

ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Арзикулов А. Ш., Арзибеков А.Г., Юсупов К.М., Махсумов М. К., Арзикулова Д.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

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 алгическими проявлениями

Ключевые слова: школьная дезадаптация, факторы риска, соматизация

ТАҚҚОСЛАМА - ЁШ ЖИҲАТИГА КЎРА МАКТАБГА МОСЛАША ОЛМАСЛИКНИНГ ПАТОГЕНЕТИК ОМИЛЛАРИ

Арзикулов А. Ш., Арзибеков А.Г., Юсупов К.М., Махсумов М. К., Арзикулова Д.А.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Мақолада клиник кўринишлар ва мактабдаги нотўғри мослашув патогенезининг асосий омиллари (7-11 ёш, n = 950) ва (12-17 ёш, n = 550) қиёсий ёш аспектида ўрганилди. Энг муҳим хавф омиллариға руҳий-ижтимоий ва (оила ва мактабнинг микросоциал муҳити) генетик ва бош мия-органик касалликлари сабаб бўлиши кўрилди. Болалар ва ўспиринларда аниқланган бузилишнинг хусусияти унинг массив соматизацияси бўлиб, у турли органлар ва тизимларда (овқат ҳазм қилиш, тери, нафас олиш, мотор, юрак-қон томир, чиқарувчи, эндокрин) ва аллергия кўринишда полиморф вегетатив-висцерал бузилишлар билан тавсифланди.

Калит сўзлар: мактабга номосланувчанлик, хавф омиллари, соматизация

FACTORS OF PATHOGENESIS OF SCHOOL DEADAPTATION IN THE COMPARATIVE AGE ASPECT

Arzikulov A. Sh., Arzibekov A. G., Yusupov K. M., Makhsumov M.K., Arzikulova D.A.,

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

The clinical manifestations and pathogenesis of the main factors of school exclusion in comparative aspect age (7-11 years, n = 950) and (12-17 years, n = 550). The most significant risk factors, along with psycho-social (micro social status of the family and school environment) are genetic and cerebro-organic. Feature identified in children and adolescent's maladjustment was its massive somatization, which was characterized by polymorphic vegetative-visceral disturbances in various organs and systems (digestive, skin, respiratory, motor, cardiovascular, excretory, endocrine) and algicheskimi manifestations.

Key words: school maladjustment, risk factors, somatization

Актуальность

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 микро социальной 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 аллергическими проявлениями.

Рациональное управления процессами адаптации составляет основу естественной профилактики заболеваний [1, 3, 4, 5, 6, 7].

На протяжении последних десятилетий проблема адаптации занимает одно из центральных мест в биологии, физиологии и медицине. Расширение среды обитания, ускорение ритма жизни, усложнение элементов трудовой деятельности привело к ежедневному столкновению человека с множеством новых, непривычных для него воздействий и дало толчок к подробному изучению адаптации организма [5, 6, 7]. Создание детальной теоретической базы, посвященной вопросам адаптации, не только не ослабило интерес к данной проблеме, но, напротив, открыло широкие возможности для новых фундаментальных и прикладных разработок [1, 6, 7, 8]. Так, перспективным является изучение адаптивного статуса для оцен-

ки саногенетического потенциала организма и своевременной, доклинической диагностики формирующейся патологии [4, 5, 7,].

Особенно важно изучение адаптационных возможностей в детском возрасте - в период наиболее напряженных морфо-функциональных перестроек и влияния на организм целого комплекса часто меняющихся условий, среди которых большое значение имеют особенности учебной деятельности и "внутришкольной среды" [4, 5, 6,]. Доказано, что адекватная адаптация к ним в детстве определяет качество жизни в последующие периоды [3, 6].

Особую актуальность приобретает мониторинг уровня здоровья, ориентированный, в первую очередь, на показатели адаптивного статуса ребенка, его реактивности и устойчивости к негативным влияниям [1, 3, 7]. Эти показатели, на наш взгляд, должны быть ведущими и при оценке эффективности профилактических и оздоровительных мероприятий.

Вместе с тем, большинство методов оценки адаптации организма, широко используемых в эксперименте, не приемлемы для массовых профилактических обследований ввиду их трудоемкости и инвазивности, а опубликованные в доступной литературе результаты оценки адаптивного статуса по косвенным критериям носят дискуссионный характер [7, 9, 10]. Поэтому вопросы адаптации детей к постоянно меняющимся и зачастую неоптимальным условиям среды требуют дальнейшего изучения, что будет способствовать своевременному распознаванию и предотвращению заболеваний в детском возрасте.

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

Материал и методы

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).

Результат и обсуждения

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 нарушением 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 импунитивной "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 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 импунитивной 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 основном, в виде навязчивых опасений ипохондрического характера, навязчивых действий, страхов болезни и смерти, онихофагии, трихотилломании и т.д. В данной группе относительная дезадаптация возникала 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±3,7% и 29,3±3,66%), недостаточная целенаправленность и импульсивность действия (39,7±3,94% и 27,5±3,59%) нарушения концентрации внимания (17,6±3,06% и 15,5±2,91%), неусидчивость (27,5±3,59% и 39,3±3,93% соответственно у девочек и мальчиков).

У подростков 12-17 лет проявления синдрома, прежде всего моторная возбудимость (21,0±3,20% и 27,0±3,48%) и двигательная расторможенность (12,4±2,58% и 18,5±3,05%), неусидчивость (13,5±2,68% и 22,0±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±8,9 грамм) не отличалась от массы девочек контрольной группы (3320±294 гр., $P < 0,05$), а средняя масса тела мальчиков с ШД (3057±84,9 гр.) была достоверно ниже, чем у новорожденных мальчиков контрольной группы (3372±33,4 гр., $P < 0,01$). 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 высока доля встречаемости пре- и перинатальной ($P < 0,05$ - 0,001) патологии, чем в контрольной группе, в основе которых лежали микроциркуляторные нарушения гипоксического и гипоксическо-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 в действиях, дезорганизация деятельности 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 занимали 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±3,77 и 44,0±3,89 против 14,0±2,79 и 12,7±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 гипертипные и гипертипно-смешанные (24,5±4,72 и 13,7±3,34; $P < 0,05$ соответственно у мальчиков и девочек), истероидные (4,1±2,20 и 4,7±2,35;), астеноневротичные (4,5±2,30 и 5,5±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 обоих 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, клинко-популяционные исследования, проведенные среди здоровых школьников, выявили большую частоту детей и подростков с нарушениями адаптации (72%), среди которых преобладают 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. Андреюк В.Ю. Школьная дезадаптация в форме систематических пропусков занятий: факторы риска и психосоциальная реабилитация. // Дефектология. -2009. -№5, С. 38-47.
2. Арикулов 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.- 2013.- №2, С.48-49.
5. Филлипова 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. Немов Р. С. Психология: Учебник для бакалавров. - М.: Издательство Юрайт, 2014. - 639 с. ЭБС ЮРАЙТ
7. Обухова Л. Ф. Возрастная психология: Учебник для бакалавров. - М.: Издательство Юрайт, 2016. - 460 с. ЭБС ЮРАЙТ
8. Николаева Е.И. Психология детского творчества. 2-е изд. [Электронный ресурс]. - Санкт-Петербург: Питер, 2010. - 240 с. ЭБС АЙБУКС
9. Tredwell-Deering D. E., Hanisch S.U. Psychological response to disaster in children and families. // Clin. Pediat. Emer. Med.-2012.- V. 3. P.4-14.
10. Winston F. K., Adams N/K., O'Neill C. V. et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric traffic injury. // Pediatrics. - 2015.- V. 109. № 6. P. 1293-1299/

Поступила 09.09.2020