

障碍是这组病人的特点。所以,这一组病人躯体—植物神经的障碍很容易治疗好,并随着神经症过程而恢复。

第二组持续性病人,在病史中常表现明显和固定的神经病特点,由于重笃的或慢性的躯体疾患、重复感染、而使身体衰弱了,出现了早期大脑机能不全。大部分儿童在神经症开始前便有了好活动,易变多动以及激情反应的倾向。阐明儿童和少年持续性神经症动力学的规律对治疗和预防均有很重要的意义。

Аобикова Н. А., Ж. Невр. и Псих
71(10): 1524, 1971, (俄文)
于贤成节译 李 铁校

30 儿童和少年有大脑深部结构损害时的内感不适症状群

感觉障碍在精神症状中占有重要位置,它往往与大脑损害有关,许多文献资料和本文的观察都证实了临床上儿童大脑疾患(包括儿童丘脑下损害)时内感性不适(сенестопатические)的表现并非少见。

本文是研究儿童、少年丘脑下损害时内感性不适症状群的临床表现。

共观察了36例7岁到16岁的儿童,男14例,女22例。在既往有各种类型的感染史(流感、咽峡炎、慢性扁桃体炎等)因此丘脑下损害往往被判断为感染后损害。

一般来说,这些障碍的主要症状是在疾病的急性阶段过后立即出现,经数周甚至数月后出现是比较少见的。疾病的各阶段都可出现内感受障碍。症状表现的程度和部位是有所不同的。患者诉说这种感觉:头和心沉重、要胀裂、感到紧缩、“牵拉”疼痛、肚子“灼痛”、“小蚂蚁”在身上爬、肢端发冷或发热。这些主诉相对来说是简单和固定的。但患者还常有很特殊的且难于描述的感觉。如感到“电流好像沿着神经传导”,称“头脑空虚,彷彿其中什么也不存在似的。”

哪些症状群是疾病的主要临床症状?哪一部位的内感觉占主要地位?本文观察表明:患者无一例外地都有头部不适的主诉。最多表现为头痛、眩晕、麻木、冷或热的感觉等。但如从整个器官系统来看,患者最多的主诉是属胃肠道(感到疼痛、冷、烧灼等);其次是心血管(疼痛、心悸、心烧灼感等);第三是呼吸道。

此外,也还遇到眼和耳方面主诉,仅有2例表

现为感觉过敏。

许多内感受感觉常出现在衰弱状态的背景上。衰弱多半是一过性的,其表现形式有多样性,有的衰弱状态伴随着动力不足,年幼学龄儿童衰弱症状主要表现为易疲乏。

中枢神经系统器质性损害的体征不多,表现也轻微:鼻唇沟平坦,舌尖向一侧偏斜,腱反射活跃伴轻度不对称。

Чалинский, Ю. Н., Ж. Невр. и Псих,
75(10), 1559, 1975 (俄文)
王毓瑾译 编辑组校

31 学前儿童神经症样口吃早期的临床特点

本文研究了40名学前儿童神经症样口吃的临床动态,并阐述了产生言语障碍的某些遗传和环境因素的作用。

从家族史可见,14例近亲有其他运动障碍(如言语障碍,或非言语障碍)。9例之父或母或二者都有明显脆弱的个性特征。11例在发病前患有轻性器质性大脑发育不全,神经系统疾患或言语机能发展不良。

作者根据引起口吃的精神创伤作用的严重程度和持久性,将患者分为两组。

第一组12人,口吃是在休克性或亚休克性的急性精神创伤(突然的惊恐,例如:遇见某种动物,由惊险故事和神话引起的惊恐等等)后发展的。还有两例的口吃是因躯体疾患而住院、诊查、定期注射等有关的精神创伤后产生的。口吃是在精神创伤后几小时或几天后出现,有时经过缄默症阶段再出现的。口吃的特点是发音—呼吸器官的紧张性痉挛。最初的痉挛性言语是一种情绪—休克性反应或神经症样反应的症状,这是这个年龄儿童的常见的临床象如恐惧、哭、遗尿、烦躁不安或发呆。

属于神经症样反应的口吃有3例。这种口吃只在激动或躁急时,间或出现,故它有偶然性或一过性的特点。这些儿童病前都是健康的,未见任何遗传上的缺陷。

其他9例,口吃从未消失,神经质样反应带有持续性且趋于过渡到神经症样状态。神经症的严重程度和持久性与重复的精神创伤有关。对健康儿童一般不会引起病理反应的“小的精神因素”,对这种儿童有致病作用。痉挛性言语常伴有其他神经症样症状:睡眠障碍,食欲不振,头痛,肠道机能失调以及虚弱现象。同时伴有兴奋性增高,爱哭。当儿

童处于不良条件下,口吃很快被固定下来,正常言语的时期缩短了。言语痉挛逐渐夹杂着呼吸、分节发音的特点。在病后几个月或一年很快产生了言语缺陷的继发性反应。随着神经症状的加重和复杂化,焦虑也加重了。因此,在神经症样状态发展的过程中,口吃本身却成为临床症状复杂化的因素之一。

第二组28人。口吃的原因是长期的精神创伤,如父母的病理心理行为造成家庭内的矛盾关系,以及不恰当的儿童教育,如强迫儿童背诵很多诗歌、故事;或相反,患者常与幼儿在一起,父母常用儿童言语对患者讲话以致阻碍其言语发展。

这组儿童在口吃之前,还具有恒定的神经症症状,如恐惧、失眠、爱哭等等。随着口吃的出现,病理心理现象更复杂化了,口吃进一步的发展又取决于精神创伤的情境和培养言语发展的条件。口吃在激动、恐惧、情绪兴奋时则更为频繁,如果精神创伤的情境不消除,病前的个性病理特征更为突出,痉挛性言语也就固定下来,并成为自动化。痉挛性言语逐渐成为神经症的主要的、经常的症状。此外,还出现各种不自主运动,如抽搐式的运动过度,言语的痉挛具有紧张一阵挛性的特点。由于精神因素使口吃加重的情况下,言语的痉挛主要局限于发音、呼吸器官。最初对言语缺陷的相应的反应具有断断续续的神经症反应的性质。例如,当儿童由于明显的言语痉挛不能答话而受到嘲笑时,他们就有意识地回避进行言语交往,或变得易于激惹、易闹情绪。此外,幼儿园教育员的清规戒律,在其他儿童面前斥责等也可导致适应不良和出现新的神经症症状。

由此可见,神经症样口吃的临床动态取决于神经症的严重程度和持久性,以及先天的与后天获得的,尤其是言语机能不全的特点,取决于周围环境的条件。按照运动自动症的机制,痉挛性言语的固定可能是发展顽固性神经症样口吃的因素之一。在疾病发展的某个阶段出现言语痉挛显然不依赖于神经症的其他症状。

Гриднеб С. А. Журл. Нерв. и Псих. 76 (10): 1547, 1976. (俄文)匡培梓摘译 段淑贞校

32 口吃时言语机能系统的障碍

作者研究了两组(5—6岁儿童和18—35岁成人)临床表现不同的口吃者的病理机制。有明显的神经症样障碍(神经症样口吃)的54人,和有早期弥漫性器质性脑损伤标志(类神经症样口吃)的56人。

所有受试者都患有以中度紧张一阵挛性痉挛为主的混合型口吃。同年健康儿童和成人各10人作对照。查明肌电图、对不同模式刺激的探究反射以及在发音训练过程中生理反应等资料与临床观察资料的相互关系。

神经症样口吃者在大声念词时,口轮匝肌的肌电图与正常一样,准备期的振幅逐渐升高。同一被试的肌肉收缩的肌电图较稳定。这组所有被试的有效收缩的持久性和两个潜伏期比正常值略高。这类口吃成人与正常人的主要差别是肌肉的持久而紧张的后继性兴奋达40秒,其特点是对实验环境难于适应(皮电反射不稳定,脑电图失同步,脉搏呼吸加快),在整个研究过程中,肌电图的基础电位升高(达30—40毫伏)。在声音和词刺激时以及本人大声念词时,生理反应的消退非常困难。在研究探究反射过程中呈现与言语缺陷有关的词刺激(如口吃、言语等)显示了这些刺激的情绪意义。发音训练过程中,让这组患者掌握镇静和松弛的规则,则使所有被检查的机能正常化。

类神经症样口吃患者口轮匝肌的肌电图有相当大的时间参数。同一患者的有效收缩的持久性和潜伏期是有变化的。口轮匝肌的收缩具有爆发性性质。成人和儿童患者在念词后常见重复性肌肉的阵发性收缩。他们的基础肌电图呈现非节律性自然的阵发活动,儿童更为明显。在定时刺激和本人念词时,肌肉“反应性”增高。个别成人患者脉搏加快至120次/分,多次重复大声念标准词时,植物性神经反应难于消退。自己大声念词或定时刺激作用时,皮电反射弱,而且在重复试验时很快消失。脑电图反应完全没有或明显减弱。镇静和肌肉松弛的规则对这组病人毫无影响。发音训练中大声念词时,口轮匝肌的有效收缩仍是病理性的。

除了肌电图和非特殊性的生理反应的特点外,口吃者言语形成的分节发音和气体动力机制不协调。他们出声念词通常在构音最不利的时刻进行。这些障碍在神经症样口吃时是变化的,而在类神经症样口吃时,机能的不协调具有较严重和顽固的性质。

研究神经症样口吃者的分节发音肌的肌电图表明,这些病理生理特点反映了患者的紧张情绪以及脑边缘—网状结构活动性的增强。在发音训练中获得资料表明,患者的中枢神经系统的损伤是机能性的。当消除患者的紧张情绪时,大声讲话时的肌电图表现正常。

类神经症样口吃时记录到紊乱的分节发音肌的