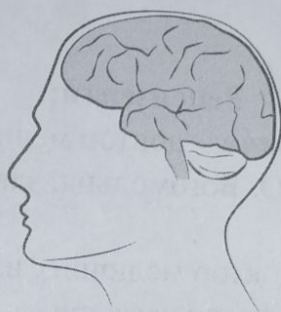


МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ



ТОМ • 2

СПЕЦІАЛЬНА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

За редакцією професора, доктора медичних наук Г. Я. Пилягіної

NK
PUBLISHERS

Вінниця
НОВА КНИГА
2020

УДК 159.97:616.89(075.8)

М42

*Рекомендовано вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика
як підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів
(протокол № 5 від 10.06.2020 р.)*

Колектив авторів:

Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута, Ц. Б. Абдяхімова, Н. К. Агішева, К. В. Аймедов, А. Е. Асанова, Ю. О. Асєсва, М. І. Винник, Л. М. Гайчук, Г. В. Гук, М. М. Денисенко, Н. О. Дзеружинська, О. В. Зубатюк, Г. Ю. Каленська, А. В. Канищев, С. П. Колядко, Г. М. Кожина, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь, А. Р. Марков, М. В. Маркова, О. С. Марута, Б. В. Михайлов, В. Д. Мішиєв, І. Р. Мухаровська, Г. М. Науменко, О. П. Олійник, В. Ю. Омельянович, Т. В. Панько, О. В. Піонтковська, О. В. Радзєвілова, О. А. Ревенок, О. Є. Семікіна, О. Г. Сиропятов, І. Ф. Тєрьошина, І. В. Тодорів, В. Ю. Федченко, О. С. Череднякова, В. В. Чугунов, С. А. Чумак, Л. М. Юр'єва, І. О. Явдак.

Рецензенти:

Напреєнко Олександр Костянтинович – доктор медичних наук, професор, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, завідувач кафедри психіатрії та наркології.

Гриневиц Євгенія Геннадійовна – доктор медичних наук, професор, Національної медичної академії імені П. Л. Шупика, професор кафедри загальної, дитячої та судової психіатрії і наркології.

Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / М42 [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута та ін.] ; за ред. Г. Я. Пилягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.

ISBN 978-966-382-867-1

Підручник "Медична психологія" складається з двох томів. В 2-му томі підручнику висвітлені основні розділи прикладної медичної психології. В ньому представлено розділи, які присвячені основним питанням щодо порушень психологічного здоров'я; діагностичним аспектам психопатологічних порушень; основам надання медико-психологічної допомоги хворим на психічні розлади; психологічним аспектам девіантної поведінки, проблеми психосоматичних розладів, в тому числі в терапії, хірургії та акушерстві-гінекології та психоонкології, вмирання і смерті; медико-психологічним аспектам, сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень; медико-психологічній реабілітації, психогігієні та психопрофілактиці, інформаційно-психологічній безпеці особистості; процесуальним аспектам призначення і проведення судово-психологічної експертизи; медичній деонтології, етиці взаємодії лікаря з пацієнтом, правовому забезпеченню і психологічним аспектам професійної діяльності медичних працівників.

Даний підручник відповідає навчальним планам та програмам з медичної психології додипломного та післядипломного рівнів освіти та надає можливість набуття знання впровадження за цією спеціальністю. Він призначений для студентів медичних вищих навчальних закладів, інтернатури, магістратури та спеціалізації з медичної психології, а також для безперервного професійного навчання в межах післядипломної освіти.

УДК 159.97:616.89(075.8)

ISBN 978-966-382-867-1

© Колектив авторів, 2020

© Нова Книга, 2020

Зміст

| | |
|---|-----------|
| Колектив авторів | 8 |
| Список скорочень | 11 |
| Передмова | 12 |
| 1. Здоров'я та хвороба. Від психічної норми до психічного розладу: | |
| основні концепції, положення, поняття та розуміння | 14 |
| 1.1. Загальна концепція здоров'я (О. О. Хаустова) | 14 |
| 1.2. Основні чинники психологічного і психічного здоров'я людини (О. О. Хаустова) | 18 |
| 1.3. Континуум "норма – патологія" (О. О. Хаустова) | 23 |
| 1.4. Хвороба, психічна патологія, психічний розлад (О. О. Хаустова) | 26 |
| 2. Порушення психологічного здоров'я (О. О. Хаустова) | 32 |
| 3. Діагностичні аспекти психопатологічних порушень. Найрозповсюдженіші симптоми психічних розладів та психопатологічні стани | 40 |
| 3.1. Основні поняття в діагностиці психопатологічних порушень. Симптом та синдром (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 40 |
| 3.2. Найрозповсюдженіші симптоми і стани порушення свідомості й самосвідомості (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 41 |
| 3.3. Найрозповсюдженіші симптоми порушень відчуття та сприймання (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 45 |
| 3.4. Найрозповсюдженіші симптоми порушень уваги (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 48 |
| 3.5. Найрозповсюдженіші симптоми порушень пам'яті (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 50 |
| 3.6. Найрозповсюдженіші симптоми порушень емоцій та волі (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 51 |
| 3.7. Найрозповсюдженіші симптоми порушень мислення (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 54 |
| 3.8. Розвиток моделей інтелекту та найрозповсюдженіші стани при його порушеннях (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 58 |
| 4. Медико-психологічна допомога хворим на психічні розлади | 60 |
| 4.1. Загальні принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з різними видами психічних розладів (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук) | 60 |
| 4.2. Основні положення про психічні розлади внаслідок органічних уражень центральної нервової системи та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями (Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, О. Є. Семікіна, І. О. Явдак) | 63 |
| 4.3. Основні положення про розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович) | 70 |

| | |
|---|------------|
| 4.4. Основні положення про розлади шизофренічного спектра (шизофренія, шизоафективний, поліморфний психотичний, шизотиповий і маячні розлади) та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями (Н. О. Марута, С. П. Колядко, О. С. Череднякова). | 80 |
| 4.5. Основні положення про афективні розлади та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями (Т. В. Панько., В. Ю. Федченко, О. С. Марута, М. М. Денисенк). | 86 |
| 4.6. Основні положення про невротичні розлади та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями | 93 |
| 4.6.1. Загальні положення про невротичні розлади (Г. Я. Пилягіна) | 93 |
| 4.6.2. Тривожно-фобічні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк) | 96 |
| 4.6.3. Обсесивно-компульсивні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк). | 103 |
| 4.6.4. Дисоціативні та конверсійні розлади і принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак). | 107 |
| 4.6.5. Соматоформні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак) | 115 |
| 4.6.6. Неврастенія та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна) | 121 |
| 4.7. Розлади харчової поведінки та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна). | 124 |
| 4.8. Розлади особистості та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна). | 134 |
| 4.9. Основні положення про розумову відсталість та принципи надання медико-психологічної допомоги цим хворим (Б. В. Михайлов). | 149 |
| 4.10. Основні положення про розлади психічного розвитку і психопатологічні розлади, які формуються в дитячому та підлітковому віці, та принципи надання медико-психологічної допомоги дітям і підліткам (Б. В. Михайлов, Г. Я. Пилягіна) | 155 |
| 5. Психологічні аспекти девіантної поведінки. | 178 |
| 5.1. Девіантна поведінка, її прояви та психологічне підґрунтя девіантної поведінки (Г. Я. Пилягіна) | 178 |
| 5.2. Поведінкові (нехімічні) адикції як варіант девіантної поведінки та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях (К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева) | 184 |
| 5.3. Залежність від віртуальної реальності як варіант девіантної поведінки та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях (Л. М. Юр'єва). | 193 |
| 5.4. Саморуїнлива та суїцидальна поведінка (Г. Я. Пилягіна). | 200 |
| 6. Розлади, пов'язані зі стресом, та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях | 214 |
| 6.1. Адаптація, теорія стресу та психічний стрес (Г. Я. Пилягіна) | 214 |

| | |
|---|------------|
| 6.2. Реакції на важкий стрес і порушення адаптації та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак) | 220 |
| 6.3. Кризові стани, обумовлені соціально-стресовими подіями, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Л. М. Юр'єва) | 228 |
| 6.4. Психічні розлади, обумовлені бойовою психічною травмою, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим | 238 |
| 6.4.1. Бойова психічна травма та її основні наслідки (М. І. Винник, І. В. Тодорів) | 238 |
| 6.4.2. Гостра реакція на бойовий стрес та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (М. І. Винник, І. В. Тодорів) | 240 |
| 6.4.3. Посттравматичний стресовий розлад, що формується внаслідок бойової психічної травми, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (М. І. Винник, І. В. Тодорів) | 243 |
| 7. Психологічні проблеми психосоматичних розладів | 256 |
| 7.1. Історія розвитку психосоматичного напрямку в медицині й теоретичні основи вивчення психосоматичних та соматопсихічних взаємовпливів у формуванні психосоматичних розладів (О. О. Хаустова) | 256 |
| 7.2. Сучасні наукові погляди на формування психосоматичних розладів (О. О. Хаустова) | 267 |
| 7.3. Класифікація, діагностика та принципи медико-психологічної допомоги пацієнтам із психосоматичними розладами (О. О. Хаустова) | 271 |
| 8. Психосоматичні розлади в терапії, хірургії та акушерстві-гінекології | 281 |
| 8.1. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в терапевтичній практиці (О. О. Хаустова) | 281 |
| 8.1.1. Психосоматичні розлади серцево-судинної системи | 281 |
| 8.1.2. Психосоматичні розлади органів дихання | 287 |
| 8.1.3. Психосоматичні розлади органів травлення | 289 |
| 8.1.4. Психосоматичні розлади, пов'язані з порушеннями імунітету | 291 |
| 8.2. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в перинатології, акушерстві та гінекології (О. О. Хаустова) | 294 |
| 8.2.1. Психологічні особливості вагітних жінок | 294 |
| 8.2.2. Психологічні аспекти пологів та післяпологового періоду | 296 |
| 8.2.3. Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання | 297 |
| 8.3. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в практиці хірургії та травматології (О. О. Хаустова) | 304 |
| 8.3.1. Психологічні особливості особистості, психічні й психосоматичні розлади, які зустрічаються в пацієнтів у хірургічному стаціонарі | 304 |
| 8.3.2. Психологічні особливості особистості, психічні й психосоматичні розлади, які зустрічаються в пацієнтів у травматологічному стаціонарі | 309 |
| 8.3.3. Особливості роботи медичного психолога у клініці хірургії та травматології | 310 |

| | |
|--|-----|
| 9. Психоонкологія: психосоматичні аспекти в онкологічній практиці та основні принципи надання медико-психологічної допомоги онкохворим | 314 |
| 9.1. Загальні питання психоонкології (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська) | 314 |
| 9.2. Психологічні особливості пацієнтів з онкологічними захворюваннями (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська) | 316 |
| 9.3. Психічні розлади у онкологічних пацієнтів (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська) | 324 |
| 9.4. Медико-психологічні проблеми родини онкологічного пацієнта (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська) | 328 |
| 9.5. Діагностичні й терапевтичні аспекти психоонкології в дитячому та підлітковому віці (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська) | 331 |
| 9.6. Медико-психологічна допомога та психологічна підтримка в онкологічній практиці (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська) | 334 |
| 10. Медико-психологічні аспекти вмирання і смерті | 342 |
| 10.1. Загальні поняття та принципи надання паліативної допомоги (В. В. Чугунов, Г. В. Гук) | 342 |
| 10.2. Психологічні особливості та психопатологічні порушення хворих, які помирають. Медико-психологічні аспекти надання паліативної (хоспісної) допомоги (В. В. Чугунов, Г. В. Гук) | 346 |
| 10.3. Медико-психологічна допомога оточенню пацієнта при наданні паліативної допомоги та втраті близької людини (В. В. Чугунов, Г. В. Гук) | 356 |
| 10.4. Взаємодія медперсоналу з умираючими пацієнтами. Психологічний супровід медперсоналу, що надає паліативну (хоспісну) допомогу хворим (В. В. Чугунов, Г. В. Гук) | 361 |
| 11. Медико-психологічні аспекти сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень | 365 |
| 11.1. Основні поняття сексології: сексуальність, сексуальна поведінка, сексуальне здоров'я та їх багатофакторне забезпечення (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь) | 365 |
| 11.2. Сексуальна норма і системний підхід в оцінці сексуального здоров'я. Основні види розладів сексуального здоров'я (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь) | 372 |
| 11.3. Принципи надання медико-психологічної допомоги при розладах сексуального здоров'я (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь) | 382 |
| 12. Комбіноване лікування психічних розладів із включенням медико-психологічного втручання (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук) | 391 |
| 13. Медико-психологічна реабілітація: основні положення та принципи проведення | 399 |
| 13.1. Реабілітація як поняття та основні засади психореабілітаційного процесу (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк) | 399 |

| | |
|--|-----|
| 13.2. Основні засади проведення медико-психологічної (психосоціальної) реабілітації при порушеннях соціальної компетентності та соціально-когнітивного функціонування у хворих з важкими й хронічними психічними розладами (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк) | 408 |
| 14. Психогігієна та психопрофілактика (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук) | 417 |
| 15. Медико-психологічні аспекти інформаційно-психологічної безпеки особистості | 426 |
| 15.1. Інформаційно-психологічна безпека особистості як проблема медичної психології (М. В. Маркова, А. Р. Марков) | 426 |
| 15.2. Медико-психологічні наслідки надмірного користування екранними технологіями (М. В. Маркова, А. Р. Марков) | 433 |
| 15.3. Основні принципи медико-психологічної допомоги у відновленні і підтримці інформаційно-психологічної безпеки особистості (М. В. Маркова, А. Р. Марков) | 436 |
| 16. Судово-психологічна експертиза: організаційні та методологічні аспекти її проведення | 441 |
| 16.1. Методологія проведення судово-психологічної експертизи (О. А. Ревенок, А. В. Каніщев, О. В. Радзевілова О. П. Олейник) | 441 |
| 16.2. Організаційні аспекти проведення судово-психологічної експертизи (О. В. Радзевілова) | 444 |
| 16.3. Загальні питання судово-психологічної експертизи в цивільному та в кримінальному провадженнях (О. В. Радзевілова, О. П. Олійник) | 447 |
| 16.4. Окремі питання судово-психологічної експертизи в кримінальному та цивільному провадженнях (О. В. Радзевілова) | 453 |
| 17. Медична деонтологія. Етичні аспекти взаємодії лікаря з пацієнтом. Правове забезпечення професійної діяльності медичних працівників в Україні (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко, А. Е. Асанова) | 459 |
| 18. Основні психологічні аспекти професійної діяльності медичних працівників | 469 |
| 18.1. Основні засади професіоналізму медичних працівників: їх професійні компетентності та психологічні типи (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко) | 469 |
| 18.2. Психологічні і комунікативні аспекти взаємодії лікаря з пацієнтом (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко) | 472 |
| 18.3. Етапи становлення та кризи у професійній діяльності медичних працівників (Л. М. Юр'єва) | 479 |
| 18.4. Проблемні аспекти професійної діяльності медичних працівників: синдром емоційного вигоряння і професійна деформація та принципи їх медико-психологічної корекції й психопрофілактики (Н. О. Дзеружинська, О. Г. Сиропятов) | 486 |

Питання для самоконтролю:

1. Що таке розлади особистості?
2. Назвіть основні клінічні варіанти розладів особистості та їх клінічні характеристики.
3. Дайте визначення клініко-патогенетичної тріади психопатії за П. Б. Ганнушкіним.
4. Назвіть основну мету та мішені лікування розладів особистості.
5. Які методи психотерапевтичного втручання ефективні при розладах особистості?
6. Що є приводом призначення психофармакотерапії при розладах особистості?

4.9. Основні положення про розумову відсталість та принципи надання медико-психологічної допомоги цим хворим

Б. В. Михайлов

Згідно з сучасними науковими уявленнями поняття “розумова відсталість” має збірне значення, яке об'єднує різні за своїм походженням форми патології психічної діяльності.

Розумова відсталість — це група непрогресивних психічних розладів, насамперед органічної природи, яка характеризується рядом загальних клінічних ознак. Провідна ознака — загальне недорозвинення всіх складних форм психічної діяльності. При цьому патологічному стані — природженому або набутому у віці до 3-х років — виявляється стан затримки або недорозвитку психіки з недостатністю загального рівня інтелекту (його когнітивних, мовних, мовленнєвих, рухових складових), а також емоційно-вольової сфери, навичок соціального пристосування та самообслуговування, котрий спостерігається на протязі всього життя. Розумова відсталість може бути ді-

агностована як окреме захворювання, але у багатьох випадках розумова відсталість діагностується у коморбідному сполученні з іншими психічними чи соматичними (переважно неврологічними) хворобами. У класичній психіатрії група розладів, які відносяться до розумової відсталості, визначалися як олігофренії.

До розумової відсталості як спектра психічних розладів, які супроводжуються інтелектуальним недорозвиненням, включають форми розумової відсталості, пов'язані з пошкодженням мозку генетичними, органічними, інтоксикаційними й іншими шкідливостями. Тим не менш, виділяють форми, обумовлені впливом несприятливих соціальних і культурних чинників: неправильне виховання, педагогічна занедбаність, негативні соматичні і психогенні впливи, дефекти зору і слуху.

Ідіотія (грец.: *idiotēia* — невігластво) є найважчим ступенем розумової відсталості (глибока розумова відсталість — F73 згідно МКХ-10), при якій рівень IQ менший, ніж 20 балів. У хворих з ідіотією практично не може бути повністю сформована якась мова, вони погано розуміють звернення до них. Нерідко їх єдиною мовною реакцією на приємні або неприємні для них подразники є протяжні або уривчасті крики, мукання. У них настільки виражені порушення рухової сфери, що вони не можуть самостійно пересуватися, сидять в одній і тій же позі, розгойдуються з боку в бік, виконують одноманітні рухи. Ці хворі абсолютно нездатні до навчання, вони не можуть засвоїти навички охайності, їх неможливо привчити до самообслуговування. У страждаючих на ідіотію переважає пасивно-байдужий настрій, що іноді змінюється короткочасними спалахами люті, хаотичного збудження, зумовленими, як правило, почуттям голоду.

Імбецильність (лат. *imbecillus* — слабкий, незначний) є важкою формою розумової відсталості (помірна чи важка розумова відсталість — F71, F72 згідно МКХ-10), при якій порушення психічної діяльності менше виражені, ніж при ідіотії, а рівень IQ — від 20 до 50 балів. Такі хворі можуть вимовляти короткі фрази, вони розуміють нескладну, звернену до них чужу мову. Вони виявляють елементарні, але все ж різноманітні і диференційовані реакції на зовнішні подразники, здатні орієнтуватися у звичній обстановці, але не сприймають нове. Шляхом наполегливої роботи їх можна привчити до догляду за собою, до виконання нескладної, простої роботи, що не вимагає будь-якої

активності і кваліфікації. Словниковий запас, при всій дефектності мови та порушеннях артикуляції, становить 200 слів. Деякі з таких осіб можуть навчатися в допоміжній школі, засвоюючи лише найпростіший рахунок, накреслення окремих літер і цифр, читання по складах окремих слів. Вони впізнають своїх близьких, іноді більш далеких родичів або постійних знайомих (вчителів, вихователів тощо). Здатні досить гарно орієнтуватися в знайомій обстановці, але зовсім губляться в новій ситуації. Емоційні реакції їх малодиференційовані, обумовлені задоволенням або незадоволенням актуальних фізіологічних потягів (відчуття голоду і насичення, холоду і тепла). Не можуть розуміти й використовувати поняття часу. Поведінкові акти непослідовні, імпульсивні, немає будь-якого плану і прогнозу своїх дій, зовсім відсутня ініціатива і самостійність.

Дебільність (лат. *debilis* — слабкий, кволий) — це легкий ступінь розумової відсталості (легка розумова відсталість — F70, згідно МКХ-10), при якій рівень IQ дорівнює від 50 до 80 балів. Серед усіх розумово відсталих осіб особи з дебільністю складають близько 85–90 %. Ознаки інтелектуальної недостатності, як і вираженість недорозвинення ВПФ, у цих хворих можуть варіювати від досить значної, що межує з імбецильністю, до найлегшої, практично невідділюваної від так званої норми — що кваліфікується як погранична розумова відсталість (IQ дорівнює 70–85 балів).

Вони здатні до навчання, хоча в обмеженому обсязі. Велика частина цих осіб працездатні, вони можуть виконувати некваліфіковану роботу,

яка не потребує постійних змін чи творчого підходу.

Ці хворі часто усвідомлюють свою відмінність від більшості людей, намагаються сховати своє нерозуміння за марними розмірковуваннями, невміло намагаються повернути до себе увагу вчинками, які можуть виявитися деструктивними. Досить часто такі хворі відзначають виражену сугестивність, що може робити хворих на олігофренію іграшкою в руках осіб, схильних до небезпечного маніпулювання (в тому числі злочинців). За прикладом навколишніх, пацієнти з легким ступенем розумової відсталості починають зловживати алкоголем, лихословити. Зайве заступництво з боку батьків і навколишніх часто позбавляє їх ініціативи, потурає пасивності й утриманству.

Як непрогредієнтні розлади, будь-які види розумової відсталості супроводжують людину все життя і діагностуються ще в дитячому віці.

Основні критерії діагностики розумової відсталості:

- ⊖ своєрідна психопатологічна структура слабоумства з переважанням слабості абстрактного мислення при менш виражених порушеннях передумов інтелекту й відносно менш грубому недорозвиненні емоційної сфери (насамперед це стосується легкого ступеня розумової відсталості);
- ⊖ непроцесуальний непрогредієнтний характер інтелектуального дефекту;
- ⊖ уповільнений темп психічного розвитку індивіда, порушення онтогенезу;
- ⊖ незворотний характер розладів.

Ступінь недостатності загального рівня інтелекту (його когнітивних, мовленнєвих, рухових складових) визначається стандартизованими психометричними тестами у межах експериментально-психологічного і клініко-психологічного обстеження згідно з результатами психологічного тестування за стандартизованими тестами виміру інтелекту.

У межах клініко-психологічного обстеження дітей психолог також має визначити рівень розвитку наступних складових загального інтелекту:

- ⊖ ступінь розвитку мовлення, зокрема наявність та розвиток експресивного мовлення, а в разі його відсутності — рівень розуміння мови та мовлення, використання мовлення як засобу комунікації (до цієї частини обстеження також потрібно залучати корекційного педагога-логопеда);
- ⊖ ступінь розвитку крупної моторики та зорово-рухової координації;
- ⊖ ступінь сенсорного розвитку (рівень знань кольорів, форм, величин, розуміння прохань тощо);
- ⊖ ступінь комунікативного розвитку (рівень комунікативних здібностей, здатність до розуміння емоцій своїх та інших, до ігрової діяльності, вміння наслідувати дорослого тощо);
- ⊖ набутий рівень знань, навичок та компетенції, а також потенціал, можливість набуття нових знань, навичок та компетенцій, тобто визначення “зони найближчого розвитку”.

Важливим при проведенні комплексної функціональної діагностики пацієнтів з розумовою відсталістю

є визначення особливостей їх психосоціального і трудового функціонування на основі соціального функціонування, визначення ступеня порушень психосоціальної продуктивності, відносин з членами родини та іншими людьми, здібностей до навчання, котре спостерігається у пацієнта в контексті його соціальних можливостей на момент обстеження задля оцінки його індивідуальних потреб.

Згідно класу VI МКХ-10 "Загальна оцінка порушень психосоціальної продуктивності" розрізняють:

- ⊕ відмінне або хороше соціальне функціонування (в усіх соціальних областях). Хороші міжособистісні відносини з родиною, однолітками та дорослими поза родиною; ефективне подолання всіх соціальних ситуацій; різноманітність занять та інтересів у вільний час);
- ⊕ задовільне соціальне функціонування (у цілому, середнє за якістю соціального функціонування з періодичним виникненням незначних труднощів в одній чи двох областях, тоді як функціонування в деяких інших областях може бути відмінним);
- ⊕ легкі порушення соціального функціонування (адекватне функціонування в більшості соціальних областей при наявності незначних труднощів не менш ніж в одній чи двох областях: наприклад, у дружніх відносинах, обмеженні соціальної активності /інтересів, сімейних відносинах, менш ефективне контактування з однолітками або дорослими поза родиною);
- ⊕ помірні порушення соціальної продуктивності (періодично виникають важкі порушення соці-

альної продуктивності в деяких областях при наявності незначних труднощів);

- ⊕ серйозне порушення соціальної продуктивності (важкі порушення соціальної продуктивності не менш ніж в одній чи двох областях: наприклад, суттєва недостатність у близьких відносинах з однолітками, нестача друзів, нездатність долати нові соціальні ситуації чи неможливість ходити до школи);
- ⊕ нездатність до продуктивного функціонування в більшості областей (особа для підтримки повсякденного функціонування потребує певного поточного нагляду та догляду з боку сторонніх; відсутність здатності задовільняти повсякденні потреби самостійно);
- ⊕ важке загальне порушення соціальної продуктивності (особа періодично не в змозі підтримувати елементарну особисту гігієну чи потребує постійного нагляду та догляду, щоб уникнути нанесення шкоди собі чи іншим, або у неї є важке порушення всіх можливих способів спілкування);
- ⊕ глибоке загальне порушення соціальної продуктивності (постійна нездатність підтримувати особисту гігієну чи постійний ризик нанесення важкої шкоди собі чи іншим, або повна відсутність спілкування).

Визначення рівня соціальної дезадаптації особи з розумовою відсталістю за такими критеріями дає можливість формулювати адекватні рекомендації щодо ходу виконання індивідуального плану догляду пацієнтів.

Комплексне обстеження особи з розумовою відсталістю проводиться виключно на прохання її законного представника чи самої особи. Будь-які висновки щодо обстеження доводяться до відома законного представника особи з розумовою відсталістю та самої особи.

Принципи надання медико-психологічної допомоги хворим на розумову відсталість, реабілітації та профілактики насамперед залежать від ступеня її вираженості.

Грубий інтелектуальний дефект у пацієнтів з розумовою відсталістю вирізняється стійкістю. Застосування психофармакотерапії не дозволяє підвищити інтелект хворих і не призводить до якого-небудь поліпшення.

Медичні лікувальні заходи повинні бути спрямовані на раннє виявлення ознак розумової відсталості і попередження її розвитку у тих випадках, коли це можливо. Так, дієтичне лікування дозволяє попередити розвиток олігофренії при ензимопатіях (наприклад, при фенілкетонурії). Іноді ефективним є призначення замісної гормональної терапії (наприклад, при гіпотиреозі). Своєчасне виявлення важких інфекцій в ранньому віці (сифілісу, токсоплазмозу тощо) дозволяє провести своєчасне антибактеріальне чи протипаразитарне лікування. Раннє виявлення відставання в психічному розвитку дозволяє призначити неспецифічні нейрометаболічні препарати, що сприяють репарації та потенціюють розвиток нервової системи: це в першу чергу ноотропні препарати, вітаміни (особливо вітаміни групи В), амінокислоти та їхні попередники (в тому числі

поліпептиди кори головного мозку худоби). Нерідко виникає необхідність у використанні симптоматичної психофармакотерапії у зв'язку з порушеннями поведінки, занепокоєнням, розладами сну, сексуальною розгальмованістю (в підлітковому та дорослому віці), психотичними епізодами. Призначення препаратів проводять за загальними правилами фармакотерапії хворих на психічні розлади, однак варто враховувати вищу чутливість хворих на розумову відсталість до нейролептиків і транквілізаторів, особливо у випадках з ознаками органічного ураження головного мозку.

Важливою складовою частиною допомоги олігофренам служить їхня психосоціальна реабілітація.

Психосоціальна реабілітація осіб із розумовою відсталістю — система медичних, освітніх, професійних, соціальних заходів, спрямованих на надання особам із розумовою відсталістю допомоги у відновленні ними порушених функцій організму, компенсації обмежень життєдіяльності та підтриманні оптимального фізичного, інтелектуального, психічного, соціального рівнів та якості для досягнення соціальної і матеріальної незалежності, соціально-професійної адаптації та інтеграції в суспільство.

У першу чергу важливо навчити пацієнтів самообслуговуванню, що можливо (з допомогою оточуючих) навіть при тяжкому ступені розумової відсталості. Пацієнтів з легким ступенем розумової відсталості (дебільністю) необхідно навчати (посильне навчання в спеціалізованих школах) та залучати до побутових справ і посильної трудової діяльності.

Індивідуальні програми психосоціальної реабілітації осіб з розумовою відсталістю задовільняють їх основні потреби:

- ⇒ Психологічні потреби у психологічній діагностиці – визначенні інтелектуального розвитку, рис особистості; у розвитку соціально-психологічних компетенцій, самостійності та самоактуалізації; у попередженні емоційного дискомфорту і розвитку здатності відповідати адекватними почуттями іншим людям; у розвитку впевненості, комунікативних навичок, здатності до саморегуляції поведінки і підготовці до інтеграції у соціум.
- ⇒ Освітні потреби у спеціалізованих освітніх послугах (застосування інтеграційних та інклюзивних форм навчання, створення умов для навчання за індивідуальними допоміжними програмами тощо); у корекційній роботі (логопедів, дефектологів, сурдопедагогів тощо) та заходах з педагогічної реабілітації; у спеціальних абілітаційних послугах (формування навичок охайності,

самообслуговування, спілкування, формування компетенцій представлення власних інтересів та захисту прав, мотивації до праці й трудових навичок, спеціалізовані реабілітаційні послуги для дітей із загальними порушеннями розвитку).

- ⇒ Соціальні потреби у безпосередній матеріальній допомозі; у соціальних послугах по догляду за інвалідами, а також щодо можливості особистісного і соціального пристосування; у трудовій і фізкультурно-спортивній реабілітації; у юридичному супроводі.

Основний напрямок профілактики розумової відсталості – медико-генетичне консультування, ретельне спостереження за вагітними та психофізичним розвитком малечі, правильна тактика пологорозрішення. Однак, на жаль, оскільки дотепер етіологічне походження значної частини випадків розумової відсталості залишається невідомим, то існуючі заходи профілактики її розвитку у багатьох випадках виявляються досить безрезультатними.

Питання для самоконтролю:

1. Дайте визначення розумової відсталості.
2. Які основні ознаки характеризують розумову відсталість?
3. Чим відрізняється ідіотія від імбецильності?
4. На які основні компоненти розумової відсталості спрямована медико-психологічна допомога?
5. Визначення яких потреб необхідне при проведенні психосоціальної реабілітації осіб з розумовою відсталістю?