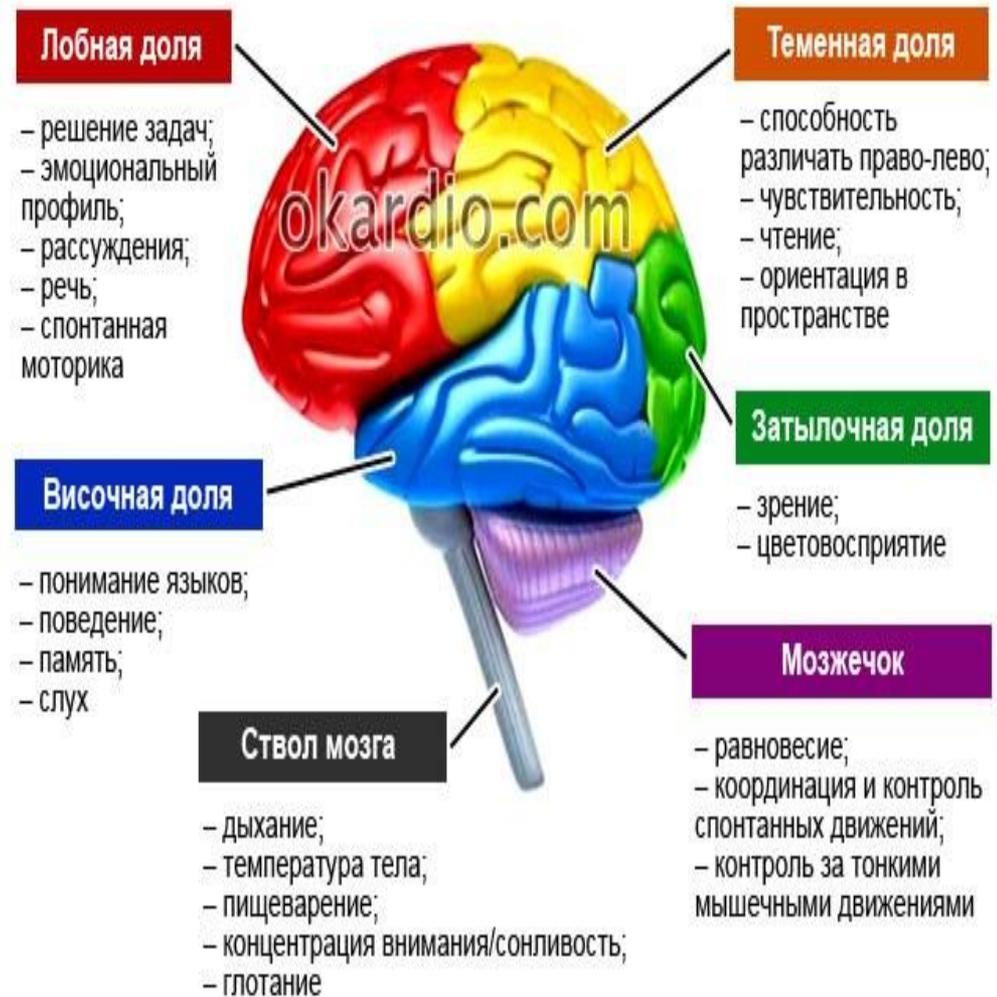


Нарушения внимания и интеллекта.

Слабоумие и изменение личности

Доклад подготовила студентка 7 курса МГМСУ им.А.И.
Евдокимова
Матвеева Светлана

* **Интеллектом** (лат. — intellectus — ум, рассудок, разум, понимание, познание) называется способность к агглютинативной переработке результатов когнитивных операций, обеспечивающей познание сущности и взаимозависимости предметов и явлений, направленности их динамики.



- * **Олигофрени** — сборная группа стойких непрогрессирующих патологических состояний с различной этиологией и патогенезом, но объединяемых по сходству основной, главной клинической картины наследственного, врожденного или приобретенного в первые годы жизни слабоумия, выражающегося в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и в затруднении социальной адаптации.
- * **Термин «олигофрения»** (от греч. oligos — малый, незначительный + phren — ум, разум), впервые введенный Э.Крепелином, не является единственным для определения описываемых состояний. В настоящее время употребляются также такие обозначения, как «психическая ретардация», «умственная отсталость», «общее недоразвитие», «умственное недоразвитие».

- * **Недоразвитие интеллекта** — наиболее яркое клиническое проявление олигофрении, но при этом следует помнить, что слабоумие является лишь частью общего психического недоразвития личности, задержки психического развития в целом. Поэтому для олигофрении характерны также различно выраженные эмоциональные, волевые, речевые и двигательные нарушения.

* **Основное проявление олигофрении** — психическое недоразвитие — в зависимости от ее формы может сочетаться с различными физическими, неврологическими, психическими, биохимическими, эндокринными и другими нарушениями. Олигофрении не являются болезнью в полном смысле слова. Это не болезненный процесс, а **патологическое состояние** — результат когда-то подействовавшей вредности, следствие какого-то давнего болезненного процесса, вызвавшего задержку развития личности в целом и в первую очередь умственного развития

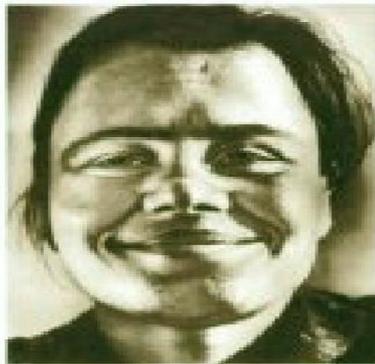
- * Олигофрениии не заболевания, а **дизонтогении** (Сухарева Г.Е.) .
- * Для олигофрениии характерно отсутствие прогредиентности, что выражается прежде всего в том, что слабоумие как правило, не нарастает, не увеличивается, не прогрессирует. Наоборот, в большинстве случаев при олигофренииях возможно какое-то интеллектуальное развитие.
- * В этом принципиальное отличие олигофрениии от деменции — *приобретенного* в течение жизни слабоумия с его тенденцией к прогрессированию.

Клинические проявления

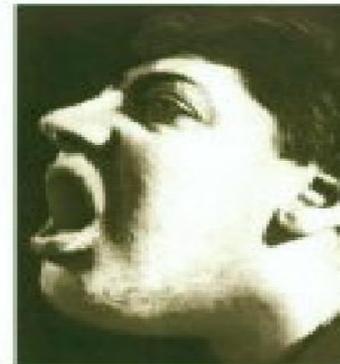
- * По степени психического недоразвития всех страдающих олигофренией независимо от формы заболевания принято подразделять на **три группы**:
 - * 1) с наиболее резко выраженным дефектом психического развития (**идиотия**);
 - * 2) со средней степенью (**имбецильность**) и
 - * 3) с легкой выраженностью олигофрении (**дебильность**).



Дебильность



Имбецильность



Идиотия

Психические нарушения

- * Четкой границы между этими тремя степенями задержки психического развития нет. Невозможно, например, провести твердую грань между легкой степенью идиотии и глубокой имбецильностью, или между выраженной дебильностью и легкой степенью имбецильности. Но все же, однако, в наиболее типичных проявлениях идиотия, имбецильность и дебильность имеют ряд существенных особенностей.

Идиотия

- * (от греч. idioteia — невежество) является наиболее тяжелой степенью задержки психического развития.
- * При глубокой идиотии почти полностью отсутствует познавательная деятельность. Такие больные обычно никак не реагируют на окружающее, ничем, даже громким звуком или ярким светом, не удастся привлечь или во всяком случае сколько-нибудь задержать их внимание. Они неспособны к каким-либо дифференцировкам; часто не узнают даже мать, что здоровый ребенок делает уже в несколько месяцев. Подобное глубокое нарушение познавательной деятельности определяется как неспособность образовывать представления, образовывать новые связи.

* Страдающие глубокой идиотией не отличают горячее от холодного, съедобное от несъедобного, вся тянут в рот, пытаются сосать одежду, белье, пальцы, иногда засовывая в рот не только пальцы рук, но и ног. Не имеют представления и о глубине и высоте. Так, больной идиотией ребенок 7 лет, ползая по двору, много раз падал в глубокую яму, вырываемую для колодца и все же сильные ушибы (однажды даже с переломами костей) не вызывали у него никакого представления об опасности.

- * Больные с тяжелой формой идиотии не приобретают никаких навыков самообслуживания, не могут одеться или раздеться, пользоваться ложкой, вилкой, неопрятны во время мочеиспускания и дефекации и совершенно не тяготеют этим, не испытывают беспокойства от мокрого белья.
- * Довольно часто отмечается понижение всех видов чувствительности, в том числе и болевой: они никак не реагируют на повреждения, а нередко, особенно в периоды гневливых вспышек, могут царапать лицо и тело, рвать волосы, кусаться

- * Эмоциональные реакции страдающих глубокой идиотией крайне примитивны, они не умеют плакать или смеяться, не могут радоваться, способны лишь к злобно-гневливым вспышкам.
- * У одних эти злобные реакции почти постоянны, у других преобладает вялость, тупое безразличие ко всему, почти полное отсутствие каких-либо эмоциональных реакций.
- * Речь у страдающих глубокой идиотией полностью отсутствует.
- * Они не только не понимают обращенных к ним слов, но даже неспособны издавать сколько-нибудь членораздельные звуки.

* Двигательные реакции их также характеризуются бедностью, малой координированностью, примитивностью. Они поздно и с трудом овладевают умением ходить, делают очень неуклюжие движения, иногда же передвигаются только ползком. Движения их несогласованны, нередко хаотичны, сколько-нибудь сложная координация им обычно недоступна. Характерны однообразные, иногда постоянно повторяющиеся движения: монотонное равномерное раскачивание туловища взад и вперед, стереотипные движения из стороны в сторону нижней челюстью, кивательные движения головой, переминание с ноги на ногу и т.д.

Клинический пример

- * Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад — вперед. Порой делает попытки встать, держась за края кровати, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жестикуляции и интонаций. Обычно издает только мычание, но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью матери (на которую никак не реагирует), неопытна при мочеиспускании и дефекации.

* При идиотии средней и легкой степени имеются некоторые проявления познавательной деятельности. Такие больные способны к выработке каких-то (наиболее простых) представлений. Они понимают, например, что нельзя трогать пламя, опускать руку в кипящую воду, что можно уколоться острым предметом и т.д. Эти больные способны не только различать окружающих, но даже привязываться к ухаживающим за ними, проявлять радость при их появлении. Способны усвоить элементарные навыки самообслуживания. Движения их большей частью неуклюжи, но встречаются среди них больные с очень большой подвижностью. Ловко работая руками и ногами, такие больные способны легко влезть не только на дерево, но и на гладко обтесанный столб.

- * При идиотии средней и особенно легкой степени больные не только могут издавать членораздельные звуки, но и запоминать отдельные слова, обычно из повседневного обихода. При этом большей частью отмечаются разного рода дефекты произношения: гнусавость, шепелявость, замены одних звуков другими, пропуски слогов и т.д.
- * Ввиду резко выраженного дефекта психического развития нуждаются в постоянном надзоре и уходе и помещаются обычно в специальные медицинские учреждения.

Имбецильность

* (от лат. imbecillus - слабый, незначительный) -средняя степень задержки психического развития. При имбецильности познавательная деятельность нарушена таким образом, что страдающие олигофренией уже могут образовывать представления, но более высокий этап психической деятельности — образование понятий — для них невозможен или резко затруднен. У них отсутствует способность к абстрактному мышлению, обобщениям. Они не только в состоянии приобретать основные навыки (самообслуживания) такие как одевание, самостоятельная еда, элементарная опрятность, но могут быть приучены и к простейшему труду, в основном путем тренировки подражательных действий. Так, они могут перематывать нитки, помогать в уборке помещения или двора, выполнять какую-то одну операцию, например при клейке коробок и т.д.

* Они понимают простую речь и сами могут усвоить небольшой запас слов. Речь их, как правило, косноязычна и состоит чаще всего из очень коротких стандартных фраз, главным образом какого-либо существительного в сочетании с простым прилагательным или глаголом.

* Усвоение нового удастся с большим трудом и возможно только в пределах очень конкретных представлений без всякого обобщения. К самостоятельному мышлению неспособны, поэтому их адаптация к окружающему возможна только в привычной, хорошо знакомой обстановке. Малейшее изменение ситуации ставит их в затруднительное положение, они нуждаются в постоянном руководстве. Они очень внушаемы. Собственные их интересы обычно крайне примитивны и касаются в основном утоления физиологических потребностей. Они нередко бывают очень прожорливы и неряшливы в еде. Сексуальное чувство их большей частью понижено, но иногда отмечается повышение полового влечения с распущенным поведением.

- * По поведению пациенты в степени имбецильности делятся на **две группы**:
- * **одну из них** составляют очень живые, подвижные, активные, непоседливые, **а другую** — вяло-апатичные, ни на что не реагирующие, равнодушные ко всему, кроме утоления естественных потребностей.
- * всех пациентов с имбецильностью также можно разделить на две группы: очень добродушных, покладистых, приветливых, общительных и злобно-агрессивных и упрямых.
- * Несмотря на способность к примитивному труду, они не могут жить самостоятельно и нуждаются в постоянном квалифицированном надзоре. Лучше всего это осуществляется, кроме вспомогательных школ, в учреждениях типа лечебно-трудовых мастерских (если такой человек живет в семье) или в специальных загородных учреждениях.

Клинический пример

- * Больной 22 лет. Три года учился в вспомогательной школе, за это время усвоил несколько букв и счет в пределах 5. Речь косноязычная, чаще всего произносит очень невнятно отдельные слова. С трудом овладел склейкой коробок. Работает старательно, но очень медленно и малопродуктивно. Благодушен, послушен, вял, понимает только самые простые вопросы. Очень любит разговаривать со студентами, при этом почти постоянно, указывая пальцем на какую-либо студентку, заявляет, широко улыбаясь: «Моя невеста»

Дебильность

* (от лат. *debilis* — слабый, немощный) — самая легкая степень психического недоразвития. Нарушения познавательной деятельности выражаются главным образом в неспособности к выработке сложных понятий и вследствие этого в невозможности сложных обобщений, абстрактного мышления или при более легкой степени дебильности — в ограниченности абстрактного мышления. У этих больных преобладает конкретно-описательный тип мышления, им трудно охватить ситуацию целиком, чаще всего они улавливают лишь внешнюю сторону событий. В зависимости от степени дебильности (легкой, средней или тяжелой) эта неспособность к выработке понятий выражена в разной степени, но тем не менее у них всегда можно отметить те или иные нарушения абстрактного мышления. Они могут учиться в школе, но усвоение материала дается им с большим трудом. Особенно трудным предметом является для них математика.

- * Не обладая пытливостью ума, не имея собственных суждений, эти лица обычно легко перенимают чужие взгляды, подчас с необыкновенной косностью придерживаясь их. Запоминая различные правила, выражения, употребляют их шаблонно, при этом любят иногда поучать окружающих.
- * Не будучи способным к тонкому анализу и обобщениям, страдающие дебильностью (особенно при легкой степени) в то же время могут ловко ориентироваться в обычной ситуации, обнаруживая при этом хорошую практическую осведомленность, а иногда определенную хитрость и пронырливость. Поэтому о таких больных говорят, что «их уменье больше их знания» (Крепелин).

- * При выраженной задержке общего психического развития больных среди них иногда встречаются люди с частичной одаренностью. Эта частичная одаренность может выражаться в великолепной механической памяти без осмысления повторяемого, в абсолютном слухе, в способности умножить в уме крупные цифры, в рисовании, в умении определять по любой задаваемой дате день недели при невозможности объяснить ход этих вычислений и т.д.
- * Характерной чертой является их выраженная внушаемость, легкое попадание под чужое влияние. Это представляет особую опасность в том случае, когда они, не осмысливая обстановки, становятся орудием в руках разного рода злоумышленников, непосредственными исполнителями преступлений. Такие лица, исполняя чужую волю, могут напасть с ножом, сломать замок, совершить поджог и т.д., совершенно не отдавая себе отчета в последствиях своих действий.

- * Среди больных довольно часто встречаются личности с усилением примитивных влечений, в частности сексуальных, с распущенным поведением.
- * По характеру, могут быть или добродушно-ласковыми, приветливыми, доброжелательными либо, напротив, злобно-упрямыми, агрессивными и мстительными, а по поведению — двигательно-возбудимыми или малоподвижными
- * Чрезвычайно важным для них является правильная организация труда и быта. При разумном руководстве страдающие дебильностью вполне могут овладеть (и иногда очень хорошо) несложной специальностью. Могут жить самостоятельно, но чаще нуждаются в руководстве и поддержке.

Клинический пример

- * Больная 34 лет, окончила 4 класса массовой школы, в 3-м и 4-м классах оставалась на второй год. Особенно плохо успевала по арифметике. В дальнейшем научилась хорошо вышивать, с большим мастерством делает искусственные цветы, умеет готовить. Дружит с девочками 10-12-летнего возраста, проявляет большой интерес к нарядам, украшениям, мальчикам. При приветливом обращении к ней тут же пытается обнимать и целовать собеседника, не хочет уходить, просит взять ее с собой, «погладить по головке».

- * Независимо от степени выраженности психического недоразвития олигофрении подразделяются еще на такие формы, как
 - * *астеническая,*
 - * *атоническая,*
 - * *дисфорическая и*
 - * *стеническая* с определенными клиническими особенностями каждой из них (Исаев Д.Н.).

- * Основными особенностями страдающих олигофренией в **астенической форме** являются истощаемость, утомляемость, эмоциональная неустойчивость.
- * Для умственно отсталых с **атонической формой** психического недоразвития характерна неспособность к мотивированному и целесообразному поведению.
- * Для больных олигофренией в **дисфорической форме** (довольно редкой) характерны выраженные расстройства настроения со склонностью к агрессии и разрушительным действиям.
- * Пациенты с наиболее часто встречающейся **стенической формой** психического недоразвития характеризуются либо уравновешенностью, активностью, добродушием и общительностью («уравновешенный вариант»), либо эмоциональной неустойчивостью, вспыльчивостью и неупорядоченным поведением («неуравновешенный вариант»).

Физические нарушения и неврологические расстройства. Пороки развития черепа и мозга

- * При олигофрениях часто встречаются самые разнообразные пороки развития, особенно выраженные при идиотии и имбецильности. Весьма характерны различные пороки развития черепа — дискрании, обычно сопровождающиеся теми или иными дефектами в строении мозга.

Токсоплазмоз
врожденная гидроцефалия



Hydrocephaly & Microcephaly



- * Нередко можно отметить **микроцефалию** — значительно уменьшенную в размерах голову с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Лоб у таких пациентов обычно очень маленький, покатый, что в совокупности с резко выступающим носом иногда придает им сходство с птицей.
- * Так же нередко встречается **макроцефалия** — большой гидроцефалический череп, когда, наоборот, мозговая часть черепа явно преобладает над лицевой, отчего лицо кажется очень маленьким под большим, широким, обычно выпуклым лбом. Довольно характерен выраженный венозный рисунок, особенно на висках. Форма головы при гидроцефалии чаще всего круглая, шарообразная. Иногда бывает пиргоцефалия (башенный череп), долихоцефалия (удлинение черепа в переднезаднем размере) и т. д.

Hydrocephaly & Microcephaly



- * Кроме того, при олигофрениях могут быть разнообразные неправильности в строении лица, волчья пасть, заячья губа, очень высокое, так называемое готическое небо, уродливые по своему росту и строению зубы, различные поражения глаз, деформированные уши, очень высокий или чрезмерно маленький рост, диспластичность, ожирение, гипо- или гипергенитализм, шестипалость, четырехпалость, синдактилия, различные пороки развития внутренних органов и т.д.
- * Многообразны и неврологические расстройства, наблюдаемые при олигофрениях. Могут быть симптомы нарушения ликворообращения, парезы и параличи черепных нервов (птоз, нистагм, косоглазие, поражения слуха и зрения, асимметрия лица и т.д.), разнообразные двигательные расстройства, судорожные проявления, нарушения чувствительности, изменения рефлексов (арефлексия, гиперрефлексия, гипорефлексия), патологические рефлексy, различные трофические нарушения и т.д.

- * При исследовании мозга при олигофрении, особенно в тяжелых случаях, часто обнаруживаются многочисленные аномалии в виде нарушения обычной структуры и величины мозга, несоразмерности отдельных его частей, изменения извилин (отсутствие их — агирия¹, наличие узких и коротких извилин — **микрогирия**), неправильного соотношения белого и серого вещества, отсутствия мозолистого тела, изменений со стороны глии, извращения архитектоники коры, гетерогения серого вещества и т.д.
- * При гидроцефалии обнаруживается чрезмерное скопление спинномозговой жидкости в желудочках (**внутренняя водянка мозга**) или в подпаутинных пространствах (**наружная гидроцефалия**). Повышение внутричерепного давления, характерное для гидроцефалии, ведет к уплощению вещества головного мозга.
- * Встречается также врожденная **порэнцефалия** — наличие в мозге полостей различной величины и расположения.

Рубрификация психических расстройств по МКБ-10

- * В МКБ-10 умственная отсталость (олигофрения) выделена в особый раздел F 70 — F 79 и отдельные расстройства кодируются с учетом нарушений поведения, этиологических факторов, вызывающих умственную отсталость. Выделены легкая, средняя и тяжелая степени умственной отсталости, которые оцениваются разными кодами, в зависимости от причины, вызвавшей это расстройство, и необходимости использования медико-социальных мероприятий.

Причины

- * 1) наследственно обусловленные нарушения обмена веществ и хромосомные болезни;
- * 2) инфекционные агенты, воздействующие в период внутриутробного развития или в первые годы жизни);
- * 3) многочисленные интоксикации);
- * 4) действие на женщину в период беременности лучевой энергии;
- * 5) иммунологическая несовместимость тканей матери и плода.
- * 6) различные нарушения питания развивающегося организма. Особо важное значение имеет кислородное голодание развивающегося мозга;
- * 7) Недоношенность беременности, механические травмы во время родов, в меньшей степени вследствие ушибов беременной женщины и полученные в первые годы жизни ребенка;
- * 8) влияние отрицательных социально-культуральных факторов.

Дифференцированные формы олигофрении

- * Как уже отмечалось, сборная группа олигофрении является следствием таких разнообразных по этиологии и патогенезу страданий, как **наследственные и хромосомные болезни, заболевания эмбриона и плода** (различной этиологии эмбриопатии и фетопатии), **родовая патология** (асфиксии, травмы, кровоизлияния), **поражения центральной нервной системы** ребенка в первые месяцы или годы жизни (менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты, травмы).

* Не все олигофрении изучены в одинаковой степени, так же как неизвестно пока точное количество их разновидностей. Некоторые олигофрении ввиду недостаточной изученности описываются пока не как отдельные нозологические формы, а лишь как синдромы. Термин «синдром» некоторыми авторами предпочитается еще и потому, что олигофрении, как уже отмечалось, не являются болезнью в собственном смысле этого понятия. Олигофрении с уже известной этиологией определяются как дифференцированные формы.

- 
- * Единой классификации олигофрении нет.
 - * В нашей стране наиболее принята двухэтапная классификация, предложенная Г.Е.Сухаревой. По этой классификации в первую очередь учитывается время патологического воздействия и во вторую — качество и тяжесть вредоносного фактора.

По временам воздействия (и, естественно, по определенному сходству патогенеза) этой классификацией выделяются три больших группы олигофрении:

- * 1) наследственные и семейные формы олигофрении;
- * 2) эмбриопатии и фетопатии (поражения эмбриона или плода);
- * 3) олигофрении, вызванные различными вредностями во время родов и в первые месяцы или годы жизни.
- * **Таким образом, все олигофрении с уже изученной этиологией можно подразделить на следующие большие группы:**
- * 1) олигофрении вследствие наследственных (генных и хромосомных) заболеваний;
- * 2) олигофрении вследствие воздействия различных вредностей (инфекции, интоксикации и т.д.) в период внутриутробного развития;
- * 3) олигофрении, вызванные воздействием различных вредностей в перинатальном периоде и в первые месяцы и годы жизни;
- * 4) олигофрении, являющиеся следствием отрицательных психосоциальных влияний.

Диагноз и дифференциальный диагноз

- * Диагностика олигофрении в настоящее время должна сводиться не только к самой констатации психического недоразвития, но и к установлению по возможности более точной формы олигофрении, причем в наиболее раннем периоде.
- * Определение олигофрении в степени идиотии или имбецильности не представляет особых затруднений. Значительно сложнее диагностировать олигофрению в стадии дебильности.

Диагноз олигофрении ставится на основе всестороннего обследования, куда должны входить:

- * а) подробное собирание личного и семейного анамнеза. При этом необходимо выяснить, нет ли среди родных подобных больных, как протекала беременность матери, что она перенесла в это время, как питалась, действию каких вредностей подвергалась, как прошли роды, в каких условиях жил ребенок, что он перенес и т.д. Если ребенок посещал какие-либо детские учреждения, то при подозрении на олигофрению особую важность представляют характеристики этих учреждений;
- * б) тщательное клиническое обследование с выявлением физических, неврологических и психических нарушений. При исследовании психического состояния особое внимание следует уделить изучению интеллекта и речи;
- * в) лабораторные исследования, применение патофизиологических и психологических методик, а при подозрении на определенные формы — тех или иных специальных биохимических, иммунологических, цитологических и других анализов.

Олигофрении нужно дифференцировать с внешне сходными состояниями, которые могут быть:

- * 1) при педагогической запущенности, когда некоторое замедление психического развития может наблюдаться у здорового ребенка, но лишенного по тем или иным причинам условий для правильного умственного развития, не получающего необходимой информации;
- * 2) при выраженной длительной астенизации вследствие тяжелых соматических заболеваний, нарушений питания и т.д. При такой астении психически здоровый ребенок также может развиваться с некоторой задержкой, обнаруживать рассеянность внимания, плохую память, замедленность мышления;
- * 3) при прогрессивных психических заболеваниях (особенно шизофрении и эпилепсии), возникших в раннем возрасте и повлекших за собой выраженное слабоумие.

- * При педагогической запущенности и выраженной астенизации дети, несмотря на некоторую задержку психического развития, не обнаруживают свойственных олигофрении симптомов **(невозможность вырабатывать понятия или представления, нарушения абстрактного мышления и т.д.)** и довольно быстро выравниваются при соответствующей педагогической и медицинской помощи.

- * При дифференцировании с шизофренией или эпилепсией, возникшими в раннем возрасте, помимо данных анамнеза (до определенного возраста ребенок не выявлял никакой патологии, хорошо развивался), помогает обнаружение типичной симптоматики, свойственной этим болезням.
- * Одним из основных дифференциально-диагностических критериев при отличии олигофрении от последствий каких-то прогрессивных заболеваний нужно считать **критерий прогрессирования патологического процесса вообще** и, в частности, слабоумия, свойственного этим заболеваниям. Именно по признаку прогрессивности (**прогрессирования**) отечественные психиатры исключают в последнее время из группы олигофрении (патологических состояний) ряд болезней (патологических процессов), сопровождающихся нарастающим слабоумием.

- * К таким страданиям относятся туберозный склероз, болезнь Реклингхаузена (нейрофиброматоз), болезнь Тея-Сакса (семейная амавротическая идиотия) и родственные ей заболевания (другие формы «липидов») и т.д.1
- * Диагноз олигофрении значительно затрудняется, если это патологическое состояние сочетается с каким-либо психическим заболеванием.
- * Страдающие олигофренией могут заболеть шизофренией — так называемой «привитой», (от нем. pflanz — прививка), у них возможны реактивные состояния, алкогольные психозы и т.д.
- * У пациентов с дебильностью могут возникать параноидные эпизоды с крайне примитивным содержанием бреда, ипохондрические состояния, дисфории, сумеречные помрачения сознания. Нередко сочетание олигофрении с эпилептиформным синдромом.

Профилактика и лечение

- * Огромное значение имеет предупреждение олигофрении. Борьба с инфекционными заболеваниями, с родовым травматизмом, охрана здоровья беременной женщины — вот те главные пути, по которым должна проводиться профилактика олигофрении.
- * В предупреждении олигофрении должны участвовать все работники здравоохранения, но особенно большая роль принадлежит акушерам-гинекологам и педиатрам (проведение санитарно-просветительной работы, своевременные меры при патологии беременных, при угрозе резус-несовместимости, предупреждение родового травматизма, профилактика инфекционных заболеваний детей младшего возраста и т.д.)- Велика роль педиатров и в наиболее раннем выявлении страдающих той или иной формой олигофрении.

- * При олигофрениях независимо от их формы применяются **ноотропные препараты, витаминотерапия (поливитамины)**, реже — **глутаминовая кислота и ее производные**.
- * При двигательном беспокойстве и агрессивности назначают **производные фенотиазина и бутирофенона** и др. В ряде случаев успокоение наступает при лечении **транквилизаторами** (**феназепам, седуксен, элениум** и др.). При наличии водянки мозга проводится **дегидратационная терапия**, а при прогрессирующей гидроцефалии показано оперативное вмешательство.
- * Некоторое улучшение психического состояния у детей-олигофренов с врожденными пороками сердца может наступить в связи с хирургическим лечением последних, что объясняется, по-видимому, улучшением кровоснабжения мозга (Ковалев В.В.).

- * При сочетании олигофрении с эпилептиформным синдромом показано широкое применение ***противоэпилептических средств.***
- * Лечение олигофрении во всех случаях должно быть комплексным, сочетающим медикаментозное воздействие с медико-педагогическими мероприятиями и трудотерапией.

Экспертиза

- * Люди с глубокой умственной отсталостью (идиотия и имбецильность) редко подвергаются судебной экспертизе, а если это все же происходит, то обычно признаются невменяемыми. Значительно чаще правонарушения совершаются людьми с дебильностью и вопрос о вменяемости или невменяемости в таких случаях должен решаться строго индивидуально. При судебно-психиатрической экспертизе нужно учитывать не только степень психического недоразвития, но и характер преступления и ту обстановку, в которой это преступление совершалось.
- * Легкая внушаемость может сделать их слепым орудием в руках хитрых и ловких злоумышленников. Поэтому, например, сложный характер преступления и выраженная умственная отсталость его непосредственного исполнителя должны навести на подозрение, не стоит ли за спиной расчетливый преступник. Они могут совершать правонарушения и по собственной инициативе, и в таких случаях следует учитывать, отдавали ли они себе отчет в совершаемом, осмыслили ли обстановку, понимали ли, к чему поведет сделанное ими. Вопрос о дееспособности также решается индивидуально. Люди с идиотией и имбецильностью обычно являются недееспособными и нуждаются в учреждении над ними опекуна.
- * Вопрос о дееспособности или недееспособности дебилов решается в зависимости от степени умственной отсталости, характера поведения и трудоспособности.

Список литературы

- * Психиатрия: Учебник / Коркина М.В., Лакосина Н.Д.,
- * Личко А.Е., Сергеев И.И. — 2-е изд., доп., перераб.
— М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 576 с. ISBN
5-901712-12-9

Спасибо за внимание! Надеюсь такой реакции не было.

