

УДК 616.899 – 008.447 – 053.6

*О.К. Малтапар, Ю.В. Никифоров***КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ И НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Украина

Ключевые слова: умственная отсталость, подростки, клиничко-социальные факторы

В клинической практике нерезко выраженным проявлениям умственной отсталости у детей и подростков нередко сопутствуют психомоторная расторможенность и психопатоподобные расстройства [1]. Именно они чаще всего сопровождаются нарушениями поведения различной степени выраженности, что в сочетании с интеллектуальной недостаточностью оказывается одной из основных причин не только школьной, но и стойкой социальной дезадаптации в более старшем возрасте [2].

Психопатологическую симптоматику, осложняющую умственную отсталость у детей и подростков, принято считать результатом неблагоприятных биологических, и в первую очередь, экзогенных факторов, действующих либо внутриутробно, либо в раннем постнатальном периоде. Роли средовых факторов далеко не всегда придается должное внимание, что в свою очередь сопровождается недооценкой значения медико-социальных и психокоррекционных мероприятий при этих нарушениях [3,4].

Всего нами было обследовано 78 подростков с умственной отсталостью, находящихся на стационарном лечении в Ждановской областной психиатрической больнице. Среди них преобладали лица мужского пола (61 человек – 78,2%). В возрасте 14-15 лет было 31 человек (39,7%), в возрасте 16-17 лет – 47 человек (60,3%).

У подавляющего числа подростков (93,6%) в процессе клинического исследования установлена легкая степень интеллектуальной недостаточности, соответствующая уровню легкой дебильности. В пяти случаях (6,4%) диагностирована умеренно выраженная дебильность. У абсолютного большинства пациентов (76 человек, 97,4%) умственная отсталость сочеталась с психомоторной расторможенностью и психопатоподобным поведением. Только в 2-х случаях можно было думать о неосложненной форме умственной отсталости без заметных признаков деформации личности.

Большая часть подростков (52 человека, 66,6%) воспитывалась в семье, остальные – в интернатах или детских домах. Причем, семейное воспитание 36 подростков (46,2%) происходило в неполной семье, у многих из них отсутствовали оба родителя. Вне родительской семьи 26 подростков (33,3%) воспитывались с раннего возраста.

На момент обследования 47 подростков (60,3%) обучались во вспомогательных школах, 28 человек (35,9%) в интернатах, 3 (3,8%) – в ПТУ. 4 пациента (5,2%) – завершили обучение, имея неполное среднее образование. При этом следует отметить, что только 14 человек (17,9%) более или менее успешно усваивали программу обучения. В остальных случаях (82,1%) преобладала неудовлетворительная успеваемость по основным предметам вне зависимости от формы организации учебного процесса. Практически у всех подростков отсутствовали мотивация к учебе, чувство долга и ответственности, их отличало незнание элементарных правил дисциплины, неумение вести себя в коллективе. Семьи умственно отсталых подростков в основном (80,8%) характеризовались асоциальной направленностью жизненных установок. Чаще всего она проявлялась в алкоголизации родителей (20,5%), асоциальном с брутальными конфликтами поведении (19,2%). В 28,2% случаев родители подростков были лишены родительских прав, а 12,9% — находятся в заключении.

Только 20,5% подростков жили в удовлетворительных материально-бытовых условиях. В остальных случаях их семьи испытывали нужду, всевозможные лишения и в целом – отличались низким качеством жизни. Следует отметить, что неудовлетворительные жилищно-материальные условия семьи, как правило, сочетались с наличием одного или нескольких аспектов асоциального образа жизни родителей.

Несмотря на то, что первые признаки отставания в развитии проявлялись уже в раннем дет-

ском возрасте, только в 4-х случаях (5,1%) диагноз умственной отсталости был установлен до 5-ти летнего возраста. У остальных подростков умственная отсталость была выявлена в более старшем возрасте. Причем, у 49 человек (62,8%) возраст диагностирования этого расстройства (7 лет) совпал с началом обучения в учебном заведении. Поводом для консультаций с психиатром чаще всего являлось плохое усвоение учащимся общеобразовательной программы. Нарушения поведения при этом не являлись ведущими. В течение 1-2 лет безуспешного обучения в массовой школе эти дети по решению медико-педагогической комиссии переводились во вспомогательные школы или интернаты.

Определявшееся во многих случаях запаздывание с установлением диагноза умственной отсталости, по сравнению с возрастом, когда впервые было отмечено отставание в развитии (нередко через этап диагностирования задержки психического развития), можно объяснить не только низкой обращаемостью к психиатрам и сложностью установления диагноза, но и относительностью самого понятия «умственная отсталость», в легких случаях непосредственно связанного с проблемой школьного обучения [2,5,6]. Имеет значение и отсутствие в дошкольном возрасте систематической стимуляции познавательных процессов, достаточной для выявления стойкой когнитивной недостаточности.

Основной причиной госпитализации исследуемого контингента больных являлись выраженные поведенческие нарушения, которые с возрастом обычно нарастали. Проявления психомоторной расторможенности, как правило, предшествовали появлению психопатоподобных расстройств, что соответствовало основным возрастным уровням преимущественного нервно-психического реагирования детей и подростков [1]. В дошкольном возрасте психомоторная расторможенность наблюдалась у 72% обследованных. В дальнейшем (8-12 лет) она или претерпевала обратное развитие, или (чаще) трансформировалась в психопатоподобные расстройства, являясь в более раннем периоде возрастным клиническим эквивалентом последних. В такой же мере это относится и к астено-гипердинамическим проявлениям, которые почти у половины подростков с возрастом трансформировались в психопатоподобные. На это важно обратить внимание в связи с тем, что на негрубые в раннем возрасте признаки психомоторной расторможенности, по сравнению с отставанием в развитии, далеко не всегда обращается внимание родите-

лей, воспитателей детских учреждений и даже детских врачей, в то время как своевременная их коррекция могла бы препятствовать формированию психопатоподобных расстройств и девиантного поведения.

Расстройства поведения, отмечавшиеся в структуре психопатоподобного синдрома, наблюдались у большинства подростков (53 человека, 67,9%). В основном это были лица из неполных семей, либо воспитывавшиеся вне семьи с раннего детства, в том числе из семей, лишенных родительских прав. В некоторых семьях дети воспитывались, как правило, матерью; забота о детях была минимальной, в лучшем случае она сводилась к тому, чтобы обустроить, одеть и накормить их. Таким образом, ребенок, зачастую, был предоставлен самому себе, что способствовало закреплению опыта неудач, который представляет собой обычное явление для умственно отсталых подростков, и более раннему наступлению декомпенсации в виде поведенческих нарушений и социальной дезадаптации. Следует отметить, что поведенческие нарушения наблюдались во всех случаях, когда дети воспитывались вне семьи с раннего детства.

Дефицит в сфере нормального общения, особенно трудные внешние условия жизни ребенка, неблагоприятные влияния семейных факторов, а также гипопротекционный тип воспитания и безнадзорность способствовали социальной дезадаптации подростков, нарушению коммуникативных взаимоотношений в направлении асоциальной их направленности.

Чаще всего такие подростки совершали немотивированные прогулы занятий, нарушали дисциплину, бродяжничали и попрошайничали (47 чел. – 60,3%), употребляли алкоголь (6 чел. – 7,7%), состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с совершением различного рода правонарушений: от мелкого хулиганства до краж и грабежей (3 чел. – 3,8%). Только в 22 случаях (28,2%) вне зависимости от семейных факторов и условий воспитания у подростков с умственной отсталостью поведение не выходило за морально-этические рамки.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в формировании нарушений поведения у подростков с умственной отсталостью, помимо биологических факторов, существенную роль играют неблагоприятные средовые факторы, в частности, факторы социальной и, в первую очередь, эмоциональной дезадаптации, под воздействием которых дети находятся с самого раннего возраста.

Длительно существующие отрицательные социальные воздействия не только нарушают процесс социализации личности ребенка [4], но могут вызвать и структурные изменения личности, способствуя формированию психопатоподобных расстройств. Специфические особенности влияния социально-психологических факторов в детско-подростковом возрасте состоят в способности их воздействовать на несформировавшуюся личность, к тому же с признаками когнитивной уязвимости, вызывать общий дизонтогенез. Как уже отмечалось, особое место при этом занимает тяжелая социальная депри-

вация, которая, как известно, может обуславливать нарушения даже интеллектуальных, познавательных функций, т.е. выраженные и стойкие задержки психического развития.

Наличие средовой психической дезадаптации у подростков с невыраженными формами умственной отсталости, а также склонности к повышенному поведенческому индуцированию, делают необходимым разработку адекватных медико-социальных и психокоррекционных программ, с акцентом на проведение превентивных терапевтических и реабилитационных мероприятий.

О.К. Малтапар, Ю.В. Никифоров

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІДЛІТКІВ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ТА ПОРУШЕННЯМИ ПОВЕДІНКИ.

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Україна.

Це дослідження відкриває проблему порушень психічного здоров'я підлітків з розумовою відсталістю. У статті розглянуті питання соціального функціонування та ступеня декомпенсації підлітків з розумовою відсталістю, залежно від мікросоціальних умов, мотиваційних та особистих чинників. Проведен аналіз порушень психічного здоров'я підлітків залежно від типу виховання, родинних чинників, взаємовідносин у родині. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 115-117)

O.K. Maltapar, I.V. Nikiforov

CLINICAL AND SOCIAL DELINEATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL RETARDATION AND BEHAVIORAL DISORDERS

Zhdanovka's Regional mental hospital, Ukraine

The investigation opens the problem of retarded adolescents mental health. In the article the problems social function and of the degree of decomposition in adolescent with mental retardation in the connection with microsocial conditions, motivations, and personality features are regarded. The analysis of mental health's disturbances of adolescents in the dependence from bringing up tipe, familiar factors and relations inside of family is carried out. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 115-117)

Литература

1. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985. – 288с.
2. Коробейников И.А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития. Автор дисс. ... доктор психол. наук. – М., 1997. – 41 с.
3. Крыжановская И.Л., Маринчева Г.С. О некоторых вариантах умственной отсталости с нарушениями поведения (по данным клинико-эпидемиологического исследования). Социальная и клиническая психиатрия. 1999, 2. – С. 18-20.
4. Гурьева В.А., Вострокнутов Н.В., Макушкин Е.В.

- Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков. Руководство по социальной психиатрии. М. «Медицина», 2001. – С. 117-136.
5. Соловьев А.Н. сравнительное катамнестическое исследование лиц с пограничной интеллектуальной недостаточностью, обучавшихся во вспомогательных и общеобразовательных школах. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1995. – 18 с.
 6. Penrose L.S. The Biology of Mental Defect. London, 1969. – 254p.

Поступила в редакцию 2.06.02