

Осложнённые формы олигофрении

Выполнила: студентка 2 курса ИП СОЛОГ 21-15

Возникновение дополнительных психопатологических синдромов при осложнённых формах олигофрении.

Наиболее часто встречаются такие
синдромы:

- Эйфорический
- Апатико-абулический
- Дисфорический

Эйфорический синдром

Отмечается стойко повышенное настроение с оттенком всеблаженства, беспечностью, беззаботностью, безразличием к окружающему, иногда — с сюжетно-однообразными фантазиями, касающимися узкого круга интересов больного, которые отражают его интеллектуальный дефект. В отличие от лиц с гипоманиями здесь отсутствует стремление к деятельности. Близок к этим состояниям мориоподобный синдром («мория» с греч. - нелепость, ребячество): нелепая дурашливость, двигательная расторможенность, показное стремление подшутить над окружающими, устроить им неожиданный сюрприз и т. п. Но этот синдром в судебно-психиатрической клинике при олигофрениях встречается редко, он более характерен для церебральных опухолей с лобной локализацией, для интоксикационных психозов, травматических поражений мозга.

Апатико-абулический синдром

- При апатико-абулическом синдроме в рамках олигофрений отмечаются эмоциональная бедность, общая вялость, бездеятельность, медлительность, скованность, замедленная реакция на все окружающее, низкая способность к психическому напряжению, психомоторная заторможенность, слабость побуждений, аспонтанность, астрессовость.

Дисфорический синдром

Для данного синдрома характерна триада:

- а) тоскливо-злобная окраска настроения;
- б) истероформные включения;
- в) преобладание депрессивного аффекта, нередко с ипохондрическими компонентами.

В целом для олигофренических дисфорий при их возникновении характерно недостаточно четкое восприятие окружающего мира. В некоторых случаях на высоте эмоционального напряжения встречаются истерические припадки или сужение сознания, склонность к сверхценным образованиям и даже рудиментарным бредовым построениям — обычно непродолжительным, исчезающим по мере уменьшения аффективного напряжения.

В.А.Гурьева

Гурьева Валерия Александровна— советский и российский учёный в области психиатрии, доктор медицинских наук, профессор— советский и российский учёный в области психиатрии, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних Государственного центра социальной и судебной психиатрии Сербского.



В.А.Гурьева выделила варианты психопатоподобного синдрома:

- Возбудимый
- Тормозимый
- Неустойчивый

Возбудимый вариант

- Для данного варианта характерны почти постоянная злобно-негативистическая установка по отношению к окружающим, периодическая гневливая возбудимость, вспыльчивость и несдержанность, готовность к аффективным разрядам с неадекватной по отношению к раздражителю яростью, внешне немотивированным двигательным возбуждением, с тенденцией к разрушительным действиям и аутоагрессии. Больные обнаруживают гиперестезию по отношению к себе и анестезию по отношению к окружающим, они повышено обидчивы, эгоистичны, отличаются лабильностью настроения, порой некоторой вязкостью и назойливостью в поведении. Аффективные состояния злобы, ярости, негодования, реакции «короткого замыкания» с внезапным изменением моторики протекают с утрированными мимическими и пантомимическими компонентами, с характерными неестественными выкриками, демонстративными угрозами и т.п. Нередко в структуру возбудимого варианта психопатоподобного синдрома входят истероподобные реакции, носящие примитивно-банальный, наивный характер. При психогениях возникают состояния ажитации и истероформное поведение.

Тормозимый вариант

- Для тормозимого варианта типичны формы реагирования с явлениями нерешительности, робости, страха, пугливости, смущения, растерянности при изменении привычной ситуации. Характерен отрицательный эмоциональный фон. Помимо дистимических эпизодов, нередко наблюдаются депрессивные состояния с подавленностью, тоской, элементами двигательной заторможенности, иногда с рудиментарными идеями отверженности со стороны конкретного круга лиц. Возможны и суицидальные тенденции. При психогениях отмечается формирование тревожно-депрессивного синдрома.

Неустойчивый вариант

- Для этого варианта характерна повышенная внушаемость, возможно попадание под влияние криминальных структур: «их воля без энергии». В некоторых классификациях эту группу рассматривают как один из типов психопатий («конституционально глупые» по П. Б. Ганнушкину и «конформные» по А. Е. Личко), что подчеркивает размытость границ между названными категориями.

В процессе социальной адаптации больных олигофренией возможна их декомпенсация, которая может проявиться в следующих вариантах(по В.А.Гурьевой):

- реакция тоски по дому (ностальгия) с нарастанием чувства тоски и тревоги, внутренним беспокойством, стремлением к разрядке; возможно недостаточно четкое и дифференцированное восприятие окружающего;
- реактивные состояния, на высоте которых появляются быстро преходящие идеи отношения и преследования: состояния острой растерянности, немотивированного панического страха, ипохондрический синдром (возможна трансформация сверхценных идей в нигилистический бред), параноидные эпизоды (идеи отношения и преследования, для которых характерны элементарность, чувственный характер, отсутствие тенденции к систематизации), состояния измененного сознания (истерические, иногда эпилептические сумерки); для них характерны бедность психопатологической симптоматики, медленное течение, преобладание в клинической картине явлений заторможенности на фоне страха, тревоги и растерянности; возможны депрессия, истерические проявления, суженое сознание;
- стереотипная синдромальная характеристика с тенденцией к повторению: 1) тревожно-депрессивный синдром (растерянность, тревожность, тоскливость, нестойкие идеи отношения); 2) кататоноподобный синдром (негативизм, стереотипии, персеверации, элементы восковой гибкости); 3) псевдодементный синдром (наиболее характерен) — с утрированной нелепостью и крайним однообразием; 4) пуэрильный — с ограниченностью и бедностью демонстрируемой детскости при отсутствии фантазии и творчества на фоне страха и тревоги;
- под влиянием алкогольной интоксикации наблюдается усугубление свойств, характерных для той или иной группы олигофрений и определяющих их синдромальные характеристики; нередко возникает хаотичное психомоторное возбуждение с внешне безмотивными агрессивными-разрушительными действиями, иногда с грубым расторможением сексуального влечения, гневливой эффективности с агрессивными проявлениями.

Особенности клиники интеллектуальных нарушений, ее динамики в процессе социальной адаптации больных с осложненными формами олигофрении обуславливают риск совершения ими процессуальных действий. Знание дополнительных психопатологических синдромов и вариантов декомпенсации больных олигофренией в процессе их социальной адаптации имеет большое значение для судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Спасибо за внимание!