



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЧАБАНЮК СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК: 616.89-008.454-036.18-053.6-085.86:615.8:613.86

ДИСЕРТАЦІЯ

**ЛЕГКА РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ:
КЛІНІКО-ВІКОВИЙ, МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ
ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ АСПЕКТИ**

222 Медицина

22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

С. О. Чабанюк

Науковий керівник – **Підлубний Віталій Леонідович**, доктор медичних наук,
професор

Запоріжжя – 2022

АНОТАЦІЯ

Чабанюк С.О. Легка розумова відсталість у осіб підліткового віку: клініко-віковий, медико-соціальний та реабілітаційний аспекти. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (22 Охорона здоров'я). – Запорізький державний медичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2022.

Запорізький державний медичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2022.

Мета роботи: підвищити ефективність діагностики та медико-соціальної реабілітації осіб підліткового віку, що страждають на розумову відсталість (РВ) легкого ступеня, шляхом удосконалення алгоритму діагностики та системи психотерапевтичної корекції та реабілітації.

Дослідження проведено у проспективному дизайні у періоді 2018-2021 років. На базі КП «Криворізька багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР (м. Кривий ріг), за умови інформованої згоди, було обстежено 154 осіб 2003-2008 років народження, які знаходилися на диспансерному спостереженні підліткового психіатра по досягненні 15 річного віку з приводу РВ. Первинний контингент складався зі 108 (70,13%) хлопчиків та 46 (29,87 %) дівчат, середній вік яких склав 16,08 років. З об'єктивних причин (зміна місця постійного мешкання або відмова від продовження участі у дослідженні) на другому етапі дослідження були виключено 38 осіб. Таким чином на завершальному етапі дослідження було обстежено 116 осіб з легкою РВ. Контингент складався зі 74 (63,79%) чоловіків та 42 (36,21 %) жінок.

В дослідженні використано клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи.

Дослідження реалізовано в 2 етапи.

На першому етапі – при первинному зверненні за психіатричною допомогою в дитинстві, або встановленні діагнозу легкої РВ, протягом досягнення повноліття (17 років та 11 місяців).

На другому етапі – катамнестичному з 18 до 21 рік. Первинний контингент складався зі 108 (70,13%) хлопчиків та 46 (29,87 %) дівчат, середній вік яких склав 16,08 років.

Виявлено дві групи клініко-анамнестичних факторів ризику виникнення легкої РВ: нозонеспецифічну та нозоспецифічну. До першої групи факторів, що не пов'язані із захворюванням, увійшли чоловіча стать, сімейна обтяженість психічними захворюваннями, вік батьків старше 30 років, патологія протікання інтра-, пери- і постнатального періоду розвитку, дизонтогенез в формі затримки моторного і психо-мовного розвитку на першому році життя. До нозоспецифічних: наявність родичів з інтелектуальними порушеннями; низький освітній рівень батьків, вік матерів старше 35 років.

В результаті вивчення спектру соціально-гігієнічних факторів, що впливають на перебіг захворювання у осіб з легкою РВ підліткового віку встановлено, що значний патопластичний вплив на розвиток підклітка з легкою РВ мають: недостатність і непослідовність турботи з боку батьків або їх відсутність; спотворене виховання психічно хворими або психічно відсталими батьками; дезорганізація сімейного життя в 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. Легка РВ підліткового віку характеризується кореляціями з негативними мікросоціальними умовами, які відбиваються на психоемоційному стані хворих осіб та можуть, як самостійні чинники, сприяти затримці психічного розвитку та приводити до розвитку соціальної дезадаптації і патології особистості.

Встановлено високий відсоток поширення різноманітної коморбідної патології у осіб с легкою РВ підліткового віку. Встановлено, що вплив супутніх захворювань на перебіг РВ має комплексний і системний характер: неврологічна та соматична патологія потенціюють розвиток

психопатологічних розладів. Встановлено механізм такого впливу: коморбідна патологія збільшує тривалість та частоту перебування хворих осіб на стаціонарному лікуванні, що в свою чергу сприяє розвитку неврозоподібних розладів, астенічних і дистімічних проявів, фобій, посилює стан тривоги та провокує виникнення емоційно-вольових і інших патоперсонологічних порушень, які, у свою чергу, призводить до поглиблення соціальної дезадаптації.

Встановлено особливості оцінки ЯЖ осами з легкою РВ підліткового віку та їх батьками, виявлено найбільш чутливі сфери цих показників, які потребують особливої уваги з точки зору психічної та соціальної реабілітації даного контингенту осіб.

Встановлено, що рівень СФ осіб із легкою РВ підліткового віку безпосередньо корелює з глибиною інтелектуального дефіциту, а підвищенню показників соціальної адаптивності даного контингенту осіб сприяють багаторічні лікувально-реабілітаційні втручання, своєчасне виявлення та корекція порушень навичок життєдіяльності, психоосвіта батьків та опікунів, допомога в працевлаштуванні та адекватна медикаментозна корекція.

Сформовано багаторівневу методику визначення рівня обмеження адаптації осіб з легкою РВ підліткового віку, що базується на комплексні оцінці актуального стану хворого у клінічному, психометричному та соціально-адаптивному спектрах, за наявності супутньої патології та спектром ЯЖ та СФ. Виділено 4 загальних рівня адаптації осіб з легкою РВ, що покращує ефективність діагностики цих станів за рахунок більш точного визначення рівня адаптивності осіб.

Сформовано 6 реабілітаційних програм для осіб з легкою РВ підліткового віку. Вибір тактики реабілітації в рамках розроблених програм залежить від загального рівня адаптації особи та спектру супутньої патології: перша програма застосовувалася до осіб з легкою РВ з відсутністю у них важкої хронічної коморбідної патології, слабкою виразністю порушень поведінки та компенсований чи задовільний рівень адаптації; друга – для осіб з легкою РВ за

наявності неврологічної патології такої як гідроцефалії, доброякісної внутрішньочерепної гіпертензії тощо та компенсований чи задовільний рівень адаптації; третя – для осіб з легкою РВ із порушеннями моторного розвитку, паралітичними синдромами, ДЦП та із низьким та дуже низьким рівнем загальної адаптації, яким рекомендовано активне використання лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичних процедур; четверта – за наявності коморбідної психічної патології при неврозоподібних та невротичних станах, наявності астеничної симптоматики, виразних розладах особистості та низьким рівнем загальної адаптації; п'ята – при наявності коморбідної соматичної патології та з низьким або дуже низьким рівнем адаптації; шоста – для осіб з легкою РВ із присутністю мовної патології та будь-яким загальним рівнем адаптації.

Ефективність розроблених реабілітаційних програм було оцінено за зниженням випадків і зменшенням рівня виразності коморбідної патології, поліпшенням когнітивного функціонування осіб з легкою РВ, зокрема відзначалось покращення уваги, пам'яті, мовних навичок та навичок письма, читання та рахунку, моторики, а також просторового орієнтування. Встановлено поліпшення адаптивних навичок статодинамічних функцій у 36,4% випадків, а здібностей до самообслуговування у 22,7% випадків. На момент завершення дослідження, соціально адаптованими, можна вважати 73,38% всіх обстежених.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше встановлено клініко-анамнестичні особливості захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю (РВ) підліткового віку, зокрема виділено дві групи факторів ризику виникнення даного захворювання, що дозволило визначити прогностичну роль анамнестичних факторів у збереженні компенсованого рівня адаптації даної категорії осіб у дорослому віці; вперше визначено патопластичний вплив соціально-гігієнічних факторів на перебіг захворювання у осіб з легкою РВ підліткового віку, досліджено вплив мікросоціальних умов проживання на психоемоційний стан та рівень адаптивності даної категорії

осіб, що дозволило визначити найбільш значимі фактори ризику ускладненого перебігу захворювання; вперше визначено вплив коморбідної патології у осіб з легкою РВ підліткового віку на перебіг основного захворювання, досліджено спектр прояву різних груп коморбідної патології залежно від її регістру, що дозволило підтвердити синергетичний характер впливу супутньої неврологічної та соматичної патології на розвиток психопатологічних розладів у даної категорії хворих; вперше визначено особливості якості життя (ЯЖ) та соціального функціонування (СФ) у осіб з легкою РВ підліткового віку, встановлено вплив сімейного оточення, умов проживання та рівня збереження інтелекту на рівень задоволеності власним життям та соціальної адаптації, що дозволило розробити багаторівневу методику оцінки обмеження адаптації осіб з легкою РВ підліткового віку та програма їх реабілітації.

Практична значущість одержаних результатів полягає у тому, що встановлено характер взаємного впливу коморбідної соматичної і неврологічної патології та психопатологічних розладів у осіб з легкою РВ підліткового віку, що дозволяє оптимізувати процес реабілітації зазначено контингенту з урахуванням спектру супутньої патології; на основі виявлених клініко-анамнестичних та соціально-гігієнічних факторів, клініко-психопатологічних характеристик, особливостей ЯЖ та СФ осіб з легкою РВ підліткового віку розроблено багаторівневу методику оцінки обмежень адаптації даної категорії осіб, що значно покращує процес діагностики цих станів за рахунок більш точного визначення рівня адаптивності та формує підґрунтя для програм реабілітації; розроблено 6 програм реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку, що, шляхом підбору конгруентного комплексу терапевтичних заходів в залежності від рівня адаптації особи, дозволяє покращити психоемоційний стан, навчальні, комунікативні та соціально-побутові навички, підвищити показники ЯЖ осіб з легкою РВ підліткового віку.

Публікації результатів дослідження. Результати відображено у 11 публікаціях, із них 5 статей, серед яких 4 статі – у фахових наукових виданнях

України, в тому числі 1 стаття в журналі категорії А, що індексується наукометричною базою Web of Science, а також 1 стаття – у закордонному виданні (Польща); 6 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій; 9 робіт – без співавторів.

Ключові слова: розумова відсталість, когнітивні порушення, діти, підлітки, поведінкові патерни, розлади харчової поведінки, соціальна дезадаптація, психічна дезадаптація, якість життя, сучасне середовище, коморбідність /психопатології, психотерапія, психологія, реабілітація

ANNOTATION

Chabanyuk S.O. Mild intellectual disability in adolescents: clinical-age, medical-social and rehabilitation aspects. – Qualified scientific work as the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 222 «Medicine» (22 Health care). – Zaporizhzhia State Medical University MHU, Zaporizhzhya, 2022. – Zaporizhzhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, 2022.

Zaporizhzhia State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, 2022.

Purpose of work is to increase the efficiency of diagnosis and medical and social rehabilitation of adolescents suffering from mild intellectual disability (ID) by improving the diagnostic algorithm and the system of psychotherapeutic correction and rehabilitation.

The study was conducted in a prospective design in the period 2018-2021. On the basis of the «Kryvyi Rih Multidisciplinary Hospital for the Provision of Psychiatric Care» (Kryvyi Rih, Ukraine), 154 persons born in 2003-2008, who were under the dispensary observation of an adolescent psychiatrist after reaching the age of 15, were examined. The primary contingent consisted of 108 (70.13%) boys and 46 (29.87%) girls, whose average age was 16.08 years. For objective reasons (change of permanent residence or refusal to continue participating in the study), 38 people were excluded at the second stage of the study. Thus, at the final stage of the study, 116 people with mild ID were examined. The contingent consisted of 74 (63.79%) men and 42 (36.21%) women.

Clinical-epidemiological, clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods were used in the study.

The research was implemented in 2 stages.

At the first stage – when the child is first approached for psychiatric help, or when a diagnosis of mild ID is established, during reaching adulthood (17 years and 11 months).

At the second stage – catamnestic from 18 to 23 years old. The primary contingent consisted of 108 (70.13%) boys and 46 (29.87%) girls, whose average age was 16.08 years.

Two groups of clinical-anamnestic risk factors for mild ID have been identified: nosospecific and nosospecific. The first group of factors not related to the disease included male sex, family burden of mental illnesses, age of parents over 30 years old, pathology of the intra-, peri- and postnatal period of development, dysontogenesis in the form of delayed motor and psycho-linguistic development in the first year of life. To nosospecific: presence of relatives with intellectual disabilities; low educational level of parents, age of mothers over 35 years.

As a result of the study of the spectrum of social and hygienic factors affecting the course of the disease in persons with mild ID of adolescence, it was found that a significant pathoplastic influence on the development of the subcell with mild ID has: insufficiency and inconsistency of care on the part of parents or their absence; distorted upbringing by mentally ill or mentally retarded parents; disorganization of family life due to the absence of a father or mother; antisocial behavior of parents or social isolation of the family; unfavorable material and living conditions, including in large families. Mild ID of adolescence is characterized by correlations with negative microsocial conditions, which affect the psycho-emotional state of sick persons and can, as independent factors, contribute to the delay of mental development and lead to the development of social maladjustment and personality pathology.

A high percentage of the spread of various comorbid pathologies in persons with mild ID of adolescence was established. It has been established that the influence of concomitant diseases on the course of ID has a complex and systemic nature: neurological and somatic pathology potentiate the development of psychopathological disorders. The mechanism of such influence has been established: comorbid pathology increases the duration and frequency of patients'

stay in hospital treatment, which in turn contributes to the development of neurosis-like disorders, asthenic and dysthymic manifestations, phobias, intensifies the state of anxiety and provokes the emergence of emotional-volitional and other pathopersonalological disorders, which, in turn, leads to deepening of social maladjustment.

The peculiarities of the assessment of the QL of children with mild ID of adolescence and their parents were established, the most sensitive areas of these indicators were identified, which require special attention from the point of view of mental and social rehabilitation of this contingent of individuals.

It was established that the level of SF of persons with mild ID of adolescence directly correlates with the depth of intellectual deficit, and the increase in indicators of social adaptability of this contingent of persons is facilitated by long-term medical and rehabilitation interventions, timely detection and correction of life skills disorders, psychoeducation of parents and guardians, assistance in employment and adequate medication correction.

A multi-level methodology for determining the level of limitation of life activities of persons with mild ID of adolescence has been developed, which is based on a comprehensive assessment of the patient's current condition in clinical, psychometric and social-adaptive spectra, according to the presence of concomitant pathology and the spectrum of QL and SF. There are 4 general levels of life activity of persons with mild ID, which improves the efficiency of diagnosis of these conditions due to a more accurate determination of the level of adaptability of persons.

6 rehabilitation programs have been formed for persons with mild ID of adolescence. The choice of rehabilitation tactics within the framework of the developed programs depends on the general level of the person's vital activity and the spectrum of accompanying pathology: the first program was applied to persons with mild ID with the absence of severe chronic comorbid pathology, weak expressiveness of behavioral disorders and an adaptive or satisfactory level of vital activity; the second – for persons with mild ID in the presence of neurological pathology such as

hydrocephalus, benign intracranial hypertension, etc. and an adaptive or satisfactory level of vital activity; the third – for persons with mild ID with impaired motor development, paralytic syndromes, cerebral palsy and with a low and very low level of general vital activity, who are recommended to actively use physical therapy and physiotherapeutic procedures; the fourth – in the presence of comorbid mental pathology with neurosis-like and neurotic conditions, presence of asthenic symptoms, pronounced personality disorders and a low level of general life activity; the fifth – in the presence of comorbid somatic pathology and with a low or very low level of vital activity; the sixth – for persons with mild ID with the presence of speech pathology and any general level of vital activity.

The effectiveness of the developed rehabilitation programs was evaluated by the reduction of cases and the reduction of the level of expressiveness of comorbid pathology, the improvement of the cognitive functioning of persons with mild ID, in particular, the improvement of attention, memory, language skills and writing, reading and arithmetic skills, motility, and spatial orientation was noted. Improvement of adaptive skills of statodynamic functions was established in 36.4% of cases, and self-care abilities in 22.7% of cases. At the time of completion of the research, 73.38% of all surveyed people can be considered socially adapted.

The scientific novelty of the obtained results is that for the first time the clinical-anamnestic features of the disease in persons with mild mental retardation ID of adolescence were established, in particular, two groups of risk factors for the occurrence of this disease were identified, which made it possible to determine the prognostic role of anamnestic factors in maintaining an adaptive level of life activity of this category of persons in adulthood; for the first time, the pathoplastic influence of socio-hygienic factors on the course of the disease in persons with mild ID of adolescence was determined, the impact of microsocial living conditions on the psycho-emotional state and level of adaptability of this category of persons was investigated, which made it possible to determine the most significant risk factors for the complicated course of the disease; for the first time, the influence of comorbid pathology on the course of the main disease in persons with mild ID of adolescence

was determined, the spectrum of the manifestation of different groups of comorbid pathology was investigated depending on its register, which made it possible to confirm the synergistic nature of the influence of concomitant neurological and somatic pathology on the development of psychopathological disorders in this category of patients; for the first time, the characteristics of the quality of life (QL) and social functioning (SF) in persons with mild ID of adolescence were determined, the influence of the family environment, living conditions and the level of intellectual preservation on the level of satisfaction with one's life and social adaptation was established, which allowed the development of a multi-level methodology for assessing the limitation of life activities persons with mild ID of adolescence and their rehabilitation program.

The practical significance of the obtained results lies in the fact that the nature of the mutual influence of comorbid somatic and neurological pathology and psychopathological disorders in persons with mild ID of adolescence has been established, which allows optimizing the rehabilitation process of the indicated contingent taking into account the spectrum of concomitant pathology; on the basis of the identified clinical-anamnestic and socio-hygienic factors, clinical and psychopathological characteristics, characteristics of the QL and SF of persons with mild ID of adolescence, a multi-level methodology for assessing the limitations of life activities of this category of persons has been developed, which significantly improves the process of diagnosing these conditions due to a more accurate definition level of adaptability and forms the basis for rehabilitation programs; developed 6 rehabilitation programs for persons with mild ID of adolescence, which, by selecting a congruent set of therapeutic measures depending on the level of life activity of the person, allows to improve the psycho-emotional state, educational, communicative and social-living skills, to increase the quality of life of persons with mild ID of adolescence.

Publications. Based on the materials of the dissertation, 12 scientific works were published, including 6 articles: 5 papers in the specialized scientific journals of

Ukraine (1 of them in the journal indexed by Web of Science database) and 1 article - in the foreign journal (Poland); 6 theses reports; 9 works without co-authors.

Key words: *intellectual disability, cognitive impairment, children, adolescents, behavioral patterns, eating disorders, social maladjustment, mental maladaptation, quality of life, modern environment, comorbidity/psychopathology, psychotherapy, psychology, rehabilitation.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Чабанюк С.О. Клініко-феноменологічна структура та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Український вісник психоневрології*. 2021. Том 29, Вип. 1 (106). С. 36–41. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-7>
2. Pidlubnyi V.L., Chabaniuk S.O. Modern approaches of diagnosis and criteria for assessing the limitations of life activities in adolescents with mild mental retardation. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021. Vol. 11, № 3. P. 57–66. <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.03.007> (Автором самостійно проведено обстеження контингенту, обробку результатів та формування висновків дослідження)
3. Чабанюк С.О. Коморбідна патологія у хворих підліткового віку із легкою розумовою відсталістю. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2021. № 1–2 (12–13). С. 81–89. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2021.1-2-10>
4. Чабанюк С.О. Патопластичний вплив соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби в осіб підліткового віку із легкою розумовою відсталістю. *Міжнародний медичний журнал*. 2021. № 3. С. 44–47. <http://www.imj.kh.ua/archive/2021/3/9>
5. Чугунов В.В. Підлубний В.Л. Чабанюк С.О. Оцінка ефективності медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Запорізький медичний журнал*. 2022. Т. 24, № 5 (134), С. 560-564 DOI:[10.14739/2310-1210.2022.5.256779](https://doi.org/10.14739/2310-1210.2022.5.256779) (Автором самостійно проведено збір даних, аналіз та інтерпретація даних, написання статті).
6. Чабанюк С.О. Вікові особливості соціального функціонування хворих на розумову відсталість. *YOUNG SCIENCE 3.0* : мат. наук.-практ. конф. з міжн. уч. 26 березня 2021р., м. Київ. С. 34–35.
7. Чабанюк С.О. Структура коморбідної патології у хворих із легкою розумовою відсталістю. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* -

2021: мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. Запоріжжя, 15-16 квітня 2021 р. С. 66.

8. Чабанюк С.О. Показники якості життя осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Медицина XXI сторіччя* : мат. 83-го Всеукр. наук. мед. конг. студ. та мол. вч. з міжн. уч. Лиман, 18–19 листопада, 2021. С. 217–218.

9. Чабанюк С.О. Соціально-гігієнічних чинники перебігу легкої розумової відсталості у осіб підліткового віку. *Актуальні питання клінічної медицини* : тези XV Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. з міжн. уч. Запоріжжя, 19 листопада, 2021. С. 320–322.

10. Чабанюк С.О. Система медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. студ. та молод. вч. Запоріжжя, 4 лютого, 2022. С. 19–20.

11. Чабанюк С.О. Рекомендації медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2022* : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. Запоріжжя, 17 травня, 2022. С. 42–43.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	18
ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, КЛІНІЧНОЇ СТРУКТУРИ ТА ЗАХОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЕГКОЇ РОЗУМОВОЇ ВІДСТАЛОСТІ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	25
1.1 Актуальний стан питання семіотичного позиціювання та поширеності розумової відсталості у осіб підліткового віку	25
1.2 Коморбідність психічної та іншої патології до розумової відсталості підліткового віку	29
1.3 Сучасні реабілітаційні заходи для осіб з розумовою відсталістю підліткового віку	40
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	49
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	60
РОЗДІЛ 4 ПАТОПЛАСТИЧНИЙ ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНИХ ФАКТОРІВ НА КЛІНІЧНЕ ОФОРМЛЕННЯ ХВОРОБИ У ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	68
РОЗДІЛ 5 СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕГКОЇ РОЗУМОВУ ВІДСТАЛІСТЬ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	74
РОЗДІЛ 6 ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	84

РОЗДІЛ 7 БАГАТОРІВНЕВА МЕТОДИКА ОЦІНКИ ОБМЕЖЕННЯ АДАПТАЦІЇ ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ТА ПРОГРАМА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ	93
7.1. Методика оцінки обмежень адаптації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку	93
7.2 Програма реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку	100
РОЗДІЛ 8 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	112
ВИСНОВКИ	123
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	127
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	129
ДОДАТОК А АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ	143
ДОДАТОК Б СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ НА ТЕМУ ДИСЕРТАЦІЇ	149
ДОДАТОК В ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ	151

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І
ТЕРМІНІВ**

- Г1 – Група 1
- Г2 – Група 2
- ГР – Група осіб, що проживають у родині / з батьками
- ГІ – Група осіб, що проживають в інтернатах
- РВ – Розумова відсталість
- СФ – Соціальне функціонування
- ЯЖ – Якість життя

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. В широкому спектрі психічної патології, що маніфестує у дитячому віці, особливе місце займає РВ, яка робить істотний внесок у показники психічної захворюваності, а також інвалідизації в дитинстві та підлітковому віці [2, 28, 107]. Відповідно до статистичних даних, РВ входить до двадцяти «найдорожчих» медичних станів, через те що хворі потребують пожиттєвого супроводу, як лікарського, оскільки вони частіше страждають на супутні захворювання, так і соціального [32, 54, 113]. Актуальності проблемі РВ надає і значна поширеність цього стану, що за даними деяких вітчизняних та закордонних авторів варіює від 1% до 3% у загальній популяції. Динаміка поширеності РВ підліткового віку в багатьох країнах світу характеризується тенденцією до збільшення, в першу чергу за рахунок її легких форм [10, 28, 114].

Саме легка РВ набуває особливого клінічного значення в актуальний період деконцептуалізації самого визначення «розумова відсталість». Зміна формальної точки зору на РВ на більш гуманістичну, що передбачає зміну уніфікованої валідизації інтелектуального дефекту за допомогою відповідного коефіцієнту на персоніфіковану оцінку рівня адаптивного функціонування хворого, обумовлює нечіткість визначення діагностичних меж легких форм РВ [19, 78, 96].

В останні десятиріччя уявлення щодо тотального характеру психічного недорозвинення, сталості інтелектуального дефіциту та інших особливостей перебігу РВ суттєво переглядаються та доповнюються, в першу чергу, новими даними щодо впливу вікових, терапевтичних та соціальних факторів на перебіг захворювання [12, 33, 68]. В актуальному психіатричному дискурсі обговорюється також можливість не лише лікування та реабілітації осіб з РВ підліткового віку, а і перспективи превенції цих станів або мінімізації їх наслідків [6, 18, 61].

Також залишається надзвичайно актуальною проблема поліпшення соціального функціонування (СФ) пацієнтів з РВ. Дорослі особи з вираженими інтелектуальними розладами є значним тягарем для їх сімей. Серед основних проблем адаптації осіб з РВ відзначають недостатню соціальну інтеграцію, труднощі навчання, низький рівень зайнятості в дорослому віці, частоту коморбідних поведінкових і невротичних розладів [7, 11, 114].

Становлення клінічної картини різних форм інтелектуальної недостатності протягом дитинства вивчено детально, та набагато менше уваги приділялось трансформації розладів в періоді дорослості. Недостатньо вивченим і дуже значущим для динаміки РВ є підлітково-юнацький вік, коли відбувається становлення різних рівнів СФ хворих. Опубліковані дані як про позитивну, так і про негативну динаміку цієї патології, що є досить перспективним в плані наукового пошуку саме тому, що РВ у класичному уявленні вважається «еволютивною» та «непрогресивною» патологією [2, 9, 107].

Таким чином, актуальним є визначення клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних та соціально-гігієнічних особливостей легкої РВ у осіб підліткового віку, а також розробка діагностичних інструментів та систем реабілітації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано за планом НДР кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України «Коморбідність психічної та іншої патології» (№ держреєстрації 0117U006966).

Мета дослідження – підвищити ефективність діагностики та медико-соціальної реабілітації осіб підліткового віку, що страждають на РВ легкого ступеня, шляхом удосконалення алгоритму діагностики та системи психотерапевтичної корекції та реабілітації.

Для реалізації поставленої мети було сформовано такі **задачі**:

- 1) встановити клініко-анамнестичні особливості захворювання у осіб з легкою РВ підліткового віку;
- 2) визначити патопластичний вплив соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби у осіб з легкою РВ підліткового віку
- 3) виявити структурно-динамічні характеристики легкої РВ у осіб підліткового віку із коморбідною патологією;
- 4) визначити особливості якості життя та соціального функціонування у осіб з легкою РВ підліткового віку;
- 5) розробити багаторівневу методику оцінки обмеження адаптації осіб з легкою РВ підліткового віку та програму їх реабілітації.

Об'єкт дослідження – легка РВ у осіб підліткового віку.

Предмет дослідження – структурно-динамічні характеристики легкої РВ у осіб підліткового віку.

Методи дослідження: клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів.

Вперше встановлено клініко-анамнестичні особливості захворювання у осіб з легкою РВ підліткового віку, зокрема виділено дві групи факторів ризику виникнення даного захворювання, що дозволило визначити прогностичну роль анамнестичних факторів у збереженні компенсованого рівня адаптації даної категорії осіб у дорослому віці.

Вперше визначено патопластичний вплив соціально-гігієнічних факторів на перебіг захворювання у осіб з легкою РВ підліткового віку, досліджено вплив мікросоціальних умов проживання на психоемоційний стан та рівень адаптивності даної категорії осіб, що дозволило визначити найбільш значимі фактори ризику ускладненого перебігу захворювання.

Вперше визначено вплив коморбідної патології у осіб з легкою РВ підліткового віку на перебіг основного захворювання, досліджено спектр прояву різних груп коморбідної патології залежно від її регістру, що дозволило підтвердити синергетичний характер впливу супутньої неврологічної та

соматичної патології на розвиток психопатологічних розладів у даної категорії хворих.

Вперше визначено особливості якості життя та соціального функціонування у осіб з легкою РВ підліткового віку, встановлено вплив сімейного оточення, умов проживання та рівня збереження інтелекту на рівень задоволеності власним життям та соціальної адаптації, що дозволило розробити багаторівневу методику оцінки обмеження адаптації осіб з легкою РВ підліткового віку та програма їх реабілітації.

Практична значущість одержаних результатів.

Встановлено характер взаємного впливу коморбідної соматичної і неврологічної патології та психопатологічних розладів у осіб з легкою РВ підліткового віку, що дозволяє оптимізувати процес реабілітації зазначено контингенту з урахуванням спектру супутньої патології.

На основі виявлених клініко-анамнестичних та соціально-гігієнічних факторів, клініко-психопатологічних характеристик, особливостей якості життя та соціального функціонування осіб з легкою РВ підліткового віку розроблено багаторівневу методику оцінки обмежень адаптації даної категорії осіб, що значно покращує процес діагностики цих станів за рахунок більш точного визначення рівня адаптивності та формує підґрунтя для програм реабілітації.

Розроблено 6 програм реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку, що, шляхом підбору конгруентного комплексу терапевтичних заходів в залежності від рівня адаптації особи, дозволяє покращити психоемоційний стан, навчальні, комунікативні та соціально-побутові навички, підвищити показники якості життя осіб з легкою РВ підліткового віку.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто проведено інформаційно-патентний пошук, аналіз та узагальнення даних спеціальної літератури, самостійно обстежено осіб з контингенту дослідження, проведено усі клінічні та психодіагностичні дослідження. Первинний матеріал повністю зібраний автором, самостійно виконана його систематизація, статистичний та

клініко-інформаційний аналіз, узагальнено закономірності. Безпосередньо автором досліджень написані усі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні пропозиції. Здобувачем не були використані результати досліджень та ідеї співавторів публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ та Запорізького науково-медичного товариства психіатрів, психотерапевтів, психологів, наркологів та сексологів, а також науково-практичних конференціях:

– Науково-практична конференція з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 3.0», м. Київ, 26 березня 2021 р.

– 81 Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини та фармації – 2021», м. Запоріжжя, 15-16 квітня 2021 р.

– Науково-практична конференція з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я», м. Харків, 20–21 травня 2021 р.

– 83 Всеукраїнський науковий медичний конгрес студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Медицина XXI сторіччя», м. Лиман, 18–19 листопада 2021 р.

– XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», 19 листопада, м. Запоріжжя, 2021 р.

– Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022», м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р.

– Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2022», м. Запоріжжя, 17 травня 2022 р.

Публікації. Результати відображено у 11 публікаціях, із них 5 статей, серед яких 4 статі – у фахових наукових виданнях України, в тому числі 1 стаття в журналі категорії А, що індексується наукометричною базою Web of Science, а також 1 стаття – у закордонному виданні (Польща); 6 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій; 9 робіт – без співавторів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена на 151 сторінці друкованого тексту, складається із анотації, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів дослідження, 5 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, що містить 128 джерела (50 кирилицею і 78 латиною) та додатків. Робота ілюстрована 8 таблицями і 2 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, КЛІНІЧНОЇ СТРУКТУРИ ТА ЗАХОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЕГКОЇ РОЗУМОВОЇ ВІДСТАЛОСТІ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

1.1 Актуальний стан питання семіотичного позиціонування та поширеності розумової відсталості у осіб підліткового віку.

Незважаючи на значну кількість наукових досліджень, що присвячено проблемі РВ, питання позиціонування, діагностики терапевтичного супроводу цього стану залишаються актуальними [35, 87, 116]. РВ являє собою значну проблему, що виходить за рамки клінічної психіатрії та потребує комплексного вирішення [8, 36, 110]. Згідно до актуальних статистичних даних РВ входить до двадцяти «найдорожчих» медичних станів, оскільки хворі потребують позитивного супроводу широкого спектру спеціалістів [32, 54, 89, 113]. Актуальності проблемі РВ надає і значана поширеність цього стану, що за даними деяких авторів варіює від 1% до 3% у загальній популяції [10, 28, 85, 114].

Нагальним у сучасному психіатричному дискурсі є зміна формальної точки зору на РВ на більш персоніфіковану та гуманістичну. К. М. Munir (2016) вважає, що більшість робіт, що присвячені аналізу проблеми РВ наразі втрачають свою актуальність, зокрема через зміну самого визначення «розумова відсталість» та її критеріїв в актуальних медичних класифікаторах, таких як МКХ-11 та DSM-5. Автор зауважує, що під час визначення факту наявності РВ та валідизації ступеня порушення когнітивної функції треба підштовхуватися не від показників інтелектуального коефіцієнту, а від рівня збереженості можливості до адаптивного функціонування хворих. Саме на скільки адаптивною є поведінка хворого у повсякденному житті є визначальним фактором у діагностиці РВ [96].

S. Greenspan та G. W. Woods (2014) також присвятили свою роботу питанню концептуалізації РВ у сучасних номенклатур, переходу цього стану від категорії «інвалідність» («disability» англ.) до категорії «розлад» («disorder» англ.). Вони повідомляють, що у під час діагностики РВ, зміщено фокус від формальної валідизації інтелектуального дефекту за допомогою відповідного коефіцієнту до аналізу нейропсихологічних профілів когнітивних порушень із оцінкою рівня адаптивного функціонування обстежуваної особи. Такий підхід, на думку авторів, є першою спробою розглянути дану категорію розладів у більш клінічному, не формальному аспекті [78].

О. І. Мякушко (2013) називає такий підхід до визначення РВ «антропоцентричним», тобто таким, що розглядає особистість як цілісну систему і направлений на оцінку її індивідуальних характеристик із залученням проєктивних методик. Такий підхід, на думку автора, є більш гуманістичною альтернативою номотетичному підходу, що визначає особистість як набір уніфікованих характеристик, які можливо виявити за допомогою стандартизованих діагностичних інструментів [19].

Під терміном «розумова відсталість» дослідники Н. D. Pratt та D. E. Greydanus (2007) розуміють стійкий патологічний стан, що характеризується комбінацією порушень розвитку у декількох сферах людини, а саме: когнітивній, мовленнєвій, моторній, слуховій, психосоціальной, морально-етичній та специфічній інтегративній сфері, що визначає міру адаптивності особи до самостійного повсякденного життя [107].

J. M. Platt та ін. (2019) стверджують, що сучасне визначення РВ базується на трьох головних критеріях: зниження інтелектуальної функції, що визначається шляхом формального встановлення інтелектуального індексу; дезадаптація та дисфункціональність особи у вирішенні повсякденних задач, що є типовими для її умов проживання; початок захворювання у дитячому віці [82].

Вітчизняні дослідники частіше під РВ розуміють стійкий психопатологічний стан, що характеризується порушенням когнітивних процесів вродженої або набутої природи. У контексті діагностики цього стану підкреслюється ряд принципових аспектів: по-перше – органічне ураження головного мозку, яке призвело до когнітивного дефіциту через розпад асоціативних процесів, пам'яті, уваги тощо; по-друге – вказується на незворотність виявлених інтелектуальних порушень; по-третє – принциповим є період формування психічних порушень, а саме від етапу внутрішньочеревного розвитку до подальших етапів життя особи [11, 23, 33].

Традиційний поділ РВ на ступені, є умовним й приблизним, оскільки залежить від тих варіантів тестів, які використовуються для оцінки інтелекту (зазвичай, згідно рекомендаціям МКХ-10, ступінь вираження дефекту вимірюється за тестом інтелекту Векслера в умовних одиницях). Такий психометричний підхід до поділу хворих на РВ має свої недоліки. По-перше, кількісна оцінка когнітивної функції дає змогу класифікувати цих хворих лише умовно. Крім того рівень інтелектуального розвитку людини у дитячому та підлітковому віці мало що говорить про перспективи її подальшого навчання і соціальної адаптації. У закордонних дослідженнях, що присвячені цій темі, уявлення про сталість інтелектуального дефіциту і особливості перебігу РВ підліткового віку в останні десятиліття переглядаються і доповнюються відомостями про вплив вікових, терапевтичних, соціальних факторів [7, 17, 101].

Також у вітчизняному психіатричному дискурсі зберігається ортодоксальний поділ РВ на такі стани як олігофренія та деменція. Під олігофренією частіше розуміють когнітивний дефіцит, що виник через ураження головного мозку протягом пренатального, натального чи постнатального періодів. Відсутність тенденції до прогресування інтелектуальних порушень, що є типовим для олігофренії, вважається позитивним прогностичним фактором, коли мова йде про реабілітацію цих хворих. Під терміном «деменція» частіше розуміють набуту форму РВ, що

має менший реабілітаційний потенціал, тенденцію до поглиблення інтелектуального дефіциту, що дуже часто поєднується із супутніми порушеннями у емоційно-вольовій сфері та пам'яті [3, 25].

Значна кількість робіт присвячено визначенню поширеності РВ серед контингенту підлітків. Результати, що приведені у цих роботах, значно варіюють. Так, J. M. Platt разом із співавторами (2019) за допомогою визначення коефіцієнту інтелекту із використанням короткого тесту інтелекту Кауфмана встановили поширеність РВ серед контингенту американських підлітків на рівні 3,2% [82].

На думку багатьох дослідників причиною до виникнення різних форм РВ є генетичний фактор. Актуальні дослідження у сфері генетики засвідчують високу спорідненість специфічних порушень у генетичному матеріалі до РВ, розладів аутистичного спектру, синдрому дефіциту уваги та гіперактивності та шизофренії. Вважається що оцінка генетичного статусу із ідентифікацією специфічних генетичних порушень є ключом до вирішення питання ранньої, донозологічної, діагностики цих станів [56, 57].

В даний час є і генетичні обґрунтування збільшення абсолютного числа інтелектуально відсталих осіб в популяції. Йдеться в першу чергу про більш високою середньою плодючістю відсталих (жінок), ніж осіб із загальної популяції. Близько 36,1% всіх розумово відсталих отримують інтелектуальний дефект від розумово відсталих попереднього покоління. Це більш стосується головним чином легкою РВ [55, 70].

За останній час відзначається стійке зростання захворюваності на РВ, при цьому така тенденція зберігається останні десятиліття. Це можна пояснити як поліпшенням якості виявлення таких розладів в зв'язку з розвитком структури психіатричних служб, так і поліпшенням системи медичної допомоги, що призводить до підвищення життєздатності та збільшення тривалості життя розумово відсталих дітей. До того ж динаміка поширеності інтелектуальної відсталості в багатьох країнах світу

характеризується тенденцією до збільшення, особливо легких її форм, при цьому до 22.9% всіх випадків спостерігається у підлітковому віці [6, 83].

За даними деяких публікацій поширеність даної патології у економічно розвинених країнах становить 3%; в економічно нерозвинених країнах до 31%. Дані з різних країн варіюють від 3,04 до 24,6 і вище на 1000 підліткового населення [2, 79].

Сучасне суспільство з його потужно зростаючою інформаційною та технологічною насиченістю ставить дедалі вищі вимоги щодо розумової компетентності громадян. Адаптаційний мінімум, для самостійного проживання, в соціумі, за останні десятиріччя значно виріс і великою проблемою стала навіть соціальна адаптація осіб з так званим субнормальним розумовим рівнем. Водночас, завдяки тому ж таки інформаційному прогресу, фізична інвалідність стає все меншою перепорою для здобуття освіти, працевлаштування, шлюбу тощо. Натомість не лише інтелектуальна відсталість, а й затримка розумового розвитку, так звана інтелектуальна субнормальність, залишає людині в цьому плані дедалі менше шансів. Такі особи, навіть попри збереженість свого фізичного здоров'я, є безпорадними у сьогоdnішньому соціумі, який все менше потребує людей, здатних до нескладної фізичної праці і все більше з високою адаптивністю та вмінням не губитися серед швидко змінюючогося техногенного оточення [13, 16, 76].

1.2 Коморбідність психічної та іншої патології до розумової відсталості підліткового віку.

Займаючись вивченням питань коморбідності у осіб з легкою РВ, деякі автори виявили, що в дитячій психіатрії коморбідність психічних розладів, скоріше, є правилом, ніж винятком [1, 30,]. У розумово відсталих підлітків може спостерігатися весь діапазон психічних розладів, частота яких серед них, щонайменше, в 3-4 рази вище, ніж у загальній популяції [16, 20, 98].

У осіб з РВ коморбідність з іншими психічними розладами може бути результатом єдиного патологічного процесу або виникати на тлі наявного психічного недорозвинення, відмінності будуть обумовлені лише зовнішніми факторами. Психопатологічні стани із порушення поведінки зустрічаються дуже часто і варіюють у широкому спектрі своєї вираженості, що визначається рівнем і глибиною інтелектуального дефекту [21, 95,]. Але дослідники сходяться на думці, що такі порушення у осіб з легкою РВ можуть бути компенсованими та досягнутий адаптивний рівень функціонування за рахунок надання необхідної підтримки [26, 38, 79, 126].

Багато публікацій вказують на суттєві порушення серед даного контингенту емоційно-вольової сфери. Часто зустрічається гіперкінетичний синдром, при цьому у біля 40% хворих відзначають стереотипні рухи. Автори також часто описують поєднання легкої РВ з неврозоподібними, мовними, астеничним, гіпердинамічним, афективним психопатологічними проявами. Астеничні прояви у цих випадках різко погіршують працездатність навіть осіб з легким інтелектуальним дефектом [15, 18, 29, 34].

Особи з РВ дуже часто страждають на супутні психічні порушення, що виникають поза структурою основного захворювання. Ці патологічні стани є дуже стійкими та інколи можуть зберігатися протягом усього життя хворих [24, 51,]. Причиною для цього багато вітчизняних та закордонних дослідників вважають низький рівень доступності психіатричної допомоги для даної категорії осіб (лише до 10% підлітків із РВ забезпечені психіатричною допомогою у достатньому обсязі), а також недостатній рівень обізнаності профільних спеціалістів у питаннях курації цих хворих [5, 31]. Саме тому більшість супутніх хронічних станів залишається недіагностованими та нелікованими, що призводить до ще більших проблем у сферах навчання, професійної діяльності та соціальної взаємодії [12, 40, 127].

Велика кількість вітчизняних та закордонних дослідників сходяться у думці о значні поширеності супутньої психічної та соматичної патології в

осіб з РВ підліткового віку [63, 66, 67, 73, 119, 123]. Так К. М. Munir (2016) стверджує, що показники поширеності коморбідних ментальних порушень різних реєстрів у підлітків із РВ перевищують аналогічні показники здорової популяції аналогічної вікової групи. Автор зауважує, що вплив віку, статі, тяжкості когнітивного дефіциту або соціально-економічного рівня родини хворих на поширеність психічних порушень у цієї категорії осіб наразі є недостатньо доведеним. Крім того, дослідник бачить проблему у сфері номенклатури психічних порушень: наразі немає достатньо наукових робіт присвячених даній темі, в рамках яких психічна патологія у підлітків із РВ була б валідизована згідно нової версії DSM-5 та МКХ-11, що, на його думку, під час визначення рівня когнітивного дефіциту, залишає поза увагою такі важливі аспекти як можливість до адаптивного функціонування даного контингенту осіб. На думку автора нова концептуалізація РВ у біопсихологічному підході зробить можливим диференціювати супутні психічні порушення від психопатології, пов'язаної із РВ [96].

Ж. М. Platt та ін. (2019), аналізуючи поширеність та структуру психічних порушень у американських підлітків із РВ, встановили, що більше 65% опитаних протягом життя демонстрували ознаки психічних розладів, що досягали клінічно значимого рівня. Щодо структури виявленої супутньої психічної патології: автори повідомляють, що частіше зустрічалися специфічні фобічні розлади, агорафобія, різні варіанти циклотимії. При цьому дослідники наголошують, що виявлені ментальні порушення у підлітків із РВ мали більш тяжких та затяжний перебіг. Цікавим надбанням роботи авторів є твердження про відсутність достовірної різниці у поширеності поведінкових порушень між когортою здорових підлітків та хворих на РВ, що суперечить низці робіт інших авторів, присвячених цій темі. Причиною цьому автори бачать упередженість деяких демографічних досліджень та відсутність в них поправки на соціально-демографічні показники (матеріальний стан сім'ї, наявність психічних порушень у близьких родичів хворих, рівень освіти у членів родини тощо) [82].

T. Koskentausta та ін. (2007) засвідчують, що діти та підлітки із РВ мають значно вищий ризик виникнення коморбідних психічних порушень порівняно із їх однолітками, що не мають порушень інтелекту. У своїй науковій роботі автори досліджують спектр факторів, що можуть впливати на формування психічної патології серед даної категорії осіб. Провівши дослідження 75 дітей та підлітків у віці від 6 до 13 років, із детальним аналізом даних отриманих як від безпосередньо дітей, так і від їх батьків або опікунів, дослідники прийшли до висновку, що ризик виникнення супутніх психічних порушень найвищий у дітей і підлітків із помірною РВ, що мають значні обмеження в адаптивній сфері, порушення у мовній та психосоціальной сферах, що виливається у погану соціалізацію, проживають у неповній сім'ї, із опікуном із низьким соціально-економічним рівнем [86].

Група австралійських дослідників на чолі із S. L. Einfeld (2006) провели масштабне довготривале дослідження перебігу супутньої психічної патології у осіб з легкою РВ підліткового віку. Ще у 1991 році автори сформували групу дослідження із 578 дітей та підлітків у віці від 5 до 19 років, що навчались у спеціалізованих школах чи отримували медичну допомогу у закладах для осіб з інтелектуальною недостатністю. Протягом наступних 14 років представники сформованої групи були опитані чотири рази; під час останнього обстеження у 2003 році група дослідження налічувала 507 хворих – приблизно 84% від початкової кількості. За результатами проведеного дослідження авторами було встановлено, що високі показники емоційних та поведінкових порушень, що спостерігались в опитаних на початкових етапах дослідження, поступово з часом знижувались; окремо визначений загальний рівень психопатології мав тенденцію до зниження лише у хлопців із легкою РВ, у той час як у дівчат із аналогічним рівнем інтелектуального дефіциту цей показник був більш стабільний; за показниками соціального функціонування спостерігалось поступове наростання дезадаптації у всіх вікових та гендерних групах; частка хворих, що демонстрували значні психопатологічні порушення знизилась протягом дослідження майже на 25%,

при цьому лише 10% опитаних отримували спеціалізовану психіатричну допомогу протягом часу проведення дослідження [108].

J. L. Wallander із колегами (2006) провели більш об'ємне дослідження факторів ризику формування психічної патології у дітей та підлітків із РВ, у якому протягом року прийняли участь 968 дітей віком від 6 до 18 років, що навчались у спеціальних школах у Нідерландах. Дослідники дійшли висновку, що на виникнення та погіршення перебігу психічної патології у дітей та підлітків найбільший вплив має наявність психічних порушень у їх батьків та пов'язані із цим проблеми у сімейному функціонуванні [125].

Не менш масштабне дослідження тривалістю півтора роки було проведено К. Р. de Ruiter та ін. (2007), де на вибірці із 978 хворих на РВ та 2047 здорових дітей у віці від 6 до 18 років були виявлені відмінності у характері розвитку психічних порушень. Дослідниками було виявлено, що діти різних вікових груп із РВ частіше мали епізоди проблемної поведінки, частіше проявляли вербальну та невербальну агресію до оточуючих, мали значні проблеми з увагою порівняно із здоровими дітьми та підлітками. Гендерних відмінностей у характері прояву супутньої психічної патології в групах не було виявлено за всіма показниками окрім соціалізації: хлопці, хворі на РВ, частіше мали порушення поведінки з агресивними діями, що інколи унеможлиблювало збереження достатнього рівня соціальної взаємодії. Дослідники приходять до висновку, що наявність РВ майже не впливає на загальний вектор розвитку психічної патології у віковій групі від 6 до 18 років, відмінності обмежуються більшими показниками порушень поведінки та агресивних вчинків, порівняно із когортою дітей та підлітків без РВ [62].

О. Chadwick із колегами (2008) дослідили спектр факторів, що впливають на ризик виникнення емоційних та поведінкових порушень у підлітків, що страждають на РВ. За результатами дослідження автори дійшли до висновку, що частота виникнення порушень поведінки корелює із рівнем інтелектуального зниження та віком: частіше ці проблеми виявились у осіб препубертатного віку із помірною або тяжкою РВ. Окремо дослідники

наголошують на значному впливі сімейних факторів на перебіг супутньої психічної патології у даної категорії осіб, так раннє відлучення дитини від матері, жорстка критика з боку батьків із немотивовано жорсткою дисципліною асоційовані із розвитком супутніх ментальних порушень у підлітків із РВ. Проте, такі фактори як стать, соціальне неблагополуччя у сім'ї та судомні напади, на відміну від популяції підлітків без РВ, не чинять значного впливу на розвиток психічної патології у даної категорії осіб [59].

Деякі дослідники наголошують на визначній ролі мікросоціального оточення осіб з РВ на ризик виникнення та тяжкість перебігу супутніх психічних розладів. Зокрема повідомляється, що діти та підлітки із РВ, що мають батьків чи опікунів із психічними розладами, мають значно більший ризик виникнення коморбідної психічної патології, у порівнянні із хворими на РВ, що зростали в умовах психічного благополуччя батьків.

В. Oeseburg та ін. (2010) дослідили питання емоційних та поведінкових порушень у підлітків, що страждають на РВ та мають супутні хронічні соматичні або психічні захворювання. Дослідниками було обстежено 1044 підлітків у віці 12-18 років із РВ, що навчалися у загальній середній школі в Нідерландах, що свідчить про включення до дослідження осіб із легким ступенем інтелектуального зниження. За результатами проведеної роботи було встановлено, що емоційні та поведінкові порушення досягали клінічно значущого рівня у групі підлітків хворих на РВ із супутніми хронічними захворюваннями у три рази частіше, порівняно із групою підлітків із РВ без якоїсь супутньої патології. До факторів ризику розвитку емоційних та поведінкових порушень у даної категорії хворих авторами було віднесено: наявність двох або більше хронічних станів, наявність супутнього психічного захворювання або його комбінація із соматичним захворюванням. Це дослідження додатково затверджує негативний вплив супутньої соматичної та/або психічної патології на перебіг РВ та якість життя (ЯЖ) хворих [69].

Проблемі ЯЖ осіб з РВ присвятив і свою роботу колектив авторів із Австралії на чолі із С. Townsend-White (2012). Дослідники провели аналіз 24

діагностичних інструментів для оцінки рівня ЯЖ на предмет придатності до використання серед контингенту осіб хворих на РВ. Авторами було виявлено, що лише шість діагностичні інструменти мають достатній рівень психометричної надійності, але жоден не був спеціально розроблений або адаптований для аналізу ЯЖ саме осіб з РВ. Дослідники зробили висновок, що коректно оцінити рівень задоволення своїм життям осіб хворих на РВ неможливо через брак конгруентних діагностичних інструментів, які б враховували усі аспекти життєдіяльності цієї особливої категорії хворих [121].

В рамках свого дослідження А. D. Hurley (2006) провів аналіз проблеми діагностики та лікування афективних порушень у осіб з РВ. За результатами проведеної роботи автор прийшов до висновків, що клінічна картина афективної патології може змінюватися під впливом РВ та набувати атипової форми у осіб із більш тяжкими варіантами інтелектуального дефіциту. Таку тенденцію автор пояснює більш грубими порушеннями вербальної сфери у осіб із середньої та тяжкою РВ, що певним чином впливає на характер експресії емоційних реакції. Також автор зауважує на актуальності виявлення афективних порушень у осіб хворих на РВ, оскільки наявність супутньої патології саме цього спектру найчастіше асоціюється із суїцидальною поведінкою у даного контингенту осіб. Для ранньої діагностики цих станів та профілактики автодеструктивних дій для хворих на легку РВ автор пропонує застосовувати шкали та інші інструменти самодіагностики, а для хворих з більш важкими порушеннями когнітивної функції – діагностичні заходи із використанням спеціально адаптованих шкал та залученням спеціалістів [80].

М. С. Dekker та ін. (2002) також присвятили своє дослідженню аналізу порушень в афективній та поведінковій сфері дітей та підлітків із легкою та помірною РВ, порівнюючи отримані дані із показниками здорових дітей. Авторами було залучено до дослідження 1041 дитину віком від 6 до 18 років із РВ та 1855 дітей аналогічної вікової групи без інтелектуальних порушень.

Дослідники прийшли до висновків, що за критеріями гендеру, віку та соціально-економічного рівня, діти із різними варіантами РВ частіше демонстрували порушення поведінки та виражені афективні порушення, у порівнянні із здоровими дітьми. Винятком стало поширення тривожно-депресивних порушень у групі дітей із помірною РВ, тут жодних розбіжностей за цим показником із групою здорових дітей виявлено не було. Поширеність девіантної поведінки серед дітей та підлітків з РВ досягала 50%, у той час коли цей показник у групі здорових дітей не перевищував 18%. У порівнянні із здоровими дітьми, діти та підлітки з легкою РВ мали більший ризик формування соціальних проблем, порушень уваги та гетероагресивних дій, у той час коли діти та підлітки із помірною відсталістю мали ризик виникнення соціальних проблем, порушень уваги у поєднанні із значними порушеннями мислення та тенденцією до усамітненості. Окремо автори зауважують на необхідності розробки методів комплексного супроводу дітей та підлітків із різним рівнем РВ для мінімізації виявлених ними ризиків [68].

До найбільш поширених супутніх психічних розладів у підлітків із РВ С. L. Neese із співавторами (2013) відносять синдром дефіциту уваги та гіперактивності: автори стверджують, що ризик діагностування даного синдрому у дітей та підлітків хворих на легку РВ майже у 3,5 разів більший порівняно із їх здоровими однолітками. На прикладі 142 підлітків із різним когнітивним рівнем автори змогли провести у них порівняльний аналіз клінічної картини вказаного синдрому. Вони не змогли виявити жодних відмінностей у характері прояву синдрому дефіциту уваги та гіперактивності між хворими на легку РВ та здоровими підлітками, що, на думку авторів, підтверджує правомірність встановленого діагнозу [72].

Е. Carmeli та ін. (2007) досліджували рівень соціальних навичок у підлітків із легкою РВ та супутнім синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Авторами були оцінені специфічні когнітивні та адаптаційні навички хворих на РВ із визначеним варіантом коморбідності. В рамках

проведеного дослідження було сформовано три групи хворих: до першої увійшли підлітки, що мали лише легку РВ, до другої – підлітки з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності, до третьої – хворі, що мали комбінацію цих станів. Отримані авторами результати підтверджують, що наявність розглянутої супутньої психічної патології у підлітків хворих на легку РВ призводить до значного погіршення їх соціальних навичок, не впливаючи на частоту виникнення поведінкових порушень [58].

Аналізу психопатологічної картини комбінації легкої РВ із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності у підлітків присвятили Е. Simonoff із колективом співавторів (2007). В рамках проведеного дослідження було опитано майже три тисячі підлітків у віці від 12 до 15 років, що мали симптоми легкої РВ, з яких для подальших досліджень було відібрано лише 192 особи. За результатами проведеної роботи дослідники повідомляють про наявність зворотнього лінійного зв'язку між виразністю симптомів дефіциту уваги та гіперактивності та показниками інтелектуального коефіцієнту. Таким чином, симптоми досліджуваного синдрому більш виразні та чинять значний вплив на рівень соціальної адаптації осіб хворих на легку РВ у порівнянні із когортою підлітків без інтелектуального дефіциту [52].

Вивчаючи питання супутньої патології у підлітків із РВ, D. White із групою співавторів (2018) провели проспективне когортне дослідження поширеності травм серед даної категорії осіб. В рамках свого п'ятирічного дослідження авторами було проаналізовано 289 випадків травм у 432. Було встановлено, що показники травматизму серед підлітків із РВ значно більші, порівняно із загальною популяцією, а травми та пошкодження займають лідируюче положення серед причин смерті серед даної категорії осіб. Окремо автори зауважують, що наявність синдрому Дауна, як причина РВ, та супутні проблеми у вербальній комунікації навпаки знижують ризик отримання травми. За структурою травматизму превалювали механічні травми (до 19,0% всіх випадків) із пошкодженням верхніх або нижніх кінцівок (73,2%);

найбільш травматично небезпечним для підлітків із РВ є наявність супутнього синдрому гіперактивності та дефіциту уваги [81].

Метаболічні порушення часто зустрічаються у дітей та підлітків хворих на РВ, підвищуючи ризик виникнення ожиріння у цієї категорії осіб. Австралійські автори S. Krause та ін. (2016) у своїй роботі висвітлюють результати проведеного дослідження поширеності ожиріння серед підлітків із РВ, приділяючи окрему увагу факторам ризику виникнення ожиріння та проблеми, що виникають у хворих на його фоні. У дослідженні приймав участь 261 підліток із РВ, що відвідували спеціальні навчальні заклади. Серед сформованого контингенту майже у 23% було виявлено ожиріння, майже у 24% – зайву вагу, що значно перевищує загальнопопуляційні показники для цієї вікової групи. Наявність синдрому Дауна підвищує ризик виникнення ожиріння більше ніж у 3 рази. Автори зауважують, що отримані дані підкріплюють потребу у комплексному супроводу підлітків з РВ, що крім психоосвітніх програм та заходів повинен включати в себе і аспект корекції супутніх метаболічних порушень [99].

В рамках аналізу супутніх захворювань у підлітків хворих на легку РВ О. Theodoratos разом з співавторами (2017) провели дослідження клінічних випадків звернення представників даної категорії хворих за допомогою до спеціалістів загальної практики. Автори виявили, що серед 98 осіб, які зверталися за допомогою до свого сімейного лікаря, 71 хворий мав значні психічні порушення; хворі з ідіопатичною етіологією РВ частіше мали порушення поведінки; рівень інтелектуального зниження корелював із частотою виникнення поведінкових порушень; не було виявлено жодних закономірностей у виникненні супутніх соматичних захворювань, які могли б бути пов'язані з РВ. За даними авторів лише 12 хворих потребували спеціалізованої психіатричної допомоги. Проведене дослідження підтверджує те, що у більшості випадків хворі на РВ не отримують медичну допомогу у необхідному обсязі, медичний супровід даної категорії осіб

зазвичай обмежуються первинною ланкою, що призводить до низки проблем у сфері діагностики та курації супутніх психопатологічних станів [109].

Досліджуючи особливості фізичного розвитку у дітей та підлітків із РВ І. Ковцун (2015) прийшла до висновків, що серед учнів спеціальних шкіл, що мають інтелектуальний дефіцит, дуже часто виявляються грубі порушення фізичного розвитку. Причиною цьому авторка бачить у тому, що відхилення у ЦНС призводять до патологічних змін у соматичному стані та значно впливають на фізичний розвиток дитини. Серед виявлених порушень моторної сфери дослідниця виділяє порушення формування цілеспрямованих рухів, у деяких досліджуваних відзначалась затримка у автоматизації моторних актів. Крім цього авторка повідомляє про формування атипової постави у дітей та підлітків хворих на РВ, що обумовлено обмеженням рухів в окремих суглобах, їх неупорядкованість та неконтрольованість, зниження м'язового тону та, як наслідок, неспроможність виконати швидкі рухи.

Щодо дітей та підлітків із легкою РВ авторка вказує на їх нижчий рівень фізичного розвитку порівняно із здоровими однолітками. У цих дітей зниження когнітивних спроможностей та специфічні емоційно-вольові порушення поєднуються із низьким рівнем розвитку координаційних можливостей, гнучкості, витривалості, а також вадами розвитку серцево-судинної та дихальної систем [14].

Л. Л. Харченко (2003) у своїй роботі досліджувала рівень розвитку психомоторної функції у підлітків учнів спеціальних шкіл 9-10 класу із легкою РВ. Результати проведеного дослідження підтвердили низький рівень розвитку психомоторних здібностей у досліджуваного контингенту порівняно зі здоровими дітьми. Авторка наголошує на необхідності розвитку фізичних здібностей підлітків із РВ шляхом застосування ігрового методу, саме він робить можливим подолання мотиваційного бар'єру, що дуже часто стає перепорою у процесі реабілітації цих хворих [39].

1.3 Сучасні реабілітаційні заходи для осіб з розумовою відсталістю підліткового віку.

Наукова робота німецьких дослідників В. Soltau та співавторів (2015) присвячена аналізу проблем, пов'язаних із системою медичної допомоги дітям та підліткам із РВ. У проведеному дослідженні прийняли участь 1226 дітей у віці від 6 до 18 років, що навчалися у спеціальних школах, та 330 батьків цих дітей. За результатами дослідження було встановлено, що чим важчі порушення когнітивної функції та більш виразні супутні психічні розлади у дітей (у вигляді девіантної поведінки, емоційних порушень, розладів мислення тощо), тим частіше їх батьки повідомляли про проблеми із системою психічного здоров'я: на їх думку спеціалісти, що безпосередньо працювали з їх дітьми та з ними, не були достатньо відповідальними та не мали певний рівень кваліфікації, дозволяючий їм надавати допомогу саме дітям із РВ. Як результат майже 96% опитаних батьків прагнули до покращення існуючої системи надання психіатричної допомоги дітям та підліткам як на амбулаторному так і на стаціонарних етапах [94].

R. Chaplin (2009) також зауважує на тому, що люди із РВ мають дуже обмежений доступ до психіатричної допомоги. Автор вказує, що опікуни хворих на РВ не часто звертаються за стаціонарною психіатричною допомогою для своїх підопічних, навіть коли це необхідно, через високий рівень недовіри до спеціалістів та брак спеціально підготовленого персоналу. Окремо дослідник наголошує на необхідності розвитку системи надання психіатричної допомоги хворим саме на межу та легку РВ, оскільки у цих випадках реабілітаційні заходи можуть бути найбільш ефективними [60].

G. Kolaitis (2008) у своєму огляді актуальних літературних джерел приходить до висновку, що потреби дітей та підлітків із РВ у кваліфікованій психіатричній допомозі значні, комплексні, постійні, а інколи дуже дорогі, саме тому вони не можуть бути задоволені належним чином та у повному обсязі. Серед причини цього автор виділяє брак спеціально підготовлених профільних кадрів та, як результат, перевантаженість родин, які вимушені

самостійно вирішувати низку проблем, пов'язаних із хворобою дитини. Вирішити цю проблему автор пропонує за допомогою підвищення рівня знань профільних спеціалістів щодо особливостей надання допомоги дітям та підліткам хворим на РВ, усунення нерівності в наданні допомоги сім'ям із такими дітьми шляхом розвитку консультативної допомоги, а також провадження своєчасного психотерапевтичного та психофармакологічного втручання для дітей, за необхідності.

Крім того автор підкреслює необхідність забезпечення достатнього рівня психосоціальної адаптації дітей та підлітків хворих на РВ, як однієї із пріоритетних цілей системи психіатричної допомоги. На його думку це можливо за рахунок профілактики проблем пов'язаних із супутніми психічними порушеннями, їх рання діагностика та провадження відповідного лікування [84].

О. В. Боряк (2015) дослідив проблему легкої РВ у дітей та підлітків у медико-психологічно-педагогічному аспекті. Особливу увагу автор приділяє питанням корекції порушень мовної сфери цих осіб, як однієї з визначальних у процесі їх соціальної адаптації. Автор виділив основні принципи та умови, що необхідні для ефективної корекції мовних порушень у даній категорії осіб, серед них: науково обґрунтованого системного діагностики порушень мовного та загального психічного розвитку; формування принципів та методології раннього виявлення зазначених порушень, з урахуванням закономірностей формування мовного онтогенезу в нормі; впровадження класифікації порушень мовного розвитку із урахуванням структури та тяжкості як інтелектуального дефекту; розробка персоніфікованої системи корекційного логопедичного впливу, що ґрунтується на визначенні причин та індивідуальних характеристик порушень мовної сфери у дітей та підлітків із РВ [2, 4].

Закордонні дослідники Н. D. Pratt та D. E. Greydanus (2007) зауважують, що незважаючи на наявність грубих порушень у всіх психічних сферах, деякі особи з легкою РВ, можуть жити самостійним життям, без

потреби у постійному чи навіть періодичному нагляді, за умови отримання цими хворими конгруентної персоніфікованої підтримки та реабілітації протягом життя. Особливо ефективними ці заходи є коли вони направлені на психосоціальну сферу хворого та відбуваються у дитячому та підлітковому віці [107].

На високій ефективності принципу раннього втручання у контексті реабілітації осіб з РВ у своєму дослідженні також наголошують Н. Pratt та D. R. Patel (2007). Отримані авторами дані засвідчують, що найбільш сприятливим віком для проведення таких заходів є період навчання у школі, навчальні програми для таких учнів повинні бути направлені на формування абстрактного мислення, як підґрунтя для вивчення інших дисциплін [106].

S. Alremawi та A. A. Arabiyat (2022) проводили оцінку ефективності розробленої програми поведінкової терапії підлітків хворих на легку РВ. Головною метою представленої програми було зниження агресивної поведінки серед обраного контингенту осіб. Показники агресії авторами було досліджено тричі: вперше – до початку психотерапевтичного втручання, вдруге – безпосередньо після етапу терапії, та втретє – контрольне дослідження – через два місяці після процедур. Проведене дослідження підтверджує достатню ефективність психотерапевтичних заходів у біхевіоральному підході серед даного контингенту хворих [53].

На ефективності когнітивно-поведінкового підходу в рамках реабілітаційних заходів осіб з легкою РВ наполягає і K. Azam із співавторами (2012). Автори повідомляють, що Національний інститут здоров'я та медицини Великобританії включає психотерапевтичні заходи у даному підході як лікування вибору осіб хворих на легку РВ із супутніми психічними порушеннями, це твердження підкріплене і багаточисленними клінічними дослідженнями. Але незважаючи на це існує брак методичного забезпечення, посібників, які б могли допомогти спеціалістам [120].

Вітчизняні та закордонні дослідники сходяться на думці, що застосування психотерапії, у різних її формах, в рамках реабілітаційних

заходів для осіб з РВ, є цілком ефективним та виправданим. Психотерапевтичні заходи, направлені на нівелювання емоційно-вольових порушень, можуть мати позитивний вплив на розвиток дитини із легкою та навіть помірною РВ. На думку дослідників перспективним залишається персоніфікований підхід до організації психотерапевтичних заходів, що базується на особливостях мотиваційно-потребової сфери кожної дитини чи підлітка окремо. Оскільки численні дослідження останніх десятирічч довели, що визначальним фактором соціальної дезадаптації осіб з РВ є не міра їх інтелектуального дефіциту, а рівень збереження мотиваційного компоненту. Саме тому важливим елементом будь-яких реабілітаційних програм для даного контингенту є заходи направлені на розвиток прагнень, мотивації та підвищення життєвої активності [Error! Reference source not found.9, 29, 37, 71, 92, 105].

Особливої уваги заслуговують методи когнітивно-поведінкової терапії в рамках реабілітації осіб на легку РВ. Численні дослідження підтверджують високу ефективність даного підходу [61, 64, 65, 118]. Він може бути застосований в рамках індивідуальних сесій чи груповим методом [77, 90, 112]. Груповий метод більш ефективним в рамках підвищення рівня соціальної адаптації осіб із інтелектуальним зниженням [100, 111, 128].

К. М. Munir та ін. (2022) повідомляють про результати аналізу робочої групи Всесвітньої асоціації психіатрів, що займалися дослідженням питання доступності психіатричної допомоги особам хворим на РВ в актуальних умовах. Вони наголошують, що з початком пандемії COVID-19 дана категорія осіб має ще менше можливостей отримати спеціалізовану допомогу у порівнянні зі здоровими представниками.

Спеціалісти наголошують, що низка проблем, пов'язаних із наданням психіатричної допомоги особам хворим на РВ, може бути нівельовано за рахунок підвищення рівня обізнаності спеціалістів у цій сфері. Автори повідомляють, що дуже часто супутні психічні порушення сприймаються спеціалістами як додатковий прояв РВ, це призводить до діагностичних

помилки та некоректного лікування цих осіб. Окремо дослідники підкреслюють значний вплив близького оточення на рівень адаптації та повсякденного функціонування осіб з РВ.

За результатами проведеного аналізу дослідники сформувавши вимоги до сучасних систем психіатричного супроводу осіб з РВ: вони повинні передбачати психоосвітні заходи не лише для хворих, а і для їх родичів чи опікунів; повинні бути комплексними та включати супровід не лише психіатрів, але і інших суміжних спеціалістів (психотерапевтів, медичних психологів, реабілітологів, неврологів тощо); програма такого супроводу повинна бути персоніфікованою та сформованою виходячи із можливостей особи, його соматичного стану, наявності супутньої психічної патології та збереженості можливостей до соціальної взаємодії [97].

S. A. H. Giesbers разом із співавторами (2020) провели дослідження рівню прив'язаності та залежності підлітків хворих на РВ до членів їх родин, у порівнянні зі здоровими дітьми. Дослідниками було опитано 53 підлітка хворих на легку РВ та таку саму кількість здорових учнів загальних шкіл аналогічної вікової групи. Під час опитування враховувались лише дані, що були отримані безпосередньо від опитаних, їх самооцінка. За результатами дослідження було виявлено, що коло родичів, яких опитані вважали близькими та емоційно важливими, у осіб з РВ значно менше ніж у здорових підлітків: вони рідше включають до цього переліку друзів (однолітків), братів, сестер, рідше надавали чи отримували допомогу від інших членів родини та значно рідше займали центральне положення у сімейних відносинах. Автори прийшли до висновку, який підтверджує наукові роботи, що були розглянуті попередньо, – підлітки із легкою РВ залишаються більш залежними від вузького кола родичів, через неможливість побудови та підтримки емоційно близьких відносин з однолітками [74].

Емоційна підтримка від родичів – важливий аспект реабілітації та соціальної адаптації осіб хворих на легку РВ. Для визначення рівня емоційної підтримки, що отримують осіб хворих на легку РВ S. A. H.

Giesbers разом із співавторами (2019) пропонують адаптований діагностичний інструмент, що дає змогу динамічно оцінювати те на скільки хворі на РВ задоволені підтримкою, що вони отримують або ні від членів їх родини. Автори наголошують, що за умов тенденції до зниження витрат на супровід даної категорії осіб, роль родини у збереженні достатнього рівня суспільної інтеграції є визначною [93].

A. D. Hurley (2006) вивчаючи питання поширення супутніх афективних порушень у осіб хворих на РВ, дослідив терапевтичні тактики надання допомоги даній категорії осіб. Автор прийшов до висновку, що типові фармакологічні засоби, які застосовуються у терапії емоційних порушень у осіб без когнітивного дефіциту, є цілком ефективними і в осіб із різним рівнем РВ. Дослідник визначає електросудомну терапію як метод боротьби з резистентними варіантами біполярно-афективного розладу [80].

Взагалі питанню фармакологічної терапії осіб хворих на РВ було присвячено багато наукових робіт [88, 102, 103, 117, 122]. Так, група дослідників з Великої Британії у чолі з R. Shankar (2019) провели свій аналіз в рамках компанії по зниженню надмірного використання антипсихотичних засобів у терапії осіб із інтелектуальними порушеннями та/або аутизмом. Автори підкреслюють актуальність проблеми нераціонального використання нейролептичних засобів в рамках курації осіб хворих на РВ із порушеннями поведінки. Ключем до вирішення цієї проблеми автори бачать в аналізі актуального стану кожної особи окремо представниками мультидисциплінарної групи, яка повинна оцінити його вчинки та ідентифікувати їх як девіантну поведінку, що несе загрозу для оточуючих та потребує медикаментозної корекції, чи як прояв соціальної дезадаптації через брак конгруентних моделей поведінки. У другому випадку ця група, що мусить складатися із психіатрів, психологів, логопедів та ерготерапевтів, повинна сформувати індивідуальний план медичного супроводу цього хворого із залученням реабілітаційних заходів. Крім того автори наголошують, що застосування немедикаментозних втручань у вигляді

позитивної поведінкової підтримки, когнітивно-поведінкові техніки, адаптація до зовнішніх тригерів, у деяких випадках може бути набагато ефективнішим ніж використання антипсихотичних препаратів [115].

Про необхідність притримуватись принципу інклюзивності у контексті терапії осіб хворих на РВ говорить R. A. Wallace (2021) у своїй роботі. Автор стверджує, що відокремлення гілки медичної допомоги особам з РВ від людей без когнітивного дефіциту є неправильним та значно обмежує дану категорію осіб у доступності необхідних лікарських послуг. На думку дослідника, щоб цього не відбувалося та права людей з інтелектуальною недостатністю не порушувались треба переформатувати існуючу систему медичної допомоги виходячи з принципів індивідуально-орієнтованого підходу [124].

М. Є. Маменко разом із співавторами (2020) досліджували питання можливості попередження виникнення порушень інтелектуального розвитку і дітей та підлітків. Дослідники стверджують, що у більшості випадків формування більш тяжких форм РВ у молодшого покоління можливо попередити. Задля цього необхідно виконати ряд окреслених авторами умов: забезпечення комплексної оцінки актуальних скарг хворих; проведення детального збору анамнестичних даних, з приділенням особливої уваги часу виникнення ознак інтелектуального зниження з оцінкою потенціальних факторів, що могли його спровокувати; аналіз сімейного анамнезу з метою пошуку генетичної схильності до РВ; ретельне об'єктивне дослідження із оцінкою неврологічного статусу, семіотичних ознак дизембріогенезу або інших аномалій розвитку; пошук ознак порушення обмінних процесів (енергії, мікро та макроелементів тощо).

Автори стверджують, що можливості корекційних та реабілітаційних заходів є обмеженими за умови якщо після впливу етіопатогенетичного фактора пройшов тривалий час, відбулися глибокі морфологічні зміни у структурах ЦНС або за наявності хромосомних аберацій. В усіх інших випадках, як то вторинний характер РВ (виникнення інтелектуального

дефіциту на фоні порушень слуху чи зору), спеціальні заходи можуть бути цілком ефективними.

Якщо когнітивний дефект спричинений нейрометаболічними порушеннями, то перспектива компенсації ознак РВ залежить від своєчасності та правильності встановлення відповідного діагнозу, тому що більшість метаболічних порушень може бути компенсовано і чим скоріше це відбудеться, тим меншими будуть пошкодження ЦНС. Теж саме стосується і випадків РВ, що спричинені нутритивними порушеннями – своєчасна корекція раціону харчування може попередити виникнення інтелектуальних порушень у дітей. Особливу увагу автори приділяють питанню йодової профілактики: вони повідомляють, що додавання до щоденного раціону вагітних жінок по 150 мкг йоду забезпечує достатній рівень секреції гормонів щитоподібної залози – головних гарантів основного обміну.

Автори підкреслюють, що головна роль у питаннях раннього виявлення ознак РВ, можливих етіологічних факторів когнітивних порушень, створення плану діагностики та супровід дітей та підлітків хворих на РВ належить фахівцям загальної практики. Профілактика порушень інтелектуального розвитку у випадках педагогічної запущеності, через некоректне відношення батьків до виховання дитини, порушення харчування чи обмінних процесів також лежить на плечах у сімейних лікарів. Тому особливо важливо підвищувати рівень обізнаності спеціалістів первинної ланки щодо особливостей перебігу РВ у дітей та підлітків [17].

Очевидно, що однією з необхідних умов успішного проведення будь-яких психогігієнічних, профілактичних, корекційних та лікувальних заходів для дітей та підлітків з розумовою відсталістю є комплексний підхід. Біопсихосоціальна модель надання допомоги пацієнтам з РВ з включенням медико-біологічного, психолого-педагогічного, соціального аспектів дозволяє підвищити ефективність реабілітаційних заходів, спрямованих на зменшення ступеня виразності розумової відсталості та поліпшення соціалізації дітей. При цьому реабілітація має відбуватися у звичному

мікросоціальному середовищі, не протиставляти дітей шкільному колективу та не повинна призвести до порушення соціальної, в тому числі, шкільної адаптації. Однією з перспективних стратегій реабілітації є підвищення якості життя і збереження та покращення суспільного та індивідуального психічного здоров'я.

Таким чином, питання лікування та реабілітації підлітків з РВ, удосконалення старих та створення нових методів терапії з використанням інтеграційного підходу у реабілітації, який дає можливість підвищити соціальну активність підлітків з легкою РВ та покращити їхню ЯЖ й надалі залишаються актуальними та потребують подальшого вивчення.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дизайн дослідження та загальна характеристика контингентів та методів.

Дослідження проведено у проспективному дизайні у періоді 2018-2021 років. На базі КП «Криворізька багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР (м. Кривий ріг), за умови інформованої згоди, було обстежено 154 осіб 2003-2008 років народження, які знаходилися на диспансерному спостереженні підліткового психіатра по досягненні 15 річного віку з приводу РВ. Первинний контингент складався зі 108 (70,13%) хлопчиків та 46 (29,87 %) дівчат, середній вік яких склав 16,08 років. З об'єктивних причин (зміна місця постійного мешкання або відмова від продовження участі у дослідженні) на другому етапі дослідження були виключено 38 осіб. Таким чином на завершальному етапі дослідження було обстежено 116 осіб з легкою РВ. Контингент складався зі 74 (63,79%) чоловіків та 42 (36,21 %) жінок.

При формуванні контингенту дослідження було використано критерії включення та виключення.

Критерії включення:

- вік 15-18 років.
- встановлений діагноз легкої РВ, згідно до критеріїв МКХ-10 (зниження когнітивних здібностей, затримка мовного розвитку, недостатність розвитку моторних і соціальних навичок) у віці до 15 років;
- показники коефіцієнту інтелекту (IQ) за тестом Векслера (WISC, за А. Ю. Панасюком, 1973) в діапазоні 50-69;

– перебування на диспансерному обліку у дитячого психіатра у КП «Криворізька багатoproфільна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР

– наявність інформованої згоди на проходження дослідження.

Критерії виключення:

– наявність діагностованих психічних розладів психотичного рівня;

– відомості про систематичне вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин;

– наявність системної соматичної патології у стані декомпенсації;

– наявність стійких та грубих порушень поведінки.

У дослідженні використано наступні методи:

– клініко-епідеміологічний, використовувався задля встановлення загальних характеристик контингенту дослідження та був реалізований за рахунок дослідження медичної документації осіб з контингенту дослідження та неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю;

– клініко-психопатологічний, використовувався задля дослідження інтенсивності та структури психопатологічних проявів та рівня інтелекту обстежених осіб. Окрім цього він застосовувався для визначення наявності психофізичних порушень, коморбідної патології та адаптивних навичок, що включали можливість самообслуговування, придатність до соціально-побутову, комунікативність, самонаправленність особистості, психомоторний розвиток, навчальні навички та емоційний стан.

– психодіагностичний метод використовувався для визначення загального рівень ЯЖ і соціальної адаптації та був реалізований за допомогою опитувальника для оцінки якості життя дітей і підлітків з психічними розладами (ILK) (F. Matthejat, H. Remschmidt, 1998) [91], розробленого спеціально для контингенту підлітків з психічними розладами. Цей діагностичний інструмент має численні переваги, серед яких оцінка широкого спектру компонентів ЯЖ, можливість до об'єктивізації отриманих даних, шляхом заповнення відповідних бланків опитувальника батьками

обстежуваного підлітка, можливість оцінити (за опосередкованими ознаками) характер відношення обстежуваної особи до власного захворювання, зручність у використанні (не вимагає від дослідника наявності специфічних спеціальностей та кваліфікацій), висока швидкість заповнення та репрезентативність отриманих результатів. Оцінка ЯЖ відбувається за наступними основними аспектами життєдіяльності підлітків: «школа», «сім'я», «соціальні взаємодії з однолітками», «дозвілля», «фізичне здоров'я», «психічне здоров'я», «загальна оцінка ЯЖ», «зайнятість підлітка у зв'язку з хворобою» та «зайнятість підлітка у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами». При заповненні даного опитувальника батьками підлітка, що має психічні розлади, факультативними є ще два аспекти: «зайнятість батьків у зв'язку з хворобою підлітка», «зайнятість батьків у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами підлітка», які надають більш повну картину щодо ЯЖ підлітка у цій родині. Рівень ЯЖ оцінюється за кожним із аспектів окремо за п'ятибальною шкалою: від оцінки 1 – «дуже добре», до оцінки 5 – «дуже погано».

У якості основного діагностичного інструменту дослідження використовувалася спеціально розроблена «Карта для клініко-епідеміологічних досліджень», що включала в себе соціально-демографічні та анамнестичні відомості, клінічну частину з характеристикою наявних симптомів і синдромів.

Огляд обстежуваних осіб супроводжувався поетапним заповненням різних розділів сформованої карти, що дозволило структурувати значну частину дослідження, заощадивши тим самим час на його переведення. Заповнення карти починалось із надання обстежуваної особи інформованої згоди на проведення клінічного дослідження, це єдиний розділ, що заповнювався обстеженим, інформацію в усі наступні розділи цього інструменту вносив виключно дослідник.

Після отримання інформованої згоди вноситься загальна інформація: номер карти обстежуваного, його дата народження (вік), стать, дата

проведення обстеження, відомості щодо місця проживання та код діагнозу (за класифікатором МКХ-10).

У наступному блоці, що присвячено скаргам обстежуваного, представлено перелік найбільш поширених варіантів скарг, з якими хворі на легку РВ чи їх опікуни мають підчас звернення за амбулаторною психіатричною допомогою, зокрема: підвищена стомлюваність, пасивність, зниження настрою, плаксивість, відсутність або різні форми порушення контакту з однолітками, порушення концентрації уваги, погіршення пам'яті, зниження успішності в навчальному закладі, прогули навчань, дрібне хуліганство, знуцання над старшими чи молодшими, неадекватна поведінка у громадському місці, домашні крадіжки, вживання алкогольних напоїв чи інших психоактивних речовин, куріння, немотивована негативістична чи навіть агресивна чи/та жорстока поведінка, втеча з дому з бродяжництвом, підозрілість по відношенню до оточуючих, емоційна лабільність, нетримання афекту, порушення сну, аутистичність, замкнутість, суїцидальні думки, вичинки чи спроби (у тому числі їх еквіваленти), немотивований страх, різні форми порушення сприйняття (ілюзії чи галюцинації), неадекватні, фантастичні чи нелогічні висловлювання, відчуття сторонньої присутності чи «зробленості» навколишнього оточення, нав'язливі чи стереотипні рухи, енурез, енкопрез, заїкання, скарги соматичного характеру тощо. Кожному із представлених варіантів заздалегідь було присвоєно код, для полегшення наступної статистичної обробки отриманих даних. Дослідник обирав один або декілька із запропонованих варіантів та вносив відповідний код до сформованої статистичної бази даних.

У наступному блоці дослідник визначав мету звернення особи із легкою РВ за амбулаторною психіатричною допомогою, обираючи із запропонованих варіантів: планове обстеження, лікування, обстеження та лікування або вирішення соціальних питань.

Наступний блок присвячено визначення обтяженості сімейного анамнезу та особливостей спадковості обстежуваної особи (це блок

заповнювався із допомогою родичів чи опікунів підлітків). Зокрема представлено наступні варіанти спадкових факторів на вибір: відсутність факторів, що обтяжують спадковість, відсутність достовірно відомих фактів обтяження спадковості (найбільш частий варіант при відсутності родичів чи опікунів підлітків підчас проведення дослідження), чітко встановлена наявність розладів шизофренічного спектру, депресивних станів, інтелектуальних порушень, епілептиформних станів, невротичних розладів, адиктивної чи психопатоподібної патології по лінії матері, батька чи у інших близьких родичів, перебування їх у закладах позбавлення.

У блоці, що присвячено оцінці рівня соціальної адаптації батьків (чи опікунів), пропонувалось обрати один із представлених варіантів: мати та батько працюють, один з батьків не має роботи, обидва мати та батько не мають роботи, наявність стійкої втрати працездатності (інвалідності) за соматичним або психічним захворюванням у когось з батьків, зловживання ними алкогольними напоями чи іншими психоактивними речовинами, наявність відомостей щодо епізодів асоціальної поведінки тощо.

Потім визначався соціальний статус обстежуваного підлітка, серед можливих варіантів були: відсутність встановленої групи інвалідності, наявність другої чи третьої групи інвалідності за психічним чи соматичним захворюванням. Важливо зауважити, що встановлений соціальний статус не мав чіткої залежності від рівня адаптивності підлітка да у більшій мірі був показником зацікавленості батьків (чи опікунів) у вирішенні соціальних питань їх підопічних.

Наступний розділ карти присвячений ретельному аналізу акушерського анамнезу, зокрема тут визначався вік матері обстежуваного підлітка на момент пологів, яка це вагітність за рахунком, відомостей щодо її перебігу (чи мали місце ускладнення на кшталт гістозу, анемії, нефропатії, загрози переривання, інфекційні захворювання, травми, психотравмуючі події тощо), встановлювалось чи народився обстежуваний доношеним, недоношеним чи переношеним, чи мали місце ускладнення підчас пологів, пологи були

фізіологічними чи із кесаревим розтином, з якою масою тіла народився обстежуваний, на яку добу був прикладений до грудей, чи був переведений після пологів у відділення патології новонароджених та з яким діагнозом був виписаний із пологового будинку (здоровий, порушення мозкового кровообігу, перенатальна енцефалопатія тощо), чим закінчилась (якщо була) попередня вагітність, наявність даних щодо абортів вагітностей у минулому, їх ускладненого перебігу.

Надалі в центрі уваги ставав перший рік життя обстежуваної особи, зокрема визначалось чи перебував підліток на спостереженні у невропатолога протягом цього часу, якщо так, то з приводу якого стану (перенатальна енцефалопатія без судом або з судомами, із синдромом рухових порушень, гідроцефалія чи інші стани спричинені пологовою травмою головного мозку), чи отримував лікування, наявність даних щодо перенесених важких захворювань протягом цього періоду (інфекційні захворювання, вади розвитку із патологією внутрішніх органів та систем, травми з ушкодженням головного мозку, судомні напади тощо). Ретельний аналіз акушерського анамнезу та відомостей першого року життя обстежуваних підлітків із легкою РВ покликаний встановити етіологічні фактори формування основного захворювання.

Наступний розділ було присвячено питанням освіти, а саме визначалось чи навчався обстежуваний підліток у закладах дошкільної освіти, описувались особливості його поведінки у цей період життя (зацікавленість у ігровій формі поведінки із однолітками, особливості комунікації із дорослими, схильність до усамітненості або агресивної поведінки). Надалі надавалась оцінка особливостей поведінки у шкільний період обстежуваної особи, визначалась наявність агресивних чи конфліктних тенденцій, моторної загальмованості чи навпаки збудження, прагнення до перебування у центрі уваги, демонстративності, надмірної емоційності, чутливості, образливості, плаксивості тощо. Також визначався рівень інтелектуального розвитку особи у цей період життя, йому надавалась

одна із запропонованих оцінок: відповідав віку, випереджав, відставав або мав мозаїчну природу. Вказувався також вік початку навчання у школі, її тип (звичайна, із поглибленим вивченням іноземних мов або корекційна), особливості навчальної програми (загальноосвітня або один із варіантів корекційної програми) та відношення обстежуваної особи до самого навчання. Вказується також рівень соціальної адаптації у новому колективі в школі, наявність проблем у комунікації з однолітками (як то спілкування із дітьми із соціально неблагополучних родин або із схильностями до асоціальних форм поведінки), академічна успішність, ставлення до викладачів у школі та дорослих у цілому. Окремо в рамках цього розділу визначались особливості ставлення обстежуваного до матері у дитячий період: вивчалися наявність та особливості спілкування з нею.

В рамках наступного розділу визначались характерологічні особливості обстежуваних підлітків із легкою формою РВ у шкільний період, досліднику пропонувалось обрати один або декілька із представлених варіантів характерологічних рис: дратівливість, рухова загальмованість, прагнення займати позицію лідера, егоїстичність, агресивність чи навіть жорстокість, надмірна емоційність чи навпаки беземоційність, плаксивість, образливість, злопам'ятність, підозрілість, схильність до негативізму та бунтарської поведінки із завдання фізичної чи матеріальної шкоди оточуючим тощо. Окремо в рамках цього розділу визначається наявність в анамнезі епізодів різкого зниження академічної успішності, переведення у інший клас або школу (із вказанням причин), дублювання класів школи та навчання поза навчальним закладом (за індивідуальною програмою, вдома).

Наступний розділ розробленої карти обстеження присвячено різним аспектам соматичного анамнезу, зокрема визначалось наявність відомостей щодо перенесених черепно-мозкових травм, тяжких інфекційних захворювань (зокрема тих, що мають високу тропність до ушкодження ЦНС), оперативних втручань, встановлюється наявність супутніх соматичних чи неврологічних захворювань на момент огляду.

В рамках наступного розділу досліджувались різні аспекти сімейного анамнезу, як елементи середовища формування РВ, зокрема відмічалось повнота родини: наявність обох батьків, лише одного з батьків, одного з батьків та вітчима чи мачухи, проживання із близькими родичами чи в умовах спеціалізованого закладу. Також відзначався сімейний статус обстежуваної особи шляхом вибору одного із представлених варіантів: зареєстрований або цивільний шлюб, перебування у розводі, смерть партнера, проживання в умовах дитячого будинку сімейного типу чи іншого профільного закладу. Досліджувались також і різні внутрішньосімейні аспекти, як то наявність та кількість інших дітей у родині, їх вік, вказувалась за ким закріплена провідна роль у вихованні. Надалі встановлювались ряд питань, що пов'язані із батьками (за їх наявності), а саме їх вік на момент обстеження, освіта, наявність та характер роботи, особливості їх характеру (якщо такі могли бути виділені обстежуваним підлітком), рівень гармонійності їх відносин між собою, загальне матеріальне становище у родині, побутові умови проживання тощо. Окремо в рамках даного розділу карти дослідником встановлювався тип відношення членів родини до дитини, зокрема пропонувалось обрати один із представлених варіантів: правильний (гармонічний) тип, «кумир родини», «Попелюшка», висока моральна відповідальність, підвищена опіка, недостатня опіка, суперечливе виховання, фізичне насильство чи виховання, центроване навколо основного захворювання, тощо.

Наступний розділ розробленої карти присвячений дослідженню даних, пов'язаних із анамнезом захворювання, зокрема, тут висвітлювались дані щодо віку початку захворювання, відомостей про те, що йому передувало: конфлікти у родині, школі, зміна місця проживання, насильницькі дії по відношенню до обстежуваної особи, народження брата або сестри, початок навчання, розлучення або переїзд батьків тощо. Надалі досліджувалось клінічне наповнення психопатологічних змін на початку захворювання, зокрема встановлювалось наявність дратівливості, агресивності, погіршення

академічної успішності, прогулів занять, епізодів вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин, курінням цигарок, хуліганства чи крадіжок, із подальшим визначенням стійкості даних зазначених станів, необхідності терапії, у тому числі медикаментозної, для їх корекції. У випадку звертання за медичною допомогою, вказувалось до якого саме спеціаліста, якщо застосовувались медикаментозні засоби, то обов'язково зазначалось які саме та ефективність їх застосування. У випадку наявності епізодів звернення за психіатричною допомогою, вказувалась їх кратність, зазначалась частота госпіталізацій до відповідного стаціонарного відділення, ефективність проведеного лікування із зазначенням тривалості ремісії щодо тих симптомів, що стали причиною для звернення за допомогою. Окремо в рамках даного розділу відзначались епізоди протиправних дій, вчинених обстежуваними особами, зазначалась їх тяжкість (хуліганство, крадіжки, участь у бійках тощо) та вказувалась перебування на обліку у районному відділі поліції.

Останній та найбільший розділ сформованої карти присвячений налізу об'єктивного стану обстежуваної особи із легкою РВ, в рамках цього розділу дослідник визначав наявність у підлітка наступних симптомів: проблеми із концентрацією уваги, зниження пам'яті, погіршення академічної успішності, зниження настрою, думки самоприниження, суїцидальні думки чи тенденції, тривожність, нав'язливі думки чи дії, нетримання сечі, різні форми моторних порушень, психопатоподібна поведінка (агресивність, імпульсивність, схильність до асоціальних патернів поведінки, крадіжки тощо), вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин, куріння. Надалі проводився опис актуального психічного статусу обстежуваної особи, визначалось ясність свідомості, орієнтування у часі, просторі, власній особистості та ситуації, особливості настрою, поведінки, наявність порушень в емоційній сфері (неадекватність емоційних реакцій, їх лабільність, сплюснення чи монотонність), визначались також наявність порушень сну, суїцидальних думок, розладів уваги та пам'яті, окремо надавалась оцінка асоціативному

процесу (швидкості його плину, спроможності до абстрактного мислення, його наповнення елементами резонерства, зісковзування, розірваності тощо), також встановлювалась присутність в актуальній клінічній картині психотичних епізодів (маячних думок чи грубих розладів сприйняття).

– статистичний, використовувався для обробки результатів дослідження та оцінки їх достовірності. Усі розрахунки здійснювали на ПЕОМ за допомогою програми «Statistica 13.0» («StatSoft», США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5).

Нормальність розподілу оцінювали за допомогою тесту Shapiro-Wilk. Відмінність розподілу від нормального вирішено використанням непараметричних методів статистичного аналізу.

Достовірність відмінностей якісних ознак оцінювали з використанням критерію χ^2 Пірсона; у малих групах дослідження, для розрахунку достовірності відмінностей якісних ознак використовували також точний метод Фішера.

Кореляційні зв'язки між показниками обчислювалися з використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмана (r). Показники кореляційного зв'язку у залежності від значення коефіцієнта кореляції класифікували за шкалою Чеддока, зокрема, значення коефіцієнту «0 – 0,29» – вкрай слабка кореляція; «0,30 – 0,49» – слабка кореляція «0,50 – 0,69» – середня кореляція; «0,70 – 0,89» – висока кореляція; «0,90 – 1,0» – вкрай висока кореляція, або функціональний зв'язок.

Для всіх видів аналізу, відмінності ознак вважали вірогідними при значенні $p < 0,05$.

Дослідження реалізовано в 2 етапи.

На першому етапі – при первинному зверненні за психіатричною допомогою в дитинстві, або встановленні діагнозу легкої РВ, протягом досягнення повноліття (17 років та 11 місяців).

На другому етапі – катamnестичному з 18 до 21 рік. Первинний контингент складався зі 108 (70,13%) хлопчиків та 46 (29,87 %) дівчат, середній вік яких склав 16,08 років.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

За результатами клініко-анамнестичного дослідження встановлено, що у 69% обстежених осіб початково була діагностована легка РВ в дитячому віці. Рідше вона виявлялась у віці 3-6 років (9,4%), найчастіше в 7 років (16,2%) і пізніше 10 років (13,6%), тобто до початку шкільного навчання (7 років) і переходу з молодшої до середньої школи (10 років). Нозологічна кваліфікація стану 76 (49,35%) осіб була підтверджена стаціонарним обстеженням протягом неповноліття. У 29% осіб з легкою РВ основний розлад був сполучений з супутньою психіатричною, неврологічною чи соматичною симптоматикою. Найбільш часто зустрічалися наступні розлади: поведінки – у 89 (57,79%) осіб; неврозоподібні – у 13 (8,44%); судомні стани різного генезу – у 29 (18,83%); локальні неврологічні порушення (залишкові прояви ДЦП, наслідки перенесених нейроінфекцій і травм) – у 17 (11,03%); ознаки психоорганічного синдрому – у 6 (3,89%).

В цілому серед осіб з легкою РВ особи чоловічої статі, протягом всього періоду спостереження, переважали вдвічі. Сімейна обтяженість психічною патологією була виявлена у 63% обстежених: в 21% випадків родичі страждали залежностями; в 18% – інтелектуальною недостатністю різної вираженості, в 11% випадків у родичів реєструвалися розлади особистості. Звертала на себе увагу висока частота різних екзогенних шкідливостей в період формування плоду і ранньому післяпологовому періоді: у 81% матерів вагітність протікала з ускладненнями. Найбільш частими були чинники, які тривало впливали на плід: нефропатії, загрози переривання, анемії. Інфекційні захворювання протягом вагітності перенесли 42 (27,2%) матерів; токсичний вплив алкоголю – 18 (11,69%); 9 (5,84%) матері намагалися

самостійно позбутися плоду, вживаючи різні медикаменти. Майже в половині спостережень зазначалося поєднання несприятливих факторів, що ускладнюють перебіг вагітності. 34% респондентів народилися від перших пологів, інші – від повторних. Ускладнення в пологах виявлено у 108 (70,13%) з 154 обстежених: асфіксія – у 53 (34,41%), передчасні пологи – у 18 (11,68%). Серед обстежених з легкою РВ значну частку становили ті що народилися з малою вагою (до 3 кг) – 40%. Ранні постнатальні шкідливості в анамнезі мали місце у 33%. Серед матерів була відносно висока частка тих які народили в проміжку від 35 до 40 років, в той же час були відсутні ранні (до 18 років) пологи, поодинокі випадки народження матерями старше 40 років. Серед батьків переважали особи з середнім і середньою спеціальною освітою – 73% матерів і 66% батьків, допоміжну школу закінчили 9 матерів і 5 батьків. 48 (31,16%) дітей виховувалися в багатодітних сім'ях, 82 (53,24%) – в неповних; при цьому 34 дитини (22,07%) мали досвід проживання з батьками що вели асоціальний спосіб життя.

Психомоторне розвиток у дітей з легкою РВ був своєчасних в 38% обстежених, але більшість осіб розвивалися з затримкою або мовного (34%), або моторно-мовного (53%) розвитку.

На першому етапі дослідження також було проведено аналіз соціальної адаптації осіб з легкою РВ. На момент обстеження (7,14%) осіб з легкою РВ (7 хлопчиків і 5 дівчат) ще в неповнолітньому віці була оформлена інвалідність. Призначення інвалідності найбільш часто відбувалося від 1 року до 5 років. 4 дітей отримали первинну інвалідність дитинства по психічному захворюванню, 5 – по неврологічній патології, 2 – по соматичній. Починали навчання в школі з 7 років 58% осіб з легкою РВ, з 8 років – 36%, з 9 років – 6%. При більш виразних ступенях легкої РВ навчання розпочиналося в допоміжній школі, але близько 70% дітей з легкою РВ спочатку були прийняті в масові навчальні заклади, переведення в допоміжну школу відбувався, зазвичай, в 1-6 класах. Пізніше переведення у

допоміжну школу або відмова від переведення в неї мало місце при небажанні батьків слідувати рекомендаціям фахівців.

Загалом у 154 осіб з легкою РВ інтелектуальне зниження незначно впливало на повсякденне життя, до якого більшість з обстежених виявилися адаптованими. Невисокий рівень розвитку освітніх навичок компенсувався вибором сфер діяльності, де вони не були обмежені критеріями інтелектуальної придатності. Більшість осіб, на момент обстеження, навчалися у допоміжних школах 62 (40,25%) або спеціалізованих коледжах 25 (16,23%), реабілітаційних центрах 21 (13,63%), працювали (не повний день) 15 (9,74%) , та навчалися в загально освітніх школах 10 (6,49%) не навчалися і не працювали 21 (13,63%) особа.

Проведений катамнестичний аналіз осіб з легкою РВ у віці 18-21 рік на завершальному етапі дослідження 116 осіб на легку РВ. Контингент складався зі 74 (63,79%) чоловіків та 42 (36,21 %) жінок. Слід зазначити, що лише 52 (33,76%) людини продовжували відвідувати ПНД. Інші обстежені були зняті з спостереження і за допомогою не зверталися. Встановлено, що після 18-річного віку, нозологічна трактування психічного стану осіб змінилася лише в 7 випадках. У двох випадках легкої РВ діагноз був знятий, а п'яти іншим особам переглянутий на більш важкий.

Зазначені показники підтверджуються і досить задовільним загальним соціальним статусом обстежених осіб. Так 87,93 % молодих людей з легкою РВ змогли здобути професійну освіту, але тільки близько 36,2% мали постійну роботу, а 30,17% лише тимчасовий заробіток. Більшість з них (104 осіб) не були одружені і продовжували проживати з батьками. В цілому, це були соціально адаптовані в своєму середовищі особи, котрі володіли навичками повсякденної життєдіяльності. Вони самостійно пересувалися по місту, готували прості страви, обслуговували себе і допомагали в побуті близьким. Останні продовжували контролювати фінанси обстежених осіб. Працюючі особи, як правило, віддавали зарплату своїм батькам або опікунам. Третина обстежених осіб, які працевлаштувалися, працювали в

спеціально створених сприятливих умовах (в спеціалізованих майстернях, на одному підприємстві з батьками під їх контролем, у допоміжних школах, соціальних центрах).

На момент обстеження 11 осіб перебували в шлюбі та з них 5 мали дітей. При цьому лише шестеро мешкали окремо від батьків. Близько 90% обстежених мешкали з батьками, або с батьками чоловіка або дружини.

Близько 22,41% (26 осіб) дорослих з легкою РВ вчиняли протиправні дії (брали участь в крадіжках, хуліганських діях) або самі ставали об'єктами криміногенної активності (їх били або змушували оформляти на себе кредити). Тому в дорослому віці госпіталізувалися в психіатричні лікарні 17 (14,65%) осіб. Безпосередньою причиною госпіталізації ставали порушення поведінки, супутні залежності, необхідність примусового лікування після скоєння протиправних дій. Питання, які потребують експертного висновку (позбавлення дієздатності, продовження інвалідності), як правило, вирішувалися в ході амбулаторного обстеження.

Всього інвалідів з легкою РВ на момент катамнестичного етапу дослідження виявилось 37 осіб (чоловіків 24, жінок – 13). Статус інваліда, отриманий з неповноліття, зберігся у більшості обстежених, 16 з яких після досягнення 18 років переоформили інвалідність переважно на II групу. Лише три особи з легкою РВ відмовилася від інвалідності після досягнення 18 років, успішно працевлаштувалися. Первинна констатація інвалідності в молодому дорослому віці відбувалася досить рідко, всього у 9 осіб, двоє з яких отримали II-у групу, інші семеро – III-ю. Загалом інвалідність, питання якої формувалися у молодому віці, частіше переглядалася в бік обтяження що було пов'язане з погіршення діагнозу розширенням і збільшенням коморбідної симптоматики. В тих випадках, коли клінічний стан обстежених осіб не давав вагомих підстав для оформлення інвалідності в молодому віці, то питання інвалідизації непрацевлаштованих осіб з легкою РВ до віку 21 рік практично не вирішувалися, соціально дезадаптовані особи жили за рахунок

батьків або мали короткострокову, тимчасову, мало оплачувану зайнятість, що у свою чергу негативно впливало ні їх адаптації можливості.

В цілому, особи з легкою РВ підліткового віку після закінчення корекційних навчальних закладів продовжували потребувати заходів соціальної підтримки та сприяння працевлаштуванню. Незважаючи на наявність служб допомоги в працевлаштуванні та квотування робочих вакансій, місця для організованої зайнятості осіб з легкою РВ були в дефіциті.

Слід зазначити, що медикаментозна і соціальна психіатрична допомога обстеженим особам більш активно надавалася в підлітковому віці, про що свідчила різниця в частоті госпіталізацій і відвідувань ПНД цими особами з 15 та після 18 років. В основному мова йшла про симптоматичної корекції коморбідної симптоматики (афективних, поведінкових порушень). У той же час, в останні роки з'явилося багато даних про те, що застосування препаратів ноотропного кола має позитивне значення в динаміці клінічної картини осіб з легкою РВ.

Таким чином можна констатувати, що в цілому клінічна картина неускладненої легкої РВ характеризується стабільністю. Хоча в деяких випадках присутня і негативна динаміка яка зустрічається частіше, ніж позитивна, що може бути пов'язано значною мірою із іншими коморбідними розладами які зустрічаються у розумово відсталих осіб. Випадки позитивної динаміки були також зафіксовані при катамнестичному спостереженні осіб, проте офіційно діагноз РВ був знятий тільки у 2 осіб. Інвалідизація при легкій РВ формується в основному в дитячому віці, до повноліття її показники мало змінюються і цим вона значно відрізняється від динаміки інвалідизації інших психічних розладів що виникають в дитячому та підлітковому віці.

Резюме

Первинна діагностика легкої РВ відбувається переважно у дитячому віці: найчастіше відповідний діагноз було встановлено у віці 7-9 років (16,2%), трохи рідше у віці 10 років і більше (13,6%), рання діагностика, у віці 3-6 років, була дуже рідкою та сягала 9,4%. Така закономірність обумовлена періодом впливу провокуючого фактору, або комплексу таких факторів, що потенціюють один одного і викликають декомпенсацію стану в періоди підвищення фізичних, інтелектуальних, емоційних та інших навантажень на неповнолітнього. Частота виявлення супутніх психічних, неврологічних чи соматичних розладів у обстеженого контингенту сягала 29%. Важливим у даному аспекті є частота встановлення діагнозу легкої РВ в умовах профільного стаціонарного відділення, що сягала лише 49,35% усіх випадків.

Виявлені фактори ризику виникнення легкої РВ можна виділити дві групи: нозонеспецифічну та нозоспецифічну. До першої групи факторів, що не пов'язані із захворюванням, увійшли чоловіча стать (частка чоловіків у двічі більша з жінок серед відібраного контингенту дослідження), сімейна обтяженість психічними захворюваннями (до 63% обстежених мали сімейний анамнез обтяжений психічною патологією, серед якої превалювали адиктивна патологія, порушення інтелекту та розлади особистості), вік батьків старше 30 років, патологія протікання інтра-, пери- і постнатального періоду розвитку (у 81% матерів досліджуваних перебіг вагітності був ускладнений широким спектром екзогенних шкідливостей, ускладнення в пологах виявлено у 108 осіб, з них асфіксія – у 53 осіб, передчасні пологи – у 18 осіб), дизонтогенез в формі затримки моторного і психо-мовного розвитку на першому році життя. До нозоспецифічних: наявність родичів з інтелектуальними порушеннями; низький освітній рівень батьків, вік матерів старше 35 років.

Інвалідизація при легкій РВ формується в основному в дитячому віці, до повноліття її показники залишаються майже не змінними. Зазвичай особи,

які одержували допомогу з неповноліття, після досягнення дорослого віку зберігають ознаки обмежень адаптації та працездатності різного ступеня. Встановлення групи інвалідності найчастіше відбувалося у віці 1–5 років. Первинну інвалідність дитячого віку по психічному захворюванню отримали лише 4 особи, через неврологічну патологію – 5 осіб, через тяжку соматичну патологію – 2 особи.

Виявлено особливості навчального потенціалу осіб з легкою РВ. Починали навчання в школі з 7 років 58% осіб з легкою РВ, з 8 років – 36%, з 9 років – 6%. При більш виразних ступенях РВ навчання розпочиналося в допоміжній школі, але близько 70% осіб з легкою РВ спочатку були прийняті в загальні навчальні заклади, переведення в допоміжну школу відбувалося, зазвичай, у молодшій школі, у 1-6 класах. Пізніше переведення у допоміжну школу або відмова від переведення було обумовлено не показаннями, а небажанням батьків слідувати рекомендаціям фахівців. На момент обстеження більшість осіб (40,25%) навчалися у допоміжних школах або спеціалізованих коледжах (16,23%), реабілітаційних центрах (13,63%), працювали у спеціальних умовах із неповним робочим днем (9,74%), навчалися в загально освітніх школах (6,49%). Частка осіб, що не навчалися та не мали роботи була незначною та сягала 13,63%.

Підтверджено важливе значення організація зайнятості осіб з легкою РВ підліткового віку в ефективності їх адаптації. Навіть особи з значними інтелектуальними порушеннями мають, як правило, найпростіші навичками самообслуговування, реалізують їх, і можуть спілкуватися з оточуючими на адекватному рівні. Найуспішніше інших адаптуються особи з неускладненою легкою РВ. Якщо в підлітковому віці такі особи навчалися у допоміжних школах, вони виглядають досить пристосованими до умов, в яких проводять повсякденне життя.

Проте, не дивлячись на той факт, що 90% простежених нами осіб отримали професійну освіту, лише близько 36% з них мали постійну і 30% – тимчасову роботу. Всього 12% осіб доповнювали бюджет батьківської сім'ї

тимчасовими заробітками. Великою проблемою в цьому питанні є відсутність або віддаленість установ, які використовують працю осіб з інтелектуальним зниженням. Адже особи з легкою РВ підліткового віку після закінчення корекційних навчальних закладів продовжують потребувати заходів соціальної підтримки та зайнятості. Незважаючи на наявність служб допомоги в працевлаштуванні та квотування робочих вакансій, місць для організованої зайнятості осіб з РВ недостатньо.

Психіатрична допомога зазначеному контингенту осіб більш активно виявляється в дитячому та підлітковому віці, про що свідчить різниця в частоті госпіталізацій і відвідувань ПНД цими особами в дитинстві, підлітковому віці та після 18 років. Разом з тим медикаментозна і соціально-психіатрична корекція видаються важливими елементами комплексної допомоги особам з легкою РВ. Вирішення зазначених питань могло б сприяти кращій соціальній інтеграції цієї категорії осіб.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [41, 42].

РОЗДІЛ 4

ПАТОПЛАСТИЧНИЙ ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНИХ ФАКТОРІВ НА КЛІНІЧНЕ ОФОРМЛЕННЯ ХВОРОБИ У ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Аналіз клінічної структури контингенту показав, що більше половини (56,5%) обстежених мали в клінічній картині легкої РВ ті чи інші прояви ускладнень, а саме: найбільш поширеними виявилися неврозоподібні розлади (21,83% випадків), розлади поведінки (20,68% випадків) та органічні (астенічні) розлади, які зафіксовані у 13,79% випадків. (табл. 4.1).

Таблиця 4.1 – Загальна кількість основних ускладнених варіантів перебігу захворювання у осіб з легкою РВ підліткового віку

Вид ускладнення	Хлопців n=57	Дівчат n=30	Всього n=87
Неврозоподібні	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 мови	8 (14,03%)	3 (10,0%)	11 (12,64%)
Інші розлади	16 (28,07%)	11 (36,66%)	27 (31,03%)

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

Найбільшу питому вагу серед основних варіантів ускладненої РВ легкого ступеня серед юнаків склали розлади поведінки (22,8%) і неврозоподібні (19,29%) розлади, у дівчат – неврозоподібні (26,67%) і розлади поведінки (15,0%). Серед обстежених переважання юнаків над дівчатами спостерігалось при РВ з особистісними розладами – в 1,5 рази ($p > 0,05$), з органічними

астенічними розладами – в 1,6 рази ($p > 0,05$), з розладами мовлення – в 1,5 рази ($p > 0,05$). Більше число дівчат зафіксовано при ускладненій легкій РВ з неврозоподібною симптоматикою – в 1,4 рази ($p > 0,05$), з розладами емоцій – в 1,3 рази ($p > 0,05$) і при РВ з іншою психопатологічною симптоматикою (у вигляді судомного синдрому, вегетативних розладів і таке інше) також в 1,3 рази ($p > 0,05$).

Також була проаналізована роль факторів оточуючого середовища, значення яких у формуванні різних психопатологічних розладів і їх декомпенсації є значною. 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 групі дітей з неускладненою легкою РВ в умовах неповної сім'ї виховувалися 48% обстежених, а при ускладненій – 43,5%. Кількість обстежених з ускладненою легкою РВ, які виховувалися без батьків, було в 1,3 рази більше ($p > 0,05$), у порівнянні з неускладненою легкою РВ. При аналізі окремих варіантів легкою РВ з ускладненнями встановлена висока питома вага вихованців, які перебували в неповних сім'ях (з відсутністю одного або обох батьків). З розладами поведінки 57,37% і з неврозоподібними розладами 41,2,3%. Що стосується гендерних відмінностей у то у неповних сім'ях виховувалися 41,4% юнаків і 52,4% дівчат, тобто в 1,3 рази менше ($p > 0,05$). При неускладненій формі легкої РВ в сім'ях без одного або обох батьків співвідношення юнаків і дівчат склало 1:1,27, а при ускладненій – 1:1,4. У групі з ускладненнями легкої РВ які виховувалися без одного або обох батьків, найбільше число серед юнаків виявилось з поведінковими (57,1%) і органічними (41,36%) розладами, а серед дівчат – з поведінковими (49,85%) і неврозоподібними розладами (44,56%).

Наступним фактом, що викликає зацікавлення багатьох дослідників є співвідношення частоти РВ з багатодітністю. Так, загальна кількість осіб з легкою РВ підліткового віку, в батьківських сім'ях яких було 3-є і більше дітей склала 28,9%, причому більше половини з їх числа (56,72%) склали сім'ї з

кількістю дітей більше 3-х. У групі з неускладненим перебігом РВ кількість сімей з кількістю три і більше дитини склало 26,3%, з них 69,13% – це сім'ї, в яких виховувалося понад 3-х дітей. У групі ускладненою РВ число сімей, які виховували більше 2-х дітей, виявилось 34,7%, а виховували 1 дитини – 23,1%, тобто в 1,5 рази ($p > 0,05$) менше. У вихованців, які виховувалися в сім'ях з трьома і більше дітьми виявлені в клінічній картині ускладнені форми РВ: розлади мови – 43,24%, з них близько 80% становили члени багатодітних сімей (більше 3-х дітей); неврозоподібні розлади – 41,19%, з питомою вагою багатодітних сімей 33,3%; розлади поведінки – 40% (питома вага багатодітних сімей – 37%); органічні астенічні розлади – 33,3%, з них багатодітні сім'ї склали відповідно 23,5 випадків. Аналіз групи з ускладненою легкою РВ показав, що у обстежених – вихідців із сімей з кількістю дітей три і більше спостерігалось переважання всіх варіантів ускладнень РВ в порівнянні з підлітками, батьки яких мали 1 дитину. Найбільші відмінності стосувалися органічних астенічних (в 3,9 рази), поведінкових (в 2,4 рази) та неврозоподібних розладів (в 1,8 рази), інших форм ускладнень у 1,6 рази.

Загальна кількість ускладнених випадків легкої РВ серед багатодітних сімей склала: поведінкові розлади 49,3% випадків, з яких 41,6% становили вихідці з сімей з кількістю дітей більше 3-х; неврозоподібні розлади 39,2% випадків, з яких сім'ї з кількістю дітей понад 3-х склали 13,1%; органічні астенічні розлади – 38,1% випадків, з них багатодітних сімей 24,6%; розлади мови – в 39,2% випадків, з яких 70,7% – багатодітні сім'ї.

Загалом у групі з неускладненим перебігом легкої РВ відсоток сімей, які виховували більше 2-х дітей, виявився 11,3%, а серед осіб з ускладненим перебігом легкої РВ – 38,6%, причому багатодітних сімей в їх числі було 58,4%.

Аналіз анамнестичних відомостей, отриманих з медичної документації і в ході опитування, дозволив виявити наступні особливості сімей, які виховують дітей з легкою РВ. Низька матеріальна забезпеченість і та несприятливі побутові умови виявлені у 44,2% сімей. Зловживають алкоголем або психоактивними речовинами в 21,1% сімей. При цьому, вважаються соціально-

неблагополучними за даними медичної документації лише близько 16% сімей. У 9,2% випадків діти були оформлені в дитячий будинок через алкоголізм батьків та позбавлення їх батьківських прав.

За результатами аналізу соціально-побутових умов в сім'ях осіб з різними варіантами перебігу легкої РВ встановлено, що кількість сімей с задовільними умовами існування склала 66,32%, а з проблемними умовами (алкоголізація батьків, асоціальний спосіб життя, несприятливий мікроклімат в родині з частими конфліктами, антисанітарний стан або відсутність постійного житла) – 37,6%, тобто 1,8:1 ($p < 0,05$). При чому 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 ($p < 0,05$).

Загальний аналіз картини соціально-гігієнічних факторів представлений в таблиці 4.2

Таблиця 4.2 – Порівняння частоти соціально-гігієнічних чинників ризику осіб легкої розумової відсталості з ускладненим перебігом

Фактори ризику	Легка РВ з ускладненим перебігом n=87	Легка РВ з неускладненим перебігом n=67
Неповна сім'я	27 (31,03%)	19 (28,35%)
Не рідний батько	11 (12,64%)	11 (16,41%)
Виховання у родичів	7 (8,0%)	4 (7,4%)
Багатодітна родина	34* (38,6%)	7 (10,44%)
Пагане виховання	41* (47,1%)	24 (35,82%)
Конфлікти в родина	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%)

Примітка: – знаком * позначені дані що достовірно відрізняються за критерієм χ^2 ($p < 0,05$)

Встановлено, що при легкому ступені РВ обтяженість за соціально-гігієнічними чинниками була більш виражена серед осіб з ускладненим перебігом. Найчастіше зустрічалися: «патологія виховання» – в 47,1% (n = 41), у порівнянні з 35,82% (n = 24) у осіб без ускладненого перебігу (p <0,05), «конфлікти в родині» – в 24,13% (n = 21), проти 8,95% (n = 6) (p <0,05); «низький матеріальний рівень» – 31,03% (n = 27) і 14,92% (n = 10) (p <0,05). Серед осіб з ускладненим перебігом легкої РВ частіше зустрічалися члени багатодітних родин – в 38,6% (n = 34), в порівнянні з другою групою – 10,44% (n = 7) (p <0,05).

Таким чином одночасний вплив негативних мікросоціальних чинників несприятливо відбивався на психоемоційному стані осіб, а конфліктна атмосфера в сім'ї, алкоголізація батьків, можуть сприяти затримці психічного розвитку, та як самостійні чинники, привести до порушень розвитку особистості. Тому дуже важливою є будова сприятливих відносин між досліджуваними особами та їх родинами.

Резюме.

В результаті вивчення впливу соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби у осіб з легкою РВ підліткового віку встановлено, що найбільш значущими факторами є: вік початку захворювання; ступінь виразності психопатологічних розладів; проградієнтність захворювання; показники інтелекту до моменту повноліття; наявність супутньої психічної патології; соціальне оточення та матеріально побутові умови.

Аналіз клінічної структури контингенту показав, що більше половини (56,5%) обстежених мали в клінічній картині легкої РВ ті чи інші прояви ускладнень, а саме: найбільш поширеними виявилися неврозоподібні розлади (21,83% випадків), розлади поведінки (20,68% випадків) та органічні (астенічні) розлади, які зафіксовані у 13,79% випадків.

Негативні мікросоціальної фактори частіше виявлялися серед дітей з легкою РВ з ускладненою додатковими психічними розладами – погане

виховання ($p < 0,05$), багатодітна родина ($p < 0,05$), конфлікти в родині ($p < 0,05$), низький матеріальний рівень ($p < 0,05$).

Значний патопластичний вплив на розвиток підклітка з легкою РВ мають: недостатність і непослідовність турботи з боку батьків або їх відсутність; спотворене виховання психічно хворими або психічно відсталими батьками; дезорганізація сімейного життя в 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.

Легка РВ характеризується кореляціями з негативними мікросоціальними умовами, які відбиваються на психоемоційному стані досліджуваних осіб та можуть, як самостійні чинники, сприяти затримці психічного розвитку та приводити до розвитку соціальної дезадаптації і патології особистості.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [44, 48].

РОЗДІЛ 5

СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЕГКОЇ РОЗУМОВУ ВІДСТАЛІСТЬ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

За даними медичної документації та анамнестичними даними було проаналізовано структуру коморбідної патології серед осіб з легкою РВ підліткового віку. Аналіз даних показав, що в обстеженому контингенті частота коморбідної соматичної патології склала 78,57% (n = 121).

Найбільш часто 67,53% (n=104) зустрічалися захворювання кістково-м'язової системи та сполучної тканини. В основному захворювання були представлені патологією опорно-рухового апарату: кіфоз, сколіоз, плоскостопість, мікроцефалія, деформація кісткової системи, обумовлені основним захворюванням – ДЦП.

На другому місці знаходилися захворювання нервової системи. Так 59,1% (n=91) осіб з легкою РВ мали одне або кілька неврологічних захворювань. Поєднання з психічними розладами, спостерігалось в 11,69% (n=18), а поєднання одного або кілька неврологічних захворювань зустрічалось в 82,3% обстежених.

Патологія органів дихальної системи спостерігалась в 29,87% (n=46), захворювання шлунково-кишкового тракту спостерігалась в 24,02% (n=37), патологія сечовидільної системи (хронічний цистит, пієлонефрит) зустрічалась в 7,79% випадків (n=12), серцево-судинна патологія і захворювання крові спостерігалась в 11,03% випадків (n=17), надлишкова маса тіла зустрічалась в 13,63% (n=21), захворювань щитовидної залози діагностовано в 2 випадках гіпотиреозу та 1-му – автоімунному тиреоїдиті. Серед захворювань очей зустрічалися міопія, косоокість, астигматизм в 33,11% (n=51). Поєднання 2 або більше соматичних захворювань в обстеженому контингенті зустрічалось – 47,4% (n=73).

Супутні психічні розлади були встановлені у 75,32% (n=116) осіб з нашої вибірки. У досліджуваному контингенті зустрічалися розлади невротичного спектра, розлад поведінки, специфічне розлад розвитку мови, астеничний розлад. Емоційні симптоми мали багато типів прояви: тривога, депресія, obsесивні синдроми, фобії, які часто поєднувалися один з одним. Неврозоподібні розлади діагностовані в 26,62% випадків (n = 41). Вони характеризувалися не різко вираженими порушеннями психічної діяльності, викликаними діями психотравмуючих чинників. У досліджуваному контингенті діагностували такі неврозоподібні стани, як реакції на проблеми з навчанням, відносинами з однолітками та інші психотравмуючі ситуації. Звертає на себе увагу низька представленість obsесивних проявів, іпохондричних станів та дисоціативної симптоматики серед виявленого спектру коморбідних неврозоподібних станів, що свідчить про значний вплив наявного когнітивного дефіциту на поширеність та перебіг зазначеної симптоматики. Гендерні особливості коморбідних неврозоподібних розладів були представлені наступними клінічними варіантами (табл. 5.1).

Таблиця 5.1 – Гендерні особливості коморбідних неврозоподібних розладів у осіб з легкою РВ підліткового віку.

Клінічна форма	Стать		
	Дівчата n=19	Хлопці n=22	Разом n=41
Стереотипні розлади рухів	7(36,84%)	8(36,36%)	15(36,58%)
Енурез	5(26,31%)	6(27,27%)	11(26,82%)
Тривожно-фобічні розлади	3(15,78%)	3(13,63%)	6(14,63%)
Реактивні розлади прихильності	4(21,05%)	5(22,72%)	9(21,95%)

У досліджуваній групі осіб з легкою РВ підліткового віку та коморбідною неврозоподібною патологією, виявлялися рухові розлади у

вигляді розгойдування тіла, коливання голови, у дівчат зустрічався симптом накручування волосся. Ці симптоми зустрічалися в 36,58% ($n = 15$).

Найчастіше початок стереотипних розладів фіксувався лікарями з 11-14 років, і був більш характерним для хлопчиків. Енурез зафіксовано в 26,82% випадків ($n = 11$). Тривожно-фобічні розлади спостерігалися в 14,63% випадків ($n = 6$) також переважно у віковій групі 11-14 років. Особливістю перебігу тривожно-фобічних розладів у представленого контингенту була висока представленість розладів харчової поведінки: тривожний компонент супроводжувався епізодами переїдання, які було дуже важко контролювати.

В підлітковому віці картина неврозоподібних розладів була представлена у вигляді страху темряви, тривоги з приводу відвідування школи, відповіді перед класом, походу до лікаря. Часто розлади супроводжувалися ажитацією або оціпенінням, занепокоєнням, соматовегетативними реакціями.

Розлади поведінки у осіб з легкою РВ підліткового віку відзначалися в 40,91% ($n = 63$) всіх випадків. Ми виділили кілька варіантів які найбільш часто зустрічалися в представленому контингенті (табл. 5.2).

Гіперкінетичний розлад поведінки, спостерігався в 30,15% випадків ($n = 19$). Поведінка характеризувалася підвищеною руховою активністю, метушливістю, імпульсивністю, труднощами в управлінні і притягнення до цілеспрямованої, планомірної діяльності з порушенням концентрації уваги, , ейфорічним відтінком настрою, завищеною самооцінкою, недостатнім почуттям дистанції. Достовірно ($p < 0.05$) частіше цей синдром зустрічався серед хлопців. Розлади поведінки які обмежувалися рамками сім'ї, виявлялися переважно в формі опозиційної, агресивної, істеричної поведінки, спрямованої на близьких родичів. У суспільстві дитина поводитися спокійно. Такі розлади зустрічалися в 25,39% ($n = 16$) випадків. Частіше даний варіант розладу поведінки відзначався серед дівчат.

Таблиця 5.2 – Варіанти розладів поведінки у осіб з легкою РВ підліткового віку

Клінічна форма	Стать		
	Дівчата n=21	Хлопці n=42	Разом n=63
Гіперкінетичний розлад	5(23,81%)	14(33,33%)	19 (30,15%)
Розлад поведінки в рамках сім'ї	6(28,57%)	10(23,81%)	16(25,39%)
Соціалізований розлад поведінки	3(14,28%)	7(16,66%)	10(15,87%)
Інші розлади поведінки	2(9,52%)	5(11,9%)	7(11,11%)
Несоціалізований розлад поведінки	1(4,76%)	5(11,9%)	6(9,52%)
Підвищений статевий потяг	4(19,05%)	1(2,38%)	5(7,94%)

Соціалізований розлад поведінки характеризувався поганими взаємовідносинами дитини з в однолітками, що проявлялося у відсутності друзів через неадекватну або агресивну поведінки. В інших випадках, розлади поведінки формувалися, в основному, під впливом делінквентного середовища, в якому підліток проводив час. Найчастіше зустрічався синдром підвищеної збудливості, що поєднувався з психомоторним розгальмуванням. В нашому контингенті зазначений розлад становив в 15,87% випадків (n = 10), частіше серед хлопчиків у віці від 14 років.

Рубрика «Інші розлади поведінки» була застосована до проявів ауто агресивної поведінки у дітей. Фіксувалися самоушкодження, такі як: удари головою об стіну, парту, у старшій віковій групі відзначалися випадки самоушкодження у вигляді порізів рук. Зустрічався розлад в 11,1% (n = 7) випадків, з переважанням у дівчаток. Несоціалізований розлад поведінки проявлявся агресивною поведінкою, аномаліями у взаєминах з іншими дітьми, спостерігався і вдома і в школі – в 9,52% (n = 6). Найчастіше зустрічався серед хлопців.

Підвищений статевий потяг зустрічався в 7,94% (n = 5) достовірно частіше у дівчат. Спостерігався, в середньому, з 13 річного віку, та

проявлявся підвищеним інтересом до протилежної статі, відкритими проявами потягу на очах у педагогів та батьків.

Специфічний розлад мови встановлено в 37,01% ($n = 57$) випадків обстежених. Серед хлопців діагностувався розлад мови частіше, в порівнянні з дівчатами і мав широку семіотичну представленість: мали місце порушення розуміння та використання мови, що не пов'язані із порушенням у сенсорному органі слуху чи з неврологічним дефектом в артикуляційному апараті (брак навичок володіння мовою виливався у проблеми у соціальній сфері, непорозуміннях із однолітками, ставав причиною для суттєвих проблем у навчальній сфері), розлад вимови звуків (зниження зрозумілості мови підлітка через нечіткість або хибність вимови окремих звуків), порушення плавності мови (вимова наповнена зупинками, запинаннями, стереотипним повторенням окремих звуків та складів, що суб'єктивно неприємно та важко для самого підлітка).

Органічний астенічний розлад зустрічався в 24,03% випадків ($n = 37$) у вигляді підвищеної нервово-психічної стомлюваності, емоційної лабільності, зниженням активної уваги, непосидючістю, зниженням працездатності. Типовою також була стереотипна зміна фаз: короткотривала гіперстенічна фаза, з емоційною нестриманістю, імпульсивністю, зниженням порогу чутливості до зовнішніх подразників, роздратованістю, агресивністю до оточуючих та більш тривала гіпостенічна фаза з вираженим виснаженням усіх психічних функцій, пасивністю, зниженням спроможності до концентрації уваги, різноманітними соматоформними проявами тощо. Досліджувані особи скаржилися на головний біль, стомлюваність, особливо це посилювалося при несприятливих метеорологічних умовах або в кінці навчального дня. Серед дівчаток діагностувався в 24,32% ($n = 9$), серед хлопчиків втричі частіше – 75,67% ($n = 28$).

Тобто, серед коморбідних психічних розладів осіб з легкою РВ підліткового віку було виявлено чотири основні групи: неврозоподібні розлади – в 26,62% випадків ($n = 41$), розлади поведінки, які були

представлені досить широким діапазоном – 40,91% (n = 63), органічний астенічний розлад у в 24,03% випадків (n = 37) та специфічний розлад розвитку мови зазначався в 37,01% (n = 57) всіх випадків. Встановлено також, що характер психічних розладів змінювався в залежності від віку обстежуваного контингенту. Так, у віці 11-14 років зустрічалися різні варіанти розладу поведінки, в 15-18 років особи частіше мали розлади невротичного характеру, після 18 років – розлади поведінки.

Виявлена у осіб з легкою РВ підліткового віку різноманітна коморбідна психічна патологія мала свою динаміку. Так у анамнезі осіб до початку обстеження відзначалося достовірне зниження показників розладу прийому їжі, уподобань, збільшення кількості системних розладів, покращення стану моторних функцій. Показники астенічного розладу, розладу поведінки, фобічних і тривожних розладів залишалися незмінними. Починаючи с 15 років збільшилася кількість дітей з депресивними епізодами, соматоформними та психосоматичними розладами, а також вживанням психоактивних речовин.

Наступним кроком стало вивчення соматичної патології. Нами було проаналізовано наявність супутньої соматичної патології в у осіб з легкою РВ підліткового віку. Аналіз даних показав, що 78,57% (n = 121) обстежених мали одне або кілька хронічних соматичних захворювань.

Патологія органів дихальної системи, в основному, була представлена наступними захворюваннями: тонзиліті, синусити, хронічні бронхіти, астматичні бронхіт у 27,92% (n = 43) обстежених. Із захворювань шлунково-кишкового тракту діагностували дискінезії жовчовивідних шляхів, дуоденіті, гастрити, неспецифічний виразковий коліт, паразитарні інвазії в 22,08% (n = 34) обстежених. Патологія сечовивідної системи (хронічний цистит, пієлонефрит) зустрічалася серед осіб з легкою РВ підліткового віку – в 7,14% випадків (n = 11), захворювання серцево-судинної системи зустрічалися в 8,44% випадків (n = 13). Із захворювань ендокринної системи спостерігалися ожиріння і хвороби щитовидної залози. Надлишкова маса тіла зустрічалася

частіше у осіб з легкою РВ підліткового віку та психічними розладами – 12,98% (n = 20). Захворювання щитовидної залози діагностовано в 7 випадках гіпотиреозу та 3 – аутоімунного тиреоїдиту. Захворювання шкіри (атопічний дерматит, контактний дерматит) серед діагностували в 3,89% (n = 6). Захворювання кістково-м'язової системи та сполучної тканини були представлені патологією опорно-рухового апарату: кіфоз, сколіоз, плоскостопість, мікроцефалія, деформація кісткової системи, які, зазвичай, були обумовлені основним захворюванням – ДЦП, склали 53,89% (n = 83) випадків. Серед захворювань очей зустрічалися міопія, косоокість, астигматизм у 28,57% (n = 44) осіб.

Аналізуючи вплив встановлених соматичних захворювань на основне, слід зазначити, що осіб з легкою РВ підліткового віку з наявною соматичною патологією зазвичай триваліший час перебували в стаціонарі на обстеженні та лікуванні, що сприяло розвитку у них неврозоподібних розладів, астеничних і дстимічних проявів, фобій, закріплювало та посилювало стан тривоги, замкнутості, невпевненості в собі, провокувало виникнення емоційно-вольових порушень, реакцій протесту і інших патохарактерологічних радикалів. Тяжкі соматичні захворювання обмежували соціальні зв'язки, що в цілому призводило до поглиблення ступеня соціальної дезадаптації.

У осіб з легкою РВ в період дорослішання, відзначалося достовірне зниження показників хвороб органів дихання, крові, інфекцій шкіри. Без значущих змін зберігалися показники хвороб органів травлення, шкіри, сечостатевої системи. Достовірно, з віком, діагностувалося збільшення кількості захворювань ендокринної системи, кістково-м'язової патології, хвороб ока та додаткового апарату.

Третім кроком стало вивчення дуже значущого компонента супутньої патології у осіб з легкою РВ підліткового віку – патології нервової системи, яка грає одну з головних ролей у формуванні РВ та впливає на перебіг даного захворювання, виступаючи потужним чинником формування емоційних

розладів, психоорганічного синдрому, поведінковими розладами та порушеннями пам'яті і уваги. Виявлено, що 59,1% (n=91) обстежених з РВ мали одне або кілька неврологічних захворювань. У досліджуваній групі були виявлені наступні коморбідні неврологічні розлади: ДЦП паралічі і парези були діагностовані в 43,50% (n = 67) випадків, епілепсія і епілептиформні синдроми у 14,93% (n = 23) осіб, дизартрія, як найбільш поширена неврологічна патологія відзначалася в 26,62% (n = 41), черепно-мозкові травми зустрічалися в 17,53% (n = 27) випадків, гідроцефалія була представлена як зовнішніми, так і внутрішніми формами, діагностувалась в 7,79% (n = 12) спостережень, внутрішньочерепна гіпертензія встановлена в 9,74% (n = 15) осіб та вегетативні розлади відзначалися у, 20,78% (n = 32) обстежених осіб.

Визначена у осіб з легкою РВ підліткового віку виявлена коморбідна неврологічна патологія була представлена як функціональними розладами, які носили тимчасовий характер, періодично посилювалися або згладжувалися під впливом різних факторів, так і важкими хронічними захворюваннями (дитячий церебральний параліч, гідроцефалія, епілепсія) з достовірним перевищенням загальних показників в популяції. За даними катамнестичного спостереження встановлено, що з віком у досліджуваних осіб зменшилася кількість випадків запальних захворювань, епілепсії та черепно мозкових травм, але достовірно збільшилися показники функціональних розладів вегетативної нервової системи та вертеброгенних захворювань.

Таким чином проведене дослідження показало, що в результаті спостереження осіб з легкою РВ підліткового віку був виявлений високий відсоток різноманітної коморбідної патології, що сприяє погіршенню загального стану, соціального функціонування, якості життя та може приводити до втрати працездатності в майбутньому. При чому неврологічна патологія та соматичні хвороби потенціюють виникнення, та розвиток психопатологічних розладів. Вплив неврологічної симптоматики на

прикладях розвитку церебрастенічного синдрому, психоорганічного синдрому, синдрому розладів вегетативної нервової системи, доводить їх сприяння в розвитку емоційних порушень, рухової розгальмованості, неврозоподібних та особистісних розладів. В свою чергу захворювання органів дихання, серцево-судинної системи, ендокринна патологія впливають на центральну нервову систему, а для прогнозу і перебігу соматичної патології має значення наявна психопатологічна патологія.

Резюме

Вивчення коморбідної патології у осіб з легкою РВ підліткового віку та її впливу на перебіг основного захворювання показало високий відсоток (78,57%) різноманітної коморбідної патології, що сприяє погіршенню загального стану, соціального функціонування, якості життя та може приводити до втрати працездатності в майбутньому.

Серед коморбідних психічних розладів у осіб з легкою РВ підліткового віку було виявлено чотири основні групи: розлади поведінки – 40,91%, специфічний розлад розвитку мови в 37,01%, неврозоподібні розлади 26,62% та органічний астенічний розлад у 24,03%. Серед неврологічної патології переважали функціональні розлади рухів 43,5%, дизартрія – 26,62%, вегетативні розлади – 20,78%, ЧМТ – 17,53%. Серед коморбідної соматичної патології найчастіше були представлені захворювання кістково-м'язової системи – 53,89%, порушення зору 28,57%, патологія органів дихальної системи – 27,92%, захворювання шлунково-кишкового тракту – 22,08%.

Встановлено, що вплив коморбідної патології на перебіг легкої РВ носить комплексний і системний характер: неврологічна та соматична патологія потенціюють виникнення та розвиток психопатологічних розладів, в свою чергу соматичний стан впливає на ЦНС, а для перебігу соматичних захворювань має значення наявна психопатологічна патологія.

Наявність коморбідної патології у осіб з легкою РВ підліткового віку збільшує тривалість та частоту перебування їх на стаціонарному лікуванні, що в свою чергу сприяє розвитку неврозоподібних розладів, астенічних і

дистімічних проявів, фобій, посилює стан тривоги та провокує виникнення емоційно-вольових і інших патоперсоналогічних порушень що призводить до поглиблення соціальної дезадаптації.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [43, 49].

РОЗДІЛ 6

**ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ
ТА СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ОСІБ
З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

Враховуючи високу значущість сімейних відносин в оцінці ЯЖ нами було проведено вивчення структури і особливостей ЯЖ осіб із легким ступенем РВ підліткового віку, які постійно мешкають з родиною (ГР) та, у якості групи порівняння, тих що більшу частину часу знаходяться в спеціалізованих інтернатах (ГІ). Отримані показники ЯЖ в значущих сферах соціального функціонування осіб з легкою РВ підліткового віку представлені в табл. 6.1.

Таблиця 6.1 – Показники ЯЖ осіб з легкою РВ підліткового віку з різною формою мешкання

Сфери ЯЖ	ГР (n=112)	ГІ (n=42)
Школа	1,72±1,1	2,13±1,3
Сім'я	2,49±1,6	1,33±0,7
Соціальні взаємодії з однолітками	1,8±1,1	1,9±1,1
Дозвілля	3,1±1,6	2,92±1,5
Фізичне здоров'я	1,8±1,1	1,5±0,8
Психічне здоров'я	2,35±1,3	2,63±1,2
Загальна оцінка ЯЖ	1,42±0,9	1,88±1,1
Зайнятість підлітка у зв'язку з хворобою	2,36±1,4	2,39±1,3
Зайнятість підлітка у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами.	2,29±1,3	1,99±1,2

Згідно з даними наведеними в таблиці 6.1, серед оцінюваних сфер найбільш високі (несприятливі) показники ЯЖ в ГР та ГІ відзначені за шкалою «дозвілля» – 3,1 бали та 2,92 бали відповідно. Найбільш низькі (позитивні) показники ЯЖ серед ГІ виявлено в сфері сім'ї – 1,33 бали. У ГР найбільш низькі (позитивні) показники ЯЖ виявлено в загальній оцінці якості життя – 1,42 бали. Порівняння показників ЯЖ в ГІ, виявило достовірні ($p < 0,01$) відмінності за шкалою «сім'я». Особи ГІ оцінили свої стосунки в родині більше сприятливо – 1,33 бали (близько до «дуже добре»), ніж особи з ГР – 2,49 бали (близько до «задовільно»)

Проведений кореляційний аналіз оцінок ЯЖ в ГІ, показав пряму кореляція показників шкали «психічне здоров'я» зі шкалами «сім'я» ($r = 0,47$), «контакти з однолітками» ($r = 0,42$) і «загальна оцінка ЯЖ» ($r = 0,38$). Кореляції між оцінками ЯЖ у ГР були представлені прямими кореляціями між шкалою «загальної оцінки якості життя» і шкалами «школа» ($r = 0,37$), «сім'я» ($r = 0,39$), «психічне здоров'я» ($r = 0,43$).

У осіб з легкою РВ з ГІ характерними виявилися зв'язки між задоволеністю ЯЖ в сфері свого психічного здоров'я та задоволеністю взаєминами в родині і з однолітками. У ГР взаємопов'язаними виявилися загальна оцінка ЯЖ і задоволеність ЯЖ в родині і школі.

Таким чином, у осіб з легкою РВ підліткового віку в ГІ показники ЯЖ відрізнялися більш сприятливою оцінкою сімейних взаємин, ніж у їхніх однолітків, які постійно мешкають з батьками. Для ГР був характерний взаємозв'язок задоволеності ЯЖ в області психічного здоров'я зі сферами сім'ї і контактів з однолітками.

Методика оцінки ЯЖ дітей та підлітків з психічними розладами ІЛК також має показники оцінки батьками ЯЖ своїх дітей. Отримані в ході дослідження показники ЯЖ осіб з легкою РВ за оцінками їх батьків представлені в таблиці 6.2, виявилися дуже цікавими.

Таблиця 6.2 – Показники ЯЖ осіб з легкою РВ підліткового віку з різною формою мешкання за результатами оцінки батьками

Сфери ЯЖ	ГР (n=112)	ГІ (n=42)
Школа	2,82±0,9	2,85±0,9
Сім'я	1,43±0,8	3,24±1,1
Соціальні взаємодії з однолітками	2,39±0,8	2,86±0,9
Дозвілля	2,32±0,9	2,38±0,9
Фізичне здоров'я	2,69±1,0	3,18±0,8
Психічне здоров'я	3,06±0,8	3,69±0,8
Загальна оцінка ЯЖ	2,5±0,8	2,76±0,8
Зайнятість підлітка у зв'язку з хворобою	2,3±1,2	2,1±0,8
Зайнятість підлітка у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами.	1,64±1,0	1,24±0,6
Зайнятість батьків у зв'язку з хворобою підлітка	3,6±0,9	2,11±0,9
Зайнятість батьків у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами підлітка.	2,9±0,8	1,8±0,9

Дані, отримані за результатами батьківського блоку тесту ІЛК, говорять про те, що оцінка батьками ЯЖ осіб ГІ, виглядає наступним чином: найбільш несприятливі показники ЯЖ виявлено за шкалою «психічне здоров'я» – 3,69 бали, найбільш низькі оцінки ЯЖ осіб з ГР, з боку їх батьків, були дані за шкалами: «завантаженість батьків в зв'язку з захворюванням підлітка» – 3,6 бали. Найбільш сприятливо батьками осіб з ГІ оцінювалася шкала «зайнятість батьків у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами підлітка» – 1,8 бали. Серед батьків осіб ГР найбільш позитивно було оцінено ЯЖ осіб в сім'ї – 1,43 бали.

Проведений порівняльний аналіз результатів виявив достовірні ($p < 0,01$) відмінності в оцінках батьків за шкалами: «сім'я», «зайнятість батьків у

зв'язку з хворобою підлітка», «зайнятість батьків у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами підлітка».

Батьки осіб з ГІ оцінили ЯЖ їх дітей у сфері сім'ї менш сприятливо, ніж батьки осіб з ГР. Також батьки осіб з ГІ, відзначили меншу завантаженість в зв'язку психічним захворюванням своїх дітей і їх лікуванням. Загалом батьки осіб на легку РВ підліткового віку ГІ давали більш несприятливі оцінки ЯЖ своїх дітей в сім'ї, ніж батьки осіб з ГР.

Нами було проведено порівняння показників задоволеності ЯЖ осіб з легкою РВ підліткового віку і тим, як їх батьки оцінювали ЯЖ своїх дітей. В результаті були виявлені достовірні ($p < 0,01$) відмінності в оцінках між батьками і підлітками. При порівняльному аналізі показників ЯЖ осіб з легкою РВ в ГІ, з оцінками їх батьків, виявлено статистично достовірні ($p < 0,01$) відмінності за шкалами «школа», «сім'я», «контакти з однолітками», «дозвілля», «фізичне здоров'я», «психічне здоров'я», «загальна оцінка якості життя». Практично у всіх зазначених сферах досліджувані особи оцінювали свою ЯЖ більш сприятливо, ніж вважали батьки. Виключення складала лише сфера дозвілля, де особи вказали меншу задоволеність.

Вивчення оцінок ЯЖ в ГР осіб з легкою РВ підліткового віку показало існування достовірних ($p < 0,01$) відмінностей за шкалами «сім'я», «контакти з однолітками», «дозвілля», «загальна оцінка якості життя». Особи даної групи були більш задоволені взаємовідносинами з однолітками і своєю ЯЖ в цілому, ніж вважали їхні батьки, але менш сприятливо оцінювали сферу сімейних взаємин і дозвілля.

Встановлено існування достовірних ($p < 0,01$) протилежних відмінностей в оцінках батьків та осіб в сфері сім'ї у респондентів з різною формою мешкання. Для осіб з ГІ, було встановлена така розбіжність оцінок, при якій досліджувані особи оцінювали ЯЖ сфері сімейних взаємин вище ніж їхні батьки. В той час як особи з ГР, показали нижчу задоволеність в даній сфері, ніж вважали їхні батьки.

Таким чином а наліз структури і особливостей ЯЖ осіб з легкою РВ підліткового віку з різними формами мешкання виявив значущі відмінності оцінок у сфері життя досліджуваних осіб, пов'язаної з родиною. Показники ЯЖ в даній сфері у осіб з ГІ були більш сприятливі, ніж у їхніх однолітків, які виховуються батьками. Що, з одного боку, може бути наслідком механізму, пов'язаного з певною ідеалізацією сім'ї, але в той же час може бути наслідком поліпшення відносин у родині. Особи знаходяться вдома тільки у вихідні дні або кані-кули, а всі питання, пов'язані з вихованням, спілкуванням і в разі необхідності, лікуванням дитини вирішує персонал інтернату. Крім того данні, які оцінюють моральну і тимчасову завантаженість батьків в зв'язку з захворюванням підлітка і необхідністю його лікування і обстеження, показали, що ці сфери життя більш сприятливо оцінили батьки, чії діти мешкають в інтернаті. Такий стан речей призводить до ситуації, коли батьки, передаючи більшу частину відповідальності за освіту, виховання, можливість отримання медичної допомоги їх дитиною інтернату, зменшують ступень своєї моральної завантаженості і тим самим покращують свою ЯЖ.

Розбіжності отримані в оцінці ЯЖ з боку досліджуваних осіб і оцінки їх ЯЖ батьками, скоріш за все, пов'язані з недостатньою зайнятістю у вільний час, невмінням занять себе або залученням осіб з легкою РВ до нецікавих їм занять.

Отримані дані дозволяють говорити, що проживання в інтернаті впливає на задоволеність ЯЖ в родині як обстежуваних осіб, так і їх батьків. Проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність взаємопов'язаних сфер соціального функціонування, характерних саме для осіб підліткового віку з ГІ, якими виявилися ЯЖ в сфері психічного здоров'я, що корелює з задоволеністю ЯЖ в сфері сім'ї та відносин з однолітками.

Також на першому етапі дослідження було проведено аналіз соціального функціонування (СФ) осіб з легкою РВ підліткового віку. За результатами проведеного обстеження за допомогою «Карти реєстрації

соціальних навичок і умінь хворих, які страждають хронічними психічними розладами» при ранжируванні обстежуваних осіб за рівнем соціальної адаптації була встановлена кореляція між середнім балом розвитку соціальних навичок і ступеню інтелектуального зниження (рис. 6.1).



Примітки:

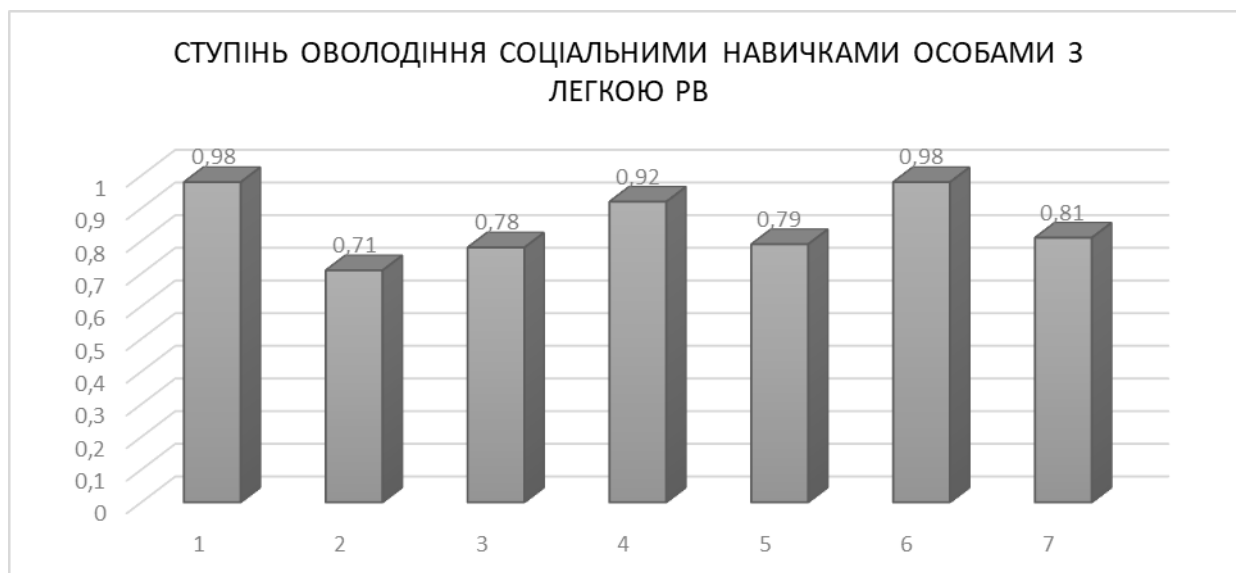
- 1 – орієнтованість в собі і навколишньому;
- 2 – освітні навички та їх використання;
- 3 – навички спілкування;
- 4 – навички самообслуговування;
- 5 – побутові навички;
- 6 – здатність орієнтуватися поза домом і користуватися громадським транспортом;
- 7 – здатність до контролю і планування своєї діяльності.

Рисунок 6.1 – Ступінь оволодіння соціальними навичками підлітками з легкою РВ.

Виявлена кореляція ($r = 0,498$) між підсумковим середнім балом розвитку навичок і ступеню розумового недорозвинення була прямою – тобто чим вище були інтелектуальні показники, тим вищий бал, що оцінював СФ осіб ($p < 0.001$).

У момент катamnестичного обстеження для оцінки СФ хворих використовувалася «Карта оцінки соціального функціонування молодих дорослих психічно хворих». Результати відображає рис. 6.2, демонструє

показники функціонування у осіб з легкою РВ у віці 18-21 рік, знижені лише за рахунок низького освітнього рівня і навичок спілкування та побутових навичок. За іншими показниками СФ майже не відрізняється від загально прийнятих результатів.



Примітки:

- 1 – орієнтованість в собі і навколишньому;
- 2 – освітні навички та їх використання;
- 3 – навички спілкування;
- 4 – навички самообслуговування;
- 5 – побутові навички;
- 6 – здатність орієнтуватися поза домом і користуватися громадським транспортом;
- 7 – здатність до контролю і планування своєї діяльності.

Рисунок 6.2 – Ступінь оволодіння соціальними навичками дорослими особами з легкою РВ.

Основними факторами, що впливають на рівень СФ у дорослому віці осіб з легкою РВ є: вік до початку захворювання; ступінь вираженості психопатологічних розладів в дитинстві; прогресивність захворювання; показники інтелекту до моменту повноліття; відсутність коморбідних розладів; комплаєнтність як самих досліджуваних осіб, так і їх батьків;

етапність комплексного лікування, психолого-педагогічних і соціальних корекційних заходів протягом дорослішання; соціальне оточення.

Резюме

Проведене дослідження ЯЖ у осіб з легкою РВ підліткового віку встановило, що найбільш несприятливі показники встановлені за шкалою «дозвілля». Найбільш позитивні показники ЯЖ в групі осіб з легкою РВ підліткового віку, що проживають в інтернатах, виявлено в сфері сім'ї а в групі обстежених осіб, що живуть з батьками, – в загальній оцінці ЯЖ. Порівняння показників ЯЖ в сформованих групах, виявило достовірні ($p < 0,01$) відмінності за шкалою «сім'я». Особи з першої групи оцінили свої стосунки в родині більше сприятливо – близько до «дуже добре», ніж особи з другої – близько до «задовільно».

Також, за результатами аналізу особливостей ЯЖ та СФ осіб з легкою РВ підліткового віку, що проживають в інтернатах, було встановлено: прямий кореляційний зв'язок показників шкали «психічне здоров'я» зі шкалами «сім'я» ($r = 0,47$), «контакти з однолітками» ($r = 0,42$) із «загальною оцінкою ЯЖ» ($r = 0,38$); за даними, отриманими за результатами тестування батьків осіб цієї групи, найбільш несприятливі показники ЯЖ виявлено за шкалою «психічне здоров'я», а найбільш сприятливо батьки цих осіб оцінювали шкалу «зайнятість батьків у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами підлітка»; достовірні ($p < 0,01$) відмінності в оцінках ЯЖ між батьками і підлітками за шкалами «школа», «сім'я», «контакти з однолітками», «дозвілля», «фізичне здоров'я», «психічне здоров'я», «загальна оцінка якості життя» – обстежувані особи оцінювали свою ЯЖ більш сприятливо, ніж вважали батьки.

У той час, як для обстежених осіб, що живуть з батьками, було виявлено: прямі кореляційні зв'язки між шкалою «загальної оцінки ЯЖ» і шкалами «школа» ($r = 0,37$), «сім'я» ($r = 0,39$), «психічне здоров'я» ($r = 0,43$); найбільш несприятливі показники ЯЖ виявлено за шкалою «завантаженість

батьків в зв'язку з захворюванням підлітка», а найбільш позитивно батьки цих осіб оцінювали ЯЖ їх хворих дітей в сім'ї; достовірні ($p < 0,01$) відмінності в оцінках ЯЖ між батьками і підлітками за шкалами «сім'я», «контакти з однолітками», «дозвілля», «загальна оцінка якості життя». Досліджувані особи були більш задоволені взаємовідносинами з однолітками і своєю ЯЖ в цілому, ніж їхні батьки, але менш сприятливо оцінювали сферу сімейних взаємин і дозвілля.

Встановлені особливості оцінки ЯЖ особами з легкою РВ підліткового віку та їх батьками вказують на сфери, які потребують найбільшої уваги з точки зору психічної та соціальної реабілітації даного контингенту осіб.

Рівень СФ осіб із легкою РВ підліткового віку безпосередньо корелює з глибиною інтелектуального дефіциту. Його підвищенню сприяють багаторічні лікувально-реабілітаційні втручання, виявлення та корекція порушень навичок життєдіяльності, психоосвіта батьків або родичів осіб даної категорії, допомога в працевлаштуванні, медикаментозна корекція при необхідності компенсації клінічного стану та для підвищення рівня соціальної пристосованості.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [44, 45].

РОЗДІЛ 7

БАГАТОРІВНЕВА МЕТОДИКА ОЦІНКИ ОБМЕЖЕННЯ АДАПТАЦІЇ ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ТА ПРОГРАМА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ

7.1. Методика оцінки обмежень адаптації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку

Проведений аналіз клініко-анамнестичних характеристик, клініко-психопатологічного наповнення клінічної картини та особливостей ЯЖ та СФ осіб з легкою РВ підліткового віку дозволив нам сформулювати багаторівневу методику визначення рівня обмеження адаптації, як підґрунтя для програми реабілітації даного контингенту.

В рамках розробленої методики пропонується клінічно оцінювати рівень адаптації осіб із легкою РВ за наступними категоріями: клінічний та психометричний спектри, наявність та рівень тяжкості супутньої патології, особливості показників ЯЖ та СФ, соціально-адаптивні навички. Рівень адаптивності за клінічним аспектом визначався загальним запасом знань, обізнаністю, можливістю обстежуваної особи називати частини тіла, вмінням розпізнавати емоції оточуючих та адекватно висловлювати свої, спроможністю до орієнтації у нових та звичних умовах або стаціях (у незнайомому місці, на вулиці, вдома тощо), рівнем залежності від сторонній допомоги у цих ситуаціях, наявністю або відсутністю супутньої психічної патології, її спектром та ступенем тяжкості.

В рамках психометричного аспекту пропонувалось виконати інструментальну оцінку когнітивних функцій безпосередньо із допомогою тесту Векслера. Окрім інтелектуального коефіцієнту враховувалась також і потреба обстежуваної особи у сторонній допомозі підчас заповнення тестового

бланку, рівень усвідомлення мети окремих задач, спроможність до ціленаправленої діяльності та концентрації уваги.

Наступним предметом оцінки в рамках розробленої методики є супутня патологія: зверталась увага не лише на спектр наявної соматичної та неврологічної, особливості її перебігу тощо, але і характер її впливу на перебіг основного захворювання.

Визначення особливостей ЯЖ та СФ відбувалось за допомогою інструментальних методів, зокрема опитувальника для оцінки якості життя дітей і підлітків з психічними розладами (ILK) (F. Mattejat, H. Remschmidt, 1998). Окрім безпосередніх показників ЯЖ велике значення мали розуміння сутності завдань та необхідність додаткової допомоги при їх виконанні.

Рівень адаптивності за соціально-адаптивним аспектом оцінювалась за допомогою визначення необхідності обстежуваних осіб у сторонній допомозі, догляді, рівні залежності від інших людей, наявністю або відсутністю стійкої непрацездатності (групи інвалідності).

Компіляція показників за названими аспектами і визначає рівень адаптації осіб із легкою РВ підліткового віку.

Для зазначеної категорії осіб із *дуже низьким* загальним рівнем адаптації характерні наступні ознаки:

- *клінічний спектр*:

- нерозуміння або погане розуміння назв частин тіла;
- неможливість самостійної орієнтації на вулиці і вдома;
- неможливість зорієнтуватись у нових обставинах
- розуміння місця прийому їжі (вдома або у спеціальному закладі);
- потреба у сторонній допомозі підчас виконанні усіх практичних дій;
- запас знань дуже обмежений;
- недостатній обсяг знань для адекватної взаємодії з іншими людьми, для підтримання достатнього рівня соціальної взаємодії;

- мала диференційованість емоцій та дій, які не відповідають характеру і меті завдання;

- присутні додаткові психічні розлади.

- *психометричний спектр:*

- інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 50-55 (за Векслером);
- неможливість виконувати практично всі тестові методики навіть зі сторонньою допомогою.

наявність супутньої патології:

- наявність виразної неврологічної патології;
- наявність тяжкої соматичної патології;
- наявність комбінації неврологічної та соматичної патологій.

спектр ЯЖ та СФ:

- вкрай низький рівень ЯЖ та СФ;
- неможливість оцінити рівень власної ЯЖ чи СФ, необхідна допомога оточуючих;

соціально-адаптивний спектр:

- потреба у постійного догляду;
- повна залежність від інших осіб;
- непрацездатність (2 або 3 група непрацездатності).

Для осіб з легкою РВ підліткового віку із *низьким* загальним рівнем адаптації характерні наступні ознаки:

- *клінічний спектр:*

- достатнє розуміння назв частин тіла;
- здатність до орієнтації з допомогою інших осіб у звичайних побутових обставинах;
- розуміння призначення окремих побутових предметів;
- можливість самостійного виконання нескладних побутових задач;
- дотримання правил поведінки в громадських місцях;

- низька здатність до оволодіння новими знаннями та навичками;
- розлади у моторній сфері у вигляді порушення дрібної моторики;
- здатність до адекватної експресії нескладних емоційних реакцій;
- можливість виконання цілеспрямованих дій;
- присутні додаткові психічні розлади.

- *психометричний спектр:*

- інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 55-56 (за Векслером);
- часткова можливість виконувати тестові методики зі сторонньою допомогою.

наявність супутньої патології:

- наявність одного коморбідного захворювання середньої важкості.

спектр ЯЖ та СФ:

- низький рівень ЯЖ та СФ;
- рівень ЯЖ та СФ частково можливо визначити за допомогою методик (на основі самоаналізу) для психічно хворих;
- більшість показників ЯЖ та СФ мають завищений (суб'єктивний) характер.

соціально-адаптивний спектр:

- потреба у постійній допомозі або підтримці оточуючих;
- обмежена працездатність (3 група непрацездатності).

Для осіб з легкою РВ підліткового віку із *задовільним* загальним рівнем адаптації характерні наступні ознаки:

- *клінічний спектр:*

- здатність до орієнтування у звичній ситуації самостійно, без супроводу близьких;

- можливість використовувати побутові прилади у повному обсязі;
- здатність орієнтуватися на вулиці, у знайомих місцях, без додаткового супроводу;
- дотримання правил поведінки в громадських місцях;
- можливість виконання дрібних доручень, роботи, покупки та інше;
- здатність до навчання у спеціалізованих навчальних закладах (середньо чи середньо-спеціальної освіти);
- позитивний емоційний настрій;
- цілеспрямованість, яка проявляється у можливості виконувати нескладну роботу, що не вимагає постійної уваги
- відсутність супутніх психічних порушень або наявні розлади не призводять до станів декомпенсації;

- психометричний спектр:

- інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 60-65 (за Векслером);
- труднощі при самостійному виконанні окремих тестів;

наявність супутньої патології:

- незначні порушення або відсутність самотинної/неврологічної патології;

спектр ЯЖ та СФ:

- середні показники ЯЖ та СФ;
- показники ЯЖ та СФ можливо достовірно визначити за допомогою методик для психічно хворих;
- більшість показників ЯЖ та СФ мають об'єктивний рівень оцінки.

соціально-адаптивний спектр:

- здатність до самообслуговування в більшості випадків;
- рідкісні випадки потребою у частковій допомозі від інших осіб;

- потреба у спеціальних або спрощених умов для праці та додаткових умов для соціальної адаптації.

Для осіб з легкою РВ підліткового віку із *компенсованим* загальним рівнем адаптації характерні наступні ознаки:

- *клінічний спектр*:

- достатній рівень орієнтації в оточуючій ситуації;
- потреба у допомозі або підтримці інших людей лише в незвичайних, стресових ситуаціях;
- здатність до оволодіння шкільними навичками в обсязі початкової школи;
- потреба у корекції навчального плану за спеціальною програмою;
- більшість емоційних реакцій адекватні ситуації за спектром та мірою виразності;
- відсутність супутніх психічних порушень;

- *психометричний спектр*:

- інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 65-70 (за Векслером);
- можливість виконання всіх відповідних тестів на валідизацію інтелектуального коефіцієнту самостійно.

наявність супутньої патології:

- відсутність самотинної/неврологічної патології;

спектр ЯЖ та СФ:

- рівень ЯЖ та СФ близький до стандартних показників;
- рівень ЯЖ та СФ можливо визначити за допомогою стандартних методик для психічно хворих;
- зазвичай завищені показники загальної оцінки ЯЖ;

соціально-адаптивний спектр:

- здатність до самообслуговування та самостійного проживання без нагляду;

- відсутність потреби у спеціальних або спрощених умов для праці.

Таким чином, нами визначено основні клініко-психопатологічні, психологічні та медико-соціальні підходи до діагностики та критерії оцінки обмежень адаптації при легкій РВ підліткового віку які базуються на комплексній оцінці клініко-функціонального, медико-психологічного та соціального статусу.

На наш погляд основними клінічними ознаками РВ у підлітковому віці є: наявність інтелектуального зниження де має місце переважна стійка недостатність абстрактних форм мислення; недорозвинення пізнавальних форм розумової діяльності представлене порушеннями логічного мислення, сповільненням рухливості психічних процесів узагальнення та порівняння предметів і явищ навколишньої дійсності; уповільнений темп мислення і інертність психічних процесів, яка обумовлює відсутність можливості перенесення засвоєного в процесі навчання способу дії в нові умови; недорозвинення мислення позначається на функціях уваги, порушує компоненти психічної активності, пов'язані з аналітико-синтетичною діяльністю мозку, що приводить до недорозвитку складних емоцій і довільних форм поведінки; інтелектуальне недорозвинення, зазвичай, має поєднання з порушеннями моторики, мови, пам'яті, уваги та емоційної сфери.

Для визначення глибини психічного недорозвинення і якісної характеристики її структури, крім основного клініко-психопатологічного методу, який надає можливість виділяти додаткові психопатологічні синдроми та діагностувати ускладнені та атипові форми РВ, повинні використовуватися патопсихологічне обстеження, що включає дослідження мислення і передумов інтелектуальної діяльності; аналіз наявності та особливостей проявів коморбідної патології, соціальну характеристику, що відбиває можливості засвоєння шкільної програми, а також особливості соціального статусу підлітка та можливостей подальшого працевлаштування.

Рекомендації щодо складання диференційованих програм індивідуальної реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку повинні ґрунтуватися на аналізі клініко функціональних даних, категоріях обмежень адаптації та ступеня їх виразності, рекомендованих та протипоказаних видах трудової зайнятості, з урахуванням віку, рівня адаптації, реабілітаційного потенціалу індивіда та можливості його реалізації.

7.2 Програма реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку

На сучасному етапі стає очевидно, що основою своєчасної діагностики та підвищення якості надання допомоги хворим на легку РВ підліткового віку є принцип комплексного підходу за участю поліпрофесійної бригади фахівців та оцінкою біологічних, фізичних, психологічних, соціальних факторів, що мають важливу роль у формуванні психічних розладів

Найважливіша умова реабілітації розумово відсталих дітей – раннє виявлення, своєчасне та поетапне надання лікувальної та корекційно-педагогічної допомоги, що здійснюється мережею закладів охорони здоров'я та освіти, включаючи музичну, спортивну, художню школи, центр додаткової освіти, а також органами соціальної забезпечення та професійного навчання

Організація спеціалізованої допомоги розумово відсталим дітям будується з урахуванням чотирьох найважливіших принципів реабілітації: 1) принцип партнерства; 2) принцип всебічних зусиль при реалізації реабілітаційної програми; 3) принцип єдності психічних, біологічних та соціальних впливів; 4) принцип етапності заходів що реалізуються.

З урахуванням цих принципів, кожен підліток за результатами обстеження отримувач свою індивідуальну програму реабілітації, в якій враховувалися дані первинної діагностики а також медико-біологічні, соціальні, психологічні та педагогічні аспекти. Медико-біологічний аспект включав встановлення розгорнутого діагнозу з виділенням ускладнень основного захворювання, супутніх захворювань та призначенням медикаментозних

засобів. Психолого-педагогічний аспект був спрямований на вивчення особистості підлітка, та корекцію наявних розладів. Соціальний аспект охоплював питання системи соціально-психологічних відносин у групах, де знаходиться підліток (школа, інтернат, спортивна секція та ін.) та сім'ї, з урахуванням наявної соціально-економічної допомоги, професійних (навчання доступним формам праці), побутових факторів.

Медикаментозна терапія спиралася на принцип максимально раннього початку лікування, комплексного впливу з урахуванням етіології захворювання, особливостей механізму формування коморбідної патології, диференціювання, систематичності. При необхідності пропонувалося стаціонарне обстеження та лікування, яке проводилося за наявності загострення супутньої патології та декомпенсації основної.

Було сформовано 6 реабілітаційних програм для осіб із легкою РВ підліткового віку. Вибір тої чи іншої програми залежить від загального рівня адаптації особи та спектру супутньої патології.

Перша програма застосовувалася до осіб з легкою РВ з відсутністю у них важкої хронічної коморбідної патології, слабкою виразністю порушень поведінки та компенсований чи задовільний рівень адаптації.

Друга програма рекомендувалася особі з легкою РВ підліткового віку за наявності неврологічної патології такої як гідроцефалії, доброякісної внутрішньочерепної гіпертензії тощо та компенсований чи задовільний рівень адаптації.

Третя програма запропонована для осіб з легкою РВ із порушеннями моторного розвитку, паралітичними синдромами, ДЦП та із низьким та дуже низьким рівнем загальної адаптації, яким рекомендовано активне використання лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичних процедур.

Четверта програма використовувалася за наявності коморбідної психічної патології при неврозоподібних та невротичних станах, наявності астеничної симптоматики, виразних розладах особистості та низьким рівнем загальної адаптації.

П'ята програма рекомендувалась при наявності коморбідної соматичної патології та з низьким або дуже низьким рівнем адаптації. Використовувалася патогенетична та симптоматична терапія соматичних захворювань спільно з педіатром або лікуючим лікарем.

Шоста програма застосовувалася для хворих осіб із присутністю мовної патології та будь-яким загальним рівнем адаптації.

Лікувально-педагогічна робота будувалася в кожному конкретному випадку з урахуванням клінічних особливостей захворювання, структури інтелектуального дефекту, особливостей особистості, мови та моторики. Навчально-виховна робота у школі включала початкові етапи організації трудового навчання, що займає важливе місце у процесі підготовки осіб з легкою РВ підліткового віку до самостійного життя та діяльності.

Безумовно ефективність роботи з обстеженими була тісно пов'язана з особливостями відносин у сім'ї. Враховуючи те, що саме батьки знаходяться з дитиною більшу частину часу, від стану цих відносин, багато в чому залежить успішність роботи всіх спеціалістів. Тому, як на момент обстеження, так і протягом всього періоду спостереження батьки підлітка були найважливішими учасниками процесу реабілітації та соціальної адаптації. З ними проводилася постійна інформаційна терапія та, за наявної потреби, психотерапевтичні заняття. При своєчасному та активному проведенні лікувально-корекційних та виховних заходів більшість осіб, які страждають на легку РВ, виявлялися здатними до праці.

Для порівняльного аналізу запропонованих реабілітаційних програм нами були виділені дві групи осіб з легкою РВ. Перша (Г1) у яку увійшли осіб з легкою РВ підліткового віку без додаткових психічних розладів, та друга (Г2) – осіб з легкою РВ та з коморбідними психічними розладами. У *першій* програмі, де участь брали особи з Г1, акцент у реабілітації був на психотерапевтичному комплексі, у *другій* програмі, де були особи з Г2, основна роль у реабілітаційному процесі віддавалася психофармакологічним засобам в комплексі з психотерапевтичними (табл. 7.1).

Таблиця 7.1 – Оцінка ефективності програм реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку в порівнянні з особами з легкою РВ підліткового віку та коморбідними психічними розладами

Критерії	Легка РВ	
	Без додаткових психічних розладів Г1 (n=18)	З коморбідними психічними розладами Г2 (n=48)
Психоемоційний стан		
Покращився	11 (78,5%)	36 (80%)
Не змінився	3 (21,5%)	1 (2,2%)
Погіршився	–	8 (17,8%)
Навчальні навички		
Покращилися	13 (92,8%)	37 (82,2%)
Не змінився	1 (7,2%)	–
Погіршилися	–	8 (17,8%)
Комунікативні навички		
Покращилися	10 (71,4%)	36 (80%)
Не змінився	4 (28,6%)	6 (13,4%)
Погіршилися	–	3 (6,6%)
Соціально-побутові навички		
Покращилися	9 (64,3%)	36 (80%)
Не змінився	5 (35,7%)	9 (20%)
Погіршилися	–	–

Особи Г1 давали переважно позитивну динаміку у відповідь реабілітаційні заходи. За легкого ступеня РВ поліпшення психоемоційного стану виявлялося у 78,5%, навчальних навичок у 92,8%, комунікативних навичок у 71,4%, соціально-побутових навичок у 64,3%, інші випадки не виявили особливо значущих змін за даними критеріям.

Наявність коморбідної психічної патології ускладнювала проведення психотерапії, тому деякі особи отримували коректори поведінки. У процесі реабілітації серед них, були встановлені особи, з поведінковими порушеннями, що не піддавалися корекції, тому крім позитивної динаміки, спостерігалася негативна динаміка або її відсутність на тлі психотерапії. Цим підліткам рекомендувалася симптоматична психофармакотерапія. В Г2 поліпшення психоемоційного стану відзначалося приблизно у 67%, погіршення – у 19,04%,

без змін – у 14,29%. Навчальні навички, які включали підвищення активної уваги, усидливість, навички листа, покращали у 82,2%, стали гіршими – у 17,8%. Комунікативні навички стали кращими у 80%, гірше – у 6,6%. Важлива навичка для осіб з легкою РВ підліткового віку – це навичка самообслуговування, велику роль розвитку даного показника грають психотерапевтичний і психопрофілактичний комплекси. Після реабілітації у навичках самообслуговування обстежувані особи показали позитивну динаміку у 80%, без змін навички залишилися у 20% випадків. Серед Г1, психоемоційний стан покращився у 78,5%, залишився без змін у 21,5%, що значно вище, ніж у дітей із Г2 ($p < 0,05$). Навчальні навички покращилися відсталості у 92,8% і залишилися без змін у 7,2%, підвищилася комунікативність у 71,4%, не змінилася після лікування – у 28,6%. Поліпшення навички самообслуговування відзначили у 64,3%, без змін соціально-побутова навичка залишилася у 35,7% випадків.

У якості критеріїв оцінки ефективності запропонованих реабілітаційних програм ми використовували оцінку динаміки інтегративних (суб'єктивних і об'єктивних) показників ступеню адаптації підлітка у ситуації його життєдіяльності за допомогою дослідження рівня якості життя та соціального функціонування. У нашому дослідженні ми проводили оцінку ЯЖ ва 2 етапи: перед початком лікування (1 етап) та після завершення лікування та реабілітації (2 етап) (табл. 7.2).

Як видно з представлених даних В Г1 індикатор загальної ЯЖ на першому етапі оцінки якості життя склав $2,29 \pm 1,7$ бали. На фоні реабілітації упорядковано поведінку, активність та емоційну складову, що обумовило ріст показника ЯЖ за рахунок покращення емоційного функціонування до $3,98 \pm 1,86$ балів. Особи з Г2 до лікування мали нижчі показники ЯЖ ($1,99 \pm 0,9$) порівняно з Г1. Та після лікування також нижче оцінили рівень ЯЖ ($2,34 \pm 1,12$) порівняно з Г1 ($3,98 \pm 1,86$), переважно за шкалою «соціального функціонування» та «життя в школі», але, у порівнянні з першим етапом, на фоні реабілітаційної програми, по їх завершенні у

обстежуваних осіб виник незначний ріст оцінок загальної ЯЖ від $1,99 \pm 0,9$ на першому етапі $2,34 \pm 1,12$ на другому переважно за рахунок шкал фізичного функціонування та соціального функціонування.

Таблиця 7.2 – Оцінка ефективності програм реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку за результатами дослідження ЯЖ

Етап	Без додаткових психічних розладів Г1 (n=14)		З коморбідними психічними розладами Г2 (n=42)	
	За оцінками осіб	За оцінками батьків	За оцінками осіб	За оцінками батьків
Початок лікування	$2,29 \pm 1,7$	$2,51 \pm 1,08$	$1,99 \pm 0,9$	$2,56 \pm 1,32$
Завершення лікування та реабілітації	$3,98 \pm 1,86$	$2,57 \pm 1,73$	$2,34 \pm 1,12$	$3,16 \pm 1,63$

По оцінці батьків дітей з Г2, показники ЯЖ підвищувалися на фоні реабілітації від $2,56 \pm 1,32$ на першому етапі до $3,16 \pm 1,63$ на другому. Батьки відзначили покращення у обстежуваних осіб комунікативних навиків і психоемоційного стану. Загальна оцінка ЯЖ в Г2 серед батьків була вищою, порівняно з оцінками осіб, як на першому так і на другому етапі, що може свідчити про більш точний її аналіз з точки зору батьків. У Г1, батьки відзначали майже нульову (0,06) динаміку в показниках загальної оцінки ЯЖ. До лікування батьки оцінили ЯЖ на $2,51 \pm 1,08$ бали, після лікування, показники ЯЖ склали $2,57 \pm 1,73$ бали. Порівняно з значним підвищенням загальної оцінки ЯЖ серед обстежуваних осіб, такі результати можливо пояснити наявністю серед батьків Г1 високих очікування від терапії та завищених вимог до результатів реабілітації.

Слід зазначити, що батьки осіб з легкою РВ із позитивною динамікою захворювання, яка спостерігалася до початку обстеження, вище оцінили загальну ЯЖ відповідно до оцінок осіб з негативною динамікою – $4,12 \pm 2,1$ та

2,34,3±1,4 бали ($p<0,005$). Батьки осіб з легкою РВ підліткового віку, у яких на фоні реабілітації відзначалося покращення, нижче оцінювали ЯЖ після лікування – 2,68±1,74 бали. Данна тенденція могла відражати завищені очікування від реабілітації. Батьки осіб, у яких спостерігали негативну динаміку або її відсутність, до початку дослідження, на другому етапі давали більш високу оцінку ЯЖ, відповідно до показників на першому етапі.

При вибірковому катамнестичному дослідженні ЯЖ (в період від одного до шести місяців) встановлено, що загальна оцінка ЯЖ як серед батьків, так і серед осіб в Г1 залишилася майже на тому самому рівні (2,69±1,7 та 3,89±1,86 відповідно), на відміну від оцінок в Г2, де загальний індикатор ЯЖ знову знизився до показників початку дослідження. Цей факт підкреслює необхідність більш тривалих, за часом та за кількістю, реабілітаційних заходів серед осіб з легкою РВ підліткового віку з психічною та іншою коморбідною патологією.

Загалом, після проведених реабілітаційних програм, в Г1 обстежувані особи продемонстрували покращення за всіма психічними параметрами: покращився психоемоційний стан, оптимізувалися навички до навчання, зросла комунікативність, покращилися навички самообслуговування. В Г2 також спостерігалися покращення за даними параметрами, але в 19,04 % були отримані негативні результати. В результаті проведеної реабілітації відзначалося зниження випадків і зменшення ступеня виразності коморбідної патології, поліпшення когнітивного функціонування (уваги, пам'яті, мовних навичок та навичок письма, читання, рахунку), моторики, просторового орієнтування. Встановлено поліпшення адаптивних навичок статодинамічних функцій у 36,4% випадків, здібності до самообслуговування у 22,7%. Усього, на момент завершення дослідження, соціально адаптованими, можна було вважати 113 осіб, що становило 73,38% всіх обстежених.

Таким чином, комплексні програми, на основі біопсихосоціального підходу, з використанням превентивних заходів, мають значний позитивний вплив на здоров'я осіб з легкою РВ підліткового віку, зменшують вплив

наявної коморбідної патології, інвалідизацію хворих, покращують адаптивні можливості та підвищують ЯЖ та СФ зазначеної категорії хворих.

Резюме

За результатами проведеного аналізу клініко-анамнестичних характеристик, клініко-психопатологічного наповнення клінічної картини та особливостей ЯЖ та СФ осіб з легкою РВ підліткового віку дозволив нам сформулювати багаторівневу методику визначення рівня обмеження адаптації. Запропонована методика передбачає оцінку актуального стану хворого у клінічному, психометричному та соціально-адаптивному спектрах, за наявності супутньої патології та спектром ЯЖ та СФ. Виділено чотири рівні загального рівня адаптації. Дуже низький загальний рівень адаптації встановлюється у обстежуваної особи, якщо вона: погано знає або не знає частин тіла; не орієнтується на вулиці і вдома, не орієнтується в нових обставинах; знає місця прийому їжі; всі практичні дії виконує при постійній сторонній допомозі; має дуже мізерний запас знань, що є недостатнім для адекватної взаємодії з іншими людьми; має малу диференційованість емоцій та дій, які не відповідають характеру і меті завдання; має додаткові психічні розлади; має інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 50-55; не може виконувати практично всі тестові методики навіть зі сторонньою допомогою; має виразну неврологічну чи соматичну патологію або їх комбінацій; має вкрай низький рівень ЯЖ та СФ який можливо визначити тільки за допомогою оточуючих; потребує постійного догляду; знаходиться у повній залежності від інших осіб; непрацездатна (2 або 3 група непрацездатності). Низький загальний рівень адаптації встановлюється у особи, якщо вона: знає частини тіла; здатний до орієнтації з допомогою інших осіб, в звичайних обставинах; знає призначення окремих побутових предметів, може самостійно виконувати нескладні побутові завдання; дотримується правил поведінки в громадських місцях; має низьку здатність до оволодіння знаннями та навичками; має порушення дрібної моторики; здатна висловлювати емоції; може виконувати цілеспрямованих дій; має додаткові

психічні розлади; має інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 55-60; частково може виконувати тестові методики зі сторонньою допомогою; має одне коморбідне захворювання середньої важкості; має низький рівень ЯЖ та СФ, який частково можливо визначити за допомогою методик для психічно хворих, а більшість отриманих показників мають завищений характер; має потребу у постійній допомозі або підтримці оточуючих; обмежено працездатна (3 група непрацездатності). Задовільний загальний рівень адаптації встановлюється у особи, якщо вона: здатна до орієнтування в звичній ситуації самостійно; може користуватися побутовими приладами; здатна орієнтуватися на вулиці; знає норми поведінки та намагається їх виконувати; може виконувати доручення, робити покупки тощо; здатна до навчання в спеціалізованому закладі; має позитивний емоційний настрій та цілеспрямованість в роботі, що не вимагає постійної уваги; не має додаткових психічних розладів; має інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 60–65; демонструє труднощі при виконанні окремих тестів; має незначні порушення або відсутність патології; має середні показники ЯЖ та СФ, які можливо визначити за допомогою методик для психічно хворих, а більшість показників мають об'єктивній оцінки; здатний до самообслуговування в більшості випадків; рідко потребує часткової допомоги інших осіб; потребує спеціальних або спрощених умов для праці та додаткових умов для соціальної адаптації. Компенсований загальний рівень адаптації встановлюється у особи, якщо вона: повністю орієнтується в оточуючій ситуації; потребує допомоги лише в незвичайних, стресових ситуаціях; здатний до оволодіння шкільними навичками в обсязі початкової школи; потребує корекційного навчання за спеціальною програмою; у більшості ситуації демонструє адекватні емоційних реакцій; не має додаткових психічних розладів; має інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 65–70; виконує всі відповідні тести самостійно; не має тяжкої супутньої патології; має рівень ЯЖ та СФ, що близький до стандартних показників, які можливо визначити за допомогою методик для психічно хворих (зазвичай має

завищені показники загальної оцінки ЯЖ); здатна до самообслуговування та самостійного мешкання; не потребує спеціальних або спрощених умов для праці.

Сформована методика визначення рівня обмеження адаптації осіб з легкою РВ підліткового віку забезпечує підґрунтя для програм реабілітації даного контингенту хворих.

Біопсихосоціальна модель надання допомоги особам з легкою РВ підліткового віку з включенням медико-біологічного, психолого-педагогічного та соціального аспектів, дозволяє підвищити ефективність реабілітаційних заходів, спрямованих на зменшення ступеня виразності РВ та поліпшення соціальної адаптації.

Втіленням біопсихосоціального підходу в розроблених заходах стали сформовані принципи реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку: 1) принцип партнерства; 2) принцип всебічних зусиль при реалізації реабілітаційної програми; 3) принцип єдності психічних, біологічних та соціальних впливів; 4) принцип етапності заходів що реалізуються. Відповідно до цих принципів, кожна особа за результатами обстеження отримувала свою індивідуальну програму реабілітації, в якій враховувалися дані первинної діагностики а також медико-біологічні, соціальні, психологічні та педагогічні аспекти. Медико-біологічний аспект передбачав встановлення розгорнутого діагнозу з виділенням ускладнень основного захворювання, супутніх захворювань та призначенням медикаментозних засобів. Психолого-педагогічний аспект був спрямований на вивчення особистості обстежуваного, та корекцію наявних розладів. Соціальний аспект охоплював питання системи соціально-психологічних відносин у групах, де знаходиться підліток (школа, інтернат, спортивна секція та ін.) та сім'ї, з урахуванням наявної соціально-економічної допомоги, професійних (навчання доступним формам праці), побутових факторів. За необхідності була застосована медикаментозна терапія, вона спиралася на принцип максимально раннього початку лікування, комплексного впливу з

урахуванням етіології захворювання, наявності супутньої патології. За наявності показань (загострення супутньої психічної та іншої патології та декомпенсації основного захворювання) та добровільної згоди особи на обстеження та лікування проводилось в умовах стаціонарного відділення.

Сформовано шість реабілітаційних програм для осіб з легкою РВ підліткового віку. Вибір тактики реабілітації в рамках розроблених програм залежить від загального рівня адаптації особи та спектру супутньої патології: перша програма застосовувалася до осіб з легкою РВ з відсутністю у них важкої хронічної коморбідної патології, слабкою виразністю порушень поведінки та компенсований чи задовільний рівень адаптації; друга – для осіб з легкою РВ за наявності неврологічної патології такої як гідроцефалії, доброякісної внутрішньочерепної гіпертензії тощо та компенсований чи задовільний рівень адаптації; третя – для осіб з легкою РВ із порушеннями моторного розвитку, паралітичними синдромами, ДЦП та із низьким та дуже низьким рівнем загальної адаптації, яким рекомендовано активне використання лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичних процедур; четверта – за наявності коморбідної психічної патології при неврозоподібних та невротичних станах, наявності астеничної симптоматики, виразних розладах особистості та низьким рівнем загальної адаптації; п'ята – при наявності коморбідної соматичної патології та з низьким або дуже низьким рівнем адаптації; шоста – для осіб з легкою РВ із присутністю мовної патології та будь-яким загальним рівнем адаптації.

В результаті проведених реабілітаційних заходів відзначалося зниження випадків і зменшення ступеня виразності коморбідної патології, поліпшення когнітивного функціонування (уваги, пам'яті, мовних навичок та навичок письма, читання, рахунку), моторики, просторового орієнтування. Встановлено поліпшення адаптивних навичок статодинамічних функцій у 36,4% випадків, здібності до самообслуговування у 22,7%. На момент завершення дослідження, соціально адаптованими, можна вважати 73,38% всіх обстежених.

Серед осіб з легкою РВ підлітково віку та наявною коморбідною психічною та іншою патологією, крім позитивної динаміки, спостерігалася негативна динаміка (19,04%) або її відсутність (14,29%), що підкреслює необхідність більш тривалих, за часом та за кількістю, реабілітаційних заходів серед цієї категорії осіб.

Застосування диференційованого персоналізованого підходу в реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку дозволяє покращити діагностику дезадаптивних процесів не тільки в психічних та біологічних параметрах, але і в соціальних, що потребує активного залучення батьків і педагогів до програм реабілітації.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [46, 47, 50, 104].

РОЗДІЛ 8

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Первинна діагностика легкої РВ відбувається переважно у дитячому віці: найчастіше відповідний діагноз було встановлено у віці 7-9 років (16,2%), трохи рідше у віці 10 років і більше (13,6%), рання діагностика, у віці 3-6 років, була дуже рідкою та сягала 9,4%. Така закономірність обумовлена періодом впливу провокуючого фактору, або комплексу таких факторів, що потенціюють один одного і викликають декомпенсацію стану в періоди підвищення фізичних, інтелектуальних, емоційних та інших навантажень на неповнолітнього. Частота виявлення супутніх психічних, неврологічних чи соматичних розладів у обстеженого контингенту сягала 29%. Важливим у даному аспекті є частота встановлення діагнозу легкої РВ в умовах профільного стаціонарного відділення, що сягала лише 49,35% усіх випадків.

Виявлені фактори ризику виникнення легкої РВ можна виділити дві групи: нозонеспецифічну та нозоспецифічну. До першої групи факторів, що не пов'язані із захворюванням, увійшли чоловіча стать (частка чоловіків у двічі більша з жінок серед відібраного контингенту дослідження), сімейна обтяженість психічними захворюваннями (до 63% обстежених мали сімейний анамнез обтяжений психічною патологією, серед якої превалювали адиктивна патологія, порушення інтелекту та розлади особистості), вік батьків старше 30 років, патологія протікання інтра-, пери- і постнатального періоду розвитку (у 81% матерів досліджуваних перебіг вагітності був ускладнений широким спектром екзогенних шкідливостей, ускладнення в пологах виявлено у 108 осіб, з них асфіксія – у 53 осіб, передчасні пологи – у 18 осіб), дизонтогенез в формі затримки моторного і психо-мовного розвитку на першому році життя. До нозоспецифічних: наявність родичів з

інтелектуальними порушеннями; низький освітній рівень батьків, вік матерів старше 35 років.

Інвалідизація при легкій РВ формується в основному в дитячому віці, до повноліття її показники залишаються майже не змінними. Зазвичай особи, які одержували допомогу з неповноліття, після досягнення дорослого віку зберігають ознаки обмежень життєдіяльності та працездатності різного ступеня. Встановлення групи інвалідності найчастіше відбувалося у віці 1–5 років. Первинну інвалідність дитячого віку по психічному захворюванню отримали лише 4 осіб, через неврологічну патологію – 5 осіб, через тяжку соматичну патологію – 2 осіб.

Виявлено особливості навчального потенціалу осіб з легкою РВ. Починали навчання в школі з 7 років 58% осіб з легкою РВ, з 8 років – 36%, з 9 років – 6%. При більш виразних ступенях РВ навчання розпочиналося в допоміжній школі, але близько 70% осіб з легкою РВ спочатку були прийняті в загальні навчальні заклади, переведення в допоміжну школу відбувалося, зазвичай, у молодшій школі, у 1-6 класах. Пізніше переведення у допоміжну школу або відмова від переведення було обумовлено не показаннями, а небажанням батьків слідувати рекомендаціям фахівців. На момент обстеження більшість осіб (40,25%) навчалися у допоміжних школах або спеціалізованих коледжах (16,23%), реабілітаційних центрах (13,63%), працювали у спеціальних умовах із неповним робочим днем (9,74%), навчалися в загально освітніх школах (6,49%). Частка осіб з легкою РВ, що не навчалися та не мали роботи була незначною та сягала 13,63%.

Підтверджено важливе значення організація зайнятості осіб з легкою РВ в ефективності їх адаптації. Навіть особи з значними інтелектуальними порушеннями мають, як правило, найпростіші навичками самообслуговування, реалізують їх, і можуть спілкуватися з оточуючими на адекватному рівні. Найуспішніше інших адаптуються особи з неускладненою легкою РВ. Якщо в підлітковому віці такі особи навчалися у допоміжних

школах, вони виглядають досить пристосованими до умов, в яких проводять повсякденне життя.

Проте, не дивлячись на той факт, що 90% простежених нами осіб отримали професійну освіту, лише близько 36% з них мали постійну і 30% – тимчасову роботу. Всього 12% осіб доповнювали бюджет батьківської сім'ї тимчасовими заробітками. Великою проблемою в цьому питанні є відсутність або віддаленість установ, які використовують працю осіб з інтелектуальним зниженням. Адже особи з легкою РВ підліткового віку після закінчення корекційних навчальних закладів продовжують потребувати заходів соціальної підтримки та зайнятості. Незважаючи на наявність служб допомоги в працевлаштуванні та квотування робочих вакансій, місць для організованої зайнятості осіб з РВ недостатньо.

Психіатрична допомога осіб з легкою РВ більш активно виявляється в дитячому та підлітковому віці, про що свідчить різниця в частоті госпіталізацій і відвідувань ПНД цими особами в дитинстві, підлітковому віці та після 18 років. Разом з тим медикаментозна і соціально-психіатрична корекція видаються важливими елементами комплексної допомоги особам з легкою РВ. Вирішення зазначених питань могло б сприяти кращій соціальної інтеграції цієї групи осіб.

В результаті вивчення впливу соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби у осіб з легкою РВ підліткового віку встановлено, що найбільш значущими факторами є: вік початку захворювання; ступінь виразності психопатологічних розладів; проградієнтність захворювання; показники інтелекту до моменту повноліття; наявність супутньої психічної патології; соціальне оточення та матеріально побутові умови.

Аналіз клінічної структури контингенту показав, що більше половини (56,5%) обстежених мали в клінічній картині легкої РВ ті чи інші прояви ускладнень, а саме: найбільш поширеними виявилися неввроподібні розлади

(21,83% випадків), розлади поведінки (20,68% випадків) та органічні (астенічні) розлади, які зафіксовані у 13,79% випадків.

Негативні мікросоціальної фактори частіше виявлялися серед осіб з легкою РВ з ускладненою додатковими психічними розладами – погане виховання ($p < 0,05$), багатодітна родина ($p < 0,05$), конфлікти в родині ($p < 0,05$), низький матеріальний рівень ($p < 0,05$).

Значний патопластичний вплив на розвиток підлітка з легкою РВ мають: недостатність і непослідовність турботи з боку батьків або їх відсутність; спотворене виховання психічно хворими або психічно відсталими батьками; дезорганізація сімейного життя в 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.

Легка РВ характеризується кореляціями з негативними мікросоціальними умовами, які відбиваються на психоемоційному стані хворих осіб та можуть, як самостійні чинники, сприяти затримці психічного розвитку та приводити до розвитку соціальної дезадаптації і патології особистості.

Вивчення коморбідної патології у осіб з легкою РВ підліткового віку та її впливу на перебіг основного захворювання показало високий відсоток (78,57%) різноманітної коморбідної патології, що сприяє погіршенню загального стану, ЯЖ, СФ та може приводити до втрати працездатності в майбутньому.

Серед коморбідних психічних розладів в осіб з легкою РВ підліткового віку було виявлено чотири основні групи: розлади поведінки – 40,91%, специфічний розлад розвитку мови в 37,01%, неврозоподібні розлади 26,62% та органічний астенічний розлад у 24,03%. Серед неврологічної патології переважали функціональні розлади рухів 43,5%, дизартрія – 26,62%, вегетативні розлади – 20,78%, ЧМТ – 17,53%. Серед коморбідної соматичної патології найчастіше були представлені захворювання кістково-м'язової

системи – 53,89%, порушення зору 28,57%, патологія органів дихальної системи – 27,92%, захворювання шлунково-кишкового тракту – 22,08%.

Встановлено, що вплив коморбідної патології на перебіг легкої РВ носить комплексний і системний характер: неврологічна та соматична патологія потенціюють виникнення та розвиток психопатологічних розладів, в свою чергу соматичний стан впливає на ЦНС, а для перебігу соматичних захворювань має значення наявна психопатологічна патологія.

Наявність коморбідної патології у осіб з легкою РВ підліткового віку збільшує тривалість та частоту перебування їх на стаціонарному лікуванні, що в свою чергу сприяє розвитку неврозоподібних розладів, астеничних і дистімічних проявів, фобій, посилює стан тривоги та провокує виникнення емоційно-вольових і інших патоперсоналогічних порушень що призводить до поглиблення соціальної дезадаптації.

Проведене дослідження ЯЖ у осіб з легкою РВ підліткового віку встановило, що найбільш несприятливі показники за шкалою «дозвілля». Найбільш позитивні показники ЯЖ в групі осіб з легкою РВ підліткового віку, що проживають в інтернатах, виявлено в сфері сім'ї а в групі обстежених осіб, що живуть з батьками, – в загальній оцінці ЯЖ. Порівняння показників ЯЖ в сформованих групах, виявило достовірні ($p < 0,01$) відмінності за шкалою «сім'я». Особи з першої групи оцінили свої стосунки в родині більше сприятливо – близько до «дуже добре», ніж особи з другої – близько до «задовільно».

Також, за результатами аналізу особливостей ЯЖ та СФ осіб з легкою РВ підліткового віку, що проживають в інтернатах, було встановлено: прямий кореляційний зв'язок показників шкали «психічне здоров'я» зі шкалами «сім'я» ($r = 0,47$), «контакти з однолітками» ($r = 0,42$) із «загальною оцінкою ЯЖ» ($r = 0,38$); за даними, отриманими за результатами тестування батьків осіб цієї групи, найбільш несприятливі показники ЯЖ виявлено за шкалою «психічне здоров'я», а найбільш сприятливо батьки цих осіб

оцінювали шкалу «зайнятість батьків у зв'язку з діагностичними та лікувальними заходами підлітка»; достовірні ($p < 0,01$) відмінності в оцінках ЯЖ між батьками і підлітками за шкалами «школа», «сім'я», «контакти з однолітками», «дозвілля», «фізичне здоров'я», «психічне здоров'я», «загальна оцінка якості життя» – обстежувані особи оцінювали свою ЯЖ більш сприятливо, ніж вважали батьки.

У той час, як для обстежених осіб, що живуть з батьками, було виявлено: прямі кореляційні зв'язки між шкалою «загальної оцінки ЯЖ» і шкалами «школа» ($r = 0,37$), «сім'я» ($r = 0,39$), «психічне здоров'я» ($r = 0,43$); найбільш несприятливі показники ЯЖ виявлено за шкалою «завантаженість батьків в зв'язку з захворюванням підлітка», а найбільш позитивно батьки цих осіб оцінювали ЯЖ їх хворих дітей в сім'ї; достовірні ($p < 0,01$) відмінності в оцінках ЯЖ між батьками і підлітками за шкалами «сім'я», «контакти з однолітками», «дозвілля», «загальна оцінка якості життя». Досліджувані особи були більш задоволені взаємовідносинами з однолітками і своєю ЯЖ в цілому, ніж їхні батьки, але менш сприятливо оцінювали сферу сімейних взаємин і дозвілля.

Встановлені особливості оцінки ЯЖ осами з легкою РВ підліткового віку та їх батьками вказують на сфери, які потребують найбільшої уваги з точки зору психічної та соціальної реабілітації даного контингенту осіб.

Рівень СФ осіб із легкою РВ підліткового віку безпосередньо корелює з глибиною інтелектуального дефіциту. Його підвищенню сприяють багаторічні лікувально-реабілітаційні втручання, виявлення та корекція порушень навичок життєдіяльності, психоосвіта батьків або родичів осіб даної категорії, допомога в працевлаштуванні, медикаментозна корекція при необхідності компенсації клінічного стану та для підвищення рівня соціальної пристосованості.

За результатами проведеного аналізу клініко-анамнестичних характеристик, клініко-психопатологічного наповнення клінічної картини та

особливостей ЯЖ та СФ осіб з легкою РВ підліткового віку дозволив нам сформулювати багаторівневу методику визначення рівня обмеження адаптації. Запропонована методика передбачає оцінку актуального стану хворого у клінічному, психометричному та соціально-адаптивному спектрах, за наявності супутньої патології та спектром ЯЖ та СФ. Виділено чотири рівні загального рівня адаптації. Дуже низький загальний рівень адаптації встановлюється у обстежуваної особи, якщо вона: погано знає або не знає частин тіла; не орієнтується на вулиці і вдома, не орієнтується в нових обставинах; знає місця прийому їжі; всі практичні дії виконує при постійній сторонній допомозі; має дуже мізерний запас знань, що є недостатнім для адекватної взаємодії з іншими людьми; має малу диференційованість емоцій та дій, які не відповідають характеру і меті завдання; має додаткові психічні розлади; має інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 50-55; не може виконувати практично всі тестові методики навіть зі сторонньою допомогою; має виразну неврологічну чи соматичну патологію або їх комбінацій; має вкрай низький рівень ЯЖ та СФ який можливо визначити тільки за допомогою оточуючих; потребує постійного догляду; знаходиться у повній залежності від інших осіб; непрацездатна (2 або 3 група непрацездатності). Низький загальний рівень адаптації встановлюється у особи, якщо вона: знає частини тіла; здатний до орієнтації з допомогою інших осіб, в звичайних обставинах; знає призначення окремих побутових предметів, може самостійно виконувати нескладні побутові завдання; дотримується правил поведінки в громадських місцях; має низьку здатність до оволодіння знаннями та навичками; має порушення дрібної моторики; здатна висловлювати емоції; може виконувати цілеспрямованих дій; має додаткові психічні розлади; має інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 55-60; частково може виконувати тестові методики зі сторонньою допомогою; має одне коморбідне захворювання середньої важкості; має низький рівень ЯЖ та СФ, який частково можливо визначити за допомогою методик для психічно хворих, а більшість отриманих показників мають завищений характер; має

потребу у постійній допомозі або підтримці оточуючих; обмежено працездатна (3 група непрацездатності). Задовільний загальний рівень адаптації встановлюється у особи, якщо вона: здатна до орієнтування в звичній ситуації самостійно; може користуватися побутовими приладами; здатна орієнтуватися на вулиці; знає норми поведінки та намагається їх виконувати; може виконувати доручення, робити покупки тощо; здатна до навчання в спеціалізованому закладі; має позитивний емоційний настрій та цілеспрямованість в роботі, що не вимагає постійної уваги; не має додаткових психічних розладів; має інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 60–65; демонструє труднощі при виконанні окремих тестів; має незначні порушення або відсутність патології; має середні показники ЯЖ та СФ, які можливо визначити за допомогою методик для психічно хворих, а більшість показників мають об'єктивні оцінки; здатний до самообслуговування в більшості випадків; рідко потребує часткової допомоги інших осіб; потребує спеціальних або спрощених умов для праці та додаткових умов для соціальної адаптації. Компенсований загальний рівень адаптації встановлюється у особи, якщо вона: повністю орієнтується в оточуючій ситуації; потребує допомоги лише в незвичайних, стресових ситуаціях; здатний до оволодіння шкільними навичками в обсязі початкової школи; потребує корекційного навчання за спеціальною програмою; у більшості ситуації демонструє адекватні емоційних реакцій; не має додаткових психічних розладів; має інтелектуальний коефіцієнт IQ на рівні 65–70; виконує всі відповідні тести самостійно; не має тяжкої супутньої патології; має рівень ЯЖ та СФ, що близький до стандартних показників, які можливо визначити за допомогою методик для психічно хворих (зазвичай має завищені показники загальної оцінки ЯЖ); здатна до самообслуговування та самостійного мешкання; не потребує спеціальних або спрощених умов для праці.

Сформована методика визначення рівня обмеження адаптації осіб з легкою РВ підліткового віку забезпечує підґрунтя для програм реабілітації даного контингенту хворих.

Біопсихосоціальна модель надання допомоги особам з легкою РВ підліткового віку з включенням медико-біологічного, психолого-педагогічного та соціального аспектів, дозволяє підвищити ефективність реабілітаційних заходів, спрямованих на зменшення ступеня виразності РВ та поліпшення соціальної адаптації.

Втіленням біопсихосоціального підходу в розроблених заходах стали сформовані принципи реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку: 1) принцип партнерства; 2) принцип всебічних зусиль при реалізації реабілітаційної програми; 3) принцип єдності психічних, біологічних та соціальних впливів; 4) принцип етапності заходів що реалізуються. Відповідно до цих принципів, кожна особа за результатами обстеження отримувала свою індивідуальну програму реабілітації, в якій враховувалися дані первинної діагностики а також медико-біологічні, соціальні, психологічні та педагогічні аспекти. Медико-біологічний аспект передбачав встановлення розгорнутого діагнозу з виділенням ускладнень основного захворювання, супутніх захворювань та призначенням медикаментозних засобів. Психолого-педагогічний аспект був спрямований на вивчення особистості обстежуваного, та корекцію наявних розладів. Соціальний аспект охоплював питання системи соціально-психологічних відносин у групах, де знаходиться підліток (школа, інтернат, спортивна секція та ін.) та сім'ї, з урахуванням наявної соціально-економічної допомоги, професійних (навчання доступним формам праці), побутових факторів. За необхідності була застосована медикаментозна терапія, вона спиралася на принцип максимально раннього початку лікування, комплексного впливу з урахуванням етіології захворювання, наявності супутньої патології. За наявності показань (загострення супутньої психічної та іншої патології та

декомпенсації основного захворювання) та добровільної згоди особи на обстеження та лікування проводилось в умовах стаціонарного відділення.

Сформовано шість реабілітаційних програм для осіб з легкою РВ підліткового віку. Вибір тактики реабілітації в рамках розроблених програм залежить від загального рівня адаптації особи та спектру супутньої патології: перша програма застосовувалася до осіб з легкою РВ з відсутністю у них важкої хронічної коморбідної патології, слабкою виразністю порушень поведінки та компенсований чи задовільний рівень адаптації; друга – для осіб з легкою РВ за наявності неврологічної патології такої як гідроцефалії, доброякісної внутрішньочерепної гіпертензії тощо та компенсований чи задовільний рівень адаптації; третя – для осіб з легкою РВ із порушеннями моторного розвитку, паралітичними синдромами, ДЦП та із низьким та дуже низьким рівнем загальної адаптації, яким рекомендовано активне використання лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичних процедур; четверта – за наявності коморбідної психічної патології при неврозоподібних та невротичних станах, наявності астеничної симптоматики, виразних розладах особистості та низьким рівнем загальної адаптації; п'ята – при наявності коморбідної соматичної патології та з низьким або дуже низьким рівнем адаптації; шоста – для осіб з легкою РВ із присутністю мовної патології та будь-яким загальним рівнем адаптації.

В результаті проведених реабілітаційних заходів відзначалося зниження випадків і зменшення ступеня виразності коморбідної патології, поліпшення когнітивного функціонування (уваги, пам'яті, мовних навичок та навичок письма, читання, рахунку), моторики, просторового орієнтування. Встановлено поліпшення адаптивних навичок статодинамічних функцій у 36,4% випадків, здібності до самообслуговування у 22,7%. На момент завершення дослідження, соціально адаптованими, можна вважати 73,38% всіх обстежених.

Серед осіб з легкою РВ підлітково віку та наявною коморбідною психічною та іншою патологією, крім позитивної динаміки, спостерігалася

негативна динаміка (19,04%) або її відсутність (14,29%), що підкреслює необхідність більш тривалих, за часом та за кількістю, реабілітаційних заходів серед цієї категорії осіб.

Застосування диференційованого персоналізованого підходу в реабілітації осіб з легкою РВ підліткового віку дозволяє покращити діагностику дезадаптивних процесів не тільки в психічних та біологічних параметрах, але і в соціальних, що потребує активного залучення батьків і педагогів до програм реабілітації.

ВИСНОВКИ

В широкому спектрі психічної патології, що маніфестує у дитячому віці, особливе місце займає розумова відсталість – одна з головних причин інвалідизації дітей та підлітків. Відповідно до статистичних даних, РВ входить до двадцяти найбільш ресурсозатратних медичних станів, через те що хворі потребують пожиттєвого супроводу, як лікарського, так і соціального. Значна поширеність РВ, що за даними деяких дослідників варіює від 1% до 3% у загальній популяції, визначає актуальність питання курації та реабілітації даної категорії осіб. Динаміка поширеності станів зі зниженням інтелектуальної функції серед контингенту підлітків в багатьох країнах світу характеризується тенденцією до збільшення, в першу чергу за рахунок їх легких форм.

В актуальний період деконцептуалізації базових визначень у сучасній клінічній психіатрії, саме легка форма РВ набуває особливого значення. Зміна формальної точки зору на цей стан на більш гуманістичну, зі зміною уніфікованої валідації інтелектуального дефекту за допомогою відповідного коефіцієнту на персоніфіковану оцінку рівня адаптивного функціонування хворого, обумовлює необхідність пошуку нових інструментів для коректної діагностики та, відповідно, конгруентних методів реабілітації хворих на легку форму РВ.

1. У дослідженні вирішено важливу задачу в галузі психіатрії – шляхом удосконалення алгоритму діагностики та системи психотерапевтичної корекції та реабілітації осіб підліткового віку, що страждають на РВ, підвищено ефективність діагностики та медико-соціальної реабілітації даного контингенту хворих.

2. Встановлено клініко-анамнестичні особливості захворювання у осіб з легкою РВ підліткового віку у вигляді нозонеспецифічних факторів, до яких належать: патологія протікання інтра-, пери- і постнатального періоду розвитку (у 80,52% обстежених, в тому числі асфіксія у 34,41% випадках, передчасні пологи – у 11,68%); чоловіча стать (70,13%), сімейна обтяженість психічними

захворюваннями (62,98%), вік батьків старше 30 років (55,84%), дизонтогенез в формі затримки моторного і психо-мовного розвитку на першому році життя (46,75%). До нозоспецифічних факторів: низький освітній рівень батьків (72,72%), вік матері старше 35 років (42,2%); наявність родичів з інтелектуальними порушеннями (17,53%).

3. Визначено спектр соціально-гігієнічних факторів що впливають на клінічне оформлення хвороби у осіб з легкою РВ підліткового віку. Серед них найбільшу роль відіграють: вік початку захворювання; ступінь виразності психопатологічних розладів; проградієнтність захворювання; показники інтелекту до моменту повноліття; наявність супутньої психічної патології; соціальне оточення та матеріально побутові умови.

Встановлено, що ускладнений супутніми психічними розладами перебіг РВ підвищує чутливість хворої особи до таких несприятливих мікросоціальних факторів, як погане виховання батьками ($p < 0,05$), багатодітна родина ($p < 0,05$), часті конфлікти в родині ($p < 0,05$), низький матеріальний рівень ($p < 0,05$).

4. Виявлено особливості коморбідної патології у осіб з легкою РВ підліткового віку. Загальна поширеність супутніх розладів серед досліджуваного контингенту осіб сягає 78,57%. Було виявлено чотири основні групи: розлади поведінки – 40,91%, специфічний розлад розвитку мови в 37,01%, неврозоподібні розлади – 26,62% та органічний астенічний розлад – 24,03%. Серед неврологічної патології переважали функціональні розлади рухів – 43,5%, дизартрія – 26,62%, вегетативні розлади – 20,78%, ЧМТ – 17,53%. Серед коморбідної соматичної патології найчастіше були представлені захворювання кістково-м'язової системи – 53,89%, порушення зору – 28,57%, патологія органів дихальної системи – 27,92% та захворювання шлунково-кишкового тракту – 22,08%.

Підтверджено той факт, що неврологічна та соматична патологія потенціують виникнення та розвиток психопатологічних розладів, а соматичний стан впливає на функціонування ЦНС. В свою чергу, для перебігу

та терапії соматичних захворювань має значення психічний стан підлітка та уся наявна психопатологічна патологія.

5. Визначено особливості якості життя у осіб з легкою РВ підліткового віку, в залежності від умов проживання: для осіб, що живуть в умовах інтернату, характерно порівняно більш високі ($p < 0,01$) показники задоволення своєю родиною, прямі кореляційний зв'язок показнику «психічне здоров'я» зі шкалами «сім'я» ($r = 0,47$), «контакти з однолітками» ($r = 0,42$) та «загальна оцінка ЯЖ» ($r = 0,38$); для осіб, що живуть із батьками, характерно нижчі показники задоволення своєю родиною, прямі кореляційні зв'язки між показником «загальна оцінка ЯЖ» із шкалами «школа» ($r = 0,37$), «сім'я» ($r = 0,39$) та «психічне здоров'я» ($r = 0,43$).

Визначено, що рівень соціального функціонування осіб із легкою РВ підліткового віку безпосередньо корелює з глибиною інтелектуального дефіциту; підвищенню показників соціального функціонування сприяють багаторічні лікувально-реабілітаційні втручання, виявлення та корекція порушень навичок життєдіяльності, психоосвіта батьків або родичів осіб даної категорії, допомога в працевлаштуванні, медикаментозна корекція при необхідності компенсації клінічного стану для підвищення рівня соціальної пристосованості.

6. На основі аналізу клініко-анамнестичних характеристик, клініко-психопатологічного наповнення клінічної картини та особливостей якості життя та соціального функціонування осіб з легкою РВ підліткового віку розроблено багаторівневу методику визначення рівня обмеження адаптації даного контингенту осіб, що передбачає оцінку актуального стану хворого у клінічному, психометричному та соціально-адаптивному спектрах, за наявністю супутньої патології та спектром якості життя та соціального функціонування. Запропонована методика передбачає встановлення одного із чотирьох варіантів рівнів адаптації: дуже низький, низький, задовільний та компенсований. Розроблено шість реабілітаційних програм для осіб з легкою РВ підліткового

віку; вибір конкретної програми залежить від заздалегідь встановленого загального рівня адаптації особи та спектру супутньої патології.

7. Катамнестичне дослідження другого етапу дозволило встановити, що після проведення запропонованих реабілітаційних заходів відбулось зниження кількості випадків та зменшення ступеня виразності коморбідної патології, поліпшення когнітивного функціонування (уваги, пам'яті, мовних навичок, навичок письма, читання, рахування), моторики, просторового орієнтування. Зафіксовано поліпшення адаптивних навичок статодинамічних функцій у 36,4% випадків, покращення здібності до самообслуговування у 22,7%. На момент завершення катамнестичного дослідження, компенсованого рівня соціальної адаптації досягли 73,38% обстежених.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При зборі анамнезу в рамках психіатричного огляду осіб підліткового віку з підозрою на РВ, з метою раннього виявлення зазначеного стану, аналізувати наявність наступних факторів: чоловіча стать, сімейна обтяженість психічними захворюваннями (адиктивною патологією, порушенням інтелекту чи розладами особистості), вік батьків старше 30 років, патологія протікання інтра-, пери- і постнатального періоду розвитку, дизонтогенез в формі затримки моторного і психо-мовного розвитку на першому році життя, наявність родичів з інтелектуальними порушеннями, низький освітній рівень батьків та вік матерів старше 35 років, як маркерів РВ.

2. Підчас встановлення діагнозу РВ особам підліткового віку додатково використовувати запропоновану багаторівневу методику визначення рівня обмеження адаптації, що дозволить більш точно визначити реабілітаційний потенціал окремого обстежуваного та більш персоніфіковано підібрати програму реабілітації.

3. При формуванні схеми терапії в рамках стаціонарного етапу лікування осіб з легкою РВ підліткового віку, враховувати високий ризик виникнення вторинних психопатологічних порушень у цього контингенту, а саме неврозоподібних розладів, астеничних і дистімічних проявів, тривожно-фобічних станів, що може негативно вплинути на прогноз лікувальних заходів та подовжити термін стаціонарного лікування.

4. Підчас проведення реабілітаційних заходів особам з легкою РВ підліткового віку враховувати медико-біологічний (встановлення розгорнутого діагнозу з виділенням ускладнень основного захворювання, супутніх захворювань, загального рівня адаптації та призначенням медикаментозних засобів), соціальний (мікросоціальне оточення, наявність соціально-економічної допомоги, спектр професійних та побутових факторів), психологічний (рівень комплаєнтності до терапевтичних / реабілітаційних

заходів) та педагогічні (спроможність до засвоєння нових знань та навичок) аспекти захворювання.

5. При реабілітації осіб із легкою РВ підліткового віку враховувати принципи партнерства, всебічних зусиль при реалізації реабілітаційної програми, єдності психічних, біологічних та соціальних впливів та етапності заходів що реалізуються, що дозволяє персоніфікувати та, таким чином, підвищити ефективність реабілітаційних заходів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бистров А. Є., Синьов В. М. Схильність підлітків з інтелектуальними порушеннями до різних типів віктимної поведінки, та її зв'язок з особистісними особливостями підлітків. *Науковий Часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2018. Вип. 36 (19). С. 132–139.
2. Боряк О. В. Розумово відсталі діти як медико-психолого-педагогічна проблема. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2015. № 6. С. 74–85.
3. Боряк О. В. Структура дефекту при системному недорозвиненні мовлення обумовленого розумовою відсталістю. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2015. № 10. С. 25–32.
4. Боряк О. Характеристика когнітивного компоненту мовленнєвої діяльності у розумово відсталих дітей. *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти*. 2015. № 1 (2). С. 19–21.
5. Бублай-Єланкіна Л. Корекція гіперактивності розумово відсталих дітей шкільного віку засобами ЛФК та аутогенного тренування. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2016. № 5. С. 412–418.
6. Войтюк І. В. Своєчасне правильне виявлення патології—перший успішний крок до корекційного навчання розумово відсталих дошкільників. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2013. № 24. С. 43–48.
7. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі : навч. посіб. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. 310 с
8. Гаврилов О. В. Формування поняття про розумову відсталість у психолого–педагогічних дослідженнях. *Проблеми сучасної психології*. 2011. №. 14. С. 104–114. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2011-14.%25p>
9. Галецька Ю. В. Методика формування соціально-побутових навичок у дітей з помірною та важкою розумовою відсталістю. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2015. № 5 (1). С. 47–56.

10. Деркач В. Г., Русіна С. М. Психічні розлади дитячого та підліткового віку : навч.-метод. посіб. Чернівці : Буков. держ. мед. ун-т., 2008. 233 с.
11. Деркач, В. Г., Курик В. І., Левицька А. П. Стан психічних процесів при легкому і середньому ступенях розумової відсталості. *Південноукраїнський медичний науковий журнал*. 2014. № 7 (07). С. 36–38.
12. Долженко А. І. Розумова відсталість у контексті проблем соціалізації і соціально-трудової адаптації. *Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка*. 2014. Вип. 24. С. 11–17.
13. Ільченко О. В., Потамошнева О. М. Особливості формування комунікативного компонента мовленнєвої діяльності учнів з легким ступенем розумової відсталості. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2018. № 1. С. 209–215.
14. Ковцун І. Особливості розумового і фізичного розвитку дітей з легким ступенем розумової відсталості. *Спортивна наука України*. 2015. №. 5. С. 3–8.
15. Кравець Н. П., Шорохова В. Вплив психо-соматичного стану здоров'я розумово відсталих дітей на їхню увагу. *Наукові записки Національного університету Острозька академія*. 2011. № 18. С. 127–137.
16. Макарчук Н. О. До проблеми невротичних проявів у поведінці підлітків з розумовою відсталістю. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2010. № 1. С. 207–215.
17. Мащенко М. Є., Романкевич І. В., Шлеєнкова Г. А. Порушення розумового розвитку дитини: причини та можливості попередження : (огляд). *Сучас. педіатрія. Україна*. 2020. № 3. С. 46–53.
18. Миронова С. П. Урахування клінічного діагнозу в корекційній роботі з дітьми, що мають вади інтелекту. *Педагогіка і сучасні аспекти фізичного виховання* : зб. наук. праць II Міжнародної науково-практичної конференції. Краматорськ, 21–22 квітня. 2016. С. 288–294.

19. Мякушко О. І. Системи класифікації розумової відсталості та підходи до діагностики дітей з помірною розумовою відсталістю. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2013. № 4 (1). С. 146–157.

20. Орлов О. В. До проблеми формування невротичних розладів у дітей та підлітків з легкою розумовою відсталістю. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2013. № 4 (2). С. 282–292.

21. Орлов О. В. Специфіка невротичних проявів у поведінці підлітків з легкою розумовою відсталістю. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2015. № 8. С. 102–108.

22. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант методики Векслера. Рипол Классик, 1973. 79 с.

23. Прокоф'єва Л. The Comparative Analysis of the Modern Methods of Defining the Intellectual Development Level of Children. *Сучасні технології навчання іноземних мов і культур у загальноосвітніх і вищих навчальних закладах* : зб. наук. пр. за мат. наук.-практ. конф. Ізмаїл, 2016. С. 89–94.

24. Прокоф'єва Л. Взаємозв'язок емоційної та пізнавальної сфер у дітей з розумовою відсталістю. *Вестник Одесского национального университета имени И. И. Мечникова*. Т. 13, Вип. 13. С. 168–174.

25. Прокоф'єва Л. Основні аспекти розвитку психічної сфери у дітей з легким ступенем розумової відсталості: психологічний аналіз. *Scientific Bases of Solving of The Modern Tasks* : abstracts of XIX International Scientific and Practical Conference. Frankfurt am Main, Germany, 1-2 June, 2020. P. 306–309.

26. Проскурняк О. І. Конструкт методик діагностики комунікативної діяльності підлітків з легким ступенем розумової відсталості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2012. № 1032, Вип. 50. С. 103–106.

27. Проскурняк О. І. Чинники розвитку комунікативної діяльності розумово відсталих підлітків. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2015. № 9. С. 85–92.

28. Розумова відсталість: епідеміологія, чинники ризику, профілактичні заходи / В. Г. Деркач та ін. Чернівці, 2005. 135 с.
29. Руденко Л. М. Система корекції та профілактики агресивної поведінки дітей з розумовою відсталістю. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2015. № 1. С. 41–46.
30. Руденко Л. М. Міжособистісні стосунки дітей з розумовою відсталістю як детермінанта агресивної поведінки. *Наукові записки Національного педагогічного університету ім. МП Драгоманова*. 2014. № 121. С. 197–205.
31. Руденко Л. М. Типи агресивної поведінки дітей із розумовою відсталістю. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2015. № 1. С. 66–77.
32. Русіна С. М. Причини і форми проявів дезадаптації у неповнолітніх. *Архів клінічної медицини*. 2007. № 2. С. 75–76.
33. Синьов В. М., Матвєєва М. П., Рохліна О. П. Психологія розумово відсталої дитини. Київ : Знання, 2008. 359 с.
34. Соколова Г. Б. Теоретико-методологічні передумови дослідження емоційного розвитку розумово відсталих дітей. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова*. 2013. № 23. С. 396–400.
35. Спіріна І. Д., Рокутов С. В., Шорніков А. В. Проблеми надання психіатричної допомоги пацієнтам з розумовою відсталістю. *Архів психіатрії*. 2016. Вип. 22, № 4, С. 111–113.
36. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей та ін. *Український вісник психоневрології*. 2012. Вип. 3, № 20. С. 13–18.
37. Фінгерман О. Гра як засіб навчального процесу розумово відсталих дошкільників. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2017. № 3. № 135–140.
38. Хайдарова О. С. До питання організації корекційно-розвивального навчання дітей з помірною розумовою відсталістю. *Педагогіка здоров'я* : зб.

наук. праць VII Всеукр. наук.-практ. конф. Чернігів, 7-8 квітня, 2017. С. 385–388.

39. Харченко Л. Л. Характеристика психомоторики молодших школярів з легкою формою розумової відсталості. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту* : зб. наук. пр. за ред. С. С. Єрмакова. Харків : ХДАДМ, 2003. С. 42–47.

40. Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення. *Український вісник психоневрології*. 2010. Вип. 3, № 18. С. 10–14.

41. Чабанюк С. О. Вікові особливості соціального функціонування хворих на розумову відсталість. *YOUNG SCIENCE 3.0* : мат. наук.-практ. конф. з міжн. уч. 26 березня 2021р., м. Київ. С. 34–35.

42. Чабанюк С. О. Клініко-феноменологічна структура та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Український вісник психоневрології*. 2021. Том 29, Вип. 1 (106). С. 36–41. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-7>

43. Чабанюк С. О. Коморбідна патологія у хворих підліткового віку із легкою розумовою відсталістю. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2021. № 1–2 (12–13). С. 81–89. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2021.1-2-10>

44. Чабанюк С. О. Патопластичний вплив соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби в осіб підліткового віку із легкою розумовою відсталістю. *Міжнародний медичний журнал*. 2021. № 3. С. 44–47. <https://doi.org/10.37436/2308-5274-2021-3-9>

45. Чабанюк С. О. Показники якості життя осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Медицина XXI сторіччя* : мат. 83-го Всеукр. наук. мед. конг. студ. та мол. вч. з міжн. уч. Лиман, 18–19 листопада, 2021. С. 217–218.

46. Чабанюк С. О. Рекомендації медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Актуальні питання сучасної*

медицини і фармації – 2022 : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. Запоріжжя, 17 травня, 2022. С. 42–43.

47. Чабанюк С. О. Система медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. студ. та молод. вч. Запоріжжя, 4 лютого, 2022. С. 19–20.

48. Чабанюк С. О. Соціально-гігієнічних чинники перебігу легкої розумової відсталості у осіб підліткового віку. *Актуальні питання клінічної медицини* : тези XV Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. з міжн. уч. Запоріжжя, 19 листопада, 2021. С. 320–322.

49. Чабанюк С. О. Структура коморбідної патології у хворих із легкою розумовою відсталістю. *Сучасні аспекти медицини та фармації – 2021* : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. 15-16 квітня 2021 р., м. Запоріжжя. С. 42–43.

50. Чугунов В.В. Підлубний В.Л. Чабанюк С.О. Оцінка ефективності медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Запорізький медичний журнал*. 2022. Т. 24, № 5 (134), С. 560-564 DOI:10.14739/2310-1210.2022.5.256779

51. Access to mental health services: The experiences of people with intellectual disabilities / E. L. Whittle et al. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019. № 32 (2). P. 368–379. doi:10.1111/jar.12533

52. ADHD symptoms in children with mild intellectual disability / E. Simonoff et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007. № 46 (5). P. 591–600. doi:10.1097/chi.0b013e3180323330

53. Alremawi S., Arabiyat A. A. The Effectiveness of a Behavioral Program in Reducing the Aggressive Behavior of Children with Mild Mental Disabilities at the Mu'tah Center for Special Education. *Health Psychol Res*. 2022. № 10 (1). P. 32317. doi:10.52965/001c.32317

54. Analysis of educational support systems for children with mental retardation and autism spectrum disorders / J. Narayan et al. *Int. J. Rehabil. Res.* 2005. Vol. 4, № 28. P. 365–368.

55. Attributions, criticism and warmth in mothers of children with intellectual disability and challenging behaviour: a pilot study / R.L. Lancaster et al. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2014. Vol. 58, № 11. P. 1060–1071.

56. Bass N., Skuse D. Genetic testing in children and adolescents with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry.* 2018. № 31 (6). P. 490–495. doi:10.1097/YCO.0000000000000456

57. Brief report: Follow-up outcomes of multisystem therapy for adolescents with an intellectual disability and the relation with parental intellectual disability / A. Blanckstein et al. *J Apply Res Intellect Disable.* 2020. № 33 (3). P. 618–624. doi:10.1111/jar.12691.

58. Carmeli E., Klein N., Sohn M. The implications of having attention-deficit/hyperactivity disorder in male adolescents with intellectual disability. *Int J Adolesc Med Health.* 2007. № 19 (2). P. 209–214. doi:10.1515/ijamh.2007.19.2.209

59. Chadwick O., Kusel Y., Cuddy M. Factors associated with the risk of behaviour problems in adolescents with severe intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2008. № 52 (10). P. 864–876. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01102.x

60. Chaplin R. Annotation: New research into general psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *J Intellect Disabil Res.* 2009. № 53 (3). P. 189–199. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01143.x

61. Dagnan D., Jackson I., Eastlake L. A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2018. № 62 (11). P. 974–991. doi:10.1111/jir.12548

62. Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities / K. P. de Ruiter et al. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007. № 48 (5). P. 498–507. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01712.x

63. Diabetes in people with intellectual disabilities: A systematic review of the literature / S. MacRae et al. *Res Dev Disabil.* 2015. № 47. P. 352–374. doi:10.1016/j.ridd.2015.10.003
64. Dietary supplementation of omega-3 fatty acids rescues fragile X phenotypes in Fmr1-Ko mice / S. Pietropaolo et al. *Psychoneuroendocrinology.* 2014. № 49. P. 119–129.
65. Effectiveness of speech therapy in adults with intellectual disabilities / H. Terband et al. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2018. № 31 (2). P. 236–248. doi:10.1111/jar.12384
66. Effects of Physical Activity on the Physical and Psychosocial Health of Youth With Intellectual Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis / N. J. Kapsal et al. *J Phys Act Health.* 2019. № 16 (12). P. 1187–1195. doi:10.1123/jpah.2018-0675
67. Einfeld S. L., Ellis L. A., Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil.* 2011. № 36 (2). P. 137–143. doi:10.1080/13668250.2011.572548
68. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability / M. C. Dekker et al. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2002. № 43 (8). P. 1087–1098.
69. Emotional and behavioural problems in adolescents with intellectual disability with and without chronic diseases / B. Oeseburg et al. *J Intellect Disabil Res.* 2010. № 54 (1). P. 81–89. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01231.x
70. 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.
71. Evans L., Randle-Phillips C. People with intellectual disabilities' experiences of psychological therapy: A systematic review and meta-ethnography. *J Intellect Disabil.* 2020. № 24 (2). P. 233–252. doi:10.1177/1744629518784359

72. Examining the validity of ADHD as a diagnosis for adolescents with intellectual disabilities: clinical presentation / C. L. Neece et al. *J Abnorm Child Psychol.* 2013. № 41 (4). P. 597–612. doi:10.1007/s10802-012-9698-4

73. Experiences of adults with intellectual disabilities accessing acute hospital services: A systematic review of the international evidence / F. McCormick et al. *Health Soc Care Community.* 2021. № 29 (5). P. 1222–1232. doi:10.1111/hsc.13253

74. Family-based social capital of emerging adults with and without mild intellectual disability / S. A. H. Giesbers et al. *J Intellect Disabil Res.* 2020. № 64 (10). P. 757–769. doi:10.1111/jir.12764

75. Fitton L., Jones D. R. Restraint of adults with intellectual disabilities: A critical review of the prevalence and characteristics associated with its use. *J Intellect Disabil.* 2020. № 24 (2). P. 268–283. doi:10.1177/1744629518778695

76. Gates B. Different aspects of the lived experience of intellectual disabilities. *J Intellect Disabil.* 2010. № 14 (1). P. 5–8. doi:10.1177/1744629510376032

77. Goad E. J., Parker K. Compassion-focused therapy groups for people with intellectual disabilities: An extended pilot study. *J Intellect Disabil.* 2021. № 25 (4). P. 661–679. doi:10.1177/1744629520925953

78. Greenspan S., Woods G. W. Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: the gradual move away from intelligence quotient-ceilings. *Curr Opin Psychiatry.* 2014. № 27 (2). P. 110–116. doi:10.1097/YCO.0000000000000037

79. Health professionals' experiences of behavioural family therapy for adults with intellectual disabilities: a thematic analysis / J. Hutchison et al. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2017. № 24 (5). P. 272–281. doi:10.1111/jpm.12375

80. Hurley A. D. Mood disorders in intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry.* 2006. № 19 (5). P. 465–469. doi:10.1097/01.yco.0000238471.84206.0a

81. Injury among adolescents with intellectual disability: A prospective cohort study / D. White et al. *Injury*. 2018. № 49 (6). P. 1091–1096. doi:10.1016/j.injury.2018.04.006
82. Intellectual disability and mental disorders in a US population representative sample of adolescents / J. M. Platt et al. *Psychol Med*. 2019. № 49 (6). P. 952–961. doi:10.1017/S0033291718001605
83. Juhasova A. Comparison of Quality of Life of Families with Children with Disability and Families with Children without Disability. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2015. Vol. 174. P. 3378–3384.
84. Kolaitis G. Young people with intellectual disabilities and mental health needs. *Curr Opin Psychiatry*. 2008. № 21 (5). P. 469–473. doi:10.1097/YCO.0b013e3283060a7b
85. Korinko K. J. Quality of Life of People with Profound Developmental Disabilities Based Upon Residential Settings. Walden University, 2016. 175 p.
86. Koskentausta T., Iivanainen M., Almqvist F. Risk factors for psychiatric disturbance in children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2007. № 51 (1). P. 43–53. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00871.x
87. Luijckx J., van der Putten A., Vlaskamp C. A valuable burden? The impact of children with profound intellectual and multiple disabilities on family life. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2017. № 44. P. 1–6. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1326588>.
88. MacLeod J., MacLure K. People with intellectual disabilities and their experience of medication: A narrative literature review. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020. № 33 (5). P. 976–991. doi:10.1111/jar.12719
89. Mainstream health professionals' stigmatising attitudes towards people with intellectual disabilities: a systematic review / H. A. Pelleboer-Gunnink et al. *J Intellect Disabil Res*. 2017. № 61 (5). P. 411–434. doi:10.1111/jir.12353
90. Mason J. The provision of psychological therapy to people with intellectual disabilities: an investigation into some of the relevant factors. *J Intellect Disabil Res*. 2007. № 51 (3). P. 244–249. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00867.x

91. Matzejat F, Remschmidt H. Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen-Eine Übersicht. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 1998. № 26 (3). P. 183–196.
92. McNair L, Woodrow C., Hare D. Dialectical Behaviour Therapy [DBT] with People with Intellectual Disabilities: A Systematic Review and Narrative Analysis. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2017. № 30 (5). P. 787–804. doi:10.1111/jar.12277
93. Measuring emotional support in family networks: Adapting the Family Network Method for individuals with a mild intellectual disability / S. A. H. Giesbers et al. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2019. № 32 (1). P. 94–105. doi:10.1111/jar.12512
94. Mental health needs and availability of mental health care for children and adolescents with intellectual disability in Berlin / B. Soltau et al. *J Intellect Disabil Res.* 2015. № 59 (11). P. 983–994. doi:10.1111/jir.12185
95. Mental health services for adults with intellectual disabilities--what do service users and staff think of them? / B. S. Kroese et al. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2013. № 26 (1). P. 3–13. doi:10.1111/jar.12007
96. Munir K. M. The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2016. № 29 (2). P. 95–102. doi:10.1097/YCO.0000000000000236
97. Munir K. M., Roy A., Javed A. The WPA Working Group on Intellectual Developmental Disorders: the need for a second paradigm shift. *World Psychiatry.* 2022. № 21 (2). P. 327–328. doi:10.1002/wps.20979
98. Nicoll M., Beail N. A comparison of anger in offenders and non-offenders who have intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2013. № 26 (5). P. 466–470. doi:10.1111/jar.12035
99. Obesity in adolescents with intellectual disability: Prevalence and associated characteristics / S. Krause et al. *Obes Res Clin Pract.* 2016. № 10 (5). P. 520–530. doi:10.1016/j.orcp.2015.10.006

100. Outcomes in young adulthood: are we achieving community participation and inclusion? / K. M. Gray et al. *Journal of intellectual disability research*. 2014. № 58 (8). P. 734–745. doi: 10.1111/jir.12069.

101. Panek P. E., Smith J. L. Assessment of terms to describe mental retardation. *Res. Dev. Disabil.* 2005. Vol. 6, № 26. P. 565–576.

102. Patterson C. W., Williams J., Jones R. Third-wave therapies and adults with intellectual disabilities: A systematic review. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2019. № 32 (6). P. 1295–1309. doi:10.1111/jar.12619

103. Pharmacist interventions for persons with intellectual disabilities: A scoping review / C. Lee et al. *Res Social Adm Pharm.* 2021. № 17 (2). P. 257–272. doi:10.1016/j.sapharm.2020.03.009

104. Pidlubnyi V. L., Chabaniuk S. O. Modern approaches of diagnosis and criteria for assessing the limitations of life activities in adolescents with mild mental retardation. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021. Vol. 11, № 3. P. 57–66. <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.03.007>

105. Pimlott N. Aging with intellectual and developmental disabilities: Family physicians can make a difference. *Can Fam Physician*. 2019. № 65 (1). P. 3.

106. Pratt H. D., Patel D. R. Learning disorders in children and adolescents. *Prim Care*. 2007. № 34 (2). P. 361. doi:10.1016/j.pop.2007.04.014

107. Pratt H.D., Greydanus D. E. Intellectual disability (mental retardation) in children and adolescents. *Prim Care*. 2007. № 34 (2). P. 375. doi:10.1016/j.pop.2007.04.010

108. Psychopathology in young people with intellectual disability / S. L. Einfeld et al. *JAMA*. 2006. № 296 (16). P. 1981–1989. doi:10.1001/jama.296.16.1981

109. Psychopathology of adolescents with an intellectual disability who present to general hospital services / O. Theodoratos et al. *Australas Psychiatry*. 2017. № 25 (5). P. 481–485. doi:10.1177/1039856217706820

110. Purugganan O. Intellectual Disabilities. *Pediatr Rev*. 2018. № 39 (6). P. 299–309. doi:10.1542/pir.2016-0116

111. Reddy V. Inpatient group therapeutic interventions for patients with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil.* 2015. № 19 (1). P. 51–57. doi:10.1177/1744629514559314
112. Reported Wandering Behavior among Children with Autism Spectrum Disorder and/or Intellectual Disability / C. E. Rice et al. *J Pediatr.* 2016. № 174. P. 232–239. doi:10.1016/j.jpeds.2016.03.047.
113. Romeo R, Molosankwe I. Economic evidence in intellectual disabilities: a review. *Curr Opin Psychiatry.* 2010. № 23 (5). P. 427–431. doi:10.1097/yco.0b013e32833ad946
114. Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort / I. Hall et al. *Journal of intellectual disability research.* 2005. № 49 (3). P. 171–182. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00636.x
115. Stopping, rationalising or optimising antipsychotic drug treatment in people with intellectual disability and/or autism / R. Shankar et al. *Drug Ther Bull.* 2019. № 57 (1). P. 10–13. doi:10.1136/dtb.2018.000009
116. Strydom A., Melville C. New horizons for mental health research in intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2017. № 61 (6). P. 519–520. doi:10.1111/jir.12383
117. Sturmey P. Treatment of psychopathology in people with intellectual and other disabilities. *Can J Psychiatry.* 2012. № 57 (10). P. 593–600. doi:10.1177/070674371205701003
118. Surley L., Dagnan D. A review of the frequency and nature of adaptations to cognitive behavioural therapy for adults with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2019. № 32 (2). P. 219–237. doi:10.1111/jar.12534
119. Tenenbaum A., Glasbauer D., Wexler I. D. Coronavirus and People with Intellectual Disabilities: A Special Perspective. *Isr Med Assoc J.* 2021. № 23 (1). P. 5–6.
120. The development of manualised cognitive behaviour treatment for adults with mild intellectual disability and common mental disorders / K. Azam et al. *Psychiatriki.* 2012. № 23 (2). P. 109–116.

121. Townsend-White C., Pham A. N., Vassos M. V. Review: a systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. *Journal of intellectual disability research*. 2012. № 56 (3). P. 270–284.
122. Treatment of neurodevelopmental disorders in adulthood / E. Castrén et al. *The Journal of Neuroscience*. 2012. № 32 (41). P. 14074–14079. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3287-12.2012
123. Viecili, M.A., Weiss J.A. Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory With Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities. *American journal on intellectual and developmental disabilities*. 2015. Vol. 120, № 4. P. 289–301.
124. Wallace R. A. Palliative care for adults with intellectual disability. *Intern Med J*. 2021. № 51 (11). P. 1963–1968. doi:10.1111/imj.15577
125. Wallander J. L., Dekker M. C., Koot H. M. Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: a prospective longitudinal population-based study. *J Intellect Disabil Res*. 2006. № 50 (4). P. 259–268. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00792.x
126. Wieland J., Kapitein-de Haan S., Zitman F. G. Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Can J Psychiatry*. 2014. № 59 (4). P. 213–219. doi:10.1177/070674371405900406
127. Williamson D. E., Birmaher B. Childhood and Adolescent Depression. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 1996. Vol. 12. P. 1575–1583.
128. 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.

ДОДАТОК А1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Директор КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР
Ф.В. Паталах
11 _____ 2022 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 6

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Спосіб психотерапевтичної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку.
2. **Ким запропоновано:** Чабанюк Сергій Олександрович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Чабанюк С. О. Клініко-феноменологічна структура та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. Український вісник психоневрології. 2021. Том 29, Вип. 1 (106). С. 36–41. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-7>.
4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КП «Криворізька багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради.
5. **Термін впровадження:** з 2021 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних методів психотерапевтичної реабілітації хворих на легку форму розумової відсталості із супутньої соматичної, неврологічної та психічною патологією.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» ЗОР



Т. Г. Судовська

ДОДАТОК А2

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КП «Криворізька багатопрофільна лікарня
з надання психіатричної допомоги» ДОР

В. М. Солонський

«20.11.2021» 2021р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 16

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Спосіб психотерапевтичної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку.
2. **Ким запропоновано:** Чабанюк Сергій Олександрович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Чабанюк С. О. Клініко-феноменологічна структура та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. Український вісник психоневрології. 2021. Том 29, Вип. 1 (106). С. 36–41. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-7>.
4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КП «Криворізька багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради.
5. **Термін впровадження:** з 2021 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних методів психотерапевтичної реабілітації хворих на легку форму розумової відсталості із супутньої соматичної, неврологічної та психічної патологією.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор КП «Криворізька
багатопрофільна лікарня
з надання психіатричної допомоги» ДОР



ДОДАТОК АЗ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
 КП «Дніпропетровська багатoproфільна
 клінічна лікарня з надання психіатричної
 допомоги ДОР», професор
 С.М. Мороз

«12» 12 / 2021 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Принципи та напрями психотерапевтичної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку.
2. Ким запропоновано: Чабанюк Сергій Олександрович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Чабанюк С. О. Клініко-феноменологічна структура та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. Український вісник психоневрології. 2021. Том 29, Вип. 1 (106). С. 36–41. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-7>.
4. Де та коли впроваджено. В лікувально-профілактичну роботу КП «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги ДОР».
5. Термін впровадження: з 2021 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження. Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних методів психотерапевтичної реабілітації хворих на легку форму розумової відсталості із супутньої соматичної, неврологічної та психічної патологією
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор КП «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги ДОР»
 Галицька-Пасічник Наталія

ДОДАТОК А4

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

КНП "Клінічна лікарня
"ПСИХІАТРІЯ"
доктор медичних наук, професор
В.Д. Мішиєв



2022р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 65

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Програма психотерапевтичної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку із супутньою патологією.
2. Ким запропоновано: Чабанюк Сергій Олександрович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їзрів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Чабанюк С. О. Клініко-феноменологічна структура та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. Український вісник психоневрології. 2021. Том 29, Вип. 1 (106). С. 36–41. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-7>.
4. Де та коли впроваджено. В клініко-діагностичну, терапевтичну та лікувально-профілактичну роботу КНП "Клінічна лікарня "ПСИХІАТРІЯ".
5. Термін впровадження: з 2021 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження. Впровадження запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів у галузі сучасних методів психотерапевтичної реабілітації хворих на легку форму розумової відсталості із супутньою психічною, неврологічною та соматичною патологією.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

В.о.заступника директора КНП "Клінічна
лікарня "ПСИХІАТРІЯ" з медичної частини,
кандидат медичних наук

 М. Ю. Ігнатов

ДОДАТОК А5



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор
Запорізького державного
медичного університету
кандидат фарм. наук, доцент
М. О. Авраменко
«22» 11 2022 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 42

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Система медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку.
2. **Ким запропоновано:** Чабанюк Сергій Олександрович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Чабанюк С. О. Коморбідна патологія у хворих підліткового віку із легкою розумовою відсталістю. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2021. № 1–2 (12–13). С. 81–89. <https://doi.org/10.37321/UJMN.2021.1-2-10>.
4. **Де та коли впроваджено.** В педагогічний процес кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України
5. **Термін впровадження:** з 2021 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ щодо сучасних методів медико-психологічного супроводу хворих на легку форму розумової відсталості із супутньої соматичної, неврологічної та психічної патологією.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

В.о. зав. кафедри психіатрії, психотерапії,
загальної та медичної психології,
наркології та сексології
д. мед. н., професор

В.О. Курило

ДОДАТОК А6



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Принципи та система комплексної медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку.
2. Ким запропоновано: Чабанюк Сергій Олександрович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Чабанюк С. О. Коморбідна патологія у хворих підліткового віку із легкою розумовою відсталістю. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2021. № 1–2 (12–13). С. 81–89. <https://doi.org/10.37321/UJMN.2021.1-2-10>.
4. Де та коли впроваджено. В науково-педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ.
5. Термін впровадження: з 2021 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження: впровадження у науково-навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень студентів та лікарів-курсантів циклів ТУ, щодо сучасних методів медико-психологічного супроводу хворих на легку форму розумової відсталості із супутньої соматичної, неврологічної та психічною патологією.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри психіатрії, наркології,
медичної психології та соціальної роботи
Харківського національного медичного
університету, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

(дата)

(підпис)

ДОДАТОК Б**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Чабанюк С.О. Клініко-феноменологічна структура та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Український вісник психоневрології*. 2021. Том 29, Вип. 1 (106). С. 36–41. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-7>
2. Pidlubnyi V.L., Chabaniuk S.O. Modern approaches of diagnosis and criteria for assessing the limitations of life activities in adolescents with mild mental retardation. *Journal of Education, Health and Sport*. 2021. Vol. 11, № 3. P. 57–66. <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.03.007> (Автором самостійно проведено обстеження контингенту, обробку результатів та формування висновків дослідження)
3. Чабанюк С.О. Коморбідна патологія у хворих підліткового віку із легкою розумовою відсталістю. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2021. № 1–2 (12–13). С. 81–89. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2021.1-2-10>
4. Чабанюк С.О. Патопластичний вплив соціально-гігієнічних факторів на клінічне оформлення хвороби в осіб підліткового віку із легкою розумовою відсталістю. *Міжнародний медичний журнал*. 2021. № 3. С. 44–47. <http://www.imj.kh.ua/archive/2021/3/9>
5. Чугунов В.В. Підлубний В.Л. Чабанюк С.О. Оцінка ефективності медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Запорізький медичний журнал*. 2022. Т. 24, № 5 (134), С. 560-564 DOI:[10.14739/2310-1210.2022.5.256779](https://doi.org/10.14739/2310-1210.2022.5.256779) (Автором самостійно проведено збір даних, аналіз та інтерпретація даних, написання статті).
6. Чабанюк С.О. Вікові особливості соціального функціонування хворих на розумову відсталість. *YOUNG SCIENCE 3.0* : мат. наук.-практ. конф. з міжн. уч. 26 березня 2021р., м. Київ. С. 34–35.
7. Чабанюк С.О. Структура коморбідної патології у хворих із легкою розумовою відсталістю. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* -

2021: мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. Запоріжжя, 15-16 квітня 2021 р. С. 66.

8. Чабанюк С.О. Показники якості життя осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Медицина XXI сторіччя* : мат. 83-го Всеукр. наук. мед. конг. студ. та мол. вч. з міжн. уч. Лиман, 18–19 листопада, 2021. С. 217–218.

9. Чабанюк С.О. Соціально-гігієнічних чинники перебігу легкої розумової відсталості у осіб підліткового віку. *Актуальні питання клінічної медицини* : тези XV Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. з міжн. уч. Запоріжжя, 19 листопада, 2021. С. 320–322.

10. Чабанюк С.О. Система медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. студ. та молод. вч. Запоріжжя, 4 лютого, 2022. С. 19–20.

11. Чабанюк С.О. Рекомендації медико-соціальної реабілітації осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2022* : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. Запоріжжя, 17 травня, 2022. С. 42–43.

ДОДАТОК В
ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Науково-практична конференція з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 3.0», м. Київ, 26 березня 2021 р.

2. 81 Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Сучасні аспекти медицини та фармації – 2021», м. Запоріжжя, 15-16 квітня 2021 р.

3. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я», м. Харків, 20–21 травня 2021 р. (усна доповідь).

4. 83 Всеукраїнський науковий медичний конгрес студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Медицина ХХІ сторіччя», м. Лиман, 18–19 листопада 2021 р.

5. XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 р.

6. Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022», м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р.

7. Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2022», м. Запоріжжя, 17 травня 2022 р.

На електронний документ накладено: 1 (Один) підписи чи печатки:
На момент друку копії, підписи чи печатки перевірено:
Програмний комплекс: eSign v. 2.3.0;
Засіб кваліфікованого електронного підпису чи печатки: ПТ Користувач ЦСК-1
Експертний висновок: №05/02/02-1424 від 05.04.2016;
Цілісність даних: не порушена;



Підпис № 1 (реквізити підписувача та дані сертифіката)
Підписувач: ЧАБАНЮК СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ 3405109639;
Належність до Юридічної особи: ФІЗИЧНА ОСОБА;
Код юридичної особи в ЄДР: 3405109639;
Серійний номер кваліфікованого сертифіката: 2B6C7DF9A3891DA104000000DE6AC6001AD07B03;
Видавець кваліфікованого сертифіката: АЦСК АТ КБ «ПРИВАТБАНК»;
Тип носія особистого ключа: Незахищений;
Тип підпису: Удосконалений;
Сертифікат: Кваліфікований;
Час та дата підпису: 22:50 17.04.2023;
Чинний на момент підпису. Підтверджено позначкою часу для підпису від АЦСК (кваліфікованого надавача електронних довірчих послуг)