

# Оцінювання ефективності медико-соціальної реабілітації осіб із легкою розумовою відсталістю підліткового віку

В. В. Чугунов<sup>1</sup>, В. Л. Підлубний<sup>2</sup>, С. О. Чабанюк<sup>3,4</sup>

Запорізький державний медичний університет, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

## Ключові слова:

розумова відсталість, дитяча та підліткова психіатрія, біопсихосоціальна модель, медико-психологічний супровід.

Запорізький медичний журнал. 2022. Т. 24, № 5(134). С. 560-564

\*E-mail: pvl5473@gmail.com

Питання лікування та реабілітації підлітків із розумовою відсталістю, удосконалення старих і створення нових методів терапії з використанням інтеграційного підходу в реабілітації, що дає змогу підвищити соціальну активність підлітків із легкою розумовою відсталістю (ЛРВ) і покращити якість їхнього життя, й надалі залишаються актуальними та потребують продовження вивчення.

**Мета роботи** – комплексне вивчення клініко-феноменологічної структури, коморбідної патології, соціально-гігієнічних факторів, критеріїв оцінювання обмежень життєдіяльності та якості життя осіб із легкою розумовою відсталістю підліткового віку для розроблення рекомендацій з реабілітаційних заходів у сучасних умовах.

**Матеріали та методи.** На базі Криворізького психоневрологічного диспансеру обстежили 154 хворих 2003–2008 років народження, які перебували під диспансерним спостереженням у підліткового психіатра з приводу ЛРВ. Дослідження передбачало 2 етапи: перший – під час первинного звернення хворих за психіатричною допомогою з приводу легкої розумової відсталості; другий – катamnестичний, у віці 18–23 роки. Під час дослідження використали клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи. Як основний інструмент дослідження застосували «Карту для клініко-епідеміологічних досліджень», що включала соціально-демографічні й анамнестичні відомості, клінічну частину з характеристикою наявних симптомів і синдромів.

**Результати.** У результаті вжитих реабілітаційних заходів спостерігали зменшення кількості випадків і зниження ступеня виразності коморбідної патології, поліпшення когнітивного функціонування (уваги, пам'яті, мовленнєвих навичок і навичок письма, читання, рахунку), моторики, просторового орієнтування. Встановили поліпшення адаптивних навичок статодинамічних функцій у 36,4 % випадків, здатності до самообслуговування – у 22,7 %. На час завершення дослідження соціально адаптованими можна вважати 73,38 % обстежених. Серед підлітків із ЛРВ і наявною коморбідною психічною та іншою патологією спостерігали також негативну динаміку (19,04 %) або її відсутність (14,29 %). Це спричиняє необхідність триваліших, численніших реабілітаційних заходів у таких хворих.

**Висновки.** Біопсихосоціальна модель надання допомоги підліткам із розумовою відсталістю, що включала медико-біологічний, психолого-педагогічний і соціальний аспекти, сприяє підвищенню ефективності реабілітаційних заходів, спрямованих на зменшення ступеня виразності основного захворювання та поліпшення соціальної адаптації.

## Key words:

mental retardation, child and adolescent psychiatry, biopsychosocial model, medical and psychological support.

Zaporozhye medical journal 2022; 24 (5), 560-564

## Effectiveness assessment of the medical-social rehabilitation of adolescents with mild mental retardation

V. V. Chuhunov, V. L. Pidlubnyi, S. O. Chabaniuk

Issues of treatment and rehabilitation of adolescents with mental retardation, improvement of old and new therapies using an integrated approach to rehabilitation, which allows increasing social activity of adolescents with mild mental retardation and improving their quality of life, are remaining relevant and needing further study.

**The aim** of the work is a comprehensive study of clinical and phenomenological structure, comorbid pathology, socio-hygienic factors and criteria for assessing the limitations of life and its quality among adolescents with mild mental retardation, and to develop recommendations for rehabilitation measures in modern conditions.

**Materials and methods.** At the Kryvyi Rih Psychoneurological Dispensary, 154 patients born in 2003–2008 who were under the dispensary observation of a teenage psychiatrist were examined. The study consisted of two stages: the first – at the initial visit for psychiatric care of patients with mild mental retardation, and the second – follow-up, at the age of 18–23 years. Clinical and epidemiological, clinical and psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods were used in the study. The main tool of the study was the "Map for clinical and epidemiological studies", which included socio-demographic and anamnestic information, the clinical part with a description of existing symptoms and syndromes.

**Results.** As a result of rehabilitation measures, there was a decrease in cases and in the severity of comorbid pathology, improved cognitive functioning (attention, memory, language and writing skills, reading, arithmetic), motility, spatial orientation. Adaptive skills of statodynamic functions were improved in 36.4 % of cases, self-care ability – in 22.7 %. At the time of the study completion, 73.38 % of all respondents could be considered socially adapted. Among adolescents with mild mental retardation and comorbid mental and other pathologies, in addition to positive dynamics, there were negative dynamics (19.04 %) or no dynamics (14.29 %), emphasizing the need for longer time and larger number of rehabilitation measures among this category of patients.

**Conclusions.** Biopsychosocial model of care for adolescents with mental retardation with the inclusion of medical-biological, psychological-pedagogical and social aspects helps to increase the effectiveness of rehabilitation measures aimed at reducing the severity of the underlying disease and improving social adaptation.

Одне з важливих соціальних завдань держави – охорона здоров'я, захист інтересів і прав найбільш уразливих категорій громадян, зокрема сімей із дітьми з обмеженими можливостями за станом здоров'я [1–3].

У структурі захворюваності на психічні розлади в дітей і підлітків одна з ключових позицій належить розумовій відсталості (РВ) [2,4,6]. У наукових працях останніх років підкреслено недостатність і незбалансованість даних щодо поширеності РВ. Це пов'язують із відсутністю чітких критеріїв обліку, а також з гіпердіагностикою захворювань аутистичного спектра внаслідок підвищеної настороженості щодо цього діагнозу та високих соціальних наслідків [4,5]. За даними окремих публікацій, поширеність РВ в економічно розвинених країнах становить 3 %, а в економічно нерозвинених країнах – до 31 %. Відомості з різних країн варіюють від 3,04 до 24,60 і більше на 1000 дитячого населення [2,6,7].

Сучасне суспільство з його інформаційною та технологічною насиченістю, що швидко посилюється, ставить дедалі вищі вимоги щодо розумової компетентності особистості. Адаптаційний мінімум для самостійного проживання в соціумі за останні десятиріччя значно виріс, і складною проблемою стала навіть соціальна адаптація осіб із так званим субнормальним розумовим рівнем. Водночас завдяки інформаційному прогресу фізична інвалідність стає все меншою перепорою для здобуття освіти, працевлаштування, шлюбу тощо. Втім, не лише РВ, але й затримка розумового розвитку, так звана інтелектуальна субнормальність залишає людині в цьому плані дедалі менше шансів. Такі особи, попри збереженість фізичного здоров'я, є безпорадними у сучасному соціумі, який все менше потребує людей, здатних до нескладної фізичної праці, а все більше – з високою адаптивністю та вмінням не губитися в техногенному оточенні, що швидко змінюється.

Одна з необхідних умов успішного вжиття будь-яких психогігієнічних, профілактичних, корекційних, лікувальних заходів для дітей і підлітків з РВ – комплексний підхід. Біопсихосоціальна модель надання допомоги пацієнтам із РВ, що передбачає застосування медико-біологічного, психолого-педагогічного, соціального аспектів, дає змогу підвищити ефективність реабілітаційних заходів, спрямованих на зменшення ступеня виразності РВ та поліпшення соціалізації дітей і підлітків [6,7]. Реабілітація має відбуватися у звичному мікросоціальному середовищі, не має протиставляти дітей шкільному колективу та не повинна призвести до порушення рівня соціальної, зокрема шкільної адаптації. Одна з перспективних стратегій реабілітації – підвищення якості життя (ЯЖ), збереження та покращення суспільного та індивідуального психічного здоров'я [8].

Отже, питання щодо лікування та реабілітації підлітків із РВ, удосконалення старих і створення нових методів терапії з використанням інтеграційного підходу в реабілітації, що дає змогу підвищити соціальну активність підлітків із легкою РВ і покращити їхню ЯЖ, й надалі залишаються актуальними та потребують продовження вивчення.

## Мета роботи

Комплексне вивчення клініко-феноменологічної структури, коморбідної патології, соціально-гігієнічних фак-

торів, критеріїв оцінювання обмежень життєдіяльності та якості життя осіб із легкою розумовою відсталістю підліткового віку для розроблення рекомендацій з реабілітаційних заходів у сучасних умовах.

## Матеріали і методи дослідження

На базі Криворізького психоневрологічного диспансеру (м. Кривий Ріг) проспективно обстежили 154 хворих 2003–2008 років народження, які перебували під диспансерним спостереженням у підліткового психіатра після досягнення 15-річного віку. Дослідження передбачало 2 етапи: перший – під час первинного звернення в дитинстві за психіатричною допомогою або в разі встановлення діагнозу легка РВ, до досягнення повноліття (17 років 11 місяців); другий – катamnестичний, протягом життя з 18 до 23 років. Первинний контингент складався зі 108 (70,13 %) хлопців і 46 (29,87 %) дівчат, середній вік хворих – 16,08 року. Батьки усіх пацієнтів, залучених у дослідження, надали письмову інформовану згоду на участь.

Під час дослідження використали клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи. Як основний інструмент дослідження застосували «Карту для клініко-епідеміологічних досліджень», що включала соціально-демографічні й анамнестичні відомості, а також клінічну частину з характеристикою симптомів і синдромів. Діагноз легкої РВ верифікували на підставі критеріїв МКХ-10 (основні – зниження когнітивних здібностей, затримка мовленнєвого розвитку, недостатність розвитку моторних і соціальних навичок), враховуючи показники стандартизованих тестів визначення коефіцієнта інтелекту – IQ (тест Векслера). У хворих із легкою РВ (F70) виявили показники IQ в діапазоні 60–69.

Для формування цілісної діагностичної картини, крім клініко-психопатологічних проявів і рівня інтелекту, вивчали наявність психофізичних порушень, коморбідної патології та адаптивних навичок, що передбачали здатність до самообслуговування, соціально-побутову придатність, комунікативність, самоспрямованість особистості, психомоторний розвиток, навчальні навички, емоційний стан, а також визначали загальний рівень ЯЖ і соціальної адаптації за допомогою методики ІЛК, що призначена для оцінювання ЯЖ підлітків із психічними розладами.

Статистично результати опрацювали за допомогою програмного забезпечення Statistica 7 for Windows.

## Результати

Основа своєчасної діагностики та підвищення якості надання допомоги дітям із РВ – комплексний підхід за участю поліпрофесійної бригади фахівців та з оцінюванням 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,

**Таблиця 1.** Оцінювання ефективності програм реабілітації підлітків із легкою РВ порівняно з особами з легкою РВ і коморбідними психічними розладами

Критерії	Легка РВ	
	Без додаткових психічних розладів Г1 (n = 18)	Із коморбідними психічними розладами Г2 (n = 48)
<b>Психоемоційний стан</b>		
Покращився	11 (78,5 %)	36 (80,0 %)
Не змінився	3 (21,5 %)	1 (2,2 %)
Погіршився	–	8 (17,8 %)
<b>Навчальні навички</b>		
Покращилися	13 (92,8 %)	37 (82,2 %)
Не змінилися	1 (7,2 %)	–
Погіршилися	–	8 (17,8 %)
<b>Комунікативні навички</b>		
Покращилися	10 (71,4 %)	36 (80,0 %)
Не змінилися	4 (28,6 %)	6 (13,4 %)
Погіршилися	–	3 (6,6 %)
<b>Соціально-побутові навички</b>		
Покращилися	9 (64,3 %)	36 (80,0 %)
Не змінилися	5 (35,7 %)	9 (20,0 %)
Погіршилися	–	–

центри додаткової освіти, а також органами соціального забезпечення та професійного навчання.

Організація спеціалізованої допомоги розумово відсталим дітям побудована, враховуючи чотири найважливіші принципи реабілітації: партнерства, всебічних зусиль під час реалізації реабілітаційної програми, єдності психічних, біологічних і соціальних впливів, а також етапності заходів, що вжито.

Зважаючи на це, кожен підліток за результатами обстеження отримував індивідуальну програму реабілітації, в якій враховано дані первинної діагностики, а також медико-біологічні, соціальні, психологічні та педагогічні аспекти. Медико-біологічний аспект передбачав встановлення розгорнутого діагнозу з визначенням ускладнень основного захворювання, супутніх захворювань і призначенням відповідних медикаментозних засобів. Психолого-педагогічний аспект спрямований на вивчення особистості підлітка та корекцію наявних розладів. Соціальний аспект охоплював питання системи соціально-психологічних стосунків у групах, де перебував підліток (школа, інтернат, спортивна секція тощо), та сім'ї, враховуючи надану соціально-економічну допомогу, професійні (навчання доступним формам праці), побутові фактори.

Медикаментозна терапія спиралася на принцип максимально раннього початку лікування, комплексного впливу, зважаючи на етіологію захворювання, особливості механізму формування коморбідної патології, диференціювання, систематичність. Якщо необхідно, пропонували стаціонарне обстеження та лікування, яке здійснювали в разі загострення супутньої патології та декомпенсації основного захворювання.

Першу програму призначали пацієнтам із легкою РВ, якщо в них не було тяжкої хронічної коморбідної патології, а також зі слабкою виразністю порушень поведінки.

Другу програму рекомендували пацієнтам із легкою РВ, коли діагностували неврологічні патології, як-от гідроцефалію, доброякісну внутрішньочерепну гіпертензію тощо.

Третю програму пропонували підліткам із легкою РВ та порушеннями моторного розвитку, паралітичними синдромами, ДЦП. Програма передбачала активне використання лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичних процедур.

Четверту програму застосовували, коли виявляли коморбідну психічну патологію при неврозоподібних і невротичних станах, спостерігали астенічну симптоматику та діагностували виразні розлади особистості.

П'яту програму рекомендували, якщо визначали коморбідну до РВ соматичну патологію. Використовували патогенетичну та симптоматичну терапію соматичних захворювань спільно з педіатром або лікарем-куратором.

Шосту програму застосовували для підлітків, в яких діагностована мовленнєва патологія.

Лікувально-педагогічну роботу будували в кожному конкретному випадку, враховуючи клінічні особливості захворювання, структуру інтелектуального дефекту, особливості особистості, мовлення та моторики. Навчально-виховна робота у школі передбачала початкові етапи організації трудового навчання, що посідає важливе місце в процесі підготовки розумово відсталих підлітків до самостійного життя та діяльності.

Безумовно, ефективність роботи з обстеженими пов'язана з особливостями стосунків у сім'ї. Враховуючи, що саме батьки перебувають із дитиною більшу частину часу, від стану цих стосунків істотно залежить успішність роботи всіх спеціалістів. Тому і на час обстеження, і протягом усього періоду спостереження батьки підлітка – найважливіші учасники процесу реабілітації та соціальної адаптації. З ними проводили постійну інформаційну терапію, за потреби – психотерапевтичні заняття. У разі своєчасного й активного життя лікувально-корекційних і виховних заходів більшість підлітків, які страждали на легку РВ, виявлялися здатними до праці.

Для порівняльного аналізу запропонованих реабілітаційних програм підлітків поділили на дві групи: у першу (Г1) залучили осіб із легкою РВ без додаткових психічних розладів; у другу (Г2) – із легкою РВ і коморбідними психічними розладами. У першій програмі, де участь брали підлітки з Г1, акцент у реабілітації зроблено на психотерапевтичному комплексі; у другій програмі, де були підлітки з Г2, основна роль у реабілітаційному процесі належала психофармакологічним засобам у комплексі з психотерапевтичними (табл. 1).

У підлітків із Г1 спостерігали здебільшого позитивну динаміку у відповідь на реабілітаційні заходи. У разі легкого ступеня РВ поліпшення психоемоційного стану виявили у 78,5 % обстежених, навчальних навичок – у 92,8 %, комунікативних – у 71,4 %, соціально-побутових – у 64,3 % випадків. Інші підлітки не мали значущих змін за цими критеріями.

Наявність коморбідної психічної патології ускладнювала психотерапію, тому деякі підлітки отримували коректори поведінки. У процесі реабілітації серед них виявили хворих із поведінковими порушеннями, що не можна скорегувати, тому зафіксовано випадки негативної динаміки або відсутність динаміки на тлі психотерапії. Цим підліткам рекомендували симптоматичну психофармакотерапію. В Г2 поліпшення психоемоційного стану виявили у майже 67,00 %, погіршення – у 19,04 %, зміни не визначили у 14,29 % випадків. Навчальні навички, що включали

Таблиця 2. Оцінювання ефективності програм реабілітації підлітків із легкою РВ за результатами дослідження ЯЖ

Етап	Без додаткових психічних розладів Г1 (n = 14)		З коморбідними психічними розладами Г2 (n = 42)	
	За оцінками підлітків	За оцінками батьків	За оцінками підлітків	За оцінками батьків
Початок лікування	2,29 ± 1,70	2,51 ± 1,08	1,99 ± 0,90	2,56 ± 1,32
Завершення лікування та реабілітації	3,98 ± 1,86	2,57 ± 1,73	2,34 ± 1,12	3,16 ± 1,63

підвищення активної уваги, усидливість, навички письма поліпшилися у 82,2 % випадків, стали гіршими у 17,8 %. Комунікативні навички стали кращими у 80,0 % підлітків, погіршилися у 6,6 %. Важлива навичка для підлітків із РВ – самообслуговування, і важливу роль в її розвитку відіграють психотерапевтичний і психопрофілактичний комплекси. Після реабілітації спостерігали позитивну динаміку щодо навички самообслуговування у 80 % хворих, без змін навички залишилися 20 % підлітків. У Г1 психоемоційний стан покращився у 78,5 %, залишився без змін у 21,5 % осіб. Це значно більше, ніж у дітей із Г2 ( $p < 0,05$ ). Після лікування навчальні навички поліпшилися у 92,8 %, залишилися без змін у 7,2 %; комунікативність покращилась у 71,4 %, не змінилася у 28,6 % випадків. Поліпшення навичок самообслуговування виявили у 64,3 %, без змін соціально-побутові навички залишилися у 35,7 % випадків.

Як критерії оцінювання ефективності запропонованих реабілітаційних програм використовували визначення динаміки інтегративних (суб'єктивних і об'єктивних) показників ступеня адаптації підлітка в ситуації його життєдіяльності за допомогою дослідження рівня ЯЖ і соціального функціонування. У нашому дослідженні ЯЖ оцінювали в 2 етапи: перед початком лікування та після завершення лікування, реабілітації (табл. 2).

Отже, у Г1 індикатор загальної ЯЖ на першому етапі оцінювання становив 2,29 ± 1,70 бала. На фоні реабілітації впорядковано поведінку, активність та емоційну складову; це сприяло підвищенню показника ЯЖ внаслідок поліпшення емоційного функціонування до 3,98 ± 1,86 бала. Підлітки з Г2 до лікування мали нижчі показники ЯЖ (1,99 ± 0,90 бала) порівняно з Г1. Після лікування вони також нижче оцінили рівень ЯЖ – 2,34 ± 1,12 бала, здебільшого за шкалами «соціального функціонування» та «життя в школі». Втім, порівняно з першим етапом на фоні реабілітаційної програми у цих підлітків спостерігали незначне підвищення оцінок загальної ЯЖ від 1,99 ± 0,9 бала на першому етапі до 2,34 ± 1,12 бала на другому, здебільшого за шкалами фізичного та соціального функціонування.

За оцінкою батьків дітей із Г2, показники ЯЖ підвищувалися на тлі реабілітації – від 2,56 ± 1,32 бала на першому етапі до 3,16 ± 1,63 бала на другому. Батьки визначили покращення комунікативних навичок і психоемоційного стану. Загальна оцінка ЯЖ підлітків із Г2, на думку батьків, була вищою порівняно з оцінками підлітків і на першому, і на другому етапі. Це може бути спричинено точнішим аналізом ЯЖ з боку батьків. У Г1 батьки спостерігали майже нульову (0,06) динаміку за показниками загальної оцінки ЯЖ. До лікування батьки оцінили ЯЖ як 2,51 ± 1,08 бала, після лікування показники ЯЖ становили 2,57 ± 1,73 бала. Порівняно з істотним підвищенням загальної оцінки ЯЖ у підлітків такі результати можна пояснити високими вимогами до терапії та завищеними очікуваннями від результатів реабілітації в батьків підлітків із Г1.

Зазначимо, що батьки підлітків із позитивною динамікою захворювання, яку спостерігали до початку обстеження, вище оцінили загальну ЯЖ порівняно з оцінками підлітків із негативною динамікою – 4,12 ± 2,10 бала та 2,34 ± 1,40 бала ( $p < 0,05$ ). Батьки підлітків із легкою РВ, у яких на тлі реабілітації спостерігали покращення, нижче оцінювали ЯЖ після лікування – 2,68 ± 1,74 бала. Така тенденція може бути спричинена завищеними очікуваннями від реабілітації. Батьки підлітків, у яких виявили негативну динаміку або взагалі відсутність змін до початку дослідження, на другому етапі давали вищу оцінку ЯЖ відповідно до показників на першому етапі.

За результатами вибіркового катамнестичного дослідження ЯЖ (у період 1–6 місяців) встановили: загальна оцінка ЯЖ і в батьків, і в хворих із Г1 залишилася майже на одному рівні (2,69 ± 1,70 та 3,89 ± 1,86 бала відповідно), на відміну від оцінок у Г2, де загальний індикатор ЯЖ знову знизився до показників початку дослідження. Цей факт підкреслює необхідність триваліших, численніших реабілітаційних заходів для підлітків із легкою РВ, психічною та іншою коморбідною патологією.

Загалом після застосування реабілітаційних програм у підлітків із Г1 визначили покращення за всіма психічними параметрами: поліпшився психоемоційний стан, оптимізувалися навички навчання, зросла комунікативність, покращилися навички самообслуговування. В Г2 також спостерігали поліпшення за цими параметрами, але в 19,04 % випадків отримали негативні результати.

Після реабілітації визначили зменшення кількості випадків і зниження ступеня виразності коморбідної патології, поліпшення когнітивного функціонування (уваги, пам'яті, мовленнєвих навичок і навичок письма, читання, рахунку), моторики, просторового орієнтування. Визначили поліпшення адаптивних навичок статодинамічних функцій у 36,4 % випадків, здатності до самообслуговування – у 22,7 %. Загалом на час завершення дослідження соціально адаптованими можна вважати 113 осіб, що становило 73,38 % від усіх обстежених.

## Обговорення

Результати дослідження, що здійснили, збігаються з даними вітчизняних [9] та іноземних [2] дослідників про те, що комплексні програми на основі біопсихосоціального підходу з використанням превентивних заходів мають істотний позитивний вплив на здоров'я підлітків із легкою РВ, зменшують вплив коморбідної патології, інвалідизацію пацієнтів, покращують адаптивні можливості, підвищують ЯЖ і соціальне функціонування таких хворих.

## Висновки

1. Біопсихосоціальна модель надання допомоги підліткам із РВ, що включала медико-біологічний, психолого-педагогічний і соціальний аспекти, сприяє

підвищенню ефективності реабілітаційних заходів, спрямованих на зменшення ступеня виразності РВ і поліпшення соціальної адаптації.

2. У результаті вжитих реабілітаційних заходів спостерігали зменшення кількості випадків і зниження ступеня виразності коморбідної патології, поліпшення когнітивного функціонування (уваги, пам'яті, мовленнєвих навичок і навичок письма, читання, рахунку), моторики, просторового орієнтування. Визначили поліпшення адаптивних навичок статодинамічних функцій у 36,4 % випадків, здатності до самообслуговування – у 22,7 %. На час завершення дослідження соціально адаптованими можна вважати 73,38 % обстежених.

3. У підлітків із легкою РВ, коморбідною психічною та іншою патологією визначили також негативну динаміку (19,04 %) або її відсутність (14,29 %). Це підкреслює необхідність триваліших, численніших реабілітаційних заходів у цих хворих.

4. Застосування диференційованого персоналізованого підходу в реабілітації підлітків із легкою РВ сприяє покращенню діагностики дезадаптивних процесів не тільки за психічними та біологічними параметрами, але і за соціальними, що потребує активного залучення батьків і педагогів до реалізації програм реабілітації.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробленні практичних рекомендацій щодо створення умов для підлітків із легкою РВ для максимально самостійного проживання в громаді.

#### Фінансування

Дослідження виконане в рамках НДР Запорізького державного медичного університету «Коморбідність психічної та іншої патології», держреєстрація № 0117U006966.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Conflicts of interest:** authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 16.05.2022

Після доопрацювання / Revised: 09.06.2022

Прийнято до друку / Accepted: 14.06.2022

#### Відомості про авторів:

Чугунов В. В., д-р мед. наук, професор, зав. каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

ORCID ID: [0000-0002-1141-8184](https://orcid.org/0000-0002-1141-8184)

Підлубний В. А., д-р мед. наук, професор каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

ORCID ID: [0000-0001-9371-9855](https://orcid.org/0000-0001-9371-9855)

Чабанюк С. О., здобувач каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

#### Information about authors:

Chuhunov V. V., MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

Pidlubnyi V. A., MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

Chabaniuk S. O., MD, PhD Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

#### Список літератури

- [1] Intellectual disability and mental disorders in a US population representative sample of adolescents / J. M. Platt, K. M. Keyes, K. A. McLaughlin, A. S. Kaufman. *Psychological medicine*. 2019. Vol. 49. Issue 6. P. 952-961. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001605>
- [2] Brief report: Follow-up outcomes of multisystem therapy for adolescents with an intellectual disability and the relation with parental intellectual disability / A. Blankestein et al. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*. 2020. Vol. 33. Issue 3. P. 618-624. <https://doi.org/10.1111/jar.12691>
- [3] Проскурняк О. І. Чинники розвитку комунікативної діяльності розумово відсталих підлітків. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2015. № 9. С. 85-92.
- [4] Стан психічного здоров'я дитячого населення України та організація психіатричної допомоги / В. С. Підкоритов та ін. *Журнал психіатрії та медичної психології*. 2012. № 3. С. 3-15.
- [5] Reported Wandering Behavior among Children with Autism Spectrum Disorder and/or Intellectual Disability / C. E. Rice et al. *The Journal of pediatrics*. 2016. Vol. 174. P. 232-239.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.03.047>
- [6] Korinko K. J. Quality of Life of People with Profound Developmental Disabilities Based Upon Residential Settings. *ProQuest Dissertations and Theses*. Walden University, 2016. 175 p. URL : <https://search.proquest.com/dissertations-theses/quality-life-people-with-profound-developmental/docview/1796371206/se-2?accountid=41849>
- [7] 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. Vol. 56. Issue 3. P. 270-284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01427.x>
- [8] Juhásová 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. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1007>
- [9] Дем'яненко Б. Т. Комплексна медико-психолого-педагогічна корекція психічних порушень у дітей та підлітків. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2010. № 1. С. 127-134.

#### References

- [1] Platt, J. M., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., & Kaufman, A. S. (2019). Intellectual disability and mental disorders in a US population representative sample of adolescents. *Psychological medicine*, 49(6), 952-961. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001605>
- [2] Blankestein, A., Lange, A., van der Rijken, R., Scholte, R., Moonen, X., & Didden, R. (2020). Brief report: Follow-up outcomes of multisystemic therapy for adolescents with an intellectual disability and the relation with parental intellectual disability. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 33(3), 618-624. <https://doi.org/10.1111/jar.12691>
- [3] Proskurnyak, O. I. (2015). Chynnyky rozvytku komunikatyvnoi diialnosti rozumovo vidstalykh pidlitkiv [Factors of communicative activity development of mentally retarded teenagers]. *Osvita osib z osoblyvymy potrebamy: shliakhy rozbudovy*, (9), 85-92. [in Ukrainian].
- [4] Podkorytov, V. S., Dyachenko, L. I., Kutikov, A. E., Petrychenko, O. O., & Kravchuk, N. G. (2012). Stan psykhychnoho zdorovia dytyachoho naselennia Ukrainy ta orhanizatsiia psykhyatrychnoi dopomohy [Mental health state of a child population of Ukraine and an organization of mental health care]. *Zhurnal psykhiatrii i meditsynskoi psykhologii*, (3), 3-15. [in Ukrainian].
- [5] Rice, C. E., Zablotsky, B., Avila, R. M., Colpe, L. J., Schieve, L. A., Pringle, B., & Blumberg, S. J. (2016). Reported Wandering Behavior among Children with Autism Spectrum Disorder and/or Intellectual Disability. *The Journal of pediatrics*, 174, 232-239.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.03.047>
- [6] Korinko, K. J. (2016). Quality of Life of People with Profound Developmental Disabilities Based Upon Residential Settings. *ProQuest Dissertations and Theses*, 174. Retrieved from <https://search.proquest.com/dissertations-theses/quality-life-people-with-profound-developmental/docview/1796371206/se-2?accountid=41849>
- [7] Townsend-White, C., Pham, A. N., & Vassos, M. V. (2012). Review: a systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 56(3), 270-284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01427.x>
- [8] Juhásová, A. (2015). Comparison of Quality of Life of Families with Children with Disability and Families with Children without Disability. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 174, 3378-3384. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1007>
- [9] Demianenko, B. T. (2010). Kompleksna medyko-psykholoho-pedahohichna korektsiia psykhychnykh porushen u ditei ta pidlitkiv [Comprehensive medical-psychological-pedagogical correction of mental disorders in children and adolescents]. *Aktualni pytannia korektsiinoi osvity*, (1), 127-134. [in Ukrainian].