

УДК 616.155.194.113-056.7

*Далимова Саида Амануллаевна
Аграновский Марк Лейзерович,
Муминов Рахимжон Каюмжонович
Кафедра психиатрии и наркологии*

Андижанский государственный медицинский институт

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И
КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ЛИЦ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ
УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ПРИ СЕМЕЙНОМ ХАРАКТЕРЕ
ОЛИГОФРЕНИИ**

***Резюме:** Повышенный интерес к проблемам семьи обусловлен пониманием значения, которое имеет семья для развития современного общества. В ходе функционирования семьи происходит социализация растущего поколения, подготовка новых членов общества. Особенности функционирования семейной системы, образ жизни семьи, становятся той воспитательной средой, дающей ребенку необходимый минимум общения, без которого он не может стать личностью.*

Воспитательное влияние семьи на ребенка, имеющего умственную отсталость (интеллектуальные нарушения) особенно важно. Для данной категории детей единственным институтом воспитания зачастую оказывается семья. Основная ответственность за развитие личности ребенка, имеющего умственную отсталость (интеллектуальные нарушения) лежит именно на членах семьи. Важность семьи как института воспитания обусловлена тем, что в ней ребенок находится большую часть своей жизни, и то, что ребенок 5 приобретает в семье, он использует для дальнейшей социализации и интеграции в общество

***Ключевые слова:** умственная отсталость, семейная олигофрения, интеллект, степени олигофрении.*

*Dalimova Saida Amanullaевна
Agranovsky Mark Leizerovich,
Muminov Rakhimjon Kayumjonovich
Department of Psychiatry and Addiction
Andijan State Medical Institute*

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE LEVEL OF QUALITY OF
LIFE AND CLINICAL PICTURE IN PERSONS WITH A LIGHT**

DEGREE OF MENTAL DEVICE WITH FAMILY CHARACTER OF OLIGOPHRENIA

Resume: The increased interest in family problems is due to an understanding of the importance that the family has for the development of modern society. During the functioning of the family, the growing generation is socialized, and new members of society are trained. Features of the functioning of the family system, the lifestyle of the family, become that educational environment that gives the child the necessary minimum of communication, without which he cannot become a person.

The educational influence of the family on a child with mental retardation (intellectual disability) is especially important. For this category of children, the only educational institution is often the family. The main responsibility for the development of the personality of a child with mental retardation (intellectual impairment) lies precisely with family members. The importance of the family as an educational institution is due to the fact that the child is in it most of his life, and what child acquires in the family, he uses for further socialization and integration into society

Key words: mental retardation, familial oligophrenia, intelligence, degree of oligophrenia.

Введения. Умственная отсталость – группа различных наследственных, врожденных или рано приобретенных состояний общего психического недоразвития. Согласно МКБ-10, умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей[1,3].

Для кодировки диагноза умственной отсталости в МКБ-10 предложено использование раздела F7 (F70 – 79) с уточняющими после точки цифрами в зависимости от этиологии, а также наличием или отсутствием сопутствующих значительных нарушений поведения. Синонимами умственной отсталости являются такие понятия как «общее психическое недоразвитие», «психическое недоразвитие», «олигофрения». По мнению некоторых современных авторов, понятие «умственная

отсталость» более широкое, чем часто использовавшийся ранее термин «олигофрения»[2,4].

Под олигофренией обычно понимают дефект, ограниченный в первую очередь сферой интеллекта. Термин «умственная отсталость» стал все более общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, постепенно заменив термин «олигофрения». На наш взгляд, традиционный в том числе и для нашей страны термин «олигофрения» все-таки не должен быть утрачен и вполне может использоваться, когда речь не идет, например, о пограничной умственной отсталости или о деменции. Шифры умственной отсталости по МКБ-10: F 70-79.

По данным Всемирной организации здравоохранения, а также ряда отечественных и зарубежных авторов, показатели распространенности умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1 до 3 % населения. В регионах, где имеет место воздействие экопатогенных факторов, а также наблюдаются изолированные социальные группы, распространенность данной патологии может достигать 7 %. Среди лиц мужского пола умственная отсталость встречается примерно в 1,5 раза чаще, чем среди женщин[3,5]. Подобное соотношение наиболее заметно при легкой степени психического недоразвития, 4 а при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, как правило, количественной разницы между мальчиками и девочками не наблюдается.

Цель исследования. Установить клинические особенности динамики проявлений умственной отсталости, у лиц с лёгкой степенью умственной отсталости и качество жизни пациентов, в зависимости от условий образовательных программ.

Методы исследования. Основным методом исследования был клиничко - психопатологический. Классический клиничко-психопатологический метод базировался на личной беседе с каждым обследуемым, в ходе которой собирались анамнестические сведения по

общепринятой в клинической психиатрии схеме истории болезни с психопатологическим обследованием, с последующим установлением развёрнутого клинического диагноза умственной отсталости.

Диагноз формулировался в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10 по разделу F-7 "Умственная отсталость". Использовался также метод реконструкции истории болезни с учетом данных катамнеза с момента окончания школы и до момента обследования, на основании сведений полученных из амбулаторных карт и историй болезни.

Результаты исследования. В процессе проведенного обследования выявились существенные отличия в клинической картине и в уровне КЖ у выбранных контингентов больных.

Сравнительный анализ клинической картины лёгкой степени умственной отсталости среди выпускников общеобразовательной и коррекционной школ, показал превалирование расстройств невротического уровня в 46% у лиц окончивших общеобразовательную школу, у выпускников коррекционной школы невротические расстройства составили 16% ($p < 0,001$). Расстройства личности у выпускников обеих школ определялись равномерно в 38% и 40% случаев соответственно. При этом у учащихся общеобразовательной школы преобладало эмоционально-неустойчивое расстройство личности импульсивного типа 24%, а также диссоциальное расстройство личности 8%, (эти показатели в коррекционной школе составили 14% и 4%) ($p < 0,05$). У выпускников коррекционной школы чаще встречались истерические расстройства личности 22% (6% - в общеобразовательной школе) ($p < 0,001$).

В ходе анализа клинико-динамических сдвигов в клинической картине личностных расстройств были выявлены фазовые состояния, декомпенсации и патохарактерологические реакции. У выпускников общеобразовательной школы, в отличие от коррекционной школы,

фазовые состояния носили отчётливый характер и клинически протекали в форме дисфории у 4(8%), дистимии у 3 (6%). В период декомпенсации у 3 (6%) респондентов отмечались эпизоды агрессивного поведения, у 1 - аутоагрессия с попыткой суицида. Из патохарактерологических реакций наблюдались пре-имущественно-реакции протеста. У выпускников „коррекционной -школы отмечены клинико-динамические сдвиги в виде патохарактерологических реакций у 5 (10%) пациентов и декомпенсаций у 6 (12%) случаев, которые возникали в трудных ситуациях по типу аффективных поведенческих реакций, направленных на привлечение к себе внимания, реакций иммитации.

В группе выпускников общеобразовательной школы наблюдались следующие особенности диспансерного наблюдения: в 64% преобладала динамическая группа наблюдения, с частотой наблюдения в диспансере более 5 раз в год, 5% пациентов находились на активном динамическом наблюдении. В 60% случаев в этой группе отмечалась относительно высокая частота госпитализаций до 3-4 раз в год, в коррекционной школе этот показатель составил 2% ($p < 0,001$).

Причиной высокого уровня невротизации и личностных расстройств у респондентов окончивших общеобразовательную школу, в большинстве случаев было отрицательное мнение о самом себе и низкая самооценка, которые были сформированы в результате того, что они постоянно терпели издевательства, насмешки и были "изгоями" в среде детей с нормальным интеллектом. Подобный психологический дискомфорт привел к нарушениям в развитии полноценной личности, что в конечном итоге выразилось в дезадаптации, нарушениях поведения с алкоголизацией появлению тревоги и депрессии. До 28% выпускников высказали неудовлетворенность своим психическим состоянием, 24% дали отрицательную оценку своему психическому здоровью.

Число респондентов окончивших коррекционную школу наблюдавшихся в диспансере консультативно, соответствовало общеобразовательной школе и частота обращения составляла 1-2 раза в год, 30% обследуемых терялись из поля зрения участкового психиатра, в связи с не обращаемостью. Целью обращения в подавляющем большинстве случаев была медицинская комиссия по поводу трудоустройства. Чаще всего, в 90% случаев мотивом первого стационарирования служило обследование по линии военкомата, у 2% отмечались повторные госпитализации, связанные с расстройствами невротического спектра (астено - депрессивная симптоматика, тревожно-фобические расстройства), у части пациентов при поступлении выявлялись нарушения поведения и алкоголизация. После проведённого стационарного лечения, отмечались хорошие положительные результаты. Данное обстоятельство можно объяснить мотивацией больных на трудовую деятельность и улучшение своего социального статуса.

Образование и трудовая деятельность в изучаемых группах, также имели отличительные особенности.

Большинство выпускников коррекционной школы в отличие от лиц закончивших общеобразовательную школу, получили начальные трудовые навыки и профессиональную ориентацию в школе ($p < 0,001$) (слесарное дело, токарное производство, курсы кройки и шитья), 56% в дальнейшем продолжили образование и профессиональное обучение в ПТУ, средне-специальных учебных заведениях (колледж, техникум), 2% окончили институт (на платной основе). До 96% респондентов были полностью удовлетворены полученным образованием и связывали свои успехи в жизни с учёбой в коррекционной школе. После окончания училища выпускники были трудоустроены на базовом предприятии ПТУ, находили работу самостоятельно или с участием родителей (родственников). До 54% респондентов на момент осмотра имели трудовой стаж 5-9 лет и чаще

всего выполняли мало квалифицированную работу, в общеобразовательной школе такой стаж работы имели только 24% обследованных ($p < 0,001$). Около 4% выпускников не работали. Эту группу составили лица с умственной отсталостью, не начавшие трудовую деятельность и не имеющие группы инвалидности (46,5%), а также инвалиды 3 группы (45,5%). Количество смен работы за последние 5 лет в среднем составляло не больше 1-2 раз (22%), чаще осуществлялось без снижения квалификации и чаще всего была связана с низкой заработной платой.

Уровень материального обеспечения выпускников коррекционной школы в 50% случаев оценивался как средний и у 8% как высокий ($p < 0,001$). Высокий и средний уровни дохода в 70% наблюдались у лиц имеющих семью или проживающих с родителями. Жилищные условия в 58% случаев признавались удовлетворительными, что во многом связано с программой льготного обеспечения жильём выпускников коррекционных школ, не имеющих родителей, по линии социальной защиты, а также получением жил. площади от предприятия по месту работы у лиц с большим стажем работы на одном месте.

На момент обследования в браке состояло 42%. Около 54% никогда не состояли в браке. Среди лиц состоящих в браке: 30% обследуемых рассматривались как основные кормильцы, 10% - занимали подчиненное положение.

Дневная активность в 46% оценивалась как хорошая и в 38% удовлетворительной, в досуге больных преобладали более активные его формы (работа на даче, посещение мест отдыха вне дома, имелось хобби). Социальное функционирование респондентов окончивших общеобразовательную школу отличалось более низкими значениями в ряде показателей.

Количество лиц, среди выпускников общеобразовательной школы, продолживших дальнейшее профессиональное обучение после окончания школы, составило всего 31%, около 20% лиц на момент обследования не работали или работали кратковременно по найму на малоквалифицированных работах, из них 79% имели 3 группу инвалидности. При этом замечено, что при установлении у пациента группы инвалидности, в 80% случаев терялась возможность к трудоустройству, в связи с отсутствием работы для инвалидов или нежеланием последних трудоустраиваться, что приводило к более стойкой дезадаптации и утяжелению группы.

Причиной частой смены работы называлась реорганизация учреждения и сокращение. При этом материальное положение респондентов в 40% случаев оценивалось, как низкое и в 18% было бедственным, что связано, по-видимому, с низким уровнем дохода, отсутствием работы, алкоголизацией и иждивенческим образом жизни.

Данные показатели повлияли, очевидно, и на социальные связи больных. Более 68% проживали вне брака, отношения с родственниками носили конфликтный характер.

Досуг этих больных в 54% отличался однообразием, пассивностью с отсутствием интересов и низкой дневной активностью.

Качество жизни как важнейший фактор социально-трудовой адаптации, также было различным у респондентов в двух изучаемых группах. Среди обследованных выпускников коррекционной школы 84% выпускников обнаруживали удовлетворенность своим психическим состоянием. В общеобразовательной школе это количество составляло только 48% ($p < 0,001$). По степени удовлетворенности физическим самочувствием и физической работоспособностью статистически значимых различий в изучаемых группах не выявлено.

При оценке материального положения в ряде случаев наблюдалась переоценка реальной действительности. Так, многие выпускники общеобразовательной школы, несмотря на бедственное положение и отсутствие средств к существованию, были полностью удовлетворены материальным положением (в 72% имелась удовлетворенность материальным положением, хотя объективно положительная оценка была дана лишь в 40%). Расхождения в субъективной и объективной оценках выявилась и при оценке жилищных условий (в 34 % жилищные условия объективно признавались неблагополучными, но оценивались при этом как хорошие).

Ощущение благополучия и удовлетворенность жизнью в целом — это наиболее важные показатели, их информативность превышает другие определяемые параметры при оценке различных сторон качества жизни. По этим результирующим показателям выявлено снижение уровня качества жизни у респондентов получивших образование в общеобразовательной школе (36,0% отрицательных оценок), по сравнению с выпускниками коррекционной школы (18%) ($p < 0,001$). Ряд обследованных давали завышенные оценки удовлетворённостью жизнью в целом при объективно низком социальном статусе.

В ходе проведения работы было отдано предпочтение отечественным нейролептикам пропазину и этаперазину, в комплексе с антидепрессантом коаксилом и карбамазепином. Вышеуказанные препараты обладают минимальными побочными эффектами и не приводят к формированию психической зависимости. При этом пациентам с невротической симптоматикой с преобладанием в клинической картине астенических расстройств, пониженного фона настроения, ипохондрической симптоматики или выраженных тревожно-фобических расстройств, наиболее эффективно, как показало исследование, применение нейролептика этаперазина в комбинации с антидепрессантом

коаксиллом. Лицам, с лёгкой степенью умственной отсталости, в клинике у которых присутствует взрывчатость, брутальность, импульсивность, повышенный уровень притязаний, высокоэффективными оказались нейролептик пропазин в сочетании с карбамазепином.

Психотерапия показала наибольшую эффективность на втором этапе реабилитации, т.е. после купирования выраженных поведенческих расстройств и невротических расстройств.

Индивидуальные комплексные методы реабилитации у пациентов с лёгкой степенью умственной отсталости должны строиться с учётом показателей качества жизни. Так, комплексная дифференцированная программа реабилитации, включающая медицинский, психологический и социальный компоненты, позволила в значительной степени редуцировать имеющиеся в значительной степени редуцировать имеющиеся психопатологические расстройства у лиц с лёгкой степенью умственной отсталости и тем самым оптимизировать качество жизни у выявленных групп пациентов с низким уровнем этого показателя.

В использовании психотропных средств предпочтение должно отдаваться препаратам с минимальными побочными эффектами, не приводящими к формированию психической зависимости. Для коррекции невротических и поведенческих расстройств наиболее оптимальным является сочетание небольших доз нейролептиков с антидепрессантами и нормотимиками.

Психотерапия должна проводиться на всех этапах реабилитации. Наиболее очевидный эффект психотерапии проявляется в сочетании использования рациональной психотерапии с групповой когнитивно-бихевиоральной психотерапией на втором этапе реабилитации после медикаментозного купирования выраженных поведенческих и невротических расстройств.

Вывод. В результате проведенных исследований выявились различия в клинической картине и уровне качества жизни лиц с умственной отсталостью трудоспособного возраста при различных формах обучения, что позволило оценить социально-трудовую адаптацию умственно-отсталых, исходя из сегодняшних реалий жизни (кадровая политика предприятий, отсутствие воспитательной работы с рабочими, ненормированность рабочего дня, отсутствие социальных гарантий и льгот). На основании полученных данных, предложены программы адаптации и реабилитации пациентов.

Полученные результаты могут быть использованы клиницистами, педагогами и работниками социальной защиты при работе с умственно отсталыми пациентами в специализированных коррекционных школах и психиатрических стационарах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство.- СПб.: Речь, 2003.- 391 с.
- Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста.- СПб.: Наука и Техника, 2013.- С. 217-289.
2. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии.- СПб.: Речь, 2017.- С. 126-146.
3. Маринчева Г.С., Вроно М.Ш. Умственная отсталость // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова.- В 2-х т. Т. 2.- М.: Медицина, 2009.- С. 612-680.
4. Сухотина Н.К. Умственная отсталость // Психиатрия. Справочник практического врача / Под ред. А.Г. Гофмана. — М.: «МЕДпрессинформ», 2016. — С. 360–377.

5.Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии.- М.: Изд-во «Триада-Х», 1999.- С. 7-13, 106-109.