

УДК 616.83-008.15-08-039.76

*О.К. Малтанар***МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Ждановская областная психиатрическая больница, Донецкая область

Ключевые слова: умственная отсталость, поведенческие нарушения, социальная дезадаптация, медико-социальная реабилитация, система психокоррекции, психопрофилактика

Проблема умственной отсталости остается одной из наиболее обсуждаемых среди детских психиатров, психологов и дефектологов [1]. Следует отметить, что нарушения психического развития сегодня изучаются с учетом сопровождающих нарушений поведения, трудностей усвоения социальных норм, проблем межличностных, внутрисемейных и прочих отношений. Без оценки собственно личностного контекста этих проблем, включающего широкий спектр сложно опосредованных социальных влияний, трудно рассчитывать на успешное решение социализации детей с умственной отсталостью, реализацию воспитательных и учебных задач, стоящих перед обществом в целом, системой здравоохранения и образования в частности. Известно, что при умственной отсталости имеется тотальное недоразвитие всех сторон психической деятельности, включая и социальную незрелость, имеющую определенную зависимость от культуральных микро – и макросредовых факторов. Умственно отсталые дети имеют недостаточную, по сравнению с нормальными детьми, систему психологической защищенности. Возможности адаптации этой группы детей и подростков снижены. Следовательно, контингент детей с умственной отсталостью можно рассматривать как группу высокого риска по социальной дезадаптации [2,3].

Целесообразно указать ряд факторов, детерминирующих возникновение дезадаптации у детей с умственной отсталостью. Прежде всего, это несвоевременная или неверная диагностика. Дети, попадающие во вспомогательную школу после одного или нескольких лет неблагополучного пребывания в условиях массовой школы, часто находятся в состоянии стойкого «хронического» неуспеха во всем. В данных наблюдениях неуспеваемость опережает начало формирования трудностей поведения. Несостоятельность в учебе быстро приводит к неприяз-

ненному отношению к учебному процессу. Отношения с педагогами становятся устойчиво-конфликтными: частые замечания на уроках, ответные грубые реакции детей. Ситуация неуспеха, постоянные «двойки», прогулы, недовольство педагогов порождают напряженные отношения в семье. Общее неодобрение взрослых определяет недоброжелательное отношение к такому ребенку со стороны одноклассников. В результате нарушения поведения выходят на первый план, нарастают, усугубляются, становятся более грубыми и массивными. Агрессивность и жестокость трансформируются в различные формы девиантного и деликвентного поведения (воровство, токсикоманию, асоциальные поступки) [3,9].

Вопросы лечения и реабилитации умственно отсталых тесно взаимосвязаны и охватывают широкий круг медицинских, педагогических и социальных мероприятий. Организация всесторонней помощи умственно отсталым детям в нашей стране осуществляется учреждениями здравоохранения, социального обеспечения, просвещения и профессионального обучения. Применение адекватных психо-коррекционных программ и методов обучения умственно отсталых детей, соответствующих возможностям и целям их воспитания, является важнейшим и в значительной мере решающим условием для развития всей их познавательной деятельности [4,5,11,14].

В последнее время все чаще стали использоваться лечебно-реабилитационные программы, включающие в себя не только применение медикаментозных средств. Проводятся тренинги, являющиеся важной частью программ лечения умственно отсталых, и их значение постоянно возрастает [6-8,10-13,15-18].

Программа реабилитации успешно реализовывалась на базе детско-подросткового отделения областной психиатрической больницы

г.Ждановка с 1999 года.

Нами обследовано 127 детей в возрасте от 14 до 17 лет с легкой умственной отсталостью, сочетающейся с девиациями поведения, выраженной учебной и социальной дезадаптацией. Контрольную группу составили дети с легкой умственной отсталостью, не имеющие проявлений школьной и социальной дезадаптации – 100 человек. Мальчиков было 96 человек, девочек – 31 человек.

Обследование проводилось с применением клиничко-психопатологического, клиничко-катамнестического, экспериментально-психологического, клиничко-статистических методов. Во всех случаях проводился анализ микросоциально-средовых условий, изучались педагогические характеристики, данные анамнеза и медицинская документация. Клиничко-психологическое исследование позволило выявить эмоциональные реакции детей непосредственно в процессе выполнения интеллектуальных заданий и эмоциональные реакции на ситуации успеха или трудности.

Все обследованные дети госпитализировались в больницы психиатрического профиля неоднократно с явлениями стойкой дезадаптации и психопатоподобными формами поведения.

При изучении анамнеза начальные признаки дезадаптации проявились в различные возрастные периоды в следующей последовательности: в возрасте 7-10 лет (75 чел.); 11-14 лет (52 чел.), т.е. в наших наблюдениях дезадаптация выявилась уже в начальном периоде обучения (практически в 60% случаев).

С учетом социально-психологического критерия все нарушения поведения нами разделялись на 4 типа: антидисциплинарное, асоциальное, делинквентное и аутоагрессивное (А.Г.Амбрумова, Л.Я.Жезлова, 1981г.). Антидисциплинарное поведение рассматривалось как стойкое и повторяющееся нарушение школьной дисциплины и распорядка, включая нарушения правил поведения на уроках (115 случаев), систематические прогулы и срывы уроков (123 случая). Формы асоциального поведения включали: бродяжничество (97 случаев), вербальную агрессию (104 случая), физическую агрессию (65 случаев), стойкое уклонение от учебы (116 случаев), раннюю алкоголизацию и токсикоманическое поведение (64 случая). К делинквентному поведению отнесены: кражи (20 случаев), попрошайничество (78 случаев), хулиганство (84 случая).

Установлена генерализация нарушений поведения при переходе от антидис-

циплинарных форм, которые отмечались преимущественно в условиях школы к делинквентным, которые проявлялись как в школе, так и вне ее, в том числе и после полного отказа от посещений школы. Сочетание нарушений поведения и умственной отсталости приводит к наиболее глубокой и стойкой дезадаптации.

Результаты проведенного исследования послужили основой для разработки системы психокоррекции, направленной на преодоление психопатологических и патопсихологических особенностей подростков с умственной отсталостью, обуславливающих формирование агрессивности и антисоциального поведения.

Все дети с легкой умственной отсталостью, сочетающейся с девиациями поведения, выраженной учебной и социальной дезадаптацией, были разделены на 3 группы в зависимости от установленного типа нарушений поведения. В первую реабилитационную группу вошли подростки с нарушениями поведения антидисциплинарного типа. Вторую группу составили подростки с асоциальными формами поведения; третью – с делинквентным поведением.

В основу построения комплексной программы лечебно-реабилитационных мероприятий было положено выявление индивидуального профиля предпочтительных механизмов психологической защиты, самооценки, уровня фрустрационной толерантности и контроля побуждений умственно отсталых подростков.

Основными принципами психокоррекционной работы были комплексность и индивидуальная дифференцированность осуществляемых мероприятий, с обязательным соблюдением этапности и последовательности применения. Проведение психокоррекционной работы предусматривало последовательное выполнение трех этапов.

На первом (подготовительном) этапе основное внимание уделялось установлению психологического контакта с пациентами, диагностике их психического состояния, подготовке их к участию в психокоррекционном процессе.

В комплексе лечебных мер дифференцировано включались психофармакологические препараты (индивидуально обоснованное применение антидепрессантов, транквилизаторов, ноотропов и малых нейролептиков). При этом терапевтическая тактика определялась тяжестью состояния и доминирующими психопатологическими синдромами.

Основной целью психофармакологической

коррекции было преодоление свойственных подросткам этой группы возбудимости, эмоциональной неуравновешенности, тревожности, фрустрационной неустойчивости и проявлений вегетативной дисфункции. Таким образом, на первом этапе коррекции решалось задание создания ситуации более конструктивной настроенности и психотерапевтической восприимчивости пациентов.

Целью второго (основного) этапа психотерапевтической коррекции было формирование у пациентов новых межличностных коммуникативных установок, коррекция системы ценностей, улучшение социального поведения. Характер и направленность психотерапевтических влияний в каждом конкретном случае определялись с учетом имеющейся у подростка психопатологии и характерологического радикала. Непосредственный выбор вида и тактики психотерапевтического влияния осуществлялся индивидуально в каждом случае и базировался не только на особенностях клинической картины, но и на индивидуальных особенностях пациентов.

Главным компонентом психосоциальной программы являлись разнообразные формы тренинга самообслуживания, социального поведения, коммуникативных навыков и элементарных трудовых навыков. Основными приемами были ориентированные на повседневность когнитивные техники, поведенческое моделирование социальных ролей.

Кроме рациональной психотерапии, наиболее широко примененной как в индивидуальной, так и в групповой формах, в рамках психокоррекционной работы использовали когнитивно-бихевиоральную психотерапию, элементы арт-терапии. Помимо терапии средой (милье-терапии), биологической терапии, терапии занятостью, лечебной физкультуры в неё были включены: социокультурная терапия, библиотерапия, музыкотерапия, тренинги речи, пластики, коммуникативных навыков, самодеятельный театр и другие методы психотерапевтической духовной культуры.

Основными направлениями осуществляемой психотерапевтической коррекции была выработка у них уважения к общепринятым нормам и правилам поведения, коррекция потребительских и гедонистических установок, формирование негативного отношения к своему криминальному поведению, повышение психологической стойкости во фрустрационных ситуациях и толерантности к тому, что противоречит собствен-

ным представлениям или интересам.

Важная роль в процессе психотерапевтической работы принадлежала убеждению подростков в бесперспективности и неоправданности агрессивных моделей поведения в условиях реальной жизни.

В подростковой среде важным фактором успеха осуществляемых мероприятий является создание мотивации самих пациентов относительно участия в психотерапевтическом процессе. Эффективным шагом в этом направлении было использование в рамках психокоррекционного процесса соответствующих тематически подобранных кино- и видеоматериалов. В качестве тематических видеоматериалов мы избирали произведения, что наглядно иллюстрируют негативные социальные аспекты применения насилия и его деструктивные последствия.

На третьем (завершающем) этапе психокоррекции главное внимание переносилось на закрепление результатов, достигнутых на предыдущих этапах, в условия повседневного общения с учетом психологических, социальных и микросоциальных факторов жизни подростков. При этом проводилась соответствующая разъяснительная работа с семьями подростков, применялись элементы социального тренинга с целью возобновления полноценного социального (субъективного и объективного) функционирования пациентов.

В результате проведения системы психотерапевтической коррекции наибольший эффект был достигнут у подростков первой группы. Здесь редукция поведенческих нарушений была достигнута в 55,77% и полное исчезновение у 21,15% подростков. У других 23,08% пациентов данной группы заметной динамики психопатологических проявлений мы не наблюдали.

Среди подростков второй группы, редукция нарушений поведения наступила в 48,94%, а полное исчезновение - у 10,63% пациентов.

В третьей группе результаты психокоррекционной работы привели к полному исчезновению поведенческих нарушений у 4,89% подростков, и в 34,15% произошло послабление симптоматики.

По данным катamnестического наблюдения, которое проводилось на протяжении года после завершения курса психотерапевтической коррекции, рецидивы делинквентного поведения возникли у 15,38% подростков первой, 25,53% - второй и 36,59% - третьей группы. Признаки улучшения социального функционирования (возвращение к обучению, нормализация семей-

ных отношений, улучшение коммуникативных возможностей) наблюдались у 86,54% подростков первой группы, 61,70% - второй и 56,09% - третьей.

В целом, разработанная система психотерапевтической коррекции психопатологических, патопсихологических и поведенческих особенностей подростков с умственной отсталостью, дала возможность достичь существенного эффекта - редукции или исчезновения психопатологической симптоматики, нормализации поведения и создавала условия для возобновления их полноценного социального функционирования.

В ходе проведенного исследования была также научно обоснована система психопрофилактики поведенческих нарушений у подростков с умственной отсталостью, которая состоит из первичной, вторичной и третичной профилактики.

Первичная психопрофилактика направлена на предупреждение и раннюю диагностику психических нарушений, предупреждение действия факторов, которые нарушают психическое развитие детей, на повышение уровня их психологической, социально-психологической и социальной адаптации. Мерами первичной профилактики являются семейные и генетические консультации, имеющие целью влияние на планирование рождения детей в семьях с наследствен-

ной отягощенностью олигофренией, а также программы специального пре- и постнатального медицинского обслуживания малообеспеченных семей.

Целью вторичной психопрофилактики является предупреждение обострений и декомпенсации существующей психической патологии, предупреждение рецидивов делинквентного поведения подростка.

Третичная психопрофилактика заключается в проведении мероприятий по реабилитации и реадaptации подростков. Для решения перечисленных заданий, кроме мероприятий сугубо медицинского и медико-психологического характера важное значение имеет привлечение к осуществляемой психопрофилактической работе членов семьи, педагогов, социальных работников соответствующих служб по работе с подростками.

Для комплексного решения всех вышерассмотренных проблем адаптации, на наш взгляд, целесообразно создание реабилитационного центра-школы санаторного типа для умственно отсталых детей с нарушениями социализации, что позволило бы решить ряд актуальных вопросов в организации этапности психиатрической, психотерапевтической, психологической и педагогической помощи умственно отсталым детям.

*О.К. Малтапар*

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ В УМОВАХ ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ**

Жданівська обласна психіатрична лікарня

Це дослідження присвячено проблемі реабілітації підлітків з розумовою відсталістю. У статті висвітлені питання розробки системи психокорекції порушень поведінки у рамках медико-соціальної реабілітації підлітків з розумовою відсталістю. Викладені особливості застосування щодо цього контингенту хворих. Розглянуті питання впливу та ефективності психокорекційної системи на адаптаційні можливості та соціальне функціонування підлітків з розумовою відсталістю. Висвітлені питання психопрофілактики розумової відсталості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 1 (18). — С. 81-85 ).

*О.К. Maltapar*

## **MEDIKO-SOTSIALNAYA REHABILITATION OF TEENAGERS WITH A MENTAL BACKWARDNESS IN THE CONDITIONS OF PSYCHIATRIC PERMANENT ESTABLISHMENT**

Zdaniv regional psychiatric hospital

This research is devoted to the problem of rehabilitation of teenagers with a mental backwardness. In the article the questions of development of the system of psihokorreksii violations of conduct within the framework of mediko-sotsialnoy rehabilitation of teenagers with a mental backwardness are lighted up. The features of application at this contingent of patients are expounded. The considered questions of influencing and efficiency of the psihokorektsionnoy system on adaptation possibilities and social functioning of teenagers with a mental backwardness. The questions of psihoprofilaktiki mental backwardness are lighted up. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P. 81-85).

## Литература

1. Федосеева Н. П. Психические нарушения у детей с наследственными болезнями обмена и перинатальным поражением центральной нервной системы // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 29–30
2. Е. И. Николаева, умственно отсталые дети — не всегда аутисты. ЭКО: Всероссийский экономический журнал.— Новосибирск, 2002. — № 7. — С. 176-184
3. Бтажнова И.М. Коррекционные задачи и основные направления в организации воспитательного процесса в детском доме (интернате) для детей с недостатками интеллекта. // Дефектология. — 1995г. - №5 — с.30
4. Бтажнова М.М. Программы и перспективы развития коррекционной помощи детям с интеллектуальной недостаточностью. Дефектология. — 1994г. - №1 — с.11
5. Екжанова Е.А. Системный подход к разработке программы коррекционно – развивающего обучения детей с нарушением интеллекта. // Дефектология. — 1999г. - №6 — с.25.
6. Козленко Н.А. Физическое воспитание в системе коррекционно – воспитательной работы вспомогательной школы. // Дефектология. — 1991г. - №2 — с.33.
7. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии – Москва, Просвещение, 1990.
8. Малофеев Н.Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии отечественной системы специального образования и государственной помощи детям с особыми проблемами. // Дефектология. — 1997г. - №6 — с.3.
9. Плахова Н.С. Школа – предприятие: новые подходы к коррекционной работе с умственно отсталыми школьниками. // Дефектология. — 1995г. - №5 — с.39.
10. Тупаногов Б.К. Коррекционно – педагогическая работа в системе образования детей с нарушениями умственного и физического развития. // Дефектология – 1994г. - №4 — с.9.
11. Корабейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М., 2002. – 191 с.
12. Литвак О. Я. Право на полноценную жизнь: Международное и Российское законодательство о правах особого ребёнка. - Иваново, 2003. – 216 с.
13. Пузанов Б. П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития. М., 2003. – 272 с.
14. Тиганов А. С. Патология психического развития. – М., 2000. – 75 с.
15. Шевченко С. Г. Коррекционно – развивающее обучение. Организационно – педагогические аспекты. – М., 2001. –136 с.
16. Moloy F. Art Therapy and Psychiatric Rehabilitation: Harmonious Partnership Collision? – 1984.
17. Paluba M. // Арх. психiatr. – 2001. - № 3(26). – С. 119 – 122.
18. Lund Ch., Ormerod E. // Br. J.Psychiatry. – 1986. – Vol. 149. – P. 512 – 515.

Поступила в редакцию 4.09.2007