

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМАТИКИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ-СИРОТ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Л.С. Рычкова, С.А. Супрун, Д.Ю. Гузанова

Установлены типологии дезадаптационных расстройств у детей-сирот с легкой умственной отсталостью, которые могут быть представлены в виде 3-х основных типов: агрессивно-дисфорического, астено-гипобулического и аддиктивного. Описываются психолого-психопатологические особенности каждого типа в зависимости от возрастных параметров развития, приводится их динамика, даются конкретные рекомендации по осуществлению решений медико-психологической диагностики и дифференцированному подходу к профилактическим и реабилитационным мероприятиям.

Ключевые слова: дезадаптационные расстройства, дети-сироты, умственная отсталость, типология, агрессивно-дисфорический, астено-гипобулический, аддиктивный типы.

Актуальность исследования. На современном этапе развития детско-подростковой психиатрии наиболее актуальными и значимыми являются проблемы, связанные с нарушениями поведения, дезадаптационными расстройствами, которые чаще формируются у контингента, относящегося к «группам риска». В последние десятилетия отмечается увеличение как числа лиц с умственной отсталостью (УО), особенно ее легких форм, так и количества детей-сирот. В нашем государстве насчитывается более 715 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [5]. Сочетание, действующих на детей-сирот с легкой умственной отсталостью (ЛУО), комплекса неблагоприятных биологических и социальных факторов, обуславливает легкое возникновение у них дезадаптационных расстройств в виде непсихотической психопатологической симптоматики [1,3,4]. По данным Генпрокуратуры, из выпускников детских домов 40 % являются больными наркоманией или алкоголизмом, 10 % кончают жизнь самоубийством, 40 % совершают преступления [6].

Дезадаптационные расстройства (ДР), начинающиеся в различные периоды развития ребенка, при отсутствии адекватной помощи приводят в дальнейшем к выраженной социальной дезадаптации, в связи с чем особую значимость приобретает выявление «групп риска», возможность ранней диагностики и адекватной реабилитационной помощи при развитии данных нарушений [2].

Следовательно, изучение возрастных особенностей дезадаптационных расстройств позволит дифференцированно подойти к проведению профилактических и реабилитационных мероприятий у контингента детей-сирот с ЛУО.

Целью исследования явилось установление типологии дезадаптационных расстройств у детей-сирот с легкой умственной отсталостью с определением их возрастных особенностей, что позволит осуществлять раннюю диагностику и дифференцировать подход к профилактическим и реабилитационным мероприятиям.

Задачи исследования:

1) изучить клинико-психопатологические и психолого-педагогические проявления дезадаптационных расстройств у детей-сирот с легкой умственной отсталостью;

2) разработать типологию дезадаптационных расстройств у исследуемого контингента и определить их возрастные психопатологические особенности;

3) выработать принципы профилактических и реабилитационных мероприятий, в зависимости от установленных особенностей дезадаптационных состояний.

Материал и методы исследования. Было обследовано 112 детей-сирот с легкой умственной отсталостью экзогенно-органического генеза, принадлежащих к мужскому полу, в возрасте от 7 до 18 лет, проживающих в школе-интернате и обучающихся по специ-

альной (коррекционной) образовательной программе VIII вида (вспомогательной). Все исследованные имели те или иные дезадапционные расстройства. Основными методами исследования явились: клинико-психопатологический, параклинический и статистический.

Результаты исследования и их обсуждение. Деадапционные расстройства определялись при наличии у ребенка устойчивых (более 6 месяцев) нарушений в виде полиморфной непсихотической психопатологической симптоматики, проявляющейся различными формами девиантного поведения, нарушениями обучения, невозможностью усвоения социальных норм, а также неспособностью справляться с обязанностями и требованиями, предъявляемыми в процессе воспитания, школьного, трудового обучения, с учетом как его индивидуальных способностей, так и особенностей среды, в которой он проживает и развивается.

Анализ полученных данных привел к необходимости систематизировать выявленные нарушения, которые определяли сущность дезадапционных состояний. В соответствии с ведущими клиническими проявлениями, обследованный контингент был распределен по трем группам, которые были обозначены в виде основных типов дезадапционных расстройств: агрессивно-дисфорического, астено-гипобулического и аддиктивного. Преобладающим оказался агрессивно-дисфорический тип (50,9 %, $n = 57$), аддиктивный тип встречался в 26,8 % ($n = 30$), астено-гипобулический тип был обнаружен у 22,3 % ($n = 25$).

Агрессивно-дисфорический тип – характеризуется симптомокомплексом в виде повышенной эмоционально-волевой возбудимости, вспыльчивости, гневливости, суетливости, расторможенности. У детей с данным типом отмечалась неустойчивость настроения, со склонностью к аффективным разрядам, вспышкам гнева и агрессией, сопровождавшимися криками, бранью, разрушительными действиями, возникающими даже по незначительному поводу или без провоцирующих причин.

Астено-гипобулический тип – обусловлен декомпенсацией расстройств преимущественно астенического спектра, определяется задержка психомоторного, речевого развития, бедность движений, склонность к реакциям тормозимого типа с обидчивостью, преобладают эмоционально-волевые нарушения в виде безынициативности, несобранности, слабо-

сти побуждений с неспособностью к длительным действиям, требующим волевых усилий.

Аддиктивный тип – наблюдается у детей при ранней алкоголизации и употребления психоактивных веществ (ПАВ). Аддиктивные расстройства сопровождались агрессивным поведением, драчливостью, прогулами школы, уходами из интерната, воровством, лживостью.

Агрессивно-дисфорический тип ДР преобладал у детей в возрасте 13–15 лет (50,9%, $n=29$), что можно объяснить происходящими в период пубертата изменениями. Примерно одинаковыми, но достаточно высокими показателями по распространенности были периоды 10–12 и 7–9 лет, составившие – 22,8 % ($n=13$) и 19,3 % ($n=11$) соответственно. Вероятно, это обусловлено тем, что в данных возрастных периодах происходило изменение жизненного стереотипа, связанное с поступлением в государственное учреждение, началом школьного обучения. В наименьшем количестве, всего в 7 % ($n=4$) данный тип дезадаптации встречался в группе детей 16–18 лет, что может быть связано, с одной стороны, с осуществлением в школе-интернате профилактической коррекционной программы, а с другой – переходом части детей в данном возрасте в аддиктивный тип. Таким образом, происходило постепенное увеличение числа детей с агрессивно-дисфорическим типом дезадаптации, начиная с младшего школьного возраста, которое продолжалось в периоды препубертата и пуберта. Наиболее распространенными нарушениями поведения в возрастной группе 7–9 лет была лживость (19,6 %, $n=11$), воровство (17,9 %, $n=10$), драчливость и хулиганство (17,9 %, $n=10$). У 10–12-летних преобладающими оказались вызывающее провокационное поведение (21,6 %, $n=11$), откровенное постоянное непослушание (17,6 %, $n=9$), тяжелые вспышки гнева (15,7%, $n=8$), драчливость и хулиганство (15,7 %, $n=8$). В возрасте 13–15 лет преобладали вызывающее провокационное поведение (20,2 %, $n=21$), драчливость и хулиганство (17,3%, $n=18$), прогулы в школе и ухода из интерната (15,4 %, $n=16$), откровенное постоянное непослушание (14,4 %, $n=15$). В группе 16–18-летних в 26,7 % ($n=4$) встречались тяжелые вспышки гнева, в 20 % ($n=3$) откровенное постоянное непослушание (14,4 %, $n=15$), в 13,3 % ($n=2$) драчливость, хулиганство и вызывающее провокационное поведение.

Астено-гипобулический тип ДР несколько чаще встречался у детей в возрасте 16–18 лет (32 %, $n=8$) и 13–15 лет (28 %, $n=7$), что вероятно связано с прогрессивным течением и слабой подверженности методам коррекции дезадаптационных состояний у детей-сирот с преобладанием астенического радикала в структуре общего психического недоразвития. У детей в возрасте 16–18 лет с астено-гипобулическим типом ДР преобладали волевые нарушения в виде аспонтанности и адинамии, были слабо развиты трудовые, учебные навыки. В группе 7–9-летних количество детей с данным вариантом (24 %, $n=6$) преобладало над количеством детей в возрасте 10–12 лет (16 %, $n=4$), что можно объяснить началом обучения в школе и проживания в интернате, обуславливающим повышение интеллектуальной нагрузки, увеличение коммуникативных контактов, появлением новых требований, необходимости соблюдения распорядка. В этот период возрастная дестабилизация усугубляла и без того низкие интеллектуальные возможности, декомпенсировала экзогенно-органическую церебральную неполноценность, что провоцировалось возрастанием психофизиологических нагрузок. Вследствие этого усиливалась церебральная симптоматика, на фоне которой углублялись невротоподобные расстройства.

Аддиктивный тип ДР не встречался у детей в возрасте 7–9 лет, а у 10–12 летних составил только 6,7 % ($n=2$). Резкое увеличение распространенности данного варианта дезадаптации происходило в возрастных группах 13–15 и 16–18 лет, в каждой из которых он был распространен в 46,7 % ($n=14$). Вероятно, это связано с началом пубертатного периода, расширением круга общения, знакомством с социальной средой вне государственного учреждения, которая зачастую оказывается асоциальной или криминальной, тем более что первыми, кто приводит детей к началу употребления алкоголя и ПАВ, оказываются сверстники вне интерната и воспитанники с уже сформированными аддиктивными формами поведения. В возрастной группе 10–12 лет преобладающими оказались прогулы школы и уходы из интерната, драчливость и хулиганство, вызывающее провокационное поведение, каждое из которых встречалось в 18,2 % ($n=2$). У 13–15-летних значительно чаще определялись прогулы в школе и уходы из интерната (16,4 %, $n=12$), воровство (16,4 %, $n=11$), лживость (16,4 %, $n=11$), вызывающее

провокационное поведение (13,4 %, $n=9$). В 16–18 лет наиболее распространенными являются прогулы в школе и уходы из интерната (20,5 %, $n=9$), лживость (18,2 %, $n=8$), откровенное постоянное непослушание (18,2 %, $n=8$), воровство (15,9 %, $n=7$).

Следовательно, при агрессивно-дисфорическом типе наибольшее количество дезадаптированных детей-сирот с ЛУО приходилось на период 13–15 лет, при астено-гипобулическом наиболее уязвимым оказался возраст 16–18 лет, а при аддиктивном как 13–15 лет, так и 16–18 лет. Характерными поведенческими расстройствами, проявляющимися при декомпенсации по агрессивно-дисфорическому типу являлись драчливость и хулиганство, вызывающее поведение и откровенное постоянное непослушание. Дезадаптация детей-сирот с ЛУО по астено-гипобулическому типу проявлялась стойкими и выраженными нарушениями и соответствовали своеобразной трансформации, проявляющейся переходом от преобладающего в более раннем возрасте полюса астенических расстройств к нарушениям апатического спектра. При аддиктивном типе наиболее частыми нарушениями оказались прогулы школы и уходы из интерната, вызывающее провокационное поведение, воровство, лживость.

При разработке профилактических и реабилитационных программ необходимо учитывать как психопатологические, так и возрастные особенности дезадаптационных расстройств у детей-сирот с ЛУО. Лечебно-коррекционная и реабилитационная работа с детьми-сиротами с ЛУО должна осуществляться полипрофессиональной бригадой специалистов при качественной интеграции деятельности врача-психиатра, психолога, педагога, воспитателя, социального работника. При агрессивно-дисфорическом типе ДР роль специалистов должна заключаться в обучении позитивным коммуникативным навыкам, методам самообладания, в условиях психиатрического стационара необходимо осуществлять комплексную помощь, включающую медикаментозную коррекцию имеющихся нарушений. Формирование ДР по астено-гипобулическому типу требует взаимодействия учителя, дефектолога, логопеда, психолога, психиатра с целью выработки индивидуальной программы обучения и развития. Необходимо уделять внимание коррекции наиболее поврежденных психических функций, в сочетании с медикаментозной терапией орга-

нического поражения головного мозга. При аддиктивном типе ДР необходимо тесное сотрудничество психиатра, нарколога, психолога, социального работника. Акцент следует делать на санитарном просвещении подростков, стационарном лечении, прерывании асоциальных и криминальных контактов, дальнейшем целенаправленном наблюдении и предотвращении рецидивов.

Вывод. Выявление клинико-психопатологических и возрастных особенностей дезадаптационных расстройств, формирующихся у детей-сирот с легкой умственной отсталостью, является необходимым условием при разработке дифференцированных лечебно-профилактических и реабилитационных программ с учетом установленных типов, что позволит повысить эффективность оказания помощи лицам с интеллектуальным недоразвитием.

Литература

1. Буторина, Н.Е. Начальные проявления психических расстройств в детском и подростковом возрасте (метод. рекомендации) /

Н.Е. Буторина, Л.С. Рычкова, Г.Г. Буторин. – Челябинск: УГМАДО, 1998. – 19 с.

2. Гурьева, В.А. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков / В.А. Гурьева, Н.В. Вострокнутов, Е.В. Макушкин; под ред. Т.Б. Дмитриевой // Руководство по социальной психиатрии. – М.: Медицина, 2001. – С. 117–136.

3. Дмитриева, Т.Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения / Т.Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 4. – С. 4–13.

4. Куган, Б.А. Социально-трудовая адаптация детей группы социального риска / Б.А. Куган. – Курган; Челябинск, 1995. – 80 с.

5. Прихожан, А.М. Психология сиротства / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с.

6. Новости России [Электронный ресурс] / Четверг, 1 июня 2006. Генпрокуратура РФ: родители в России за пять лет убили более тысячи детей. – Режим доступа: http://www.newsru.com/russia/01_jun_2006/parents.html.

Поступила в редакцию 7 июня 2009 г.

Рычкова Лидия Сергеевна. Доктор медицинских наук, профессор кафедры общей психологии: 8(351)2679981.

Lydia S. Rychkova. Doctor of medical sciences, professor of department of general psychology, South Ural State University: 8(351)2679981.

Супрун Станислав Александрович. Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской, подростковой психиатрии и медицинской психологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования.

Stanislav A. Suprun. Candidate of medical sciences, assistant to chair of children's, teenage psychiatry and medical psychology, Ural state medical academy of an additional education.

Гузанова Дарья Юрьевна. Магистр кафедры общей психологии.

Darya J. Guzanova. Master of department of general psychology, South Ural State University.