

## ПАТОПЛАСТИЧНИЙ ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНИХ ФАКТОРІВ НА КЛІНІЧНЕ ОФОРМЛЕННЯ ХВОРОБИ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ІЗ ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

С. О. ЧАБАНЮК

*Запорізький державний медичний університет, Україна*

**Вивчено вплив соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби у підлітків із легкою розумовою відсталістю. Установлено, що вік початку захворювання, ступінь вираженості психопатологічних розладів, прогресивність захворювання, показники інтелекту до моменту повноліття, наявність супровідної психічної патології, соціальне оточення та матеріально-побутові умови формують пул соціально-гігієнічних факторів, які впливають на клінічне формування хвороби в осіб із розумовою відсталістю.**

*Ключові слова: розумова відсталість, соціальна адаптація, психоосвіта, реабілітація, психіатрія.*

Питання клінічної картини, впливу соціальних факторів, покращення адаптації та реабілітації хворих на розумову відсталість (РВ) є одними із найактуальніших у сучасній психіатрії [1–4]. Сплеск інтересу до проблеми РВ спостерігався останніми десятиліттями і був спрямований на аналіз соціально-економічних умов, в яких функціонують пацієнти [5]. Торкаючись соціальної значущості цієї патології, слід зазначити, що розповсюдженість РВ у світі, за даними ВООЗ, становить 1–4% населення серед усіх вікових груп. У теперішній час відзначається стійке зростання захворюваності на РВ [6, 7]. Це можна пояснити як підвищенням ефективності виявлення таких розладів завдяки розвитку структури психіатричних служб, так і удосконаленню системи медичної допомоги, що сприяє покращенню життєздатності та збільшенню тривалості життя дітей із РВ. Динаміка поширеності цього захворювання у багатьох країнах світу характеризується тенденцією до збільшення частки легких його форм, причому до 22,9% таких випадків спостерігаються у підлітковому віці [8, 9].

Сьогодні існують генетичні обґрунтування збільшення абсолютного числа розумово відсталих осіб у популяції. Близько 36,1% хворих успадковують цю патологію від попередніх поколінь, і така тенденція більш характерна для пацієнтів із легкою РВ [10, 11].

Деякі автори зазначають, що існуючі методи оцінки клінічних проявів легкої РВ часто є неконгруентними, оскільки вони вивчають суто медичний аспект і, як правило, не враховують його психологічну, духовну, соціальну та фінансову сфери, тобто суб'єктивне сприйняття пацієнтом оточуючої реальності з нагальними потребами середовища, які постійно змінюються. Саме атмосфера в сім'ї, правильна організація і повноцінне функціонування міжособистісних відносин є неодмінними умовами розвитку когнітивних функцій дитини і повноцінного формування її емоційної сфери [9, 10].

Мета цього дослідження — вивчити вплив соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби у підлітків із легкою РВ.

На базі Криворізького психоневрологічного диспансеру за умов інформованої згоди було проспективно обстежено 154 пацієнтів 2003–2008 рр. народження, які перебували під диспансерним спостереженням підліткового психіатра після досягнення 15-річного віку. Дослідження складалося з двох етапів: першого — при первинному зверненні в дитинстві за психіатричною допомогою або встановленні діагнозу легкої РВ до досягнення повноліття (17 років 11 міс) та другого, катamnестичного, у віковий період від 18 до 23 років. Первинний контингент пацієнтів складався зі 108 (70,13%) хлопців та 46 (29,87%) дівчат, середній вік яких становив 16,08 року.

У ході дослідження було використано клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи. Як основний інструмент дослідження застосовувалася «Карта для клініко-епідеміологічних досліджень», що включала соціально-демографічні та анамнестичні відомості, клінічну частину з характеристикою наявних симптомів і синдромів.

Діагноз легкої РВ верифікували на підставі критеріїв МКХ-10 (основні: зниження когнітивних здібностей, затримка мовленнєвого розвитку, недостатність розвитку моторних і соціальних навичок) з урахуванням показників стандартизованих тестів, а саме з визначенням коефіцієнта інтелекту IQ (тест Векслера). Хворі з легкою РВ (F70) мали показники IQ у діапазоні 60–69 балів. Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою програмного забезпечення Statistica-7 for Windows.

Аналіз отриманих даних показав, що серед підлітків із легкою РВ юнаки (70,13%) переважали дівчат (29,87%) у 2,3 рази ( $p > 0,01$ ). Сім'ейну обтяженість психічною патологією підлітка було виявлено у 63% спостереженнях: у 21% випадків родичі страждали на певні залежності, у 18% — на інтелектуальну недостатність різної вираженості, в 11% — на розлади особистості. Увагу привертала велика частота різних екзогенних шкідливостей в періоди формування плоду й ран-

ньому післяпологовому: у 81 % матерів вагітність перебігала з ускладненнями. Найбільш частими були чинники, які тривало негативно впливали на плід, – нефропатії, загрози переривання вагітності, анемії. Інфекційні захворювання протягом вагітності перенесли 42 (27,2 %) жінки, токсичний вплив алкоголю зазнали 18 (11,69 %), 9 (5,84 %) осіб намагалися самостійно позбутися плоду, вживаючи різні медикаменти. Майже в половині спостережень установлено поєднання несприятливих факторів, що ускладнюють перебіг вагітності. Від перших пологів народилися 34 % респондентів, інші – від повторних. Ускладнення під час пологів виявлено в анамнезі 108 (70,13 %) обстежених: асфіксія – у 53 (34,41 %) випадках, передчасні пологи – у 18 (11,68 %). Серед підлітків із легкою РВ значну частку (40 %) становили ті, хто народився із малою вагою (до 3 кг). Ранні постнатальні шкідливості в анамнезі відзначено у 33 % хворих. Серед матерів була відносно великою частка тих, які народили у проміжку від 35 до 40 років, водночас були відсутні ранні (до 18 років) пологи, зафіксовано поодинокі випадки народження матерями старше 40 років. Серед батьків переважали особи із середньою і середньою спеціальною освітою: 73 % жінок і 66 % чоловіків, допоміжну школу закінчили 9 і 5 % відповідно. У багатодітних сім'ях виховувалися 48 (31,16 %) дітей, 82 (53,24 %) – у неповних; при цьому 34 (22,07 %) дитини мали досвід проживання з батьками, які вели асоціальний спосіб життя.

Аналіз клінічної структури обстеженого контингенту показав, що більше половини (56,5 %) з них мали у картині легкої РВ ті чи інші прояви ускладнень, а саме – найбільш поширеними виявилися невротоподібні розлади (21,83 % випадків), розлади поведінки (20,68 %) та органічні (астенічні) (13,79 %) (табл. 1).

Таблиця 1

**Загальна кількість основних психопатологічних варіантів перебігу захворювання в осіб підліткового віку із легкою розумовою відсталістю**

Вид ускладнення	Хлопці, n = 57		Дівчата, n = 30		Разом, n = 87	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Невротоподібні	11	19,29	8	26,67	19	21,83
Розлади поведінки	13	22,8	5	15,0	18	20,68
Органічні (астенічні) розлади	9	15,78	3	10,0	12	13,79
Розлади мовлення	8	14,03	3	10,0	11	12,64
Інші	16	28,07	11	36,66	27	31,03

Що стосується гендерних відмінностей, то провідне місце у представників обох статей займали невротоподібні розлади (19,29 % юнаків і 26,67 % дівчат) і розлади поведінки (22,8 і 15,0 % відповідно).

Найбільшу питому вагу серед основних варіантів ускладненої РВ легкого ступеня серед юнаків становили розлади поведінки (22,8 %) і невротоподібні (19,29 %), у дівчат – невротоподібні (26,67 %) і розлади поведінки (15,0 %). Юнаки з особистісними розладами переважали за кількістю в 1,5 разу ( $p > 0,05$ ) дівчат, з органічними астенічними – в 1,6 разу ( $p > 0,05$ ), з розладами мовлення – в 1,5 разу ( $p > 0,05$ ). Дівчата переважали за кількістю випадків невротоподібної симптоматики юнаків в 1,4 разу ( $p > 0,05$ ), розладів емоцій – в 1,3 разу ( $p > 0,05$ ), а при РВ з іншою психопатологічною симптоматикою (у вигляді судомного синдрому, вегетативних розладів тощо) – в 1,3 разу ( $p > 0,05$ ).

Було проаналізовано роль факторів оточуючого середовища, значення яких у формуванні різних психопатологічних розладів і їх декомпенсації є значним. Як показав аналіз отриманих даних, у майже половини дітей (45,5 %), що навчалися в школі-інтернаті, на момент обстеження був відсутній один або обоє батьків. При цьому в умовах неповної сім'ї виховувалися 48,0 % обстежених з неускладненою легкою РВ, а з ускладненою формою – 43,5 %. Кількість підлітків з ускладненою легкою РВ, які виховувалися без батьків, була в 1,3 разу більше ( $p > 0,05$ ), ніж серед дітей із неускладненою формою захворювання. При аналізі окремих варіантів легкої РВ з ускладненнями встановлено значну питому вагу вихованців, які перебували в неповних сім'ях (за відсутності одного або обох батьків). З розладами поведінки було 57,37 % підлітків, з невротоподібними розладами – 41,23 %. Що стосується гендерних відмінностей, то у неповних сім'ях виховувалися 41,4 % юнаків і 52,4 % дівчат, тобто в 1,3 разу менше ( $p > 0,05$ ). При неускладненій формі легкої РВ у сім'ях без одного або обох батьків співвідношення юнаків і дівчат становило 1:1,27, а при ускладненій – 1:1,4. У групі з ускладненнями легкої РВ, які виховувалися без одного або обох батьків, найбільшим є показник юнаків із поведінковими (57,1 %) і органічними (41,36 %) розладами, а серед дівчат – з поведінковими (49,85 %) і невротоподібними (44,56 %).

Ще одним фактом, що становить інтерес для дослідників, є співвідношення частоти РВ із фактором багатодітності. Так, загальна кількість хворих із легкою РВ, у батьківських сім'ях яких було троє і більше дітей, становила 28,9 %, причому більше половини з них (56,72 %) були родини з кількістю дітей понад три. У групі з неускладненим перебігом РВ сім'ї з трьома дітьми і більше становили 26,3 %, з них у 69,13 % родин виховували понад три дитини. У групі пацієнтів з ускладненою РВ сімей, в яких виховували більше двох дітей, було 34,7 %, а з однією дитиною – 23,1 %, тобто в 1,5 разу ( $p > 0,05$ ) менше. У підлітків, які росли в сім'ях із трьома і більше дітьми, в клінічній картині виявлено ускладнені форми РВ: розлади мовлення – у 43,24 % (з них близько 80,0 % становили члени багатодітних сімей (понад три дитини));

неврозоподібні розлади — у 41,19% (питома вага багатодітних сімей 33,3%); розлади поведінки — у 40,0% (питома вага багатодітних сімей 37,0%); органічні (астенічні) розлади — 33,3% (з них багатодітні сім'ї у 23,5% випадків). Аналіз групи хворих з ускладненою легкою РВ показав, що в обстежених — вихідців із сімей з кількістю дітей три і більше — спостерігалось переважання всіх варіантів ускладнень РВ порівняно з підлітками, батьки яких мали одну дитину. Найбільші відмінності стосувалися органічних (астенічних) розладів — у 3,9 разу, поведінкових — у 2,4 разу, неврозоподібних — в 1,8 разу, інших форм ускладнень — в 1,6 разу.

Загальна кількість ускладнених випадків легкої РВ серед багатодітних сімей становила: поведінкові розлади — 49,3% випадків (з них 41,6% — вихідці із сімей, в яких понад три дитини); неврозоподібні — 39,2% випадків (з них 13,1% із родин із кількістю дітей понад три); органічні (астенічні) — 38,1% випадків (з них 24,6% — із багатодітних сімей); розлади мовлення — 39,2% випадків (з яких 70,7% — члени багатодітної сім'ї).

У цілому в групі хворих з неускладненим перебігом легкої РВ показник сімей, які виховували більше двох дітей, становив 11,3%, а серед осіб із ускладненим перебігом легкої РВ — 38,6%, причому багатодітних сімей було 58,4%.

Аналіз анамнестичних відомостей, отриманих із медичної документації і в ході опитування, дав змогу виявити особливості сімей, які виховують дітей із легкою РВ. Низьку матеріальну забезпеченість і несприятливі побутові умови визначено у 44,2% родин, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами — в 21,1%. При цьому вважаються соціально неблагополучними, за даними медичної документації, лише близько 16,0% сімей. У 9,2% випадків дітей було оформлено в дитячий будинок через алкоголізм батьків та позбавлення їх батьківських прав.

За результатами аналізу соціально-побутових умов у сім'ях осіб із різними варіантами перебігу легкої РВ встановлено, що із задовільними умовами існування було 66,32% сімей, а з проблемними (алкоголізація батьків, асоціальний спосіб життя, несприятливий мікроклімат у родині з частими конфліктами, антисанітарний стан або відсутність постійного житла) — 37,6%, тобто у співвідношенні 1,8 : 1 ( $p < 0,05$ ). Причому при неускладненій РВ це співвідношення виявилось трохи меншим — 1,4 : 1 ( $p > 0,05$ ), а при ускладненому перебігу легкої РВ значно більшим — 2,6 : 1 ( $p < 0,05$ ).

Результати загального аналізу картини соціально-гігієнічних факторів показано в табл. 2

Установлено, що при легкому ступені РВ обтяженість за соціально-гігієнічними чинниками була більш виражена серед підлітків з ускладненим перебігом захворювання. Найчастіше траплялися патологія виховання — у 41 (47,1%) випадку — порівняно з 24 (35,82%) особами без ускладненого перебігу ( $p < 0,05$ ), конфлікти в родині — у 21 (24,13%) проти 6 (8,95%) ( $p < 0,05$ ); низький мате-

Таблиця 2

**Порівняння частоти соціально-гігієнічних чинників ризику розвитку розумової відсталості з ускладненим і неускладненим перебігом**

Фактори ризику	Легка РВ з ускладненим перебігом, $n = 87$		Легка РВ з неускладненим перебігом, $n = 67$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Неповна сім'я	27	31,03	19	28,35
Нерідний батько	11	12,64	11	16,41
Виховання у родичів	7	8,0	4	7,4
Багатодітна родина	34*	38,6	7	10,44
Погане виховання	41*	47,1	24	35,82
Конфлікти в родині	21*	24,13	6	8,95
Навчання в інтернаті	46	52,87	36	53,73
Алкоголізація батьків	17	19,54	10	14,92
Низький матеріальний рівень	27*	31,03	10	14,92

\* Позначено дані, що достовірно відрізняються за критерієм  $\chi^2(p < 0,05)$ .

ріальний рівень — у 27 (31,03%) проти 10 (14,92%) ( $p < 0,05$ ). Серед підлітків з ускладненим перебігом легкої РВ частіше зустрічалися члени багатодітних родин — у 34 (38,6%) порівняно з групою із неускладненою РВ у 7 (10,44%) ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, одночасний вплив негативних мікросоціальних факторів несприятливо відбивався на психоемоційному стані підлітків, а конфліктна атмосфера в сім'ї, алкоголізація батьків сприяли затримці психічного розвитку та як самостійні чинники призвели до порушень розвитку особистості хворих.

У ході дослідження ми дійшли таких висновків.

Вивчення впливу соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби в осіб підліткового віку із легкою РВ установило, що найбільш значущими з них є: вік початку захворювання; ступінь вираженості психопатологічних розладів; прогресивність захворювання; показники інтелекту до моменту повноліття; наявність супровідної психічної патології; соціальне оточення та матеріально-побутові умови.

Аналіз клінічної структури контингенту обстежених показав, що більше половини з них мали у клінічній картині легкої РВ ті чи інші прояви ускладнень, а саме — найбільш поширені неврозоподібні розлади, розлади поведінки та органічні (астенічні).

Негативні мікросоціальні фактори частіше фіксовано серед дітей із легкою РВ, що ускладнена додатковими психічними розладами, — погане виховання, багатодітна сім'я, конфлікти в родині, низький матеріальний рівень.

Значний патопластичний вплив на розвиток підлітка з РВ мають: недостатність і непослідовність турботи з боку батьків або їх відсутність;

спотворене виховання психічно хворими батьками; дезорганізація сімейного життя у зв'язку з відсутністю батька чи матері; антисоціальна поведінка батьків або соціальна ізоляція сім'ї; несприятливі матеріально-побутові умови, у тому числі в багатодітних родинах.

#### Список літератури

1. Руководство по социальной психиатрии: учеб. пособ.; под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. 2-е изд., испр. и доп. М.: МИА, 2009. 543 с.
2. *Проскурняк О. І.* Чинники розвитку комунікативної діяльності розумово відсталих підлітків // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2015. № 9. С. 85–92.
3. *Михейкина О. В.* Эпидемиология умственной отсталости (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2012. № 3. С. 24–33.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p. doi: [https://doi.org/10.1007/springerreference\\_179660](https://doi.org/10.1007/springerreference_179660)
5. *Бистров А. Є., Синьов В. М.* Схильність підлітків з інтелектуальними порушеннями до різних типів викривленої поведінки, та її зв'язок з особистісними особливостями підлітків // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2018. Вип. 36 (19). С. 132–139.
6. Attributions, criticism and warmth in mothers of children with intellectual disability and challenging behaviour: a pilot study / R. L. Lancaster, K. Balling, R. Hastings, T. J. Lloyd // J. Intellect. Disabil. Res. 2014. Vol. 58, № 11. P. 1060–1071. doi: <https://doi.org/10.1111/jir.12029>
7. *Wuang Y. P., Ho G. S., Su C. Y.* Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: a randomized, controlled trial // Res. Dev. Disabil. 2013. Vol. 34, № 1. P. 528–537. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.09.008>
8. *Vecili M. A., Weiss J. A.* Reliability and validity of the pediatric quality of life inventory with individuals with intellectual and developmental disabilities // Am. J. on Intellectual and Developmental Disabilities. 2015. Vol. 120, № 4. P. 289–301. doi: <https://doi.org/10.1352/1944-7558-120.4.289>
9. *Salvador-Carulla L., Bertelli M.* Mental retardation or «intellectual disability»: time for a conceptual change // Psychopathology. 2008. Vol. 41, № 1. P. 10–16. doi: <https://doi.org/10.1159/000109950>
10. *Luijckx J., van der Putten A. J., Vlaskamp C.* A valuable burden? The impact of children with profound intellectual and multiple disabilities on family life // J. of Intellectual and Developmental Disability. 2019. № 44 (2). P. 184–189. doi: <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1326588>
11. Epidemiologic and clinical characteristics of 458 Tunisian patients with intellectual deficiency and a reconsidered diagnostic strategy / M. Trabelsi et al. // Eur. J. Med. Genet. 2013. Vol. 56, № 1. P. 13–19.

### ПАТОПЛАСТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ОФОРМЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

С. А. ЧАБАНИУК

Изучено влияние социально-гигиенических факторов на клиническое оформление болезни у подростков с легкой умственной отсталостью. Установлено, что возраст начала заболевания, степень выраженности психопатологических расстройств, прогрессивность заболевания, показатели интеллекта до момента совершеннолетия, наличие сопутствующей психической патологии, социальное окружение и материально-бытовые условия формируют пул социально-гигиенических факторов, влияющих на клиническое формирование болезни у лиц с умственной отсталостью.

*Ключевые слова:* умственная отсталость, социальная адаптация, психообразование, реабилитация, психиатрия.

### PATHOPLASTIC INFLUENCE OF SOCIAL AND HYGIENIC FACTORS ON CLINICAL PRESENTATION OF DISEASE IN ADOLESCENTS WITH MILD MENTAL RETARDATION

S. O. CHABANIUK

The influence of social and hygienic factors on clinical presentation of the disease in adolescents with mild mental retardation has been studied. It has been found that the age when disease started, severity of psychopathological disorders, disease progression, intelligence to adulthood, presence of concomitant mental pathology, social environment and living conditions form a pool of socio-hygienic factors that affect clinical development of the disease in mentally retarded persons.

*Key words:* mental retardation, social adaptation, psychoeducation, rehabilitation, psychiatry.

Надійшла 14.01.2021