

УДК 159.9

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ВИДЫ КОРРЕКЦИИ ВЕДУЩЕГО НАРУШЕНИЯ ОЛИГОФРЕНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Сазонская Д.М.

Магистрант 2 курса факультета «Клиническая психология»
педагог-психолог ГКУ СО КК «Каневской реабилитационный центр для
детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья»

ЧОУ ВО ЮУ (ИУБиП)

e-mail: diana9.mixailovna@gmail.com

Аннотация: В статье представлены причины ведущего нарушения олигофрении. Рассмотрена клиника течения нарушения олигофрении у детей. Описаны некоторые степени тяжести олигофрении из собственного опыта работы с такими детьми. Рассмотрена эпидемиология заболевания олигофренией. Так же описаны шкалы и методики для диагностики олигофрении.

Ключевые слова: дети-олигофрены, патогенез ведущего нарушения, причины и течения заболевания олигофренией у детей, диагностика и виды коррекции ОУ.

CLINIC, DIAGNOSIS AND CORRECTION TYPES OF THE LEADING DISORDER OF OLIGOPHRENIA IN CHILDHOOD

Sazonskaya D.M.

Abstract: The article presents the causes of the leading disorder of oligophrenia. The blade of the course of violation of oligophrenia in children is considered. Some degrees of severity of oligophrenia are described from my own experience of working with such children. The epidemiology of oligophrenia is considered. Scales and methods for diagnosing oligophrenia are also described.

Key words: oligophrenic children, pathogenesis of the leading disorder, causes and course of oligophrenic disease in children, diagnostics and types of OS correction.

Умственная отсталость, ранее малоумие, олигофрения рассматривается как врожденная или приобретенная в период развития задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации [2]. Проявляется в первую очередь в нарушениях интеллекта, также

отношении эмоций, воли, речи и моторики и чаще всего встречающаяся у детей раннего возраста.

В связи с ограниченным использованием клинико-физиологической классификации умственной отсталости современные данные о распространенности атонической формы отсутствуют. По данным Д.Н. Исаева [24], полученным в рамках психиатрического стационара, атоническая форма составляет 3% среди всех форм умственной отсталости, тем не менее современные наблюдения показывают увеличение этого числа до 10% и более. Атоническая форма резидуально-органического поражения головного мозга в 3-4 раза чаще встречается у мальчиков и часто является врожденной, обусловленной разными перинатальными и патогенными факторами [2].

Анализируя данные распространенности заболевания олигофренией или УО (умственная отсталость) можно также заметить, что и сейчас рождаются дети с различными нарушениями психики, в том числе и олигофренией. В качестве причин данного заболевания рассматриваются [1]:

1. Генетические факторы;
2. Внутриутробное поражение плода нейротоксическими факторами физической, химической или инфекционной природы;
3. Значительная недоношенность ребенка;
4. Нарушения в процессе родов, всевозможные травмы, асфиксия плода;
5. Травмы головы, гипоксия головного мозга, инфекции с поражением центральной нервной системы;
6. Педагогическая запущенность в первые годы жизни у детей из неблагополучных семей.
7. Умственная отсталость неясной этиологии.

По опыту специалистов, работающие с детьми УО в реабилитационных центрах с детьми и подростками с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья) и инвалидами, не раз сталкивались с таким заболеванием как УОЛС (умственная отсталость легкой степени) или олигофрения (УО). Чаще

всего, это заболевание является следствием генетической предрасположенности. Это может передаваться из поколения в поколения, от матери (отца) к ребенку. При работе с такими детьми необходимо учитывать все тонкости, знать все сопутствующие заболевания, которые есть у ребенка, а так же и степень тяжести олигофрении, ведь именно это и будет влиять на развитие и социализацию ребенка.

Большую роль играет степень тяжести данного заболевания. Принято рассматривать следующие степени тяжести олигофрении [9]:

- легкая (дебильность), характерен для детей 9-12 лет;
- умеренная (не резко выраженная имбецильность), характерен для детей 6-9 лет;
- тяжелая (выраженная имбецильность), характерна для детей 3-6 лет;
- глубокая (идиотия), характерна для детей раннего возраста от 0 до 3 лет.

Тяжесть нарушений, вызванных одной и той же причиной, может быть различна. Ранее выделялись 3 степени олигофрении: дебилность, имбецильность и идиотия [4]. Однако в конце XX века термины «дебильность», «имбецильность» и «идиотия» были полностью выведены из употребления и исключены из МКБ и DSM, поскольку стала очевидной непригодность столь разных слов для обозначения одного и того же понятия. Кроме того, эти слова вышли за сугубо медицинские рамки в разговорный язык, где приобрели яркую отрицательную коннотацию; вместо них предложено использовать нейтральные термины, однозначно указывающие степень тяжести умственной отсталости [9].

Отсюда следует вывод, что самая тяжелая и трудно обучаемая степень тяжести это дети раннего возраста от 0 до 3 лет. Специалисты, которые работают в кабинетах ранней помощи, или раннего вмешательства знают, что в первую очередь основная работа идет на родителей малыша, чтобы помочь им в воспитании и обучении и дальнейшей социализации своего ребенка.

Из опыта таких специалистов был выявлен следующий факт. При ежедневном повторении одного и того же действия, или манипуляции с предметом (матрешкой, пирамидой), есть незначительные сдвиги в познавательной сфере малыша. Ребенок (2-3 лет) может выполнить данное действие при многократном повторении, однако этот эффект не сохраняется на долго, и если в виду каких-либо обстоятельств были пропущены занятия, то наблюдался обратный эффект, ребенок все забывал и приходилось повторять и показывать все сначала. Тем самым можно сказать, что работа с такими малышами, при 4 степени тяжести олигофрении, необходимо постоянство и многократность повторения одного и того же действия. Но и это не дает 100 % гарантии, что ребенок с взрослением запомнит все изучаемые действия. Так же, хочется отметить и то, что у таких детей сильно нарушена интеллектуальная и эмоционально-волевая сфера, малыши тяжело идут на контакт, тем самым усложняется ход занятий. Именно поэтому 4 степень считается самой тяжелой, ведь малыш практически не обучаем.

В работе с детьми легкой степени или умеренной, можно заметить, что есть значительные изменения в познавательной, эмоционально-волевой и интеллектуальной сфере. Эти дети могут запомнить несложные инструкции, могут выполнять просьбы и несложные поручения, обучаются легкой работой в быту, могут запоминать времена года, а так же, что очень важно, обучится самообслуживанию, тем самым социализироваться, в следствии чего, дети-олигофрены или УОЛС с 1-2 степенью тяжести, могут в дальнейшем устроиться на несложную работу. Поэтому у детей олигофренией легкой степени более благоприятный прогноз на дальнейшую обучаемость и социализацию в обществе.

Для диагностики и оценки уровня интеллекта детей с задержкой умственного развития обычно используются адаптированные тесты: шкала интеллекта Стэнфорд – Бине и тест Векслера (WISC -для детей от 6 до 16 лет, WPPSI – для детей от 2½ до 7 лет 7 месяцев) [19]. Данные тесты критикуются за ненадёжность результатов при IQ ниже 50, а также

недостаточную чувствительность к индивидуальным творческим ответам и обнаружению парциальных сильных сторон интеллекта, тем не менее, при сочетании с тестами для определения социальной компетенции, они могут дать довольно достоверную глобальную картину умственного развития [19].

Органические поражения мозга выявляются гештальт-тестом Бендер (Bender-Gestalt Test) и тестом на зрительную ретенцию Бентона (Benton Visual Retention Test; BVRT) [19]. Гештальт-тест Бендер заключается в копировании 9 геометрических фигур с карт или диапозитивов, при этом гештальтпсихология используется для интерпретации результатов [20]. Тест на зрительную ретенцию Бентона заключается в репродукции предъявляемых пациенту геометрических фигур [21]. При органическом поражении мозга наблюдаются типичные ошибки.

Для оценки уровня социального приспособления используется Шкала Адаптивного Поведения Вайнленда (Vineland Adaptive Behavior Scale) [19] [22] или Шкала Социальной Зрелости Вайнленда (Vineland Social Maturity Scale). Шкала Социальной Зрелости Вайнленда рекомендуется в МКБ-10 для северо-американской и европейской социо-культурной среды [23]. Шкала Адаптивного Поведения использует данные интервью с родителями или опекунами, и показывает картину адаптации в следующих сферах: социализация, общение, моторика, дезадаптивное поведение и навыки повседневной жизни [19].

В статье мы показали, что умственная отсталость (олигофрения) зависит от степени недоразвития психики, выраженности интеллектуального дефекта, особенностей эмоционально-волевой сферы детей, этиологии данного заболевания. При неосложненной умственной отсталости легкой степени возможна полная социальная адаптация детей, которая исключает необходимость в наблюдении психиатра, такие дети, вырастая, могут устроиться на не сложную работу, в большинстве случаев эта работа связана с физическими нагрузками, но не умственными. В то же время социальный прогноз глубокой и тяжелой степеней умственной отсталости у детей

неблагоприятен ни в интеллектуальной, ни в коммуникативной, ни в социальной сфере развития.

Библиографический список

1. Бардиж А.С. Клиническая психология нарушения памяти [Электронные ресурсы] //Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию. – 2021. – №1. – С. 81-86. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46220735> (дата обращения 31.03.2022);
2. Медицинская психология: учебное пособие /Баурова Н.Н., И.Ф. Дьяконов, В.М. Лыткин; под ред. проф. В.К. Шамрея. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2019 – 223 с.
3. Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: методика и диагностика психических расстройств. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 – 112 с.
4. Ефремова Г.И., Колесник Н.Т., Орлова Е.А. Нейро- и патопсихология. Патопсихологическая диагностика. – Москва-Юрайт, 2023. – С. 112-117.
5. Иванченко Е.А. Особенности когнитивной и аффективной сферы людей с расстройствами личности [Электронные ресурсы] //Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию. – 2021. – №2. – С. 177-182. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46659156> (дата обращения 19.03.2022).
6. Старшенбаум Г. Самая полная энциклопедия психотерапевта. Клиническая психология. – Москва: Издательство АСТ, 2021. – 640 с.
7. Шалимов В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений.– М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 112 с.