

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Умственная отсталость у детей и подростков.

Зав. кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнила: Гутман Вера Яковлевна

Красноярск

2021

План

1. Актуальность.....	стр 3
2. Введение.....	стр 4
3. Этиология и патогенез заболевания	стр 5
4. Клиническая картина.....	стр 6
4. Классификация заболевания.....	стр 8
5.1 По МКБ-10.....	стр 8
5.2 По эмоционально-волевым нарушениям	стр 10
5.3 По этиопатогенезу	стр 11
6. Диагностика заболевания.....	стр 12
7. Лечение.....	стр 13
8. Жизненные перспективы подростков.....	стр 15
9. Заключение.....	стр 16
10. Список литературы.....	стр 17

Актуальность.

Одной из важных социальных задач государства является охрана здоровья, защита интересов и прав наиболее уязвимых категорий граждан, в том числе семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья. В структуре заболеваемости психическими расстройствами среди детей и подростков умственная отсталость занимает одну из ключевых позиций. В научных трудах последних лет подчеркивается недостаток и разобщенность данных в исследованиях, в которых сообщается о распространенности умственной отсталости, что связывают как с отсутствием четких критериев учета, так и с диагностической заменой на заболевания аутистического спектра, вследствие повышенной настороженности в отношении данного диагноза и высоких социальных пособий. По данным некоторых публикаций распространенность умственной отсталости в экономически развитых странах (Япония, США, Франция, Германия, Италия и др.) составляет от 1% до 3%; в экономически неразвитых странах до 31%. В регионах, где имеет место воздействие экопатогенных факторов, а также наблюдаются изолированные социальные группы, распространенность данной патологии может достигать 7%. Данные разных стран варьируют от 3,04 до 24,6 и выше на 1000 подросткового населения. Среди лиц мужского пола умственная отсталость встречается примерно в 1,5 раза чаще, чем среди женщин. Подобное соотношение наиболее заметно при легкой степени психического недоразвития, а при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, как правило, количественной разницы между мальчиками и девочками не наблюдается. В последние годы распространенность умственной отсталости среди населения Российской Федерации составляет чуть более 0,6%.

Учитывая, что исследования ученых отечественной школы детской и подростковой психиатрии (В.А. Гиляровский, Н.И. Озерский, Г.Е. Сухарева, С.С. Мнухин, А.Е. Личко, М.Ш. Вроно и их ученики) осуществлялись в непосредственной связи с педиатрическими службами, и заложили основы научных практик и современных научных представлений в вопросах дизонтогенеза, диагностики, семиотики, профилактики, лечения и реабилитации психических расстройств, среди детей и подростков, остается актуальной концепция полидисциплинарной модели помощи, в том числе, включающей комплексный подход в оценке характеристики состояния здоровья детей с умственной отсталостью, неотъемлемой составляющей которого является изучение показателей качества жизни.

Введение.

Умственная отсталость - гетерогенная группа состояний, обусловленных врожденным или рано приобретенным (до 3-х лет) недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта (когнитивных, речевых, социальных способностей), сопровождающееся нарушением адаптивного поведения, затрудняющим или делающим полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума.

По 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.

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". 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".

Умственную отсталость следует отличать от нарушений интеллекта, возникающих в пожилом возрасте, а также в результате психических или неврологических заболеваний. В таких случаях интеллект снижается от предшествующего более высокого уровня, тогда как при умственной отсталости он никогда нормального уровня не достигает.

Этиология и патогенез заболевания.

Разнообразие патогенных факторов и неспецифичность умственной отсталости затрудняют оценку причинно-следственных связей в происхождении умственной отсталости. В большинстве случаев средовые и эндогенные (наследственные) факторы выступают в сложном взаимодействии и единстве. Однако имеются и общие для всех форм интеллектуального недоразвития патогенетические звенья, приводящие к сходным клиническим проявлениям синдрома умственной отсталости, среди которых особенно важная роль принадлежит хроногенному фактору, то есть периоду онтогенеза, в котором происходит поражение развивающегося мозга. Различные патогенные воздействия, как генетические, так и экзогенные, действуя в один и тот же период, могут вызывать однотипные клинические проявления, в то время как один и тот же этиологический фактор, воздействуя на разных этапах онтогенеза, может приводить к различным последствиям .

При умственной отсталости, представляющей собой полиморфную группу патологических состояний, отмечается большое разнообразие клинко-психопатологических расстройств. Выделяются клинически дифференцированные и клинически недифференцированные формы умственной отсталости.

В группу клинически дифференцированной умственной отсталости входят нозологически самостоятельные заболевания со специфической клинко-психопатологической и соматоневрологической картиной, для которых психическое недоразвитие является одним из симптомов, как правило, самым тяжелым. Чаще - это генетически обусловленные нарушения, или клинически очерченные синдромы с характерными соматоневрологическими проявлениями, этиология которых еще не ясна.

Различные формы умственной отсталости значительно отличаются друг от друга по своим патогенетическим механизмам. Однако имеются и общие звенья патогенеза.

Около 75% умственной отсталости обусловлено поражением головного мозга во внутриутробном периоде. Нарушение формирования органов и систем чаще всего происходит во время критических этапов их развития. Все внутриутробные аномалии развития подразделяют на бластопатии, обусловленные поражением зародыша в период бластогенеза (до 4 нед. беременности), эмбриопатии - поражение в период эмбриогенеза, то есть от 4 нед. до 4 мес. беременности, а также фетопатии - поражение плода в сроки от 4 мес. до конца беременности.

Клиническая картина.

Характерными клиническими особенностями умственной отсталости, по мнению Г.Е. Сухаревой, являются, прежде всего, преобладание интеллектуальной недостаточности над дефектом остальных психических функций и отсутствие прогрессивности основной симптоматики заболевания. Следует отметить, что при некоторых формах умственной отсталости возможно прогрессивное течение. Так, например, при фенилкетонурии наблюдается прогрессивная динамика заболевания в первые годы жизни.

Как правило, умственная отсталость представляет собой проявления дизонтогенеза головного мозга и всего организма в целом. Особенностью олигофренического слабоумия является преимущественное недоразвитие наиболее дифференцированных, филогенетически и онтогенетически молодых систем головного мозга. Эта закономерность хорошо прослеживается в особенностях мышления: больше всего страдают его высшие формы - процессы обобщения и абстракции. Мышление больных находится на той стадии развития, когда ведущим в познавательной деятельности является установление частных, сугубо конкретных связей, а высшие формы отвлеченного мышления отсутствуют. Неспособность к понятийному мышлению наиболее отчетливо выступает при эксперименте по методу "классификации предметов": выделение видовых и родовых понятий, оперирование наиболее общими признаками этим пациентам практически недоступно. Недостаточность процесса отвлечения проявляется и в неумении понять переносный смысл пословиц, поговорок и метафор.

Характерная для умственной отсталости неспособность к отвлеченному мышлению отражается и в особенностях внимания, восприятия, памяти. Внимание у пациентов с олигофренией трудно привлекается, плохо фиксируется, отмечается его легкая отвлекаемость. Восприятие больного олигофренией относительно бедно и недостаточно полно отражает окружающее. Память этих детей также недостаточна: все новое усваивается крайне медленно и лишь после многократного повторения. Если при некоторых вариантах умственной отсталости механическая память бывает вполне удовлетворительной, то память смысловая страдает всегда. Так, при воспроизведении прочитанного текста пациент не может передать своими словами основной смысл, а стремится рассказать все дословно.

В тесной связи с недоразвитием высших форм познавательной деятельности находится недоразвитие речи больных олигофренией, что проявляется в первую очередь в запаздывании этапов ее развития. Степень недоразвития речи в большинстве случаев коррелирует с тяжестью интеллектуального дефекта. Страдает как развитие активной речи, так и ее понимание. Отмечается ограниченный запас слов, косноязычие, пассивный словарь значительно больше активного, речь зачастую маловыразительная, фразы

короткие, достаточно часто аграмматичные, характерно неправильное употребление слов по смыслу.

Эмоции больных олигофренией характеризуются тугоподвижностью. Для этих пациентов актуальными являются лишь непосредственные переживания, они неспособны реагировать на радость и горе, возможные в будущем. Типичны малая дифференцированность эмоций, их однообразие, отсутствие тонких оттенков переживаний, недостаточная способность подавлять свои эмоциональные проявления. Вместе с тем ясно выступает большая сохранность эмоциональной сферы по сравнению с глубиной интеллектуального дефекта. Так, даже при выраженной умственной отсталости нередко можно отметить у больного проявления сочувствия, стремление помочь окружающим, такие больные могут испытывать чувство обиды, стыда за свой проступок, чувство глубокой привязанности. Темперамент и характер этих пациентов тоже весьма разнообразен. Среди них можно наблюдать ласковых и послушных, злобных и агрессивных или угрюмых и мрачных субъектов; наряду со спокойными и уравновешенными, можно увидеть вялых, апатичных или излишне подвижных и суетливых больных.

Нарушения волевой сферы пациентов с умственной отсталостью находятся в большой зависимости от уровня интеллектуального недоразвития. Чем сильнее выражен интеллектуальный дефект, тем менее мотивированы поступки больного, и тем чаще они определяются только сиюминутными желаниями (эмоциями) или влечениями. В их деятельности всегда есть признаки импульсивности, поступки совершаются без той борьбы мотивов, которая имеет место у здоровых людей.

Классификация заболевания.

По МКБ-10.

В качестве основного критерия группировки умственной отсталости используется степень глубины интеллектуального дефекта. Выделяется умственная отсталость легкой степени (F70), умеренная (F71), тяжелая (F72) и глубокая (F73). Выделяются также разделы F78 (другая умственная отсталость) и F79 (неуточненная умственная отсталость).

F70 Лёгкая степень умственной отсталости:

Познавательные расстройства у этих больных заключаются в затруднении формирования сложных понятий и обобщений, невозможности или затруднении абстрактного мышления. Мышление у них преимущественно конкретно-описательное, достаточно развита обиходная речь. Больные легкой степенью умственной отсталости способны к усвоению специальных программ, основанных на конкретно-наглядном обучении, которое проводится в более медленном темпе, а также способностью к овладению несложными трудовыми и профессиональными навыками. Благодаря относительно более высокому, чем при других степенях умственной отсталости, темпу психического развития у больных с лёгкой степенью во многих случаях возможна удовлетворительная адаптация к обычным условиям жизни. Часто эти больные обнаруживают хорошую практическую осведомленность («их умения больше их знания» - Э. Крепелин). Многие больные с легкой умственной отсталостью заканчивают специализированные школы и профессиональные училища, продуктивно работают, заводят семьи, самостоятельно ведут хозяйство. По сравнению с другими степенями черты личности и характера больных отличаются большей дифференцированностью и индивидуальностью. Однако эти больные с трудом формируют собственные суждения, но легко перенимают чужие взгляды, иногда попадая под нездоровое влияние окружающих (например, могут вовлекаться в бредовые переживания психически больных с формированием индуцированного бреда, или становиться орудием в руках злоумышленников, манипулирующих ими для получения собственной выгоды). Коэффициент умственного развития этих пациентов находится в пределах 50-69.

F71 Умеренная умственная отсталость:

Эти больные способны образовывать большее число и более сложные представления, чем больные тяжелой умственной отсталостью. Больные овладевают навыками самообслуживания, могут быть приучены к простейшему труду путем тренировки подражательных действий. Их словарный запас богаче, они в состоянии изъясняться простыми фразами, поддерживать простую беседу. Относительная адаптация больных с

умеренной умственной отсталостью возможна лишь в хорошо знакомых им условиях, любое изменение ситуации может поставить их в затруднительное положение из-за невозможности перехода от конкретных, полученных при непосредственном опыте, представлений к обобщениям, позволяющим переносить имеющийся опыт в новые ситуации. Больные не могут жить самостоятельно, нуждаются в постоянном руководстве и контроле. Некоторые из них могут выполнять простейшую работу в специально созданных условиях (например, в лечебно-трудовых мастерских). Коэффициент умственного развития (стандартизированная методика Д. Векслера для измерения интеллекта) этих пациентов находится в пределах 35-49.

F72 Тяжёлая умственная отсталость:

Познавательная деятельность ограничена возможностью формировать только простейшие представления, абстрактное мышление, обобщения больным недоступны. Больные овладевают лишь элементарными навыками самообслуживания, их обучение невозможно. Словарный запас ограничен одним-двумя десятками слов, достаточных для сообщения о своих основных потребностях, выражены дефекты артикуляции. Часто присутствуют неврологические расстройства, нарушения походки. Больные нуждаются в постоянном контроле и обслуживании. Коэффициент умственного развития этих пациентов находится в пределах 20-34.

F73 Глубокая умственная отсталость:

Значительно ограничены познавательные способности: больные практически не способны понимать обращенную к ним речь, не узнают людей, ухаживающих за ними (например, мать), не отличают съедобного от несъедобного (могут поедать несъедобные предметы), не имеют представлений о пространственных отношениях (например, о высоте: могут падать с большой высоты), редко формируют представления о горячем, остром и пр. (могут получать повреждения, ожоги). Большинство больных не в состоянии освоить даже простейшие навыки самообслуживания (одеться, умыться, пользоваться столовыми приборами и пр.). Речь или совсем не сформирована (такие больные издают лишь нечленораздельные звуки) или состоит из нескольких простейших слов. Значительно недоразвиты моторные функции больных, в связи с чем многие из них не могут самостоятельно стоять и ходить, передвигаются ползком. Поведение в одних случаях отличается вялостью, малоподвижностью, в других – склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями (раскачивание туловищем, взмахи руками, хлопанье в ладоши), а у некоторых больных с периодическими проявлениями агрессии и аутоагрессии (могут внезапно ударить, укусить окружающих, царапать себя, наносят себе удары и т.п.). В большинстве случаев имеют место грубые неврологические нарушения и тяжелые

соматические аномалии. Жизнь таких больных, нуждающихся в постоянном уходе и надзоре окружающих, определяется удовлетворением простейших жизненных потребностей. Коэффициента умственного развития у лиц с глубокой умственной отсталостью ниже 20.

По эмоционально-волевым нарушениям (клинико-физиологическая классификация).

Интеллектуальная несостоятельность – самое яркое проявление умственной отсталости, но она является лишь частью общего психического недоразвития личности. Значительно страдают эмоциональные и волевые процессы. Д.Н. Исаев, по особенностям нарушений эмоционально-волевой сферы, вне зависимости от степени выраженности психического недоразвития, выделяет следующие формы умственной отсталости:

- Стеническая: Волевые процессы у этих больных обладают достаточной силой и устойчивостью. Больные работоспособны, деятельны. При лёгких степенях интеллектуальной недостаточности они имеют хорошую способность к адаптации, способны в полной мере использовать усвоенные навыки и знания. У некоторых больных отмечается аффективная неустойчивость, поэтому выделяют два варианта стенической формы: уравновешенный и неуравновешенный.
- Дисфорическая: Характеризуется постоянным злобно-тоскливым аффектом, склонностью к дисфориям, импульсивным поступкам, негативизму, конфликтности, расторможенности влечений. Даже при незначительной интеллектуальной недостаточности такие больные неспособны к обучению и труду. Во время дисфорий они часто проявляют агрессию (обычно по отношению к близким, осуществляющим за ними уход, при этом агрессия может быть очень жестокой и изощрённой) и аутоагрессию (наносят себе глубокие порезы, прижигают кожу сигаретой, вырывают волосы и пр.).
- Астеническая: Характеризуется нестойкостью волевых процессов, быстрой истощаемостью, утомляемостью, медлительностью, нарушениями внимания, затруднениями в усвоении и использовании практических навыков.
- Атоническая: Характеризуется практически полным отсутствием способности к психическому напряжению и целенаправленной деятельности. Больные или полностью бездеятельны или находятся в состоянии хаотической двигательной расторможенности.

По этиопатогенезу состояния умственной отсталости разделяют на три основные группы (Г.Е. Сухарева):

Состояния, обусловленные наследственными (генными и хромосомными) заболеваниями.

К этой группе относят: синдромы Дауна, Клайнфелтера, Тернера, Мартина-Белл, истинную микроцефалию, энзимопатические формы, связанные с наследственными обменными нарушениями (фенилкетонурия, галактозурия и пр.), наследственные неврологические и нервно-мышечные заболевания с умственной отсталостью.

Состояния, вызванные действием различных вредностей во время внутриутробного развития (эмбриопатии и фетопатии).

Сюда относят состояния, вызванные внутриутробными инфекциями (вирусы краснухи, гриппа, паратифа, цитомегаловирус, возбудители сифилиса, токсоплазмоза и пр.), интоксикациями (например, алкогольной), гемолитической болезнью плода и пр.

Состояния, вызванные действием различных вредностей во время родов или в первые месяцы и годы жизни.

Выделяют умственную отсталость, связанную с родовой травмой и асфиксией в родах, с черепно-мозговыми травмами и нейроинфекциями, перенесенными в раннем детстве.

Во многих случаях достоверно выявить этиологические причины умственной отсталости не представляется возможным, поэтому такие состояния обозначают как недифференцированные формы. В свою очередь дифференцированные формы умственной отсталости представляют собой нозологически самостоятельные заболевания с установленной этиопатогенезом и характерной клиникой. Часто при дифференцированных формах умственная отсталость является лишь одним из симптомов в ряду других тяжелых проявлений этих заболеваний.

Диагностика заболевания.

Диагноз умственной отсталости впервые, как правило, устанавливается в возрасте между 6 и 8 годами детским врачом-психиатром. Диагноз умственной отсталости устанавливается врачом-психиатром на основании характерной для умственной отсталости клинической картины и истории развития - сочетания симптомов интеллектуального дефекта, нарушений и степени сохранности восприятия, памяти, внимания, мышления, эмоционально-волевой сферы, степени адаптации к среде. При осмотре ребенка для постановки или подтверждения диагноза требуется оценка динамики психического недоразвития, связанного с возрастом и проводимыми лечено-реабилитационными мероприятиями.

Критерии установления диагноза/состояния:

- 1) анамнестические данные,
- 2) данные лабораторных исследований,
- 3) данные инструментального диагностического исследования (дифференциальной диагностики),
- 4) данные иных методов диагностики.

Дифференцировать умственную отсталость необходимо с состояниями, обусловленными педагогической запущенностью (случаи, когда здоровый ребенок лишен условий для правильного умственного развития) и прогрессирующими психическими заболеваниями (в первую очередь с шизофренией и эпилепсией, манифестирующими в раннем детском возрасте).

Лечение.

Согласно МКБ-10, при умственной отсталости у детей и подростков может наблюдаться коморбидное сочетание с любыми психическими и психоневрологическими расстройствами, лечение которых описывается в соответствующих клинических рекомендациях МЗ РФ. Стимуляция психического развития препаратами нейрометаболического действия у пациентов с умственной отсталостью проводится не всегда, однако в ряде случаев назначение ноотропных средств целесообразно с целью улучшения когнитивных функций ребенка.

При обусловленных дефектами обмена синдромах умственной отсталости в рамках дифференцированных форм, лечение доживших до зрелого возраста пациентов проводится специфическими методами терапии, включающими диету, заместительную терапию гормональными препаратами.

При возможности повлиять на этиологические факторы умственной отсталости проводят этиологическое лечение заболевания. Несомненно, этиологическое лечение умственной отсталости эффективно лишь в случае, когда еще не произошло необратимого поражения головного мозга больного в результате воздействия того или иного этиологического фактора.

В большинстве случаев умственной отсталости проводят симптоматическое лечение.

Основными целями лечения при умственной отсталости у детей и подростков является редукция или устранение сопутствующих поведенческих нарушений. В зависимости от ведущей причины формирования или усиления поведенческих расстройств, структура терапевтических мероприятий смещается в сторону преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической составляющей комплексного лечения. Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с психотерапией, трудотерапией, социальной работой с семьей и пациентом является одним из основополагающих принципов курации поведенческих расстройств у лиц с умственной отсталостью.

Адекватность терапевтического вмешательства зависит от правильной оценки соотношения причинных факторов с определением удельного веса биологической и социально-психологической составляющих, определяющих этапную ориентацию на то или иное воздействие - психотерапевтическое, медикаментозное или коррекционно-педагогическое. Коррекция поведения должна проводиться, по возможности, в амбулаторных условиях. Предпочтение отдается поведенческим и когнитивно-поведенческим методикам, показавшим наибольшую эффективность с позиций доказательного подхода.

Психофармакотерапия не является ведущим методом лечения и должна проводиться строго по клиническим показаниям и в течение ограниченного периода времени. Ее применение оправдано лишь в случаях грубых и некорректируемых форм нарушения поведения, при наличии "биологической почвы", предрасполагающей к расстройствам поведения, а также, при наличии сопутствующих выраженных эмоциональных и соматовегетативных расстройств, для снятия аффективной напряженности на начальных этапах психотерапевтической и коррекционно-педагогической работы.

Медикаментозное лечение умственно отсталых больных с минимально выраженными поведенческими нарушениями не проводится.

При симптоматическом медикаментозном лечении умственной отсталости у детей и подростков с выраженными сопутствующими нарушениями поведения назначение медикаментозного лечения не может быть использовано в качестве наказания, не является ведущим методом терапии и его следует начинать с "легких" препаратов и после недостаточного эффекта от немедикаментозных методов коррекции нарушенного поведения в обязательном сочетании с немедикаментозными методами коррекции. Также не рекомендуется их назначение без достаточных оснований на длительный срок (более одного месяца). Для выбора индивидуального варианта лекарственного воздействия необходимо учитывать уровень доказательности для конкретного препарата и оценить степень тяжести и длительность расстройства, результаты предшествующего лечения, а также провести детальный и тщательный анализ сопутствующей психопатологии с учетом высокой частоты реактивной провокации и чувствительности симптоматики к внешним воздействиям, оказывающих существенное влияние на изменчивость характера и степени выраженности расстройств поведения.

Показания для госпитализации в ПНД:

У умственно отсталых может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них, по меньшей мере в 3 - 4 раза выше, чем в общей популяции. Кроме того, умственно отсталые лица чаще становятся жертвами эксплуатации физических и сексуальных оскорблений. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может не иметь явного характера. Прямым показанием для стационарного лечения являются формы умственной отсталости, осложненные психотической (кататоноподобной, галлюцинаторно-параноидной, маниакальной и депрессивной и т.д.) симптоматикой. Непсихотические нарушения поведения не являются показанием для стационарного лечения.

Жизненные перспективы подростков.

Перспективы развития, получения дальнейшего образования возможности социально-трудовой адаптации выпускников специальных школ весьма различны. Они зависят от многих причин. К их числу относятся характер и тяжесть дефекта, наличие дополнительных отклонений, а также индивидуальные особенности и способности подростка, организация его обучения и воспитания, воздействие ближайшего социального окружения, главным образом семьи и родственников. В настоящее время существенное значение приобретает неблагоприятная обстановка, складывающаяся вокруг подростка - безработица, наличие криминогенных структур, распространение алкоголизма, наркомании и др. Все это осложняет реализацию положительных жизненных перспектив.

Что касается умственно отсталых, то некоторые, наиболее сохранные в плане мыслительной, деятельности и моторики молодые люди поступают в специальные ПТУ, готовящие рабочих по несложным специальностям, или в специальные группы при ПТУ, или проходят курсы ученичества на различных предприятиях, а затем трудоустраиваются. Большинство работает на различных, преимущественно неквалифицированных работах на предприятиях или в сельском хозяйстве. Выпускники, страдающие сложными дефектами, окончив школу, учатся в единичных случаях.

Итак, большая часть выпускников специальных школ и классов трудятся без продолжения образования. Эти люди работают в различных отраслях народного хозяйства — на фабриках, заводах, в мастерских, в цехах специальных предприятий, частных фирмах, на собственных земельных участках и др. Некоторые молодые люди со сниженным зрением поют в хорах, в том числе и в церковных.

Многие повышают свою квалификацию в процессе труда, достигая при этом значительных успехов.

Более грустные перспективы у глубоко умственно отсталых подростков и тех, кто страдает сложными дефектами. Они живут и усиленно трудятся в учреждениях, организованных Министерством труда и социальной защиты или находятся на обеспечении своих родственников.

Заключение.

Подводя общий итог наблюдениям и ряду исследований, можно заключить, что многие дети с отклонениями в развитии, вырастая, адаптируются социально. Одни из них живут в семьях, проявляя заботу и внимание к своим близким. Другие — создают собственные семьи, воспитывают детей. Большинство стремится выполнять посильную работу, которая дает им возможность чувствовать себя полезными и нужными людьми, социально самоутвердиться. Напряженная коррекционно-воспитательная работа, осуществляемая в специальных школах, дает положительные результаты, хотя, конечно, имеют место и неблагоприятные случаи.

Прогноз умственной отсталости зависит от степени недоразвития психики, выраженности интеллектуального дефекта, особенностей эмоционально-волевой сферы больных, этиологии. При неосложненной умственной отсталости легкой степени возможна полная социальная адаптация, которая исключает необходимость в наблюдении психиатра. В то же время социальный прогноз глубокой и тяжелой степеней умственной отсталости неблагоприятен.

Литература:

1. Макаров И.В. «Психиатрия детского возраста»: Издательство «НиТ», 2019г.
2. Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г.
3. Клинические рекомендации МЗ РФ «Умственная отсталость у детей и подростков», 2021г.
4. Баранова Т., Басангова Б., Мартыненко С. и др. «Формирование жизненных компетенций у детей с умственной отсталостью»: Издательство «ТЦ Сфера», 2020г.
5. <http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyk-po-psihiatrii/oligofrenii>, 2021 год.