной деятельности;

3) более выраженная по сравнению с другими детьми алгоритмизация действий, стереотипность действий, большая расчлененность учебного материала;

4) профилактика перегрузок, выработка четкого режима дня и его неукоснительное соблюдение.

Олигофрения, осложненная психопатоподобными формами поведения

При олигофрении, сопровождающейся психопатоподобными формами поведения, у детей наблюдается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы, отмечается недоразвитие личностных качеств, снижение критического отношения как к себе, так и к окружающим их людям.

Подобный вид олигофрении наиболее типичен для лиц, перенесших тяжелые постнатальные инфекционные заболевания (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит), а также черепно-мозговые травмы с вовлечением в болезненный процесс подкорковых образований.

Сочетание психического недоразвития с явлениями аффективной возбудимости, расторможенность влечений, проявляющаяся в склонности к воровству, бродяжничанию, прожорливости, повышенной сексуальности. Такие дети могут быть опасны в момент аффекта. Речь, исходящая от взрослых, не несет регулирующую функцию. Дети не могут выполнять правил поведения. Купировать аффективные состояния быстро не удается. В тяжелых случаях применяют медикаментозные препараты. Если у ребенка вспышки агрессивного поведения частые, затяжные, то он выводится на домашнее обучение. Если опасности для окружающих нет, то обучение проводится в группе (классе).

Направления коррекционной работы:

1) разъяснение другим детям, почему наблюдается такое поведение;
2) недопущение перевозбуждения ребенка, необходимость предупреждать его;
3) в момент аффекта внимание на ребенке не акцентировать.

Олигофрения, осложненная тяжелыми нарушениями функций лобных долей мозга

При олигофрении, осложненной нарушениями функций лобных долей мозга, наблюдается грубое нарушение познавательной деятельности, целенаправленности деятельности. Одни дети вялые, двигательно заторможенные, пассивные. Другие дети расторможенные, импульсивные. В поведении детей проявляются несоциальные наклонности.

Интеллектуальная недостаточность глубокая, достигает степени имбецильности, чувство такта, дистанции у них отсутствует. Биологические потребности (потребность в еде, сексуальность) повышены. Наблюдается неадекватное восприятие окружающей действительности. Речь своеобразна. Сопровождается произнесением штампов, бездумно повторяются чужие высказывания, смысл речи до конца не понимается. Наблюдается грубое недоразвитие личности. Больные некритичны к себе, к ситуации, в которой они находятся. Отсутствует чувство страха, обиды, стеснительности не бывает.

Коррекционная направленность воспитательной работы:

1) развитие целенаправленности на применение простых поведенческих реакций;

2) развитие операций на основе наглядности;

3) воспитание стереотипов социального поведения.

Олигофрения, осложненная нарушениями в системе отдельных анализаторов

Наличие у ребенка сложного дефекта очень резко замедляет и изменяет ход его интеллектуального и физического развития. Снижается процент коррекции его недостатков. Наличие умственной отсталости у глухих и слабослышащих составляет примерно 10%, а среди слепых и слабовидящих примерно в два раза больше.

При данном виде олигофрений, общее недоразвитие мозга сочетается с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, недоразвитием речевых систем.

К этиологическим факторам данного вида олигофрении относят генетические формы, связанные с нарушениями обмена, внутриутробного развития плода, а также асфиксии новорожденных, родовые травмы, ранние постнатальные поражения. Коррекционная работа проводится совместно с логопедом.

Груня Ефимовна Сухарева (1891 - 1981) — советский психиатр.

Дала классификацию форм олигофрении в 1972 году.

Классификация олигофрении по Г.Е. Сухаревой

1. Олигофрении эндогенной природы:

- истинная микроцефалия;
- болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфелтера и др.;
- ксеродермические формы (синдром Рада);
- энзимопатические формы, обусловленные нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена — фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм и др.;
- мутагенное поражение генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические вещества и др.)

2. Эмбриопатии и фетопатии:

- олигофрения, обусловленная вирусными инфекциями (краснуха беременных, грипп, вирусный гепатит);
- олигофрении, обусловленные токсоплазмозом;
- олигофрении, обусловленные врожденным сифилисом;
- олигофрении, вызванные гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

3. Олигофрении, вызванные вредными факторами, действующими во время родов, в ранний период и первых 3-х лет жизни ребенка:

- олигофрении, возникшие вследствие асфиксии плода и родовой травмы;
- олигофрении, вызванные в детстве (до 3 лет) инфекциями и черепно-мозговыми травмами;
- атипичные олигофрении, обусловленные гидроцефалией, сочетание с детским церебральным параличом, тяжелые нарушения сенсорных функций.

Ковалев В. В., доктор медицинских наук, профессор, выделил следующие основные клинические формы олигофрении:

1) **ретардация**, т.е. стойкое психическое недоразвитие (общее или парциальное) или замедленное психическое развитие;

2) асинхрония (дисгармоничное психическое развитие), которая включает признаки ретардации и акселерации.

Явление ретардации — отсутствие инволюции ранних форм психического развития. Отдельные периоды развития незавершенны. Это явление характерно для олигофрений, а также задержки психического развития.

Явление акселерации отдельных функций: это относится к раннему проявлению сексуального влечения при преждевременном половом созревании. Возможно раннее возникновение речи, наблюдающееся при раннем детском аутизме.

Наиболее выраженная асинхрония характерна для искаженного развития. Характерной моделью искаженного развития можно рассмотреть дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. При данном заболевании наблюдается преждевременное развитие речи (иногда до 1 года). В то же время контакт с окружающими снижен. Со стороны сенсорной и моторной сферы наблюдается выраженное недоразвитие. Социальное развитие ребенка заметно отстает. Вербальный интеллект опережает развитие предметной деятельности.

Клинические формы олигофрении, установленные по признаку этиологии

Первая группа. Олигофрении, обусловленные наследственными факторами:

1) истинная микроцефалия;

2) дизостотические формы — синдром Крузона, синдром Алера и др.;

3) ксеродермические формы (синдром Рада);

4) энзимопатические формы, обусловленные нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена — фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм, синдром Марфана и др.;

5) болезнь Лоуренса—Муна—Барде—Бидля и другие редкие наследственные заболевания;

6) олигофрении, обусловленные хромосомными аберрациями — болезнь Дауна, синдром Шерешевского—Тернера, синдром Клайнфелтера и др.;

7) олигофрении, вызванные мутагенным поражением генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические агенты и т. п.).

MICROCEPHALY

Вторая группа. Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода (эмбрио- и фетопатии):

1) вирусными инфекциями, например краснухой беременных (рубеолярная эмбриопатия);

2) врожденным сифилисом, токсоплазмозом, листериозом и другими инфекциями;

3) гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

Третья группа. Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3 лет внеутробной жизни:

1) обусловленные иммунологической несовместимостью крови матери и плода, например конфликтом по резус-фактору;

2) вызванные асфиксией плода и новорожденного, а также родовой травмой;

3) вызванные перенесенными в раннем детстве инфекциями и черепно-мозговыми травмами;

4) атипичные олигофрении, обусловленные врожденной гидроцефалией или краниостенозом, сочетающиеся с детским церебральным параличом, преимущественным недоразвитием отдельных систем головного мозга, тяжелыми нарушениями сенсорных функций и т. п.