

*С. О. Чабанюк*

**КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

*С. А. Чабанюк*

**Клинико-феноменологическая структура и возрастные особенности течения заболевания у лиц с лёгкой умственной отсталостью подросткового возраста**

*S. O. Chabaniuk*

**Clinical-phenomenological structure and age-related features of the course of the disease in adolescence with mild mental retardation**

Серед форм психічної патології, які виявляються в дитячому віці, особливе місце займає розумова відсталість, яка робить істотний внесок у показники захворюваності та інвалідизації.

З метою встановити закономірності клініко-феноменологічної структури та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку, на базі Криворізького психоневрологічного диспансеру було проведено двоетапне клініко-епідеміологічне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження 154 осіб 2003—2008 років народження, хворих на легку розумову відсталість.

За результатами дослідження було встановлено, що розумову відсталість у більшій частині випадків було діагностовано у віці 7—10 років (29,8 % випадків), а у майже третини всіх обстежених (29 %) цей діагноз поєднується із супутньою психічною, неврологічною чи соматичною патологією, яка саме і призводила до погіршення загального перебігу захворювання. У 63 % випадків виявлено обтяжений сімейний анамнез, у 81 % — акушерський. Крім того виявлений прямий кореляційний зв'язок ( $r = 0,498$ ) між рівнем розвитку соціальних навичок та збереженням інтелектуального рівня.

Отже, можна виокремити чинники ризику виникнення легкої розумової відсталості: чоловіча стать, обтяженість сімейного анамнезу (насамперед станами залежності), вік батьків — більш ніж 30 років, їх низький освітній рівень, патологічний період вагітності та затримки психомоторного розвитку на першому році життя.

Рівень соціальної адаптації хворих залежить від глибини інтелектуального дефіциту; тривалі лікувально-реабілітаційні впливи, психоосвітні заходи для батьків та родичів хворих, організація допомоги у працевлаштуванні та медикаментозний супровід можуть підвищити рівень соціальної адаптації цього контингенту осіб.

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

В ряду форм психической патологии, которые обнаруживаются в детском возрасте, особое место занимает умственная отсталость, которая вносит существенный вклад в показатели заболеваемости и инвалидизации.

С целью установить закономерности клинико-феноменологической структуры и возрастные особенности течения заболевания у лиц с лёгкой умственной отсталостью подросткового возраста, на базе Криворожского психоневрологического диспансера было проведено двухэтапное клинико-эпидемиологическое, клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследование 154 человек 2003—2008 годов рождения, больных лёгкой умственной отсталостью.

По результатам исследования было установлено, что умственная отсталость в большинстве случаев была диагностирована в возрасте 7—10 лет (29,8 % случаев), а у почти трети всех обследованных (29 %) этот диагноз сочетался с сопутствующей психической, неврологической или соматической патологией, которая как раз и приводила к ухудшению общего течения заболевания. В 63 % случаев имел место отягощённый семейный анамнез, в 81 % — акушерский. Кроме того, обнаружена прямая корреляционная связь ( $r = 0,498$ ) между уровнем развития социальных навыков и сохранением интеллектуального уровня.

Таким образом, можно выделить факторы риска возникновения лёгкой умственной отсталости: мужской пол, отягощённость семейного анамнеза (в первую очередь — состояниями зависимости), возраст родителей — более 30 лет, их низкий образовательный уровень, патологический период беременности и задержки психомоторного развития на первом году жизни.

Уровень социальной адаптации больных зависит от глубины интеллектуального дефицита; длительные лечебно-реабилитационные воздействия, психообразовательные мероприятия для родителей и родственников больных, организация помощи в трудоустройстве и медикаментозное сопровождение могут повысить уровень социальной адаптации данного контингента.

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

Among the forms of mental pathology that are found in childhood, a special place is occupied by mental retardation, which makes a significant contribution to the rates of morbidity and disability.

In order to establish the patterns of the clinical-phenomenological structure and age-specific course of the disease in adolescence with mild mental retardation, on the basis of the Kryvyi Rih neuropsychiatric dispensary, a two-stage clinical-epidemiological, clinical-psychopathological and psychodiagnostic study of 154 people born in 2003—2008 with mild mental disorders was carried out.

According to the results of the study, it was found that the presence of mental retardation in most cases was diagnosed in the period of 7—10 years (29,8 % of cases), and in almost a third of all examined (29 %) this diagnosis was combined with concomitant psychiatric, neurological or somatic pathology, which just led to a deterioration in the general course of the disease. In 63 % cases there was a burdened family history, in 81 % — obstetric. In addition, a direct correlation ( $r = 0.498$ ) was found between the level of development of social skills and the preservation of the intellectual level.

Thus, it is possible to identify risk factors for the occurrence of mild mental retardation: male sex, family history (primarily addiction states), parents' age over 30, their low educational level, pathological period of pregnancy and delayed psychomotor development in the first year of life. The level of social adaptation of patients depends on the depth of the intellectual deficit, long-term treatment and rehabilitation interventions, psycho-educational activities for parents and relatives, the organization of assistance in finding a job and medical support can increase the level of social adaptation of this contingent.

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

Серед форм психічної патології, які виявляються в дитячому віці, особливе місце займає розумова відсталість (РВ), яка робить істотний внесок у показники поширеності та захворюваності на психічні розлади [1, 2], а також інвалідизації в дитинстві [3—5]. Уявлення про тотальність психічного недорозвинення, та стабільність інтелектуального дефіциту й особливості перебігу РВ в останні десятиліття частково переглядаються і доповнюються відомостями про вплив вікових, терапевтичних, соціальних чинників на її прояви [6]. Обговорюються також перспективи лікування РВ [5, 6]. Проблема поліпшення соціального функціонування пацієнтів з РВ залишається надзвичайно актуальною. Дорослі особи з вираженими інтелектуальними розладами є чималим тягарем для їхніх 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 [5—7]. Зокрема, К. Gray і співавт. [6], простеживши хворих з РВ у віці початку захворювання до 20—37,6 років, виявили, що більша їх частина і далі жили з батьками або в спеціалізованих установах; третина пацієнтів брали участь в спеціально організованих трудових заходах і лише деякі мали оплачувану роботу. При легкій РВ соціальний прогноз — більш сприятливий, про це свідчить, зокрема, робота І. Hall і співавт. До кінця дослідження з 52 осіб з легкою інтелектуальною недостатністю 67 % мали роботу, 73 % були одружені, 62 % мали дітей, 54 % осіб належали власні будинки [5].

Становлення клінічної картини розумової відсталості протягом дитинства вивчено докладно, та набагато менше уваги надавали трансформації розладів в період дорослішання. Недостатньо вивченим і дуже значущим для динаміки РВ є підлітково-юнацький вік, коли відбувається становлення різних рівнів соціального функціонування хворих. Опубліковані дані як про позитивну, так і про негативну динаміку цієї патології [8], що є досить перспективним в плані наукового пошуку саме тому, що розумова відсталість у класичному розумінні вважають «еволютивною» та «непрогресивною» патологією [9].

Мета дослідження — встановити закономірності клініко-феноменологічної структури та вікові особливості перебігу захворювання у осіб з легкою розумовою відсталістю підліткового віку.

На базі Криворізького психоневрологічного диспансеру (м. Кривий Ріг), за умов інформованої згоди, проспективно обстежено 154 хворих 2003—2008 років народження, які перебували на диспансерному спостереженні підліткового психіатра до досягнення 15-річного віку. Дослідження складалося з двох етапів: перший — при первинному зверненні в дитинстві, по психіатричну допомогу, або при встановленні діагнозу легкої РВ, до досягнення повноліття (17 років та 11 місяців), та другий — катамнестичний — з 18 до 23 років.

На початку дослідження контингент складався зі 108 (70,13 %) хлопчиків та 46 (29,87 %) дівчат, середній вік яких становив 16,08 років. З об'єктивних причин (зміна місця постійного мешкання або відмова від подальшої участі у дослідженні) на другому етапі з дослідження вибули 38 хворих. Отже, на завершальному етапі дослідження були обстежені 116 хворих на легку РВ. Контингент складався зі 74 (63,79 %) чоловіків та 42 (36,21 %) жінок.

В процесі дослідження використані клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи. Як основний інструмент дослідження використовували «Карту для клініко-епідеміологічних досліджень», що містила в собі соціально-демографічні та анамнестичні відомості, клінічну частину з характеристикою наявних симптомів і синдромів.

Діагноз легкої РВ верифікували за критеріями МКБ-10 (основні — зниження когнітивних здібностей, затримка мовного розвитку, недостатність розвитку моторних і соціальних навичок) з урахуванням показників стандартизованих тестів визначення коефіцієнта інтелекту — IQ (тест Векслера). Хворі з легкої РВ (F70) демонстрували показники IQ в діапазоні 60—69.

Для ранжування хворих за рівнем соціального функціонування в підлітковому і дорослому віці використовували «Карту реєстрації соціальних навичок і умінь підлітків, які страждають хронічними психічними розладами» [10]. Статистичне оброблення даних здійснювали за допомогою програмного забезпечення Statistica-7 for Windows.

За результатами клініко-анамнестичного дослідження встановлено, що 69 % хворих початково було діагностовано легку РВ в дитячому віці. Рідше вона виявлялася у віці 3—6 років (9,4%), тобто до початку шкільного навчання, найчастіше — в 7 років (16,2%), а пізніше віку 10 років — у 13,6 %. Нозологічна кваліфікація стану 76 (49,35 %) хворих була підтверджена стаціонарним обстеженням до досягнення повноліття. У 29 % пацієнтів з легкою РВ основний розлад був поєднаний з супутньою психіатричною, неврологічною чи соматичною симптоматикою. Найчастіше спостерігалися такі розлади: поведінки — у 89 (57,79 %) хворих; неврозоподібні — у 13 (8,44 %); судомні стани різного генезу — у 29 (18,83 %); локальні неврологічні порушення (залишкові прояви дитячого церебрального паралічу, наслідки перенесених нейроінфекцій і травм) — у 17 (11,04 %); ознаки психоорганічного синдрому — у 6 (3,90 %).

Загалом серед пацієнтів з легкою РВ особи чоловічої статі, протягом всього періоду спостереження, переважали вдвічі. Сімейна обтяженість на психічну патологію 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 велика частота різних екзогенних шкідливих

чинників в період формування плода і в ранньому післяпологовому періоді: у 81 % матерів вагітність перебігала з ускладненнями. Найчастішими були чинники, які тривало впливали на плід: нефропатії, загрози переривання, анемії. Інфекційні захворювання протягом вагітності перенесли 42 (27,3 %) матерів; токсичний вплив алкоголю — 18 (11,69 %); 9 (5,84 %) матерів намагалися самостійно позбутися плода, вживаючи різні медикаменти. Майже в половині спостережень зазначалося поєднання несприятливих чинників, що ускладнюють перебіг вагітності. 34 % респондентів народилися від перших пологів, решта — від повторних. Ускладнення в пологах виявлено у 108 (70,13 %) з 154 обстежених: асфіксія — у 53 (34,41 %), передчасні пологи — у 18 (11,69 %). Серед обстежених з легкою РВ значну частку становили ті що народилися з малою масою тіла (до 3 кг) — 40 %. Ранні постнатальні шкідливі чинники в анамнезі зафіксовані у 33 %. Серед матерів була відносно велика частка тих, які народили у віці від 35 до 40 років, водночас не було ранніх (до 18 років) пологів, поодинокі — випадки народження матерями старше ніж 40 років. Серед батьків переважали особи з середньою і середньою спеціальною освітою — 73 % матерів і 66 % батьків, допоміжну школу закінчили 9 матерів і 5 батьків. 48 (31,17 %) дітей виховувалися в багатодітних сім'ях, 82 (53,25 %) — в неповних; 34 дитини (22,08 %) мали досвід проживання з батьками, що вели асоціальний спосіб життя.

Психомоторний розвиток у дітей з легкою РВ був своєчасний в 38 % обстежених, але більша частина хворих розвивалися з затримкою або мовного (34 %), або моторно-мовного (53 %) розвитку.

На першому етапі дослідження також проведено аналіз соціальної адаптації підлітків з легкою РВ. На момент обстеження у 7,79 % хворих з легкою РВ (7 хлопчиків і 5 дівчат) ще в неповнолітньому віці була оформлена інвалідність. Призначення інвалідності найчастіше відбувалося у віці від року до 5 років. Четверо дітей отримали первинну інвалідність з дитинства внаслідок психічного розладу, 5 — внаслідок неврологічної патології, 2 — внаслідок соматичної. Починали навчатися в школі з 7 років 58 % хворих з легкою РВ, з 8 років — 36 %, з 9 років — 6 %. При більш виражених ступенях легкої РВ навчання починалося в допоміжній школі, але близько 70 % дітей з легкою РВ спочатку були прийняті в масові навчальні заклади, переведення в допоміжну школу відбувалося, зазвичай, в 1—6 класах. Пізніше переведення у допоміжну школу або відмова від переведення в неї відбувалися у разі небажання батьків виконувати рекомендації фахівців.

Загалом у 154 підлітків з легкою РВ інтелектуальне зниження незначно впливало на повсякденне життя, до якого більша частина з обстежених виявилася адаптованими. Невисокий рівень розвитку освітніх навичок компенсувався вибором сфер діяльності, де вони не були обмежені критеріями

інтелектуальної придатності. Більша частина пацієнтів на момент обстеження навчалися у допоміжних школах — 62 (40,26 %) або спеціалізованих коледжах — 25 (16,24 %), реабілітаційних центрах — 21 (13,64 %), працювали (не повний день) — 15 (9,74 %), та навчалися в загальноосвітніх школах — 10 (6,49 %), не навчалися і не працювали — 21 (13,64 %) обстежених.

За результатами проведеного обстеження за допомогою «Карти реєстрації соціальних навичок і умінь підлітків, які страждають хронічними психічними розладами» під час ранжування хворих за рівнем соціальної адаптації встановлена кореляція між середнім балом розвитку навичок і ступенем інтелектуального зниження (рис. 1).

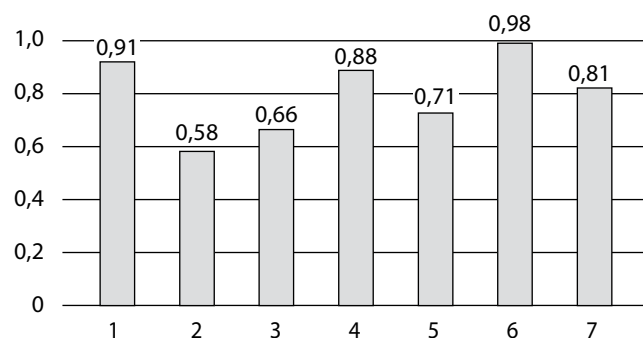


Рис. 1. Ступінь оволодіння соціальними навичками підлітками з легкою РВ

1 — орієнтованість в собі і навколишньому середовищі; 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 власної діяльності

Виявлена кореляція ( $r = 0,498$ ) між підсумковим середнім балом розвитку навичок і ступенем розумового недорозвинення була прямою — тобто чим вище були інтелектуальні показники, тим вищий бал, що оцінював соціальну адаптацію ( $p < 0,001$ ).

Проведений катamnестичний аналіз осіб з легкою РВ у віці 18—23 років на завершальному етапі дослідження 116 хворих на легку РВ. Контингент складався зі 74 (63,79 %) чоловіків та 42 (36,21 %) жінок. Слід зазначити, що лише 52 (33,76 %) людини і далі відвідували психоневрологічний диспансер (ПНД). Решта обстежуваних були зняті зі спостереження і по допомогу не зверталися. Встановлено, що після 18-річного віку, нозологічне трактування психічного стану хворих змінилося лише в 7 випадках. У двох випадках легкої РВ діагноз був знятий, а п'яти пацієнтам переглянутий на важчий.

В процесі катamnестичного обстеження для оцінювання соціального функціонування хворих використовували «Карту оцінки соціального функціонування молодих дорослих психічно хворих». Результати (рис. 2) демонструють, що показники функціонування у пацієнтів з легкою розумовою відсталістю в віці 18—23 роки, знижені лише через

низький освітній рівень і недостатні навички спілкування та побутових навички. За рештою показників соціальне функціонування майже не відрізняється від норми.

Зазначені показники підтверджуються і досить задовільним загальним соціальним статусом пацієнтів. Зокрема, 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. Більша частина з них (104) не були одружені і далі проживали з батьками. Загалом це були соціально адаптовані в своєму оточенні особи, володіли навичками повсякденної життєдіяльності. Вони самостійно пересувалися містом, готували прості страви, обслуговували себе і допомагали в побуті близьким, які і далі контролювали фінанси хворих. Хворі, які працювали, зазвичай віддавали зарплату особам, що їх опікували. Третина обстежених, які працевлаштувалися, працювали в спеціально створених сприятливих умовах (в спеціалізованих майстернях, на одному підприємстві з батьками, під їх контролем, у допоміжних школах, соціальних центрах).

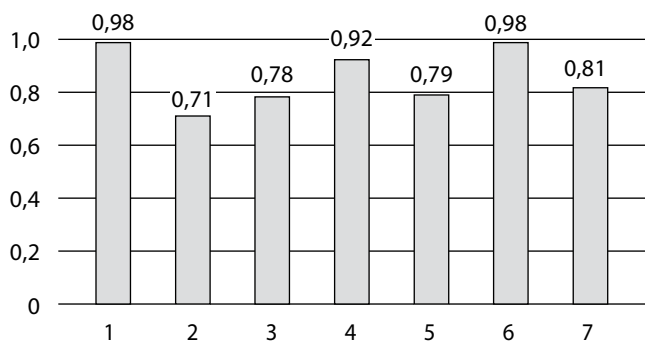


Рис. 2. Ступінь оволодіння соціальними навичками особами з легкою РВ

1 — орієнтованість в собі і навколишньому середовищі; 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 власної діяльності

На момент обстеження 11 осіб перебували в шлюбі та з них 5 мали дітей. Водночас 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, потреба у примусовому лікуванні після вчинення протиправних дій. Питання, які потребують ек-

пертного висновку (позбавлення дієздатності, підтвердження інвалідності), зазвичай, вирішувалися в процесі амбулаторного обстеження.

Всього інвалідів з легкою РВ на момент катамнезу виявилось 37 осіб (чоловіків — 24, жінок — 13). Статус інваліда, отриманий з неповноліття, зберігся у більшості частини обстежених, 16 з яких після досягнення 18 років переформували інвалідність, переважно на II групу. Лише три пацієнти з легкою РВ відмовилися від інвалідності після досягнення 18 років, успішно працевлаштувалися. Первинна констатація інвалідності в молодому дорослому віці відбувалася досить рідко, всього у 9 пацієнтів, двоє з яких отримали II групу, решта семеро — III групу. Загалом інвалідність, встановлену у молодому віці, частіше переглядали в бік підвищення групи інвалідності, що було пов'язане з погіршенням діагнозу, розширенням і збільшенням коморбідної симптоматики. В тих випадках, коли клінічний стан пацієнтів не давав вагомих підстав для оформлення інвалідності в молодому віці, питання інвалідизації непрацевлаштованих осіб з легкою РВ до віку 23 роки практично не вирішувалися, соціально дезадаптовані пацієнти жили на утриманні батьків або мали короткострокову, тимчасову, мало оплачувану зайнятість.

Загалом, молоді люди з легкою розумовою відсталістю після закінчення корекційних навчальних закладів і далі потребували заходів соціальної підтримки та сприяння працевлаштуванню. Незважаючи на наявність служб допомоги в працевлаштуванні та квотування робочих вакансій, місць для організованої зайнятості осіб з легкою РВ бракує.

Слід зазначити що, медикаментозну і соціальну психіатричну допомогу хворим більш активно надавали в підлітковому віці, про що свідчила різниця в частоті госпіталізацій і відвідувань ПНД цими пацієнтами з 15 та після 18 років. Переважно йшлося про симптоматичну корекцію коморбідної симптоматики (афективних, поведінкових порушень). Водночас, останніми роками з'явилося багато даних про те, що застосування ноотропних препаратів має позитивне значення в динаміці клінічної картини хворих з легкою РВ.

Отже, можна констатувати, що загалом клінічна картина неускладненої легкої РВ характеризується стабільністю. Хоча в деяких випадках є і негативна динаміка, яка спостерігається частіше, ніж позитивна, що може бути пов'язано з тяжкістю інших коморбідних розладів, які спостерігаються у розумово відсталих осіб. Випадки позитивної динаміки були також зафіксовані під час катамнестичного спостереження хворих, проте офіційно діагноз РВ був знятий тільки у двох осіб. Інвалідизація при легкій РВ формується переважно в дитячому віці, до повноліття її показники мало змінюються і цим вона суттєво відрізняється від динаміки інвалідизації внаслідок інших психічних розладів, що виникають в дитячому та підлітковому віці.

Рівень соціальної адаптації пацієнтів корелює з глибиною інтелектуального дефіциту, проте залежить і від деяких зовнішніх чинників, особливо важливе значення має організація зайнятості хворих. Навіть особи зі значними інтелектуальними порушеннями мають, зазвичай, найпростіші навички самообслуговування, реалізують їх, і можуть спілкуватися з оточенням на адекватному рівні. Найуспішніше інших адаптуються пацієнти 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, незважаючи на той факт, що 90 % зі спостережуваних осіб отримали професійну освіту, лише близько 36 % з них мали постійну і 30 % — тимчасову роботу. Всього 12 % пацієнтів доповнювали бюджет батьківської сім'ї тимчасовими заробітками. Великою проблемою є брак або віддаленість установ, які використовують працю осіб з інтелектуальним зниженням. Адже молоді люди з легкою РВ після закінчення корекційних навчальних закладів і далі потребують заходів соціальної підтримки та зайнятості. Незважаючи на наявність служб допомоги в працевлаштуванні та квотування робочих вакансій, місць для організованої зайнятості осіб з РВ бракує.

Психіатричну допомогу хворим більш активно надають в дитячому та підлітковому віці, про що свідчить різниця в частоті госпіталізацій і відвідувань ПНД цими пацієнтами в дитинстві, підлітковому віці та після 18 років. Водночас медикаментозна і соціально-психіатрична корекція є важливими елементами комплексної допомоги особам з легкою РВ. Вирішення зазначених питань могло б сприяти кращій соціальної інтеграції цієї групи хворих.

Отже, результати проведеного дослідження дають змогу дійти таких висновків.

Первинна діагностика легкої розумової відсталості відбувається переважно в дитячому віці і пов'язана з моментом впливу провокаційного чинника, або комплексу таких чинників, що потенціюють один одного і спричиняють декомпенсацію стану в періоди підвищення фізичних, інтелектуальних, емоційних та інших навантажень на неповнолітнього.

Серед чинників ризику виникнення легкої РВ можна виокремити нозонеспецифічні: чоловіча стать, сімейна обтяженість хворобами залежності, вік батьків більше ніж 30 років, патологія перебігу інтра-, пери- і постнатального періоду розвитку, дизонтогенез в формі затримки моторного і психомовного розвитку на першому році життя; до нозоспецифічних: наявність родичів з інтелектуальними порушеннями; низький освітній рівень батьків, вік матерів більше ніж 35 років;

Інвалідизація при легкій РВ формується переважно в дитячому віці, до повноліття її показники майже не змінюються. Зазвичай особи, які одержували до-

помогу з неповноліття, після досягнення дорослого віку зберігають ознаки обмежень життєдіяльності та працездатності різного ступеня.

Основними чинниками, що впливають на рівень соціальної адаптації у дорослому віці хворих з легкою РВ, є вік до початку захворювання; ступінь вираженості психопатологічних розладів в дитинстві; прогредієнтність захворювання; показники інтелекту до повноліття; відсутність коморбідних розладів; комплаєнтність як самих хворих, так і їхніх батьків; етапність комплексного лікування, психолого-педагогічних і соціальних корекційних заходів протягом дорослішання; соціальне оточення.

Рівень соціальної адаптації пацієнтів безпосередньо корелює з глибиною інтелектуального дефіциту. Його підвищенню сприяють багаторічні лікувально-реабілітаційні втручання, виявлення та корекція порушень навичок життєдіяльності, психоосвіта батьків або родичів хворих, допомога в працевлаштуванні, медикаментозна корекція коли є потреба компенсації клінічного стану та для підвищення рівня соціальної пристосованості.

*Автор повідомляє, що конфлікту інтересів немає.  
Джерело фінансування: власні кошти.*

#### Список літератури

1. Альбицкая Ж. В., Касимова Л. Н., Дворянинова В. В. Клинико-катамнестическое исследование умственной отсталости у детей в основные возрастные периоды развития // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 3. С. 52—57. URL: [https://psychiatr.ru/files/magazines/2016\\_09\\_scp\\_970.pdf](https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_09_scp_970.pdf).
2. Галанин И. В. Течение и современные методы лечения выраженных форм умственной отсталости // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2007. № 3. С. 19—21.
3. Шестилетний тренд динамики инвалидности детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями / Головина А. Г., О. П. Шмакова, О. В. Овсянникова [и др.] // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации : сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова. СПб., 2014. С. 13—14. URL: <https://psychiatr.ru/download/1931?view=1&name=>.
4. Castrén E., Elgersma Y., Maffei L., Hagerman R. Treatment of neurodevelopmental disorders in adulthood // The Journal of Neuroscience. 2012. No. 32 (41). P. 14074—14079. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3287-12.2012.
5. Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort / Hall I., Strydom A., Richards M. [et al.] // Journal of intellectual disability research. 2005. No. 49 (3). P. 171—182. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00636.x.
6. Outcomes in young adulthood: are we achieving community participation and inclusion? / Gray K. M., Piccinin A., Keating C. M. [et al.] // Journal of intellectual disability research. 2014. No. 58 (8). P. 734—745. DOI: 10.1111/jir.12069.
7. Dietary supplementation of omega-3 fatty acids rescues fragile X phenotypes in Fmr1-Ko mice / Pietropaolo S.,

Goubran M. G., Joffre C. [et al.] // Psychoneuroendocrinology. 2014. No. 49. P. 119—129.

8. Проскурняк О. І. Чинники розвитку комунікативної діяльності розумово відсталих підлітків // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2015. № 9. С. 85—92. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooop\\_2015\\_9\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooop_2015_9_15).

9. 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. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/28206>.

10. Мазаева Н. А., Шмакова О. П. Оценка социальных навыков и умений подростков с хроническими психическими расстройствами, сопровождающимися нарушениями адаптации («Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими

расстройствами») : медицинская технология. Москва : МАКСПресс, 2015. 39 с.

*Надійшла до редакції 21.01.2021*

---

**ЧАБАНЮК Сергій Олександрович**, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: [seregka.larik@gmail.com](mailto:seregka.larik@gmail.com)

**CHABANIUK Serhii**, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhia State Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: [seregka.larik@gmail.com](mailto:seregka.larik@gmail.com)