

Социально-медицинский подход при школьной дезадаптации детей с легкой умственной отсталостью

И. В. Гордеева

ОГУЗ «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург

Резюме

В статье дан краткий обзор принципов диагностики, лечения и реабилитации детей с легкой умственной отсталостью, испытывающих школьную дезадаптацию. Полипрофессиональный подход осуществляется с учетом ведущего синдрома школьной дезадаптации.

Ключевые слова: легкая умственная отсталость, школьная дезадаптация, реабилитация.

Актуальность

В последние годы значительное внимание детских психиатров, психологов, педагогов, дефектологов и социальных работников приковано к проблемам, возникающим у детей в связи с началом школьного обучения. Переход от условий воспитания детей в семье и дошкольных учреждениях к качественно иной атмосфере школьного обучения, складывающейся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, предъявляет новые, более сложные требования к личности ребенка и его интеллектуальным возможностям. Проявления школьной дезадаптации (ШД) являются частным случаем социальной дезадаптации формирующейся личности ребенка. Несвоевременная, неадекватная помощь, либо ее отсутствие стойко нарушают социализацию школьников, обуславливая запуск патологических механизмов компенсации. Сам феномен ШД, а также распространенность и причины возникновения ШД в современной популяции детей школьного возраста изучены недостаточно. Выделенные варианты ШД (когнитивный, эмоционально-личностный и поведенческий) отражают преобладание тех или иных нарушений и определяют специфику подходов к профилактике и коррекции ее проявлений [1, 2].

Особую практическую значимость приобретает вопрос ШД у детей с умственной отсталостью. Не полноценное психосоциальное функционирование заметно снижает качество трудовых ресурсов, предопределяет сопутствующее асоциальное, делинквентное и криминальное поведение [2-5]. Повышение качества интеграции умственно отсталых лиц в общество возможно лишь при достаточной степени

их социально-психической адаптации, механизмы которой формируются и реализуются на уровне целостной личности в процессе онтогенетического развития и социализации. В качестве одного из наиболее важных этапов онтогенеза следует рассматривать период школьного обучения и связанные с ним процессы адаптации и дезадаптации [1-5].

Кроме того, актуальность обозначенной проблемы определяется широкой распространенностью легкой умственной отсталости. Так, согласно данным экспертов ВОЗ, распространенность умственной отсталости в популяции индустриально развитых стран составляет 1%. Пик ее выявления приходится на возраст 7-8 лет, что связано с началом обучения в школе. При этом умственная отсталость чаще встречается у мальчиков в 1,5-2 раза, чем у девочек [6].

В Свердловской области доля пациентов с умственной отсталостью в амбулаторной практике детского психиатра за последние 5 лет составляет 21,3%. В стационарных отделениях Центра психического здоровья детей Свердловской областной клинической психиатрической больницы диапазон показателя колеблется в диапазоне 28,4-49,3%.

Лидирующее положение занимает умственная отсталость как в структуре первичной инвалидности у детей Свердловской области (23,4%), так и по показателям детской инвалидности среди психической патологии (56,7-61%). При этом 76% детей-инвалидов страдают легкой умственной отсталостью (ЛЮО).

У подавляющего числа детей с ЛЮО выявляется школьная и социальная дезадаптация. Залогом успешной социализации данной группы детей является ранняя диагностика и реабилитационные мероприятия «у истоков» проблемы. К сожалению, интегративный, систем-

И. В. Гордеева — зав. детско-подростковым лечебно-диагностическим отделением ГУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург.

ный (биопсихосоциальный) подход к реабилитации детей с ЛУО разработан недостаточно [1, 4, 5]. Отсутствие единых комплексных программ реабилитации для данной категории детей неоправданно увеличивает частоту обращений к детским психиатрам и экспертам в периоды декомпенсаций, особенно при наличии осложняющих расстройств (церебрастенический, неврозоподобный, психопатоподобный синдромы и т.д.).

Целью настоящего исследования являлась разработка и внедрение принципов комплексного подхода к диагностике и реабилитации детей с ЛУО со школьной дезадаптацией в зависимости от типа и степени выраженности клинико-психопатологических расстройств.

Материал и методы исследования

Настоящая работа обобщает и систематизирует результаты пятилетнего исследования клинической картины и особенностей дезадаптивных проявлений у младших школьников. Исследование проводилось на базе Областного государственного учреждения здравоохранения Свердловской областной клинической психиатрической больницы в Центре психического здоровья детей. Комплексному клинико-парадоклиническому исследованию были подвергнуты 127 детей в возрасте 8-11 лет, обратившихся на консультативный прием, либо проходивших лечение в стационарных отделениях Центра. У всех детей была диагностирована школьная и социальная дезадаптация, обусловленная ЛУО в сочетании с непсихотическими психическими расстройствами. Длительность наблюдения обследованных детей составляла 1-4 года.

Критерии включения в исследование: наличие клинических признаков, характерных для ЛУО в сочетании с дезадаптирующими синдромами в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10 (F70); интеллектуальный показатель по тесту Векслера 60-80 баллов; возраст детей 8-11 лет (младший школьный возраст).

Критерии исключения: расстройства интеллектуально-мнестической сферы вследствие органических поражений головного мозга, ранней эпилепсии, детской шизофрении и аутизма, социально-педагогической запущенности, а также умеренная умственная отсталость; возраст младше 8 и старше 11 лет.

Клинический метод являлся основным и включал клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое, клинико-динамическое и клинико-катамнестическое исследование. Оценка психического статуса опиралась на диагностические указания МКБ-10 и на отечественную классификацию [4]. Наиболее эффективным в

диагностике и коррекции различных нарушений психофизического развития детей следует считать комплексный подход с участием ряда специалистов: психиатра, невролога, педиатра, окулиста, отоларинголога, хирурга, психолога, дефектолога, логопеда, социального педагога. Полипрофессиональный подход требовал многоосевой системы диагностики.

Результаты исследования

В результате комплексного обследования 127 детей с ЛУО в сочетании с осложняющими непсихотическими психическими расстройствами были выделены синдромы, обуславливающие ШД: церебрастенический, эмоционально-волевой неустойчивости, психопатоподобный, неврозоподобный. При анализе инвалидности у детей с ЛУО были установлены следующие закономерности. В структуре синдромов, осложняющих ЛУО и влияющих на формирование ШД, ведущее место занимал церебрастенический синдром (33,1%, $p=42$). При этом церебрастения чаще наблюдалась при астенической форме ЛУО (52,4%). Далее следовала ЛУО в сочетании с неврозоподобными расстройствами (29,1%, $p=29,1\%$). В данной группе равномерно распределялись стеническая и астеническая формы ЛУО (соответственно 35,1% и 39,8%). Синдром аффективной неустойчивости при ЛУО установлен в 24,4% случаев ($p=31$), чаще встречаясь при стенической форме ЛУО (48,4%). Наконец, ЛУО в сочетании с психопатоподобным синдромом была выявлена в 13,4% случаев ($p=17$), в основном у детей с дисфорической формой ЛУО (64,7%).

На основании проведенного исследования был разработан алгоритм диагностики умственной отсталости у детей, позволяющий правильно оценить структуру дефекта, выявить потенциальные возможности ребенка и предложить систему реабилитационных мероприятий. Реабилитационные мероприятия, направленные на адаптацию и социализацию, у детей с ЛУО целесообразно разделить на несколько этапов.

Первый этап — лечебно-диагностический, на котором осуществляется ранняя комплексная многоосевая диагностика. Клинико-функциональный диагноз определяет лечебную тактику «у истоков».

Второй этап — определение характера и типа течения осложняющих синдромов при ЛУО. При этом важна правильная оценка динамики и степени выраженности основных синдромов, ограничивающих жизнедеятельность ребенка. Необходимо учитывать многослойность симптоматики, использовать комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. При установлении категории «ребенок-инвалид» в бюро медико-социальной экспертизы для ребенка

разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПР), основанная на медико-биологическом, психологическом и социальном аспектах.

Медико-биологический аспект реабилитации при ЛУО у детей связан с использованием этиотропной терапии (противовоспалительной, гормональной, иммунопротекторной), нейрометаболических (ноотропы, ангиопротекторы, дегидратация) и психотропных (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, корректоры поведения) средств, симптоматического лечения (терапия сопутствующей патологии), ЛФК, массажа.

Психологический аспект реабилитации включает коррекцию коммуникативных нарушений, расстройств эмоционально-волевой и мотивационной сферы. Формируются социальные установки и культуральные навыки. Создаются новые адаптивные алгоритмы поведения в семье и школе. Существует преодоление стигмы болезни и инвалидности.

Социальный аспект реабилитации включает определение вида, режима, формы обучения и воспитания на основании заключений и рекомендаций ПМПК и КЭК. Проводится логопедическая коррекция. Коррекция социально-средовой ситуации направлена на улучшение системы социально-психологических отношений к ребенку-инвалиду в среде, где проходит его деятельность (образовательное учреждение, общественные организации и т.д.).

Заключение

Оптимальная оценка синдромов школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью на современном этапе осуществляется многопрофильной бригадой с участием детского психиатра, психолога, дефектолога, логопеда, социального педагога и других специалистов. Методической основой взаимодействия психиатра с другими специалистами в решении вопросов комплексной диагностики служит функциональный диагноз с рекомендациями индивидуального лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом ведущего синдрома школьной дезадаптации.

Литература

1. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия и экспертная психология: Научная монография. — Екатеринбург, Тезис, 2006; 368 с.
2. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации; Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. М., 1995; 8-11.
3. Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В., Гиндикин В. Я., Бадмаева В. Д. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. М., Медицинское информационное агентство. 2007; 488 с.
4. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. С.-Пб., Речь, 2003; 391 с.
5. Рычкова Л. С. Клиническая типология школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью; Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Томск, 2004; 42 с.
6. Чуркин А. А., Мартышов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М., Триада-Х, 2000; 232 с.

Психологическая характеристика осужденных несовершеннолетних с ранним органическим повреждением головного мозга

Л. В. Ситникова

ГУЗ «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница №1», г. Пермь

Резюме

Целью данного исследования явилось установление психологических особенностей осужденных подростков, с ранним органическим повреждением головного мозга, отбывающих наказание за совершение повторных агрессивно-насильственных преступлений, имеющих ранний и длительный опыт их совершения.

Проведен сопоставительный анализ личностных особенностей подростков-правонарушителей осужденных за совершение повторных агрессивно-насильственных преступлений, имеющих индекс агрессивности (>25) с несовершеннолетними осужденными с ИА (<23). Выделенные органические особенности личности подростков, склонных к совершению повторных агрессивно-насильственных преступлений, могут быть использованы для современной диагностики социально опасных подростков, их раннего лечения и профилактики повторных правонарушений.

Ключевые слова: подросток-правонарушитель, агрессивность, диагностика, лечение.