

# Лекція 8. Сучасний стан вчення про розумову відсталість. Епідеміологія, загальна клінічна характеристика

Кафедра психіатрії, наркології та медичної  
психології

Полтавський державний медичний  
університет

# Розумова відсталість -

стан, обумовлений уродженням або ранонадбаним недорозвиненням психіки з вираженою недостатністю інтелекту, що утрудняє або робить повністю неможливим адекватне соціальне функціонування індивідуума.

# Головними критеріями олігофренії завжди вважалися наступні:

- 1) тотальність психічного недорозвинення з переважанням слабкості абстрактного мислення при меншій вираженості порушень передумов інтелекту і менш грубим недорозвиненням емоційної сфери;
- 2) непрогредиентність інтелектуальної недостатності, тобто зупинка психічного розвитку, що є наслідком порушення онтогенезу, а також незворотність, що викликала недорозвинення патологічного процесу.

Загальноприйнятим кількісним показником інтелектуального рівня є коефіцієнт інтелекту - IQ (Intelligence quotient), який визначається за допомогою тесту Векслера.

| Характеристика         | Ступінь розумової відсталості                                                                                                                     |                                                                                                                                   |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | Легка                                                                                                                                             | Тяжка                                                                                                                             |
| IQ                     | Вище 50                                                                                                                                           | 30-20                                                                                                                             |
| Частота в популяції    | 1-3%                                                                                                                                              | Близько 0.4%                                                                                                                      |
| Розподіл за статтю     | Відсутність або переважання у чоловіків                                                                                                           | Переважання у чоловіків                                                                                                           |
| Супутні стани          | Порушення поведінки                                                                                                                               | Рухове розгальмування, соматична і неврологічна патологія, епілептиформний синдром                                                |
| Сімейна психопатологія | Батьки і сибси часто розумово відсталі або з низькою нормою інтелекту; алкоголізм; злочинність                                                    | Батьки, як правило, інтелектуально повноцінні, сибси можуть бути розумово відсталими                                              |
| Етіопатогенез          | Мультифакторіальное успадкування захворювання; рідше хвороба, зумовлена одним геном і хромосомними порушеннями; незначна роль екзогенних факторів | Екзогенно обумовлене захворювання, рідкісні випадки успадкування хвороби за рецесивним типом і обумовлене хромосомними аномаліями |

# Генез легкої розумової відсталості може бути різним:

- 1) біологічне ураження мозку внаслідок внутрішньоутробних, перинатальних і постнатальних середовищних впливів;
- 2) специфічне біологічне ураження мозку внаслідок неповного прояву одного з мутантних генів, а також у гетерозигот;
- 3) неспецифічні генетичні (конституційно-сімейні) фактори;
- 4) соціальні умови, що перешкоджають досягненню дитиною оптимального психічного розвитку в рамках його генетичного потенціалу.
- Останні дві групи чинників виступають в більшості випадків в тісній взаємодії.



# МКХ - 10

## **Легка розумова відсталість (F70)**

*Клінічні діагностичні критерії:*

- IQ в діапазоні 50–69.
- Затримка розуміння і мовлення в різному ступені, причому порушення експресивного мовлення можуть зберігатися і у зрілому віці.

## **Помірна розумова відсталість (F71)**

*Клінічні діагностичні критерії:*

- IQ в діапазоні від 35 до 49.
- Розбіжності в профілях тестування можливостей, коли досягаються високі рівні по тестах на оцінку зорово-просторових навичок у порівнянні з результатами завдань, що залежать від розвитку мовлення.
- Незграбність сполучається з емотивністю від соціальної взаємодії.
- Низький рівень розвитку мовлення.
- Засвоєння мімічно-мануальних знаків, що дозволяє до деякої міри компенсувати недостатність мови.
- У більшості хворих виявляється органічні мозкові ураження.

# МКХ - 10

## **Важка розумова відсталість (F72)**

*Клінічні діагностичні критерії:* IQ в межах від 20 до 34.

## **Глибока розумова відсталість (F73)**

*Клінічні діагностичні критерії:*

- IQ нижче 20.
  - Розуміння і використання мовлення обмежується в кращому випадку виконанням основних команд і вираженням елементарних прохань.
  - Маються прості зорово-просторові навички.
  - При адекватному нагляді і керівництві хворі можуть брати участь у домашніх і практичних справах.
  - У більшості випадків встановлюється органічне мозкове ураження. Часті важкі неврологічні прояви, такі як епілепсія, а також розлади зору і слуху. Особливо часті загальні розлади розвитку в найбільше важких формах, зокрема атиповий аутизм.
- 
- **F7x.0 мінімальні поведінкові порушення або відсутність їх.**
  - **F7x.1 значні поведінкові порушення, що вимагають уваги або лікувальних засобів.**
  - **F7x.8 інші поведінкові порушення.**
  - **F7x.9 поведінкові порушення не визначені.**

**ХАРАКТЕРНО:** у той час як елементарні емоції можуть бути відносно збереженими, вищі емоції, перш за все моральні, виявляються недорозвиненими і недостатньо диференційованими. Переважають головним чином безпосередні переживання, емоції впливають з конкретної ситуації і діяльності, актуальні тільки в даний момент. Ступінь емоційного недорозвитку при ядерної олігофренії знаходиться у відповідності з глибиною інтелектуального дефекту і недостатністю інших компонентів психічної діяльності і особистості. Вольова діяльність хворих характеризується слабкістю спонукань і ініціативи, недостатньою самостійністю. Вчинкам дітей-олігофренів властиві відсутність цілеспрямованості, імпульсивність (без якої б то не було боротьби мотивів) і негативізм. Вони відрізняються також підвищеною наслідуваністю, сугестивністю і несамотійністю поведінки, знаходяться в залежності від потягів і афектів, а також від ситуації і обставин.



**ДИНАМІКА:** періоди декомпенсації при олігофренії характеризуються різними явищами. Найчастіше виникають астеничні стани з адинамією, підвищеною виснаженістю психічних процесів, дратівливою слабкістю, емоційною лабільністю тощо. Нерідкі також невротичні розлади - тіки, заїкання, порушення сну і апетиту, енурез, страхи, істероформні явища. У ці періоди можуть спостерігатися і афективні розлади (у вигляді дисфорії, дистимії, ейфорії і т.д.) і порушення поведінки типу психопатоподібних реакцій. Іноді декомпенсація виступає в формі іпохондричних розладів, патологічних поведінкових реакцій і психопатоподобного поведінки (рухова розгальмування, підвищена збудливість, реакція протесту, втечі з дому і бродяжництво, прагнення до підпалів і інші патологічні потягу). Іноді істотно знижуються інтелектуальні можливості, що призводить до неправильного висновку про наростання інтелектуального дефекту, чого насправді не відбувається. Тимчасове зниження інтелектуальних можливостей в результаті декомпенсації стану слід відрізняти від реакції псевдодемєнції у олігофренів. У першому випадку інтелектуальні можливості поліпшуються в міру компенсації стану при усуненні або ослабленні впливу несприятливих факторів.

# Психози при розумовій відсталості

Розрізняють психози з переважаннямафективних розладів (у вигляді дисфорических, дистимических, тривожно-депресивних, депресивно-іпохондричних станів), психози з переважанням рухових розладів і галюцинаторно-маячні психози (зустрічаються рідко і тільки у вигляді короточасних епізодів), психози, що протікають по типу істеричного сутінкового розладу свідомості, і гострі психотичні реакції у олігофренів (стану гострого страху і розгубленості, реакцію суму за домом - ностальгію, особливо специфічну для легкого супеню, реакції псевдодеменции і пуерілізма).

Спільними особливостями для всіх психозів при олігофренії є рудиментарність і фрагментарність продуктивної симптоматики, бідність і примітивність висловлювань у зв'язку з болючими переживаннями. Клінічна картина психозу в цілому відносно проста і одноманітна.

Багато авторів підкреслюють конкретність і образність сенсорних і маячних розладів, велика кількість сенестопатически забарвлених соматичних скарг. При ускладненою олігофренії більш чітко виступають ознаки органічно зміненої ґрунту: благодущність чи злостивість, некритичність і особлива настирливість, виснаженість, головний біль.

# Профілактика

**На сьогоднішній день виділяють первинну, вторинну і третинну психопрофілактику.**

- До первинної психопрофілактики відносяться заходи, спрямовані на попередження психічних захворювань у здорового населення.
- До вторинної психопрофілактики відносяться заходи, які передбачають лікування психічного захворювання, виявленого на початковій стадії розвитку, з метою припинення патологічного процесу на початковому етапі, недопущення розвитку гострої форми хвороби, важких її проявів та переходу в хронічну форму хвороби.
- До третинної психопрофілактики відносять роботу з хворим, яка б попереджувала його інвалідизацію у випадку психічного захворювання.

# Лікування

## Загальні принципи лікування

### А. Медикаментозна терапія:

- 1) ноотропи і гамкергічні препарати: пірацетам, аміналон, ноофен, церебролізін та інші
- 2) вітамінотерапія та біостимулятори
- 3) препарати, які покращують мозковий кровообіг: вінпоцетин (кавінтон), цінарізин, ніцерголін (ніцеріум, серміон)
- 4) дієтотерапія (за показаннями);

### Б. Заходи медико-педагогічної реабілітації та соціальної адаптації:

- 1) олігофренопедагогіка;
- 2) розвиваюча психокорекція;
- 3) логотерапія.

# Ускладнення захворювання і супутні розлади:

- 1) розвиток гіпердинамічного синдрому;
- 2) розвиток судомного синдрому;
- 3) декомпенсація лікворно-гіпертензійного синдрому;
- 4) розвиток інших нервово-психічних синдромів резидуально-органічного походження;
- 5) алергійні реакції на застосовувані препарати.



# Лікування ускладнень:

а) симптоматичне лікування при поведінкових порушеннях: неупелтил, тіоридазин (ридазин, сонапакс), оланзапін (зипрекса), флюанксол, сибазон, амітриптилін, флуоксетин (прозак), есциталопрам (ціпралекс), сертралін (золофт, серліфт), тіанептин (коаксил), міртазапін (міртазапін Гексал, ремерон), та інші нейрорептичні засоби

б) симптоматичне лікування судомного синдрому, залежно від виду нападів: карбамазепін (фінлепсин, тимоніл), вальпроєва кислота (депакін, депакін Хроно, конвульсофін), бензонал та інші

в) діуретики – діакарб, фуросемід. Застосовуються в комплексі з препаратами калію

г) терапія, що десенсибілізує на фоні скасування всіх раніше застосовуваних препаратів: дімедрол, супрастин, тавегіл, діазолін