

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации

ПРОЕКТ

(переработанный по результатам обсуждения на сайте РОП)

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У
ВЗРОСЛЫХ**

Октябрь, 2013

Оглавление

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
1.1 Актуальность и цель	3
1.2 Методология (уровни доказательности).....	4
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ВЗРОСЛЫХ.....	6
2.1 Диагностика умственной отсталости у взрослых	9
2.2. Дифференциальный диагноз умственной отсталости у взрослых	16
2.3. Психологическое (патопсихологическое) исследование.....	16
2.4.Степени тяжести умственной отсталости.....	18
2.5. Осложненные формы умственной отсталости	20
3. ЛЕЧЕНИЕ.....	21
3.1 Лечение умственно отсталых больных со слабо выраженными нарушениями поведения.	23
3.2 Лечение умственно отсталых больных со значительными нарушениями поведения ...	25
3.3 Выбор режима лечения (показания для стационарного лечения)	28
4. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ.....	28

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации предназначены для врачей психиатров и определяют основные правила ведения умственно отсталых взрослых больных с нарушениями поведения на последовательных этапах оказания психиатрической помощи в соответствии с требованиями медицины, основанной на доказательствах. Рекомендуются те методы и препараты, которые имеют убедительные доказательства преимуществ в безопасности, эффективности перед другими.

Умственная отсталость – заболевание, в отношении которого помощь не может и не должна ограничиваться только биологической терапией. Она должна включать психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию, психотерапию, клиничко-социальные мероприятия и использование различных организационных форм помощи. Это соответствует современным положениям о бригадном подходе в работе с больными и приближению оказания помощи к общественно ориентированной психиатрии.

1.1 Актуальность и цель

Актуальность разработки клинических рекомендаций определяется следующими принципами:

- медико-социальным и экономическим бременем умственной отсталости у взрослых;
- различиями качества и организации психиатрической помощи в различных регионах страны и отдельных лечебно-профилактических учреждений;

- разным уровнем подготовки медицинских и социальных работников;
- недостаточной осведомленностью врачей-психиатров о результатах клинических исследований и рекомендациях по применению отдельных психотропных препаратов;
- существенными отличиями рекомендованной и реальной (повседневной) практики диагностики и лечения больных;
- низким уровнем правовой защиты потребителей психиатрической помощи (пациентов и их близких);
- ограниченными возможностями финансирования психиатрических служб.

Цель настоящих рекомендаций – повышение качества обслуживания взрослых больных умственной отсталостью в специализированных лечебно-профилактических учреждениях при обеспечении надлежащего объема психиатрической помощи.

Настоящее издание ограничивается освещением помощи взрослым больным с умственной отсталостью (F70 - F79) с нарушениями поведения, рубрифицированными в соответствии с рекомендациями МКБ-10.

1.2 Методология (уровни доказательности)

Рекомендации снабжены четырехуровневой системой оценки доказательности, согласно иерархии достоверности научных данных (при этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности – не всегда свидетельство ненадежности данных):

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 1):

Сила	Описание
А	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению, которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких рандомизированных клинических исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.
В	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предположение. Доказательства получены на основании по крайней мере одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ.
С	Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств. Доказательства получены на основании когортных исследований или описаний серии клинических наблюдений (случаев) или являются согласованным мнением экспертов или следствием распространенного клинического опыта (практики).
D	Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или метода лечения в определенной ситуации.

Распространенность умственной отсталости среди различных возрастных групп населения в значительной степени различается, что объясняется большой значимостью критерия социальной адаптации при постановке диагноза. Максимальные значения данного показателя приходятся на возраст 10 - 19 лет, то есть возраст, в котором общество предъявляет наиболее высокие требования к уровню познавательных способностей населения (всеобщее школьное образование, призыв на армейскую службу и др.).

Показатели распространенности умственной отсталости в мире по данным официальной медицинской отчетности колеблются в широком диапазоне: от 3,04 до 24,6 и выше на тысячу населения. Во многом это обусловлено отсутствием унифицированных критериев диагностики. Нарушения поведения являются основным источником беспокойства в отношении данной категории больных и встречаются в диапазоне 5,7 -17% больных с умственной отсталостью. Агрессивное и самоповреждающее поведение встречаются соответственно у 9,8% и 4,9% больных.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ВЗРОСЛЫХ

Умственная отсталость – группа гетерогенных состояний, обусловленных врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющим или делающим полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума.

В первую очередь умственная отсталость характеризуется нарушением способностей, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальных способностей).

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.

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

В группу клинически дифференцированной умственной отсталости входят нозологически самостоятельные заболевания со специфической клинико-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.

Классификация дифференцированных форм умственной отсталости (таблица 2):

Дифференцированные формы умственной отсталости
--

<p>Наследственно обусловленные формы</p>	<p>1. Синдромы с множественными врожденными аномалиями:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Хромосомные заболевания - Генетические синдромы с неясным типом наследования - Моногенно наследуемые синдромы <p>2. Наследственные дефекты обмена</p> <p>3. Факоматозы</p> <p>4. Неврологические и нервно-мышечные заболевания с умственной отсталостью</p>
<p>Умственная отсталость смешанной (наследственно-экзогенной) природы</p>	<p>1. Микроцефалия</p> <p>2. Гидроцефалия</p> <p>3. Краниостеноз</p> <p>4. Врожденный гипотиреоз</p>
<p>Экзогенно обусловленные формы умственной отсталости</p>	<p>1. Алкогольная фетопатия</p> <p>2. Инфекционные эмбриофетопатии</p>

К клинически недифференцированным формам умственной отсталости относятся нарушения, при которых этиологию заболевания точно установить не удастся, при этом специфическая клинико-психопатологическая и соматоневрологическая картина болезни отсутствуют.

2.1 Диагностика умственной отсталости у взрослых

Диагноз умственной отсталости является сугубо клиническим и устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, клинико-психопатологического обследования, включая внешний осмотр, а также генетического исследования, патопсихологического и инструментальных методов, при отсутствии унифицированных критериев диагностики.

Важнейшим фактором диагностики является сбор анамнеза, который указывает на возможные причины, время возникновения заболевания, продолжительность имеющейся осложняющей симптоматики, наличие подобных нарушений у кровных родственников пациента.

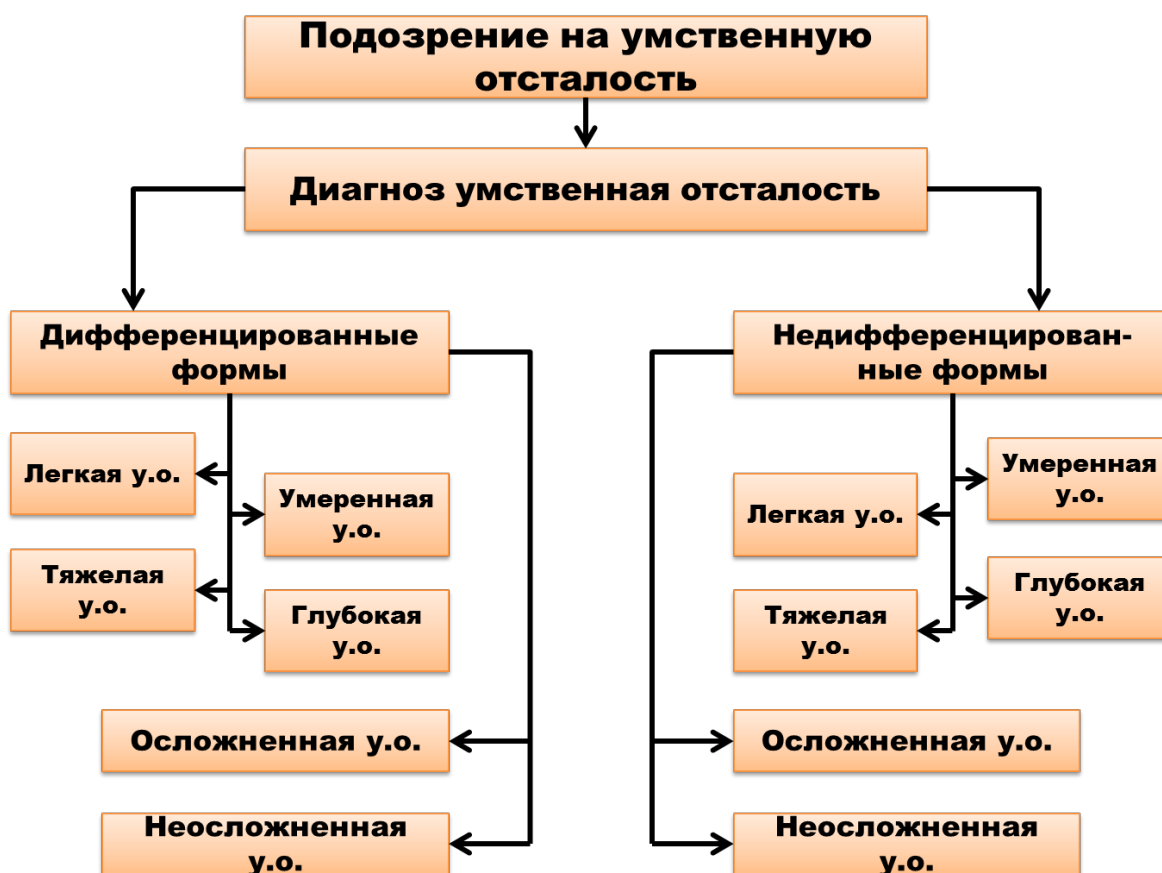
При диагностике умственной отсталости у взрослых нельзя ограничиваться только установлением факта общего психического недоразвития в детском возрасте, т.к. интеллект не является единой характеристикой, и оценивается на основе большого числа различных более или менее специфичных навыков. Хотя у каждого человека существует общая тенденция развития всех этих навыков на сходном уровне, могут иметь место и существенные расхождения, особенно у умственно отсталых лиц. Такие люди могут обнаруживать тяжелые степени нарушения интеллектуального развития, но они могут показывать более высокую продуктивность в одной отдельной сфере (например, по простым зрительно-пространственным заданиям). Такая ситуация затрудняет диагностическую оценку умственно отсталых лиц. Определение интеллектуального уровня должно основываться на всей доступной информации, включая клинические данные, адаптивное поведение (с учетом культуральных особенностей) и продуктивность по психометрическим тестам.

Для достоверного диагноза должен устанавливаться низкий уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального

социального окружения на основе общей оценки способностей, а не на оценке какой-либо отдельной области или одного типа навыков. Сопутствующие психические или соматические расстройства оказывают большое влияние на клиническую картину и использование имеющихся навыков.

Шкалы социальной зрелости и адаптации, также стандартизованные с учетом местных условий, должны по возможности заполняться на основании расспроса родителей или лиц, обеспечивающих уход за больным, которые знают способности индивидуума в повседневной жизни. При невыполнении стандартизованных процедур диагноз должен устанавливаться лишь как временный.

Алгоритм диагностики умственной отсталости (рисунок 1):



При формулировке исчерпывающего диагноза умственной отсталости необходимо оценивать:

- выраженность интеллектуального дефекта и его особенности;
- клиническую и психопатологическую характеристику структуры дефекта;
- наличие коморбидных нарушений;
- этиологические факторы;
- степень психосоциальной адаптации;
- социально-психологические факторы.

Факторы, влияющие на развитие и проявления умственной отсталости.

Этиологические факторы (таблица 3).

Факторы	Описание
Внутренние факторы.	<ol style="list-style-type: none">1. Генетические факторы2. Пол (чаще страдают мужчины)3. Внутриутробные инфекции4. Внутриутробная гипоксия5. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода
Факторы внешней среды	<ol style="list-style-type: none">1. Употребление матерью во время беременности некоторых лекарственных средств, ПАВ2. Тяжелые родовые и послеродовые травмы3. Тяжелые соматические заболевания (с интоксикацией, дистрофией)

Клинические признаки, повышающие вероятность диагноза умственной отсталости:

- психическое недоразвитие разной степени выраженности;
- тотальный характер недоразвития, касающегося не только интеллектуальной деятельности и личности больного, но и всей психики в целом;
- признаки недоразвития обнаруживаются не только со стороны мышления, но и других психических функций – восприятия, памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы и др.;
- недостаточность высших форм познавательной деятельности – обобщения и абстракции. Слабость абстрактного мышления находит отражение и в особенностях восприятия, внимания, памяти;
- социальная дезадаптация пациентов. Максимальные значения данного показателя приходятся на возраст 10 - 19 лет, то есть возраст, в котором общество предъявляет наиболее высокие требования к уровню познавательных способностей населения (всеобщее школьное образование, призыв на армейскую службу и др.).

Клинические признаки, понижающие вероятность диагноза умственной отсталости:

- микросоциально-педагогическая запущенность;
- депривация в раннем возрасте;
- коморбидная симптоматика;
- задержка формирования локальных корковых функций;
- выраженный полиморфизм симптоматики;
- указание в анамнезе на отсутствие задержки психомоторного или речевого развития.

- указание в анамнезе на органическое поражение мозга после 3-х лет.

Первичное обследование:

Диагностика основана на наличии характерных симптомов и признаков при отсутствии альтернативных объяснений их возникновения. Главным является точная оценка клинической картины.

Диагностическое исследование включает:

- психиатрическое исследование, состоящее из объективного анамнеза, полученного в результате расспроса родственников или лиц, знающих характер пациента и его способности в повседневной жизни, анализа медицинской документации, субъективного анамнеза (если получение сведений представляется возможным в силу когнитивных способностей пациента);
- проведение клинического (психопатологического), физикального, инструментальных и функциональных методов исследования, привлечения врачей-консультантов других специальностей (невролога, терапевта, окулиста и др.);
- экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом.

Объективный анамнез включает:

- данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями, в том числе сведения о том, не являются ли родители больного кровными родственниками;

- данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, состояния ее здоровья до беременности и в период беременности (наличие сердечно-сосудистых заболеваний и др.), сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях;
- данные о раннем психомоторном развитии пациента, особенностях формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода, особенностях психоэмоционального реагирования, психических травмах;
- данные об особенностях психического состояния и поведения пациента в зрелом возрасте, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций, в полном объеме или с ограничениями справляться со своими социальными обязанностями, наличии сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций).

Источником соответствующей информации служат характеристики с места учебы или работы (если пациент учится или работает).

Субъективный анамнез:

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет уровень психического развития пациента) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

Расспрос должен проводиться в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы. Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и понятными пациенту. Учитывая повышенную внушаемость умственно отсталых лиц, необходимо

отказаться от суггестивных (внушающих) вопросов. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему.

Клиническое (психопатологическое) исследование:

Во время беседы с пациентом выявляются:

- сформированность пространственно-временных представлений – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени;
- уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции;
- сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);
- уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума;
- особенности мотивационно-потребностной сферы ;
- особенности памяти, внимания, работоспособности;
- особенности эмоциональных проявлений;-
- сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования;

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

Физикальное исследование:

Общий осмотр тела включает: выявление стигм внутриутробного дисгенеза, выявление следов различных повреждений, исследование состояния по органам и системам и наличия соматических заболеваний в анамнезе.

При неврологическом исследовании определяются: расстройства функций черепно-мозговых нервов, рефлексy и их изменения, экстрапирамидные нарушения, мозжечковая патология и расстройства координации движений, чувствительность и ее нарушения, расстройства функций вегетативной нервной системы.

Функциональные методы исследования:

Инструментальные методы исследования направлены на возможное установление нозологического диагноза при умственной отсталости, а также верификацию характера органического поражения ЦНС (электроэнцефалографическое исследование, реоэнцефалографическое исследование, эхоэнцефалографическое исследование, магнитно-резонансная томография нервной системы и головного мозга).

2.2. Дифференциальный диагноз умственной отсталости у взрослых

Проводят со следующими заболеваниями и состояниями:

- Шизофрения с олигофреноподобным дефектом.
- Органическая деменция.
- Эпилепсия со снижением интеллекта.
- Органические расстройства с когнитивными нарушениями.

2.3. Психологическое (патопсихологическое) исследование

Экспериментально-психологическое исследование должно быть ориентировано на анализ познавательной деятельности пациента, в том числе:

- оценку уровня интеллектуального развития;
- характеристику структуры интеллектуальной деятельности с выявлением наиболее и наименее сформированных ее функциональных образований;
- характеристику общих предпосылок продуктивности интеллектуальной деятельности (умственной работоспособности, внимания, памяти).

Высокая диагностическая значимость теста Векслера при данном виде диагностического обследования подтверждена многими исследованиями. При всей диагностической значимости психометрического исследования следует учитывать определенное непостоянство коэффициента интеллектуальности (IQ), чувствительности его к изменениям в обстановке, а также зависимости от культуральных и социальных факторов, в связи с чем анализ экспериментальных данных должен осуществляться в контексте целостной оценки психической деятельности испытуемого. Патопсихологический метод, направленный на качественный анализ нарушений мыслительной деятельности, не может существовать без количественной оценки уровня развития интеллекта. Главной методической особенностью последнего является установка на определение уровня обучаемости, определяемого по объему помощи, необходимой испытуемому для решения предложенной задачи и по его способности к логическому переносу усвоенного.

Исследование умственной работоспособности и внимания проводится с использованием следующих методик: таблицы Шульца (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона, тест Тулуз-Пьерона и др. – не менее одной методики.

Исследование индивидуально-психологических особенностей проводится у пациентов с неглубоким интеллектуальным дефектом: различные самооценочные шкалы (по Дембо-Рубенштейн, «Самочувствие-активность-настроение» - САН, и др.), проективные тесты («Тематический

апперцептивный тест» - ТАТ, тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.) – не менее одной методики.

Исследование памяти: запоминание 10 слов, рисунков, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов и др. – не менее двух методик.

2.4. Степени тяжести умственной отсталости

В зависимости от уровня интеллектуального развития выделяют следующие степени тяжести умственной отсталости:

Степени умственной отсталости (таблица 4):

Степень умственной отсталости	Клинические проявления
<p>Легкая</p> <p>IQ</p> <p>от 50 до 69</p> <p>единиц</p>	<p>Большинство при обучении в специализированных школах по специально разработанным программам в состоянии овладеть навыками чтения, письма, счета, а в дальнейшем приобрести трудовые навыки, не требующие высокой квалификации в социально-культуральной среде, не предъявляющей особых требований к абстрактно-логическому уровню и не требующей принятия самостоятельных решений в динамичной, меняющейся жизни, лица с легкой умственной отсталостью вполне компенсированы.</p>

<p>Умеренная IQ от 35 до 49 единиц</p>	<p>С раннего детства дети отстают в психоречевом развитии. Навыками самообслуживания в полном объеме не овладевают. Нуждаются на протяжении жизни в контроле и уходе со стороны интеллектуально полноценных лиц.</p>
<p>Тяжелая IQ от 20 до 34 единиц</p>	<p>Уровень речевого развития позволяет лишь сообщать о своих нуждах. К развернутому речевому высказыванию не способны. Владеют лишь элементарными навыками самообслуживания. В быту беспомощны, нуждаются в контроле и уходе.</p>
<p>Глубокая IQ менее 20 единиц</p>	<p>Речь отсутствует или состоит из отдельных слов, часто нет понимания обращенной к ним речи. Они не владеют даже простыми навыками самообслуживания, неопрятны, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Предоставленные само себе остаются неподвижными или находятся в монотонном бессмысленном возбуждении (раскачиваются, совершают стереотипные движения).</p>

Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизованными тестами, определяющими состояние пациента. Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков.

Приводимые коэффициенты умственного развития должны использоваться с учетом проблем кросс-культуральной адекватности. Выделенные категории представляют собой произвольное подразделение сложного континуума и не могут определяться с абсолютной точностью. Коэффициент умственного развития должен определяться по индивидуально назначаемому стандартизованному тесту, для которого установлены местные культуральные нормы, и выбранный тест должен быть адекватен уровню функционирования и дополнительным специфическим неблагоприятным для функционирования условиям, в которых находится индивидуум, например, должны учитываться нарушения экспрессивной речи, нарушения слуха, соматические факторы.

Интеллектуальные способности и социальная адаптация со временем могут измениться, однако достаточно слабо. Это улучшение может явиться результатом тренировки и реабилитации. Диагноз должен базироваться на достигнутом на настоящий момент уровне умственной деятельности.

2.5. Осложненные формы умственной отсталости

Структура психического недоразвития может быть неравномерной (наличие более тяжелых нарушений в какой-либо одной сфере, например, речи) и не исчерпываться характерными симптомами. В связи с этим выделяются осложненные формы умственной отсталости – варианты с наличием дополнительной по отношению к синдрому общего психического недоразвития психопатологической симптоматики - формы умственной отсталости, осложненные поведенческими расстройствами.

Расстройства поведения могут быть относительно компенсированными (фаза вне обострения) или декомпенсированными (фаза обострения). Переход в фазу обострения обусловлен рядом причин:

- воздействием психогенно-стрессовых факторов;
- возникновением аномальных психосоциальных ситуаций в семье, на работе у лиц с легкой умственной отсталостью;
- воздействием дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- сомато-эндокринной перестройкой организма (незакончившийся половой метаморфоз, фаза инволюции);
- аутохтонными сезонными колебаниями;
- сочетанием нескольких факторов.

Для определения степени выраженности поведенческих расстройств в МКБ – 10 используют следующие обозначения:

F7x0 – умственная отсталость с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушений поведения;

F7x1 – умственная отсталость с указанием на значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения;

F7x8 – умственная отсталость с указанием на другое нарушение поведения.

3. ЛЕЧЕНИЕ

Основной целью лечения умственной отсталости у взрослых с нарушениями поведения является устранение сопутствующих психических (поведенческих) и соматоневрологических нарушений.

Принципы терапии.

- Индивидуальный подход с учетом установленной или предполагаемой этиологии, клинических составляющих

заболевания, наличия дополнительных коморбидных расстройств.

- Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, в сочетании с поведенческой терапией, психотерапией, психосоциальной терапией.
- Участие в лечебных мероприятиях специалистов разного профиля: врачей, психологов, социальных работников и др.

Необходимо отметить, что в соответствии с МКБ-10 умственная отсталость может сочетаться с любыми психическими и психоневрологическими расстройствами, встречающимися у интеллектуально полноценных лиц (включая органические расстройства, деменцию, шизофрению, аффективные, тревожные расстройства и т.д), вопросы лечения которых должны рассматриваться в соответствующих клинических рекомендациях. При обусловленных дефектами обмена синдромах умственной отсталости в рамках дифференцированных форм, являющихся самостоятельными заболеваниями, лечение доживших до зрелого возраста пациентов проводится специфическими методами терапии, включающими диету, заместительную терапию гормональными препаратами.

В связи с законченностью морфофункционального развития мозга стимуляция психического развития препаратами нейрометаболического действия у взрослых умственно отсталых пациентов, в отличие от детей, не проводится.

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.

Основным критерием эффективности проводимого лечения являются данные наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования, а также характер предъявляемых жалоб и самоотчетов больного и их соответствия сведениям, полученным со слов родственников и заменяющих их лиц.

3.1 Лечение взрослых больных с умственной отсталостью со слабо выраженными нарушениями поведения.

Необходимо помнить, что появление нарушений поведения у данной категории больных в значительной части случаев является прямым следствием имеющихся у этих людей ограничений в способности эффективно общаться с окружающими. Соответственно обучение их более приемлемым формам коммуникации может не только уменьшить частоту возникновения поведенческих нарушений, но и их тяжесть.

Симптоматическое медикаментозное лечение больных с умственной отсталостью проводят в случае, когда сопутствующие психопатологические (поведенческие) синдромы препятствуют оптимальной адаптации пациента, утяжеляют его состояние, но при этом наблюдающиеся расстройства поведения, согласно МКБ-10, не должны являться частью клинических проявлений других коморбидных психических расстройств.

Терапевтическая чувствительность к психотропным препаратам у больных различна в зависимости от процессов всасывания, особенностей фармакодинамики, метаболизма и действия метаболитов.

Учитывая широкий диапазон терапевтического ответа на назначение психотропных средств, необходимо их титрование до получения терапевтического эффекта. Оптимальным считается начало с 0,5 предполагаемой терапевтически активной дозы с последующим увеличением. Необходимо учитывать вероятность возникновения побочных эффектов, парадоксальных эффектов и осложнений психотропной терапии при умственной отсталости с резидуально-органической недостаточностью ЦНС или проявляющейся на фоне вяло текущего органического процесса в рамках дифференцированных форм умственной отсталости, чаще при наследственных дефектах обмена.

При лечении агрессивного и самоповреждающего поведения наиболее убедительные данные имеются в отношении эффективности небольших доз конвенциональных и атипичных нейролептиков, таких как галоперидол или рисперидон, так же как в отношении поедания несъедобного (пики). В ряде случаев целесообразно сочетание нейролептиков со средне-терапевтическими дозами флувоксамина и нормотимиками (имеются данные в отношении карбамазепина).

Лечение умственно отсталых больных со слабо выраженными нарушениями поведения (таблица 5):

Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему	Средняя терапевтическая доза	Сила рекомендаций
Рisperидон	2-4 мг	A
Левомепромазин	50-150 мг	C

Перициазин	15-30 мг	С
Тиоридазин	50-100 мг	С
Хлорпротексен	50 -100мг	С
Галоперидол	1,5-3 мг	А
Зуклопентиксол	4-6 мг	В
Флувоксамин	50-150 мг	В
Карбамазепин	300-600 мг	С

3.2 Лечение умственно отсталых больных со значительными нарушениями поведения

При грубых нарушениях поведения, сопровождающихся психомоторной расторможенностью, выраженной агрессией и/или аутоагрессией, с целью быстрого купирования симптоматики лечение начинают с нейролептических средств с выраженным седативным действием, имеющим лекарственные формы для парентерального введения (хлорпромазин, левомепромазин, галоперидол, зуклопентиксол). Во избежание ортостатической гипотензии после введения 1-й дозы пациент должен лежать 30 минут. При снижении аффективной возбудимости, отсутствии агрессивных и аутоагрессивных поступков переходят на пероральный прием указанных нейролептических средств. При возникновении побочных экстрапирамидных эффектов следует прибегать к назначению одного из корректоров холинолитического действия.

В процессе диагностического интервью выявляются причины, вызвавшие декомпенсацию состояния пациента с усилением поведенческих расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;

- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, на работе у лиц с легкой умственной отсталостью;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- сомато-эндокринная перестройка организма (незакончившийся половой метаморфоз, фаза инволюции);
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких вышеперечисленных факторов.

Лечение умственно отсталых больных со значительными нарушениями поведения (таблица 6):

Лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему	Средняя терапевтическая доза	Сила рекомендаций
Рisperидон	4 – 8 мг	А
Левомепромазин	75-200 мг	С
Клозапин	75-200 мг	С
Перициазин	30-60 мг	С
Тиоридазин	100-150 мг	С
Хлорпромазин	75-250 мг	В
Хлорпротексен	100-150 мг	С
Галоперидол	4,5-15 мг	А
Зуклопентиксол	6-8 мг	С
Флувоксамин	150-250	В

	мг	
Карбамазепин	600-800 мг	С
Половые гормоны и их антагонисты-Ципротерон	100 мг	С

При возникновении выраженных экстрапирамидных расстройств или других побочных эффектов и осложнений медикаментозной терапии, включая парадоксальные эффекты (психомоторное возбуждение в ответ на введение седативных нейролептических средств), чаще наблюдающиеся при умственной отсталости с резидуально-органической недостаточностью ЦНС или проявляющейся на фоне вяло текущего органического процесса при наследственных дефектах обмена, рекомендуется переход на прием нейролептика с мягким действием на экстрапирамидную и вегетативно-сосудистую системы (перициазин, тиоридазин, хлорпротиксен) в сочетании с карбамазепином.

У больных с тяжелой и глубокой умственной отсталостью расстройства поведения могут быть связанными (особенно у мужчин) с нереализованным сексуальным влечением. У этой категории больных часто не только не сформирована психосексуальная идентификация и сексуальная ориентация, но и отсутствует понимание возникающих соматических ощущений. В этих случаях относительно эффективным средством лечения считаются препараты антиандрогенного действия, которые имеют относительно слабую силу рекомендаций (С), и могут назначаться только под строгим контролем и с согласия больного и его родственников.

Длительность терапии определяется состоянием пациента и в виде поддерживающей терапии невысокими дозами может использоваться в течение многих месяцев.

Необходимо подчеркнуть, что при формах умственной отсталости, коморбидных с экзогенно-органическими расстройствами, нарушения поведения выступают как признаки декомпенсации состояния пациента по психопатоподобному типу, в основе которого могут лежать нарушения ликворо- и гемодинамики. Это является показанием к назначению средств, понижающих внутричерепное давление, способствующих нормализации церебральной гемодинамики (диуретики, препараты, улучшающие мозговой метаболизм и кровообращение головного мозга), что должно рассматриваться в соответствующих клинических рекомендациях.

3.3 Выбор режима лечения (показания для стационарного лечения)

При выборе режима лечения пациентов с умственной отсталостью необходимо руководствоваться некоторыми психопатологическими критериям:

- стойкие и выраженные вспышки агрессивного, аутоагрессивного или угрожающего поведения, обусловленные невозможностью контроля и представляющих отчетливую опасность для окружающих и самого пациента;
- пациенты с глубокой и тяжелой умственной отсталостью, с выраженными ограничениями подвижности, с выраженными осложнениями или недостаточной эффективностью проводимой амбулаторно терапии.

4. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Психосоциальная реабилитация — это постоянный, непрерывный процесс, включающий в себя комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и профессиональных мер,

который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств (в том числе, умственно отсталым) достичь своего оптимального уровня, независимого функционирования в обществе.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакотерапией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга терапевтические стратегии (сила рекомендаций –С).

Целью реабилитации является улучшение качества жизни и социального функционирования людей с психическими расстройствами посредством преодоления их социальной отчужденности, а также повышение их активной жизненной и гражданской позиции.

Задачи реабилитации:

- уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады — лекарственных препаратов, психотерапевтических методов лечения и психосоциальных вмешательств;
- повышение социальной компетентности психически больных людей путем развития навыков общения, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности;
- уменьшение дискриминации и стигмы;
- поддержка семей, в которых кто-либо страдает психическим заболеванием;
- создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки, удовлетворение, по меньшей мере, базовых потребностей психически больных людей, к каковым относятся обеспечение жильем, трудоустройство, организация досуга, создание социальной сети (круга общения);
- повышение автономии (независимости) психически больных.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи наиболее доступны индивидуальные беседы, направленные на повышение толерантности к больному, обучению формам общения, снижающих риск неадекватного аффективного реагирования, выявление и помощь в устранении (по возможности) аномальных психосоциальных ситуаций.

Если в ПНД налажена психотерапевтическая работа с больными, пациенты с неглубокими степенями психического недоразвития могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение коммуникативной напряженности больного, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков решения жизненных проблем. У больных с легкой УО может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Проведение амбулаторной психокоррекционной работы позволяет оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должна обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии.

После снятия психоэмоционального напряжения пациентам, имеющим инвалидность и нигде не работающим, назначается трудотерапия в условиях лечебно-трудовых мастерских (если пациент по своим когнитивным показателям и особенностям мотивационно-волевой сферы в состоянии выполнять трудовые операции в условиях мастерских). Пациенты с низкими когнитивными показателями и стойкими расстройствами поведения могут выполнять несложные трудовые операции в домашних условиях.

Из дополнительного ассортимента психотерапевтических методов лечения выбирается тот, который наиболее подходит пациенту с учетом его когнитивных способностей, особенностей личности, склонностей, наличия или отсутствия психотравмирующих переживаний (семейная психотерапия, арттерапия, поведенческая).

При проведении психосоциальных мероприятий необходимо учитывать ряд принципиальных положений.

Процесс психосоциальной реабилитации может быть начат на любом этапе оказания психиатрической помощи – вне острых состояний (обострений), но возможно более рано после купирования острых проявлений психического расстройства. Чем раньше по отношению к началу заболевания начинаются психосоциальные мероприятия, тем скорее можно рассчитывать на благоприятный исход.

Необходимо формулировать цель каждого вмешательства с определением временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть. Психосоциальные вмешательства должны быть, во-первых, дифференцированы и направлены на достижение определенной цели (или целей), и, во-вторых, ограничены во времени.

Выбор формы вмешательства для конкретного больного должен осуществляться в соответствии с особенностями у него психосоциального дефицита (социальной дезадаптации).

Последовательность психосоциальных воздействий осуществляется с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетентности.

При завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации необходимы поддерживающие психосоциальные воздействия.

Этапность и закрепление достигнутых результатов путем неоднократных повторений – обычное требование к психосоциальной реабилитации.

Выбор методики зависит от особенностей состояния и социальной дезадаптации, этапа психиатрической помощи и задач, которые ставятся на данном этапе его социального восстановления. Предпочтительным является использование психообразовательного подхода с элементами проблемно-разрешающей техники и тренинга социальных навыков.