Реферат

По дисциплине: «Психопатология»

По теме: «Особенности шизофрении в детском возрасте»

ПЛАН

Введение

1. Особенности детской шизофрении

. Симптоматика шизофрении

. Формы шизофрении

. Типы течения

. Диагностика. Лечение

Вывод

Литература

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения - сложное, многообразное заболевание. До сих пор неясны причины, вызывающие это заболевание, хотя существуют различные гипотезы. Детские психиатры (Г.Е. Сухарева, В. В. Ковалев и др.) описывают разные формы шизофрении, и патопсихологи видят разную структуру психического дефекта в зависимости от формы заболевания. Однако есть и общие закономерности протекания психических процессов и формирования личности при шизофрении. Так, отличительными особенностями психики больных детей являются искажение восприятия и мыслительных операций, своеобразие игровой деятельности и общения. При некоторых формах заболевания возможна деменция.

Если маленький ребенок ведет себя своеобразно, родители редко сразу обращаются к психиатру. Многое они пытаются объяснить неправильным воспитанием, возрастными особенностями, семейными проблемами. Поэтому часто сначала дети: и их родители попадают к психологу.

Шизофрения может возникнуть в очень раннем возрасте (врожденные особенности), а может проявиться позже: в дошкольном или школьном возрасте. Шизофрению подросткового возраста принято рассматривать отдельно.

У детей, больных шизофренией, и у детей, страдающих аутизмом, может быть разный уровень интеллектуального развития (от превышающего возрастные нормы до очень низкого).

Их общей особенностью является своеобразие, часто неравномерность развития отдельных сторон психики. Дети часто выглядят неадекватно. Своеобразной может быть их мимика, жесты, позы, интонации речи. Их игры и творчество, как правило, носят специфический характер и являются предметом исследования патопсихологов. Часто нарушается процесс общения с другими людьми: детьми и взрослыми. Патология может проявляться в характере интересов, фантазий, страхов и т.д.

. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Принято считать, что детская шизофрения - это просто разновидность взрослой, только встречается намного реже. На каждую заболевшую девочку приходится примерно два мальчика. Лишь у двух процентов больных шизофренией начало их заболевания восходит к детскому возрасту, хотя этот процент может меняться в зависимости от того, где проводить границу между детским и взрослым возрастом. Шизофрения, возникающая до пятилетнего возраста, должна быть признана чрезвычайно редкой, а между пятью и десятью годами количество случаев заболевания медленно возрастает. Начиная с десяти и до пятнадцати лет, ею заболевают все больше детей, а затем начинается ее пикообразный рост уже как заболевания взрослых.

Симптомы шизофрении у детей очень похожи на симптомы у взрослых со скидкой на детский возраст. Например, одно исследование шизофрении у детей показало, что в качестве источника слуховых галлюцинаций здесь часто называются «голоса» мелких животных или игрушек и что «типичная тема - чудовища... С возрастом, как бред, так и галлюцинации становятся все более сложными и детализированными». Еще одним отличительным признаком шизофрении у детей является то, что часто больной ребенок имеет один или более из следующих симптомов: припадки, неспособность к учебе, некоторая задержка умственного развития, неврологические симптомы, гиперактивность или другие поведенческие аномалии. В попытке решить проблему классификации детской шизофрении Американская психиатрическая ассоциация вычеркнула «детскую шизофрению» из официального списка и предложила вместо нее использовать понятие шизофрения с началом в детском возрасте или глубокое умственное расстройство, восходящее к детскому возрасту, то есть всеобъемлющий термин для всех трудноопределимых детских психических расстройств.

Полагают, что на заболевание детской шизофренией (как и взрослой) влияют причины генетического характера, хотя их значение по сравнению с другими возможными причинами не совсем ясно. Известно, что больные дети отличаются некоторыми аномалиями психики, а из медицинских карт беременных женщин следует, что у матерей психически больных детей во время беременности и родов было больше осложнений. Тот факт, что детская шизофрения является заболеванием головного мозга, доказывается также данными электроэнцефалографии и изображениями увеличенных желудочков мозга, полученными методом магнитно-резонансного исследования. [9]

. СИМПТОМАТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Основными негативными симптомами шизофрении являются: расщепление психической деятельности (разорванность мышления и речи, амбивалентность, амбитендентность), эмоционально-волевое обеднение личности, аутизм.

Эмоциональное снижение начинается с нарастающей эмоциональной холодности больных к своим родным и близким людям, безучастности к тому, что непосредственно относится к больному, утраты прежних интересов и увлечений. Безразличие к окружающему и мнению других людей может проявиться неряшливостью и нечистоплотностью в одежде и в быту.

Часто наблюдается эмоциональная амбивалентность - то есть одновременное существование двух противоположных чувств - например, любви и ненависти, интереса и отвращения.

Ей может сопутствовать амбитендентность - расстройство, проявляющееся двойственностью стремлений, побуждений, действий, тенденций. Например, человек считает себя одновременно и больным, и здоровым, хочет услышать слова одобрения, но все делает для того, чтобы его ругали, протягивает руку за каким-то предметом и тут же отдергивает ее.

Часто возникает диссоциация эмоциональной сферы: больной смеется, когда произошло печальное событие, или плачет при радостном событии. Равнодушен к горю своих родных, тяжелой утрате и может опечалиться, увидев растоптанный цветок или больное животное.

Со временем все эмоциональные проявления ослабевают. Вначале бывает притупление эмоций, а затем развивается эмоциональная тупость. Эмоциональное снижение сказывается на всем облике больного, его мимике и поведении. Лицо утрачивает выразительность и становится неподвижным, иногда вместо нормальных мимических реакций могут быть нелепые гримасы или несоответствие мимики словам больного и его поведению. Голос больных становится монотонным, невыразительным.

Нарушения волевой сферы появляются одновременно с эмоциональными расстройствами. Вначале развивается снижение волевой активности (гипобулия), а затем ее полная утрата (абулия).

Абулия - отсутствие побуждений к деятельности, утрата желаний, в выраженных случаях - полная безучастность и бездеятельность.

Больные забрасывают учебу или работу, запускают все домашние дела, никак не могут собраться, чтобы выполнить хотя бы самое неотложное. При утяжелении состояния больные целыми днями молча и безучастно лежат в постели или сидят в одной позе, перестают обслуживать себя.

При сочетании абулии с апатией говорят об апатико-абулическом синдроме.

Для больных шизофренией характерен негативизм (от лат. negativus - отрицательный) - бессмысленное противодействие, немотивированный отказ от любого действия, движения.

Негативизм бывает пассивный, когда больной не выполняет то, о чем его просят, сопротивляется попытке изменить позу, положение тела. Например, больной пассивно сопротивляется попытке накормить его, крепко сжимая зубы и губы. Негативизм может сочетаться с пассивной подчиняемостью. При активном негативизме любые просьбы или указания вызывают противодействие. Например, больному протягивают руку для рукопожатия, прячет свою за спину, но если убрать руку, больной протягивает свою.

Речевой негативизм проявляется мутизмом. Мутизм (от лат. mutus - немой) - это нарушение волевой сферы проявляющееся в отсутствии ответной и спонтанной (то есть произвольной) речи при сохранении способности больного разговаривать и понимать обращенную к нему речь. Типичным проявлением шизофрении считается аутизм (от греч. autos - сам) - уход от действительности в свой внутренний мир, в свои переживания.[2]

Аутизм проявляется отгороженностью от внешнего мира, изменением отношения больного к людям, утратой эмоционального контакта с окружающими.

В тяжелых случаях возникает недоступность - невозможность контакта с больным, обусловленная наличием у него психических, расстройств (негативизма, бреда, галлюцинаций, расстройств сознания).

Нарушения мышления при шизофрении касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса, логической связи между мыслями.

В тяжелых случаях наблюдается разорванность мышления, что проявляется и в разорванности речи - речь больных состоит из сумбурного набора отрывков фраз, не связанных между собой («словесная окрошка»).

В менее тяжелых случаях наблюдается «соскальзывание» мыслей - лишенный логики переход от одной ассоциации к другой, чего сам больной не замечает.

Нарушения мышления выражаются и в неологизмах -новообразованиях, выдумывании новых вычурных слов, которые понятны только самому больному, но непонятны окружающим.

Нарушение мышления при шизофрении проявляется и, резонерством - бесплодными рассуждениями на посторонние темы, которые могут не иметь никакого отношения к больному, пространны, зачастую лишены логики, но логично с точки зрения больного.

Помимо негативных симптомов, наблюдается и так называемая продуктивная симптоматика, то есть болезненная продукция мозга - бред, галлюцинации, псевдогаллюцинации.

Наиболее характерны из них следующие:

. слуховые галлюцинации, при которых «голоса» проговаривают мысли пациента вслух, комментируют его поведение или обсуждают его между собой;

) «вкладывание» или «отнятие» мыслей пациента посторонними лицами, их «радиовещание» (открытость);

) бред воздействия, влияния - ощущение, что все действия пациента осуществляются под чьим-то контролем, автоматически;

) стойкие бредовые идеи другого рода - заявления о сверхчеловеческих способностях, восприятие нормальных событий как имеющих особый, «скрытый» смысл. [2]

Сочетание продуктивной симптоматики с негативной приводит к образованию характерных для шизофрении синдромов, определяющих форму шизофрении.

Шизофрении свойственна прогредиентность - то есть неуклонное нарастание, прогрессирование и усложнение симптоматики. Степень прогредиентности может быть различной - от вялотекущего процесса до злокачественных форм.

Шизофрению называют процессуальным заболеванием, шизофреническим процессом, так как имеется постоянная динамика, развитие, последовательная смена состояний.[2]

. ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

Различают пять основных «классических» форм шизофрении: простую, гебефреническую, параноидную, кататоническую и циркулярную.

Простая форма обычно начинается в юношеском возрасте, развивается медленно и проявляется описанными выше негативными расстройствами.

Эпизодически появляются нестойкие идеи отношения и слуховые галлюцинации.

Протекает чаще злокачественно, приводя к изменению личности и формированию дефектного состояния с выраженным апатико-абулическим синдромом. В настоящее время встречается редко.

Из международной классификации последнего пересмотра эта форма исключена в связи с недостаточностью объективных критериев диагностики.

Гебефреническая форма по своему развитию похожа на простую. Она также начинается в юношеском возрасте (15-25 лет) с эмоционально-волевых и интеллектуальных нарушений. Наряду с негативными расстройствами, наблюдается гебефренический синдром. Для него характерна дурашливость, вычурность поведения, суетливость, стереотипность движений на фоне эйфории. Больные гримасничают, прыгают, хлопают в ладоши, кувыркаются. Поведение бессмысленное, бесцельное, непредсказуемое. Речь обычно разорванная. Кроме того, могут появляться отрывочные бредовые идеи и галлюцинации.

Эта форма имеет наиболее злокачественное течение с быстрым развитием глубокого слабоумия.

Параноидная форма шизофрении развивается в зрелом возрасте, чаще в 30-40 лет. Основным является параноидный синдром с бредовыми идеями отношения, преследования, отравления, физического воздействия. Он сопровождается явлениями деперсонализации, галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Поведение больного отражает бредовые и галлюцинаторные переживания. Негативные симптомы выражены незначительно. Однако со временем бред и галлюцинации могут потерять свою актуальность, и на первый план выступает апатико-абулическое слабоумие.

Эта форма шизофрении в настоящее время встречается чаще других и представляет особый диагностический интерес. Прогноз относительно благоприятный.

Кататоническая форма шизофрении развивается в возрасте 22-30 лет, реже - в пубертатном. Проявляется выраженным негативизмом с преобладанием кататонического синдрома. Больные могут сутками и даже месяцами лежать на кровати, ни с кем не общаясь, не разговаривая. Обездвиженность больных при этом носит функциональный характер. Известны случаи, когда больные кататонической шизофренией, годами лежавшие неподвижно, при появлении опасности (пожар, наводнение) быстро вскакивали и спасались бегством.

Эта форма шизофрении лучше других поддается лечению и имеет наиболее благоприятный прогноз.

Циркулярная форма (шизоаффективное расстройство) чаще развивается у людей среднего возраста. Клиническая картина складывается из периодически возникающих маниакальной и депрессивной фаз в сочетании с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, синдромом Кандинского-Клерамбо. Протекает относительно благоприятно.[2]

. ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ

шизофрения эмоциональный кататонический периодический

Различают три типа течения шизофрении: непрерывное, приступообразно-прогредиентное и периодическое.

Непрерывно текущая шизофрения характеризуется отсутствием спонтанных ремиссий и постепенным утяжелением симптоматики.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения протекает в виде приступов с последующими ремиссиями. Ремиссия не сопровождается полным восстановлением психического здоровья, от приступа к приступу у больного все больше обнаруживается обеднение эмоционально-волевой сферы.

Периодическая (рекуррентная) шизофрения характеризуется практически полным обратным развитием симптоматики в период ремиссии. Больной при этом трудоспособен и хорошо адаптирован. Немало случаев, когда после перенесенного приступа у больных наблюдались ремиссии по 10-25 лет, и они могли успешно работать, занимаясь высокопрофессиональной, в том числе и творческой, деятельностью.

Между описанными вариантами течения существует также множество переходных форм.[2]

. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

Диагноз шизофрении может быть поставлен только в том случае, если выполнены следующие условия:

) наличие каких-либо двух из перечисленных симптомов (бред, галлюцинации, расстройства мышления, гебефренное или кататоническое поведение, «негативные симптомы»);

) эти симптомы наблюдаются на протяжении одного и более месяцев (в некоторых странах - 6 месяцев);

) значительное изменение поведения, по сравнению с периодом, предшествующим психотическому расстройству.

Из вспомогательных методов диагностики наиболее информативен метод ядерно-магнитного резонанса (ЯМР), выявляющий расширение боковых и III желудочков мозга, атрофические изменения, характерные для шизофрении.

Современная психиатрия располагает широким спектром психофармакологических средств и достаточно большими возможностями по лечению, реабилитации и реадаптации больных шизофренией.

Для лечения применяют психотропные средств шоковые методы (инсулиновые, атропиновые и электрошоковые).

Применение шоковых методов требует особенно тщательного наблюдения и ухода за пациентами.

Психотропные препараты подбирают с учетом формы и типа течения шизофрении. Назначают нейролептики (аминазин, тизерцин, трифтазин, галоперидол, френолон, азалептин, рисперидон и др.). При наличии в клинической картине депрессивного синдрома добавляют антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин, и т.п.). При возникновении побочных нейролептических эффектов назначают корректоры: циклодол, паркопан, ромпаркин, нарокин и др.[2]

После достижения терапевтического эффекта больные шизофренией получают противорецидивное лечение психотропными средствами, желательно пролонгированного действия (модитен-депо, флушпирилен, лепонекс).

Медикаментозное лечение обязательно сочетают с правильной организацией режима, питания, а также с психотерапевтическим воздействием.[2]

ВЫВОД

Таким образом, развитие шизофренического процесса часто приводит к искажению или утрате прежних социальных связей, снижению психической активности, нарушениям поведения, социальной дезадаптации. Поэтому очень важны реабилитационные мероприятия, направленные на оздоровление микросоциального окружения, вовлечение больного в трудовые процессы.

ЛИТЕРАТУРА

. Амасьянц Р.А., Амасьянц Э.А. Интеллектуальные нарушения.- М.: Педагогическое общество России, 2004.

. С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина. Нервные и психические болезни.- Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005.

. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических.- СПб.: ИД «МиМ», ТОО «Респекс», 1999.

. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. - СПб.: Речь, 2003.

. Клиническая психиатрия. Детский возраст./ Е.И. Скугаревская [и др.]; Под ред.проф. Е.И. Скугаревской.- Мн.: Вышэйшая школа, 2006.

. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст).- М.: ВЛАДОС, 1997.- С.207-284.

. Основы специальной психологии / Под ред. П.В. Кузнецовой.- М., Академия, 2002.

. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой.- М.: Издательский центр «Академия», 2002.

. Э. Фуллер Тори. Шизофрения.- СПб: изд-во «Питер», 1997.

. Шац И.К. Психозы у детей.- М.: «Советский спорт», 2002.