

УДК 616-053.31

СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Арзикулов А.Ш., Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, e-mail: pediatr60@mail.ru

Изучены клинические проявления и основные факторы патогенеза школьной дезадаптации в сравнительно-возрастном аспекте (7–11 лет, $n = 950$) и (12–17 лет, $n = 550$). Наиболее значимыми факторами риска, наряду с психосоциальными (состояния микросоциальной среды семьи и школы) являются генетические и церебрально-органические. Особенностью выявленной у детей и подростков дезадаптации являлась ее массивная соматизация, которая характеризовалась полиморфными вегето-висцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно-сосудистой, выделительной, эндокринной) и альгическими проявлениями.

Ключевые слова: школьная дезадаптация, факторы риска, соматизация

COMPARATIVE-AGE FEATURES OF CLINIC AND PATHOGENIC ASPECTS OF SCHOOL DESADAPTATION

Arzikulov A.S., Umarova M.A.

Andijan State Medical Institute, Andijan, e-mail: pediatr60@mail.ru

The clinic manifestations and the main factors of pathogenesis of school desadaptation in the comparative-age aspect (7–11 years old, $n = 950$) and (12–17 years old, $n = 550$). More significant factors of risk together with the psycho – social ones (conditions of micro social sphere of family and school) are genetic and cerebral organic. The feature of found out by children and teenagers desadaptation is its massive somatisation, which charactrised by polymorph vegetative and visceral disorders in different organs and systems (digestive, skin, respiratory, moving, heart-vessel, secretory, endocrine) and painful manifestation.

Keywords: school desadaptation, factors of risk, somatisation

Школьный период жизни рассматривается большинством авторов как совершенно особый, исключительно важный период жизни человека, оказывающий большое влияние на формирование организма [1, 3, 4, 5].

Интенсивные процессы созревания отдельных биологических систем организма в сочетании с возрастанием уровня социально-психологических требований, предъявляемых к учащимся, повышают возможность психотравматизации личности. Эти биологические и психологические особенности накладывают определенный отпечаток на распространенность и клинические проявления дезадаптационных (кризисных) нарушений в данной возрастной группе. Все это создает условия для возможного формирования и проявления аномально-личностных характеристик, генезис которых не исключает дальнейшую клинику пограничных состояний и повышает вероятность возникновения нервно-психических и соматических заболеваний [2, 6].

«Школьная дезадаптация» – это нарушение приспособления личности школьника к условиям обучения в школе, которое выступает как частное явление расстройства у ребенка общей способности к адаптации в связи с какими-либо патологическими факторами (Н.В. Вострокнутов, 2011).

Цель работы – сравнительно-возрастное изучение клинических проявлений и основных факторов патогенеза школьной дезадаптации (ШД).

Материал и методы исследования

Основными методами исследования были клинико-психологический и эпидемиологический. Дополнительно использовались психопатологический, параклинический и катamnестический методы. Наблюдение детей с нарушенной адаптацией нами проводилось в условиях детских поликлиник и психоневрологического диспансера (7–11 лет, $n = 950$) и (12–17 лет, $n = 550$).

Результаты исследования и их обсуждение

Полная дезадаптация выявляется у детей 12–17 лет $29,6 \pm 3,58\%$; $P > 0,05$ (22,4 и 36,0%, у мальчиков и девочек) больше, чем у младших школьников $22 \pm 3,38\%$ (16,5 и 28,1% соответственно у девочек и мальчиков). Такое соотношение отмечается и по II степени дезадаптации (14,5 и 25,6%; 10,4 и 19,4%; $P > 0,05$ соответственно у девочек и мальчиков) в возрастные периоды 12–17 и 7–11 лет. У 72,7% девочек и 52,5% мальчиков 7–11 лет и 63,1% девочек и 38,4% мальчиков 12–17 лет с дезадаптацией выявлено нарушенным только одного из 3-х показателей.

Таким образом, значительно чаще, чем в детском возрасте ($15,7 \pm 1,18\%$), среди подростков школьного возраста ($29,4 \pm 1,9\%$; $P < 0,001$) встречаются нарушения адаптации.

Степени реагирования и качество изменения психоэмоционального профиля зависят от возраста обследуемых. Так, у мальчиков и девочек в возрасте 7–11 лет изменения психоэмоционального фона достоверно отмечались снижением по импу-

нитивной «М» направленности реакции ($20,4 \pm 5,11$; $P < 0,01$). В целом же наблюдается усиление снижения толерантности к фрустрации, что проявляется повышением показателя экстрапунитивных «Э» реакций ($48,65 \pm 6,34$) и реакций продолжения потребности «I-P» ($44,45 \pm 6,31$; $P < 0,05$). У подростков учащихся с реакцией дезадаптации соотношение между типами реакций и их направленностью резко нарушены. Констатируется достоверный рост экстрапунитивных «Э» реакций самозащитного типа ($58,25 \pm 3,5$; $P < 0,05$) по сравнению с детьми 7–11 лет и по сравнению с показателями детей 12–17 лет здоровой популяции. Также отмечается выраженная тенденция увеличения показателя реакции продолжения потребности «I-P» ($21,75 \pm 2,98$; $P < 0,001$). Реакция по типу «О-Д» ($21,95 \pm 2,99$; $P < 0,01$) – доминирования препятствие снижена по сравнению со здоровой популяцией. Результаты исследования свидетельствуют, что на стрессовую ситуацию школьники с дезадаптацией склонны реагировать агрессией на окружающих, излишней самозащитой, и их эмоциональные реакции отличаются неадекватностью. Низкий «О-Д» в обеих возрастных группах ($19,2 \pm 5,0$ и $21,95 \pm 2,99$; $P < 0,001$) 7–11 и 12–17 лет свидетельствует о снижении критичности и самооценки. Препятствие, вызвавшее фрустрацию, детьми оценивается как не имеющее серьезного значения или дети ищут источник конфликта вне себя. Достоверно реже, чем в норме, ответы импульсивной направленности и несколько чаще интрапунитивные ($23,8 \pm 3,08$; $P < 0,05$).

Невротические расстройства были обнаружены в 20,1% случаев от всех обследованных и представлены в основном астеническими, истерическими и обсессивно-фобическими нарушениями. Астенические расстройства психогенного генеза характеризовались симптомами «раздражительной слабости» в сочетании с аффективными колебаниями, вегетососудистыми нарушениями: нервность, тревожность, раздражительность и т.д. Эти школьники мало участвовали в общественных делах класса. Как правило, успеваемость у них была низкой, что вызывало конфликты с преподавателями. Истеро-невротические нарушения представлены острыми аффективными демонстративными нарушениями поведения, разнообразными жалобами, преимущественно астенического и ипохондрического характера; импульсивность, агрессивность, чувство физического недостатка, неприятные болезненные ощущения и т.д. Эти подростки характеризовались частичной дезадаптацией в коллективе, что обуславливалось систематическими конфликтами с преподавателями и одноклассниками, резкими колебаниями показателей успеваемости. Обсессивно-фобические расстройства встречались в основ-

ном виде навязчивых опасений ипохондрического характера, навязчивых действий, страхов болезни и смерти, онихофагии, трихотилломании и т.д. В данной группе относительная дезадаптация возникла из-за низкой успеваемости. Выраженных нарушений поведения и конфликтов с одноклассниками не отмечалось. Анализ частоты неврологических расстройств показывает, что у детей 7–11 лет с нарушенной адаптацией наиболее интенсивно проявляются симптомы общей двигательной расторможенности или синдром гиперактивности или двигательное беспокойство ($28,0 \pm 3,61$ и $44,6 \pm 4,0\%$), расторможенность ($31,5 \pm 3,7$ и $29,3 \pm 3,66\%$), недостаточная целенаправленность и импульсивность действия ($39,7 \pm 3,94$ и $27,5 \pm 3,59\%$), нарушения концентрации внимания ($17,6 \pm 3,06$ и $15,5 \pm 2,91\%$), неусидчивость ($27,5 \pm 3,59$ и $39,3 \pm 3,93\%$ соответственно у девочек и мальчиков).

У подростков 12–17 лет проявления синдрома, прежде всего моторная возбудимость ($21,0 \pm 3,20$ и $27,0 \pm 3,48\%$) и двигательная расторможенность ($12,4 \pm 2,58$ и $18,5 \pm 3,05\%$), неусидчивость ($13,5 \pm 2,68$ и $22,0 \pm 3,25\%$ соответственно у девочек и мальчиков) постепенно сгладились.

Установлено, что преждевременные роды с рождением недоношенного ребенка отмечены у 11 (12,08%) женщин, детей с врожденной гипотрофией – у 15 (16,5%), переносенного ребенка – у 7 (7,69%), что существенно отличается от удельного веса этих детей в общей популяции (2,99; 2,32%, $P < 0,001$). Средняя масса тела девочек с нарушениями адаптации при рождении ($3235 \pm 8,9$ г) не отличалась от массы девочек контрольной группы (3320 ± 294 г, $P < 0,05$), а средняя масса тела мальчиков с ШД ($3057 \pm 84,9$ г) была достоверно ниже, чем у новорожденных мальчиков контрольной группы ($3372 \pm 33,4$ г, $P < 0,01$).

Необходимо отметить, что среди детей с нарушенной адаптацией преобладали дети, при рождении имеющие как пониженную ($< 2,5$ кг) массу тела – 14 (15,4%, $P < 0,01$), так и повышенную ($> 4,0$ кг) массу тела – 15 (16,3%), что приводит к существенному снижению доли детей, имеющих среднюю массу тела (3100–3500 г), соответственно у девочек (36,7% $P < 0,01$) и мальчиков 37,4 ($P < 0,01$) по сравнению с контрольной группой (55,5–54,9%).

В группе детей с дезадаптацией высокая доля встречаемости пре- и перинатальной ($P < 0,05 - 0,001$) патологии, чем в контрольной группе, в основе которых лежали микроциркуляторные нарушения гипоксического и гипоксически-травматического характера.

Результаты экспериментально-психологических исследований у детей с дезадаптацией, перенесших перинатальное поражение ЦНС, указывают на нарушения умственной

работоспособности, проявляющиеся нарушением темпа, инертности психических процессов, истощаемости и нарушением аффективно-личностной сферы (снижение познавательной активности, нерешительность при затруднениях). Значительная часть интеллектуальных функций у них представлялась сохранной, однако, отмечалось ослабление мнестических процессов, что приводило к снижению объема запоминаемого материала и прочности его удержания.

Особое место среди невротических симптомов у обследованных детей и подростков с ШД занимают мысли и опасения по поводу своей внешности и строения тела. Эти симптомы достоверно больше у подростков 12–17 лет, нежели у детей 7–11 лет ($36,0 \pm 3,77$ и $44,0 \pm 3,89\%$ против $14,0 \pm 2,79$ и $12,7 \pm 2,68\%$; $P < 0,001$) соответственно у девочек и мальчиков.

Результаты изучения личностных особенностей детей и подростков с ШД показывают, что в целом выявляемость типов акцентуаций характера достоверно отличается от популяционных ($P < 0,001$). Большую группу составляют гипертимные и гипертимно-смешанные ($24,5 \pm 4,72$ и $13,7 \pm 3,34\%$; $P < 0,05$ соответственно у мальчиков и девочек), истероидные ($4,1 \pm 2,20$ и $4,7 \pm 2,35\%$), астеноневротичные ($4,5 \pm 2,30$ и $5,5 \pm 2,53\%$, $P < 0,05$) типы акцентуаций характера. Показатели остальных типов не отличались от таковых популяционных.

Анализ семейной ситуации в группе детей с ШД показал в абсолютном большинстве случаев наличие частых конфликтов между родителями ($87,7\%$, $P < 0,001$). Почти половина обследованных воспитывались в условиях неполной семьи (37% , $P < 0,001$) – отсутствие одного или обеих родителей, чаще отца, наличие в семье отчима, мачехи и др., а также в атмосфере постоянных семейных скандалов и конфликтных отношений. Нормальные условия воспитания встречались значительно реже ($7,7\%$, $P < 0,001$), чем у детей и подростков без отклонений в поведении (контрольная группа). Среди форм неправильного воспитания чаще всего обнаруживались гипоопека ($35,7\%$), безнадзорность ($36,0\%$).

Ситуация «кумира» семьи чаще встречалась ($18,9\%$), чем «золушки». Довольно часто выявляли смешанные варианты неправильного воспитания. Характерно, что в большинстве обследованных семей ($86,8\%$) материально-бытовые условия были благоприятными. Следовательно, появление отклонений в поведении у подростков зависело не столько от материального благосостояния, сколько от отрицательного микроклимата.

Заключение

Таким образом, клинико-популяционные исследования, проведенные среди

здоровых школьников, выявили большую частоту детей и подростков с нарушениями адаптации (72%), среди которых преобладает III степень – относительная дезадаптация. Наиболее значимыми факторами риска, наряду с психосоциальными (состояния микросоциальной среды семьи и школы) являются генетические и церебрально-органические. Особенностью выявленной у детей и подростков дезадаптации являлась ее массивная соматизация, которая характеризовалась полиморфными вегето-висцеральными нарушениями в различных органах и системах (пищеварительной, кожной, респираторной, двигательной, сердечно-сосудистой, выделительной, эндокринной) и альгическими проявлениями.

Невротические расстройства встречаются среди детей и подростков в сравнительно большом проценте случаев и, как правило, приводят к выраженным нарушениям адаптации школьников в коллективе. Неврологическое обследование детей школьного возраста с пре- и перинатальной патологией позволяет выявить группу риска с ШД, определить на основании минимальных функциональных отклонений прогноз дальнейшего психомоторного развития ребенка, обеспечить своевременную коррекцию этих отклонений.

Ситуационно-обусловленные нарушения поведения чаще возникают на фоне акцентуаций характера, приводят к полной дезадаптации школьников.

Список литературы

1. Андреев В.Ю. Школьная дезадаптация в форме систематических пропусков занятий: факторы риска и психосоциальная реабилитация // Дефектология. – 2009. – №5. – С. 38–47.
2. Арзикулов А.Ш. Клинико-психологическая оценка школьной дезадаптации. // Педиатрия им. Сперанского. – 2004. – №4. – С. 110–111.
3. Заваденко Н.Н. Школьная дезадаптация в педиатрической практике // Лечащий врач. – 2005. – №1. – С. 22–26.
4. Сетко Н.П. Физиолого-гигиенические аспекты сохранения индивидуального здоровья школьников // Российский медицинский журнал. – 2003. – №2. – С. 48–49.
5. Филипова Е.А. Школьная дезадаптация и факторы риска пограничных психических расстройств среди учащихся средних и старших классов массовых школ // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – №3. – С. 50–53.
6. Tredwell-Deering D. E., Hanisch S.U. Psychological response to disaster in children and families // Clin. Pediatr. Emer. Med. – 2002. – Vol. 3. – P. 4–14.
7. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric traffic injury / F.K. Winston, N.K. Adams, C.V. O'Neill et al. // Pediatrics. – 2002. – Vol. 109, № 6. – P. 1293–1299.

Рецензенты:

Алимжанов И.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной и поликлинической педиатрии Андиганского государственного медицинского института Минздрава республики Узбекистан, г. Андиган;

Ташбаев О.С., д.м.н., профессор, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии неотложной педиатрии Андиганского государственного медицинского института Минздрава республики Узбекистан, г. Андиган.

Работа поступила в редакцию 09.11.2011.