

**УНИВЕРЗИТЕТ “СВ.КИРИЛ И МЕТОДИЈ”
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ – СКОПЈЕ
ИНСТИТУТ ЗА ДЕФЕКТОЛОГИЈА**



**ПСИХИЧКИ РАСТРОЈСТВА КАЈ ДЕЦА И
АДОЛЕСЦЕНТИ СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА
ПОПРЕЧЕНОСТ**

– МАГИСТЕРСКИ ТРУД –

Кандидат:

Ацка Тушевска Јованова

Ментор:

Проф. д-р Горан Ајдински

Скопје, 2018 година

СОДРЖИНА

ВОВЕД.....	04
I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ.....	07
1. ИСТОРИЈА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ.....	07
1.1. <i>Психичко растројство или интелектуален дефицит?</i>	08
1.2. ДЕФИНИРАЊЕ НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ.....	09
1.3. КЛАСИФИКАЦИЈА И КРИТЕРИУМИ ЗА КЛАСИФИКАЦИЈА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ.....	11
2. ДЕФИНИРАЊЕ НА МЕНТАЛНОТО/ПСИХИЧКОТО ЗДРАВЈЕ.....	16
2.1. <i>Ментални/психички растројства</i>	17
3. ПСИХИЧКИ РАСТРОЈСТВА КАЈ ЛИЦА СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ.....	19
а) Пореметувања на расположението.....	19
б) Анксиозни пореметувања.....	20
в) Психотични пореметувања.....	22
г) Пореметувања на личноста.....	23
д) Пореметување на прилагодувањето.....	24
ѓ) Останати пореметувања.....	25
е) ПОРЕМЕТУВАЊЕ НА ОДНЕСУВАЊЕТО	28
3.1 <i>Интегративна дијагноза</i>	31
3.2 <i>Коморбидитет или дуална дијагноза?</i>	32
II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО.....	35
2.1. Предмет на истражувањето.....	35

2.2. Цел и карактер на истражувањето.....	36
2.3. Задачи на истражувањето.....	36
2.4. Хипотези и варијабли на истражувањето.....	37
2.5. Методи, техники и инструменти на истражувањето.....	38
2.5.1.Методи на истражувањето.....	38
2.5.2.Техники на истражувањето.....	40
2.5.3.Применети инструменти во истражувањето.....	41
2.6. Популација и примерок на истражувањето.....	43
2.7. Статистичка обработка на податоците.....	44
2.8. Општи карактеристики на испитаниците.....	45
2.9. Организација и тек на истражувањето.....	45
III. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО.....	47
IV. ДИСКУСИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ/СПОРЕДБА СО ДРУГИ	
ИСТРАЖУВАЊА.....	106
V. ЗАКЛУЧОЦИ, ПРЕПОРАКИ И ОГРАНИЧУВАЊА ПРИ	
ИСТРАЖУВАЊЕТО.....	118
5.1. Заклучоци од истражувањето.....	118
5.2. Ограничувања и потешкотии при истражувањето.....	120
5.3. Препораки.....	122
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....	124
ПРИЛОГ, ИНСТРУМЕНТИ.....	134

Вовед

Од втората половина на XX век, а посебно во годините на новото столетие се повеќе се обрнува внимание на општата благосостојба на луѓето и нивното ментално здравје, со посебен акцент на холистичкиот пристап на професионалците од било која област која се занимава со човекот како најважен сегмент на секое општество. Менталното здравје е доста полицентричен концепт, со недоволно одредени и нејасно дефинирани граници. Општо прифатено е дека менталното здравје се изедначува со психичката благосостојба во која личноста е способна за остварување на своите цели во склад со ресурсите со кои располага. Оваа состојба всушност се однесува на индивидуалниот капацитет за соочување со стресот и одговор на истиот, а без загрозување на психичкиот интегритет.

Интересот за менталното здравје е во пораст, како меѓу лекарите и останатите здравствени работници, така и во општата популација, а воглавно е последица на објавувањето на епидемиолошките податоци кои предупредуваат на доста висока преваленција на менталните растројства. (Štrkalj Ivezić S., Jukić V. et al., 2010). Едно лице од четири, во одреден стадиум од животот ќе биде афектирано од некое психичко растројство. Ризикот од одредени заболувања расте со возраста, а социјалниот и економскиот товар во заедниците е се поголем. (СЗО, 2001). Она што денес со сигурност го знаеме дека многу болести, психички и соматски, настануваат како комбинација на биолошки, психолошки и социјални фактори. Знаеме исто дека психичките растројства настануваат како резултат на содејство помеѓу надворешните фактори и специфичната морфологија на мозочните структури. (СЗО, 2001).

Во светот околу 54 милиони лица страдаат од сериозни психички растројства како шизофренија и биполарно афективно растројство, додека 154 милиони лица страдаат од депресија. (СЗО, 2007). World Bank Group во 2017 година наведува цифра од 350 до 400 милиони на лица кои пројавуваат депресивна симптоматологија, а СЗО предупредува дека веќе до 2020 година, депресијата ќе биде втора водечка болест во светот, непосредно зад кардиоваскуларните и срцевите заболувања. Ситуацијата е посебно сериозна во земјите во развој каде што во повеќе од 50% од истите не се спроведува воопшто никаква грижа за менталното здравје, а како резултат на тоа, психијатриските пациенти во голем процент се неадекватно третирани и со тоа се

зголемува товарот не само на самите индивидуи, туку и за лицата кои се грижат за нив. (СЗО, 2007).

Со развојот на детската и адолесцентна психијатрија и развојната психологија, се повеќе се потврдува постоењето и комплексноста на психичкиот живот од раѓање на детето па се до доцната адолесценција, периодот на зрелост, како и сите понатамошни животни фази. Паралелно со различните биолошки и психичките процеси се развиваат и менуваат во текот на животниот век на човекот и се делумно регулирани од генетскиот потенцијал. Капацитетот на интелектуалното функционирање, како и правецот и времето на когнитивната матурација се генетски детерминирани, а тоа најавтентично се прикажува при некои генетски заболувања кои резултираат со интелектуална попреченост и редуцирана способност за учење. Психичките промени исто така се последица на акумулација на различни животни искуства и контакти со различно едукативно опкружување кои влијаат на развојот на мозокот, доведувајќи до формирање на нови когнитивни структури и нови пристапи кон решавање на проблемите. (Newman B., Newman P., 1975).

Трендот на истражување во последните децении е се поголем, така и многубројни се студиите кои го истражуваат, испитуваат, анализираат и со тоа придонесуваат за подобрување на менталното здравје на индивидуите во заедницата.

Интелектуалната попреченост, од друга страна е исто така предмет на широк интерес на научната и стручната јавност. Принципите за грижа на лицата со интелектуални потешкотии претрпуваат радикални промени во последниве години. Препознавањето на нивното право на нормален живот, деинституцијализацијата и зголеменото влијание на семејството во остварување на нивните права преставуваат пресвртница во областа на грижата за менталното здравје кај овие лица.

Посебно е сложено да се пишува за интелектуалната попреченост заради нејзиниот диверзитет и интердисциплинарната природа која има допирни точки со развојната медицина, невропсихологијата, специјалната едукација, психологијата, антропологијата, социологијата, генетиката итн. Комплексноста на факторите кои влијаат на менталното здравје кај лицата со интелектуална попреченост имплицира на ефикасноста при задоволување на потребите на истите. (Costello H., Bouras N., 2006).

Студиите кои се занимаваат со проблематиката на менталното здравје кај деца и адолесценти со интелектуални потешкотии се пообемни и посодержински, иако во некои култури сеуште интелектуалната попреченост не се одвојува од менталните растројства, а уште помалку се препознава можноста за постоење на коморбидни состојби или дуална дијагноза. Една од најголемите пречки со кои се соочуваат лицата со интелектуална попреченост е психопатологијата и бихејвиоралните потешкотии кои се застапени во поголем процент кај оваа популација, кои пак во голема мерка ја намалуваат способноста на истите за успешно интегрирање во општеството, намалена ефикасност при наоѓање на работа или воспоставување и одржување на квалитетни социјални релации. Кај одредена група на лица, овие проблеми се хронични и повторувачки. (Матсон, Кун, Мејвил, 2002).

Проблематиката на менталното здравје кај лицата со интелектуална попреченост е исто така присутна во република Македонија, но со оскудни релевантни податоци и истражувања на национално ниво. Од тука произлегува практичната потреба и научен интерес за истражување на оваа проблематика. Идентификацијата на проблемот, понатаму неговото разбирање за постоењето, обемот и комплексноста на истиот е првиот чекор во подобрување на грижата за менталното здравје на овие лица. Детекцијата и навременото решавање на проблемот би довело до зајакнување на индивидуалните капацитети на лицата со попреченост и во крајна инстанца, добивање на што е можно попродуктивен за себе и за општеството поединец.

Во ова истражување добивме податоци кои укажуваат на висок процент на застапеност на психичките растројства помеѓу децата и адолесцентите со интелектуални пречки во развојот, емпирички изразени во поголем или помал степен, а во релативна корелација со информациите од странските анализи на истата проблематика. Дотолку повеќе, во интерес на нашето општество, добивме информации за начинот на организираност на службите за институционална грижа и нега, кои се или треба да бидат првите прифатилишта за лицата интелектуална попреченост и психички растројства.

I. ТЕОРЕТСКИ ОСНОВИ НА ПРОБЛЕМОТ

I. ИСТОРИЈА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ

Првите записи за интелектуалната попреченост датираат од античкиот Египет, но со многу малку информации кои би сугерирале медицински интерес. Сепак различните религиозни верувања укажуваат дека претежно овие лица биле третирани со љубезност. Од друга страна инфантицидот не бил непознат кај старите Грци и Римани, а народите на Европа и Јужна Америка верувале во „лошиот дух“ кој се населил во телата на лицата со интелектуална попреченост. Некои биле третирани како робови, некои како дворски шутови и предмет за забава. (Harris J. C., Greenspan S., 2016). Стигматизацијата на овие лица низ вековите предизвикала нивно маргинализирање и лош третман. Предрасудите во однос на лицата со интелектуална попреченост се јавуваат во сите цивилизации низ историјата. Според авторот Волф Волфенсбергер, лицата со интелектуална попреченост биле нарекувани „помалку од човек“, „товар и опасност за општеството“, „болен“, „ментално нездрав“, „предмет на сожалување“, па до „вечни деца“ и „блажено невини“, предрасуди кои преставувале директна стигматизација на лицата со интелектуална попреченост и оправдување за тир. „бенигно злоставување“. Со напредокот на медицината, се повеќе се проучуваат евентуалните причини за настанокот на интелектуалната попреченост и тоа фрла ново светло и во третманот на тие лица. Општествата кои ги претпоставувале природните причини за настанокот на интелектуалната попреченост имале помалку предрасуди, за разлика од заедниците кои верувале во надмоќни сили. (Reynolds T., Zupanick C. E., Dombeck T., 2013).

Првиот документиран запис за интервенција во полето на интелектуалната попреченост бил регистриран во Франција во 1799 година од страна на Жан Марк Итард, доктор, кој развил програма базирана на способностите на дивото дете Виктор. Едуард Сегин ги презел Итардовите методи и востановил метод за едуцирање на „слабоумните“ сублимирајќи ја „психолошката и моралната едукација“, додека Јохан Гугенбул ги поставил првите основи за резиденцијална нега за лицата со интелектуална попреченост во Швајцарија во 1841 година. Со тоа бил креиран прототипот на институционална нега за овој дел од човечката популација. XIX век бил период на зголемен оптимизам во однос на лицата со

интелектуална попреченост, со верување дека овие лица можат да бидат интегрирани во „нормалниот живот“ и со тоа се удрени темелите на зголемување на свеста на човештвото за похуман пристап кон лицата со посебни потреби. За жал, оптимизмот драстично паднал во периодот на почетокот на XX век, кога се бележи развој на Еугенетичкото движење кое се залага за стерилизација на „ментално хендикепираните лица“ со цел размножувањето да биде контролирано, а со тоа да се спречи „дегенерација“ на човештвото. Институционализацијата широко се распространила, а со тоа започнал нехуманиот третман на овие лица, со згрижување во установи, далеку од секојдневниот живот, без основни човечки права, без хигиена и санитарни услови, затоплување, исхрана итн. Промените на однесувањето и психичките растројства биле предмет на експериментирање со новосоздадените техники на психијатријата како млада научна дисциплина, така ЕКТ (електроконвулзивна терапија), инсулинските кризи, лоботомијата не биле непознати во овие установи. Иако повеќе техники се одамна напуштени како неефикасни и штетни по здравјето и животот на пациентите, ЕКТ како техника со голема терапевтска применливост во психијатријата во денешно време, сеуште не може да се ослободи од старата негативна конотација на употреба заради казна на пациентот. Во последниве години на повисоко развиена свест на човекот како био-психо-социјално битие, психијатријата како наука се извинува за штетите кои ги предизвикала со своите експерименти во минатото столетие врз пациентите со ментални растројства, група во која припаѓаат и лицата со интелектуални потешкотии и психички заболувања. (н.з).

1.1. Психичко растројство или интелектуален дефицит?

Треба да се истакне дека со векови не била правена разлика помеѓу менталната ретардација и психичките заболувања, така што терминот „идиот“ се однесувал на сите облици на ментални пореметувања. Во XIX и почетокот на XX век, терминот „идиот“ ја менува денотацијата и почнува да се користи за означување на најтешките облици на интелектуална попреченост. (Глумбиќ, 2006). Ескирол во 1845 година ја разделил интелектуалната попреченост на две нивоа и сугерирал дека „идиот“ е лице кај кое не се развила интелигенцијата и моралните способности, „тие слушаат, но не разбираат:

тие гледаат, но не поимуваат (разбираат)“. Немаат идеи, не размислуваат, не посакуваат...” (Esquirol, 1845, p 467). ...Имбецил., е лице со интелектуална попреченост кое е блиску до нормалните интелектуални способности иако никогаш нема да го достигне нормалното ниво на знаење за возраста, нормалното ниво на едукација или нормалните социјални релации“. (Scheerenberger, 1983), cit. J. C. Harris, S. Greenspan, (2016).

Англискиот филозоф Џон Лок во 1960 година, со својата теорија на разумот „blank slate“ или „tabula rasa“, е еден од првите кој ја раздвојува интелектуалната попреченост од „лудилото“. Тој смета дека психички болните лица поврзуваат заедно повеќе погрешни идеи/размисли, факти, причини и последици за истите, додека лицата со интелектуален дефицит имаат многу малку идеи/размисли и малку или никакви поимувања.

1.2. ДЕФИНИРАЊЕ НА ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ

Терминологијата на сите попречености кои спаѓаат во полето на „ментална ретардација“ во последново столетие се менувала 9 пати. (Harris J. C., 2006).

Терминот „ментална ретардација“ го користи и Светската здравствена организација во МКБ – 10 Класификацијата на менталните пореметувања и пореметувањата на однесувањето (SZO, 1992). Работната група за МКБ – 11 го дава како предлог терминот „интелектуална развојна попреченост“. Американската психијатриска асоцијација (АПА), во новата ревизија на дијагностичкиот прирачник DSM – 5, го користи терминот „интелектуална попреченост“ (Harris J. C., 2006). Иако терминот „интелектуална попреченост“ нашироко го замени терминот „ментална ретардација“, прашањето е дали овој ентитет треба да биде концептуализиран како здравствена состојба или како попреченост. Референцата „ментална ретардација“ е опишана како пореметување и заведена под шифрите F.70 – 79 во МКБ – 10 Класификацијата на болестите. Во исто време, потешкотиите во интелектуалното функционирање кои се централни компоненти на интелектуалната и развојна попреченост можат да бидат класифицирани во рамките на Интернационалната класификација за функционирање, попреченост и здравје (ICF) во состав на Светската

здравствена организација, и со тоа да се набљудуваат како дел од попреченост (WHO, 2001).

Најчесто користена е дефиницијата од Американската асоцијација за интелектуални и развојни попречености AAIDD, (тогаш AAMD), поставена уште во 1973 година: „функционирање на пониско интелектуално ниво од просечната популација која се јавува за време на развојниот период, а е поврзана со лошо адаптивно однесување“. (цит. Ајдински Г. и сор., 2017). AAMD во 1992 година ја дополнува својата дефиниција во контекст на трајното и значително пониско ниво на интелектуалните функции со условените ограничувања во две или повеќе адаптивни вештини: комуникација, грижа за себе, семеен живот, социјални вештини, самонасочување, здравје и безбедност, функционални знаења, слободно време и работа. Критериумот за возрастa кога се јавува интелектуалната попреченост, останува непроменет, до 18 годишна возраст. Добрев, (1993), ја цитира повторно оваа асоцијација во насока на потенцирање на социјалните параметри на интелектуалната попреченост, каде што е потребно да се исполнат следниве три предуслови:

1. Кај лицата со интелектуална попреченост често се забележуваат специфични особености во процесот на адаптација заедно со позитивните особености во другите адаптивни умеања или можности на личноста;
2. Оштетувањата на адаптивните способности се јавуваат под влијание на социјалната средина, тие се типични за лицата со интелектуална попреченост и така се индексираат личните потреби за помош;
3. Со давање на соодветна помош и поддршка во определен период од животот на лицата со интелектуална попреченост може да се подобри нивната социјална адаптација. (цит. Ајдински Г., Кескинова А., Мемеди Б., 2017).

Базирано во смисла на попреченост, според Американската асоцијација за интелектуални и развојни попречености (AAIDD) од 2010 година, интелектуалната попреченост се карактеризира со „сигнификантни ограничувања на интелектуалното функционирање и на адаптивното однесување изразени преку сознајните, социјалните и практични способности. Оваа попреченост настанува во периодот под 18 години“.

Поконструктивна и попрагматична дефиниција е социолошката, која ја дефинира интелектуалната попреченост во рамките на потребите на лицата за поддршка. Овој пристап ги разгледува ефектите на попреченоста како нешто што може

да варира и да биде зголемено или намалено, во зависност од надворешните фактори. (IDRS, 2009).

Од друга страна Секцијата за психијатрија и интелектуална попреченост при Светската психијатриска асоцијација ја смета интелектуалната попреченост како здравствена состојба: „синдром или мета – синдром, аналоген на конструктот за деменција, што се карактеризира со дефицит на когнитивно функционирање за време на стекнувањето на вештини низ учењето. Интензитетот на дефицитот е таков да значително интерферира со индивидуалното нормално функционирање изразено преку ограничување во активностите и намалено учество во истите“. (Salvador-Carulla L., Bertelli M., 2008).

Интелектуалната попреченост не е болест, туку административно одреден назив за различни генетски, социјални и медицински состојби, чија заедничка карактеристика е значително потпросечно интелектуално функционирање. (Jurić, S.).

Дефинирање на интелектуалната попреченост како здравствена состојба би довело до сигнификантни импликации врз здравствената политика и пристапот до здравствените фондови.

Во овој труд се користиме со терминот *интелектуална попреченост*.

1.3. КЛАСИФИКАЦИЈА И КРИТЕРИУМИ ЗА КЛАСИФИКАЦИЈА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА ПОПРЕЧЕНОСТ

„Здравиот разум е најраспространетата работа на светот, зошто секој мисли дека е толку многу надарен со истиот, што дури и оние кои најтешко се задоволуваат со сите останати работи, не се навикнати да посакуваат повеќе од тоа што го имаат“. Rene Descartes

Интелигенцијата е општ ментален капацитет кој во себе вклучува мислење (резонирање), планирање, способност за решавање на проблеми, апстрактно размислување, разбирање на комплексни идеи, способност за учење и применување на искуството. (AAIDD, 2010). Бидејќи интелектуалната попреченост е дефинирана како значителен когнитивен дефицит, основните стандардизирани тестови на

интелигенцијата се добра појдовна точка за систематско истражување на природата на истата и тоа во вредност помала од IQ – 70. придружена со значително намалени функционални и адаптивни способности.

Според DSM – V, дијагнозата на интелектуалната попреченост треба да ги задоволи трите критериуми:

1. Дефицит во интелектуалното функционирање – „разбирање, решавање на проблем, планирање, апстрактно мислење, расудување, академско и искусствено учење“ – потврдени со клиничка евалуација и стандардно, индивидуализирано IQ тестирање (APA, 2013, p. 33);
2. Дефицит во адаптивното функционирање кој значително го попречува прилагодувањето на развојните и социо – културни стандарди во правец на независност на индивидуата и способноста за социјална одговорност; и
3. Почеток на овие дефицити за време на детството.

Според МКБ – 10 Класификацијата на болестите, интелектуалните способности и социјалното приспособување се менливи категории кои со специјална едукација и рехабилитација со тек на време можат да се подобрат, а дијагнозата треба да се темели врз моментните нивоа на функционирање.

Меѓународната класификација на болестите, десеттата ревизија, е најраспространет и најчесто употребуван класификационен систем низ сите земји учеснички на СЗО. Според овој систем поделбата е на:

- ❖ Лесна ментална ретардација (50 – 69 IQ). Веројатно ќе резултира со извесни тешкотии во школувањето. Многу возрасни ќе бидат способни да работат и да одржуваат добри општествени односи и да допринесуваат за општеството.
- ❖ Умерена ментална ретардација (IQ од 35 – 49). Веројатно ќе резултира со изразит развоен застој во детството, но повеќето ќе научат да се развијат со извесен степен на независност и грижа за себе, како и со соодветна комуникација и со академски искуства. Возрасните ќе имаат потреба од различен степен на поддршка за да можат да живеат и работат во општеството.
- ❖ Тешка ментална ретардација (IQ од 21 – 34). Веројатно ќе имаат потреба од постојана поддршка.

- ❖ Длабока ментална ретардација (IQ под 20). Резултира со тешко ограничување за сопствената грижа, инконтиненција, комуникација и движење.

СЗО оваа класификација ја дополнува и со:

- ❖ Друга ментална ретардација: оваа категорија се употребува тогаш кога е тешко да се процени степенот на интелектуална попреченост со вообичаените процедури, поради здружените сензорни и телесни оштетувања.
- ❖ Неозначена ментална ретардација: оваа категорија се применува тогаш кога има присуство на ментална ретардација, но со недоволни информации што се неопходни да се распореди лицето во претходните категории.

Граничното интелектуално функционирање е доста честа и препознаена состојба која се јавува кај лица со пониска интелигенција (IQ помеѓу 71 и 84) од просечната, но кај кои не се манифестираат интелектуални потешкотии или пак некаков облик на ментална ретардација. Меѓународната МКБ – 10 Класификација на болестите (СЗО 8, 9 и 10 ревизија) не го третира граничното интелектуално функционирање како растројство, иако искуството покажува дека оваа широка група покажува вулнерабилност и зголемен ризик за развој на психички пореметувања, повеќе од популацијата со просечно интелектуално функционирање и дури, според некои студии, повеќе од лесната интелектуална попреченост. (Hassiotis A. et al., 2017), (Emerson E., 2010), (Wieland J. et al., 2016). Се претпоставува дека најмалку 25% од лицата со гранично интелектуално функционирање имаат психијатриски растројства кои се поврзани со когнитивниот дефицит. (Koller, 1983), (Rutter, 1970), (Gostasson, 1985). Како лица кои се на границата помеѓу оние со нормална интелигенција и тие со интелектуална попреченост, во текот на животот истите ќе осцилираат на едната или другата страна во зависност од условите кои ќе преовладуваат, од нивната способност да ги решаваат потешкотните, како и од поддршката што ќе ја добијат. (GENCAT, 2017).

Следејќи го историскиот развој на дефинициите за интелектуална попреченост, за подобра идентификација, издвоени се пет основни критериуми кои се опфатени во повеќе дефиниции. Првите три критериуми се опфатени во скоро секоја од нив, додека последните два критериуми се присутни во повеќето дефиниции, но не во сите. **Првиот критериум** кој е присутен во сите дефиниции покажува дека интелектуалната попреченост води потекло од развојниот период. Единствена дилема помеѓу авторите

кои се занимаваат со оваа проблематика е времетраењето на развојниот период, имено некои автори сметаат дека тој завршува до шеснаесеттата година, но во основа не се менува ставот дека интелектуалната попреченост е присутна за време на мозочниот развој. **Вториот критериум** е присуство на интелектуалниот дефицит и е значаен за дијагностицирање на интелектуалната попреченост. За исполнување на овој критериум важен е коефициентот на интелигенцијата (IQ) кој кај интелектуалната попреченост мора да биде под 70, со варијабилност од плус или минус пет единици заради можно отстапување на скалите. И тука, за овој критериум се сретнува големо разијдување кај стручните лица и тоа од негирање на потребата за истиот до најголема валидност и вредност при поставувањето на дефектолошката дијагностика на интелектуалната попреченост. **Третиот критериум** пак, е задолжителен во секоја дефиниција за интелектуалната попреченост и гласи: социјална нееднаквост. Според овој критериум, личноста која не ги задоволува барањата на средината е интелектуално попречена. Според Американската асоцијација за ментална ретардација и Американската психијатриска асоцијација, за интелектуална попреченост станува збор ако се присутни потешкотии во најмалку два од следниве критериуми: комуникација, самозаштита, семеен живот, интерперсонални односи, употреба на општествените ресурси, самоуправа, функционални академски вештини, работа, слободно време, здравје и безбедност. Органската основа на интелектуалната попреченост го формира **четвртиот критериум**, додека неизлечливост на состојбата е **петиот критериум**. (Јакулик С., 1993), цит. Ајдиниски Г., Кескинова А., Мемеди Б., (2017).

И понатаму постои недостаток на стандардизиран пристап при проценка на психичките растројства воопшто кај сите лица со интелектуална попреченост. Прво, многу стручни лица не можат да се сложат кои проблеми би можеле да се вклучат во описот на „ментален здравствен проблем“ посебно кај лицата со интелектуална попреченост. Второ, стандардизираните системи на класификација претпоставуваат дека лицата со интелектуална попреченост би имале исти говорни способности како и лицата од општата популација и само така би можеле да ги исполнат вербалните очекувања зададени во истите. И трето, но не и последно, бихејвиоралните потешкотии се во голема мера инкомпатибилни со промените на однесувањето кај лицата со некаков облик на психичко растројство, а без интелектуална попреченост. (Costello H., Bouras N., 2006).

Парафразирајќи ја изјавата на бившиот претседател на САД Бил Клинтон, Kuang-Teh Jeang (2010), наведува дека „дистрибуцијата на интелигенцијата и амбициозноста низ светот се еднакви, но пристапот до можностите е различен“. Ако претпоставиме дека интелигенцијата е релативно еднакво дистрибуирана во популацијата, психометриската дефиниција за интелектуалната попреченост во МКБ – 10 Класификацијата на болестите и во DSM – IV, ревидираната верзија, имплицира дека околу 2% од вкупната популација може да има интелектуална попреченост. Околу 85% од лицата со интелектуална попреченост имаат лесна, 10% имаат умерена, 3 до 4% имаат тешка и 1 до 2% имаат длабока интелектуална попреченост. (King, Toth, Hodapp, Dykens, 2009).

Бројни организации, научно влијателни и валидни во полето на интелектуалната попреченост им сугерираат на професионалците да не се базираат исклучително само на тестовите за интелигенција. Американската асоцијација за интелектуални и развојни попречености (AAIDD) предлага мултидимензионален пристап за класификација и смета дека IQ не е доволен за детерминирање на когнитивното функционирање или пак длабочината на интелектуалната попреченост. Опишаните пет димензии се препорачуваат за користење во процесите на дијагноза, класификација и одредување на поддршката која и е потребна на една индивидуа со интелектуална попреченост.

DSM – 5 ги напушта специфичните IQ вредности како основен дијагностички критериум иако ги задржува генералните нивоа на функционирање, а ја акцентира способноста за адаптивно функционирање и постоењето на секојдневните животни вештини. (Boat T. F., Wu J. T., 2015).

Работната група при МКБ – 10 Класификацијата на болестите сугерира дека детерминацијата на длабочината на интелектуалната попреченост треба да кореспондира со клиничкиот опис и карактеристики на секоја субкатегорија и дека нивото на IQ треба да се земе предвид како еден клинички опис помеѓу другите останати кои се важни во одредување на длабочината на интелектуалната попреченост. (Carulla L. S., 2011).

2. ДЕФИНИРАЊЕ НА МЕНТАЛНОТО/ПСИХИЧКОТО ЗДРАВЈЕ

Светската здравствена организација (СЗО) го дефинира здравјето како:

.....Состојба на комплетна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест и неспособност“. (WHO, 2001).

Менталното здравје е опишано од СЗО како:

.....Состојба на благосостојба во која што индивидуалецот ги спознава своите сопствени способности, може да се справи со нормалните стресови во животот, да може да работи продуктивно и плодно и да е способен да даде придонес во своето општество“.

Менталното здравје е повеќе од отсуство на ментално заболување. Тоа е витално за индивидуалецот, семејството и општеството. Во позитивна смисла менталното здравје е основа за благосостојба и ефективно функционирање за индивидуалецот и за општеството. Овој базичен концепт на менталното здравје се содржи во широките и варијабилни интерпретации во различните култури. (СЗО, 2001).

Менталното/психичкото здравје и менталните заболувања се детерминирани од различни социјални, психолошки и биолошки фактори кои се преплетуваат меѓу себе и се јасни и директни чинители за настанок на менталните пореметувања. Во развиените земји и земјите во развој ризикот е поврзан со индикаторите на сиромаштија, вклучително и ниското ниво на едукација и во некои студии, сиромашните услови за живот и ниските примања. Вулнерабилноста се потенцира кај оние индивидуи кои искусуваат несигурност и безнадежност, како и рапидни социјални промени, насилство и физички заболувања. (СЗО, 2001).

Менталните, социјалните, како и пореметувањата на однесувањето можат многу негативно да влијаат на благосостојбата на индивидуата. Злоупотреба на психоактивни супстанции, насилство, злоупотреба на жени и деца, од една страна и здравствени проблеми како срцеви болести, депресија и анксиозност од друга, се најчести и најтешки за справување, посебно во услови на висока невработеност, ниски примања,

лимитирано образование, полова дискриминација, нездрав животен стил и кршење на човековите права. (СЗО, 2001).

Менталното здравје може да биде подобро со колективна акција на општеството. Подобрување на менталното здравје има потреба од програми и политики на владата и бизнис секторот во кои се вклучуваат: едукација, правен систем, транспорт, околина, домување, како и специфични активности во полето на здравството посебно во смисла на зачувување на соматското здравје. (СЗО, 2001).

2.1. Ментални/психички растројства

Менталните (психичките) болести и пореметувања се збир на симптоми кои се карактеризираат со пореметување на мислењето, емоциите и однесувањето на индивидуата. Терминот „ментална болест“ или „ментално растројство“ се однесува на широк спектар на психички пореметувања, од оние кои доведуваат до блага неудобност, па се до сериозно нарушување на способноста за функционирање. Менталните заболувања секогаш драстично го менуваат животот на поединецот. Лицата со тешки психијатриски заболувања имаат вознемирувачки симптоми кои ги спречуваат да функционираат во општеството, нормално да работат и да обезбедуваат егзистенција за себе и своите семејства, да се однесуваат соодветно во опкружувањето и нормално да се соочуваат и справуваат со секојдневните проблеми.

Менталните/психичките растројства се силни пореметувања на однесувањето, мисловниот процес, расположението и/или интерперсоналните релации.

Според МКБ – 10 Класификацијата на болестите и сродни здравствени проблеми при Светската здравствена организација (СЗО), психичките пореметувања и заболувања се опишани во петтото поглавје и тоа од F00 до F99. Тие ги опфаќаат:

- F00 – F09 Органски и симптоматски ментални пореметувања;
- F10 – F19 Ментални пореметувања и пореметувања на однесување предизвикани со употреба на психоактивни супстанции;
- F20 – F29 Шизофренија, пореметувања слични на шизофренија и налудничави состојби;

- F30 – F39 Пореметување на расположението;
- F40 – F48 Невротски и соматоформни пореметувања и пореметувања предизвикани од стрес;
- F50 – F59 Бихејвиорални синдроми врзани за физиолошки пореметувања и физички чинители;
- F60 – F69 Пореметување на личноста и пореметување на однесувањето на возрастите;
- F70 – F79 Ментална ретардација;
- F80 – F89 Пореметување на психолошкиот развој;
- F90 – F98 Пореметување на однесувањето и емоционални пореметувања кои настанале во детството и адолесценцијата;
- F99 Неодредено ментално пореметување.

Лицата со интелектуална попреченост се вулнерабилни заради нивните лимитирани когнитивни способности. Харис (2006), наведува бројни причини за зголемената вулнерабилност и високата преваленција, кои вклучуваат намален капацитет за менаџирање со социјалните и когнитивните потреби, тешкотии при решавање на проблемите, сиромашна способност за расудување и ограничувања во комуникацијата. Крекер, Овенс, Зиглер и Хорвиц (2004), наведуваат група на биолошки ризик фактори за ментални заболувања помеѓу оваа популација, како што е зголемена појава на генетски абнормалности, оштетувања на ЦНС (централен нервен систем), биолошки абнормалности, понатаму психолошки фактори како што се: ниско себе – почитување и оштетен селф – концепт (кога ќе се спознаат ограничувањата), социјални фактори како што се одбивање од страна на семејството и врсниците, лимитирана поддршка и стигматизација.

Кога лице со интелектуална попреченост има дополнително психијатриско пореметување, тоа станува уште позависно од другите и му е потребна ургентна помош од службите за ментално здравје. (Einfeld S. L., 2008), (Tonge B. J., 2008), (Lakhan R., 2013).

3. ПСИХИЧКИ РАСТРОЈСТВА КАЈ ЛИЦА СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ

Националната организација за двојно дијагностицирани (NADD) е непрофитна организација која обезбедува услуги и заштита на лицата кои имаат двојна (дуална) дијагноза на ментални пореметувања и развојни попречености. Според оваа организација најчести видови на ментални пореметувања кај лицата со интелектуална попреченост се следниве:

а) Пореметувања на расположението – се карактеризираат со промена на расположението како доминантен симптом. Главни субкатегории се биполарни заболувања и/или манија и депресија.

Дијапазонот на симптоми кои влегуваат на широката група на афективни растројства или попрецизно пореметувања на расположението е доста широк и една од главните грижи на лицата со интелектуални потешкотии, наспроти широко распространетото верување од минатите времиња, дека лицата со интелектуална попреченост не се способни за доживување емоции и душевни страдања. (Anne D. Hurley, 2004). Токму заради органичените интелектуални и вербални способности прилично е сложено да се изврши психијатриско дијагностичко интервју или пак да се применат стандардните дијагностички критериуми кои важат за популацијата со просечни нивоа на интелигенција. Кај потешките облици на интелектуална попреченост каде не е доволно или воопшто не е развиен говорот, на пример при изразување на чувството на безнадежност и тага, надворешната експресија многу често е авто или хетероагресивно однесување (Berman, 1967), повлекување (Hasan, Mooney, 1979) или соматизација. Иако ова однесување може погрешно да се препознае како манипулативно, сепак постојат јасни знаци на депресија. Иако поредок, суцидот исто така се регистрира како последица на депресивност кај лица со интелектуална попреченост. (Menolascino et al., 1989).

Во многу случаи депресијата или не се дијагностицира или се регистрира со зголемена сила на симптомите кои не одговараат на фактичката состојба. Бојанин и сор. (2002) оваа проблематика ја подразбираат како резултат на забавениот говорен развој во комбинација со спориот развој на сознајните функции. Во социјалните

ситуации кои би изискувале поголем интелектуален напор, децата со интелектуална попреченост имаат помала способност на препознавање и адекватно реагирање, тоа ги прави вулнерабилни и осетливи на чести промени на расположението. Овие деца имаат чувство на отфрленост и агресивност од страна на опкружувањето.

Биполарните растројства се карактеризираат со невообичаени промени на расположението, психичката енергија, нивоата на активност како и способноста на индивидуата да се соочува со секојдневните активности. Промените на расположението варираат од екстремно ниски – кога лицето се чувствува нерасположено, тажно и летаргично, до високи – состојба позната како хипоманија и екстремно висока активност – манија кога изобилуваат со енергија, „добро“ расположение, логоричност и субјективно чувство на семоќност (грандиозност) и способност. Во оваа епизода на повишено расположение, многу од индивидуите доживуваат потешкотии со сонот, преголема психо/физичка активност која доведува до исцрпеност, преосетливост на надворешни стимулуси, иритираност и агитација. Ризикот од впуштање во сомнителни и опасни ситуации е многу голем (ексцесивно трошење на пари, коцкање, впуштање во непромислени и ризични сексуални контакти итн.). Иако биполарните растројства се релативно позната психопатологија одамна, сепак малку е проучувано постоењето на ова растројство кај лицата со интелектуална попреченост, посебно манијата. Каин и сор., во својата студија од 2003 година, сугерираат за поврзаноста на интелектуалната попреченост со биполарната симптоматологија и за поинтензивните промени на расположението кај овие лица, зголемената иритабилност, повишено расположение и еуфоричното однесување во однос на лицата кои немаат психотична депресија, голема депресивна епизода (со психотични елементи) или шизофренија. Лицата со биполарно растројство и со интелектуална попреченост исто така доживуваат симптоми кои не се врзани за промените на расположението, а тоа се: зголемена самодоверба, потешкотии со говор, зголемена енергија, намален сон, лесно одземање на вниманието, како и впуштање во забавни активности. (Cain N. N., 2003), cit. González M., Matson J. L., (2006).

б) Анксиозни пореметувања – се карактеризираат со изразен страв, чести соматски поплаки и интензивна нервоза која го попречува секојдневното, нормално функционирање. Поголеми субкатегории на овие пореметувања се: панични напади, агорафобија, опсесивно – компулсивно и посттравматско пореметување.

Анксиозните растројства се едни од најчестите пореметувања кои се јавуваат и кај популацијата со просечно ниво на интелигенција. Но споредено со просечната популација, Shulamite A. Green et al. (2015), покажуваат дека децата со интелектуална попреченост манифестираат значително повисоки нивоа на анксиозност, посебно сепарациона, како и придружни екстернализирачки симптоми (посебно АДХД – симптоми на дефицит на вниманието и хиперактивност). Генерализираното анксиозно растројство на пример е високо фреквентно кај лицата со лесна и умерена интелектуална попреченост, во основа корелира со честотата и кај адолесцентите со просечна интелигенција, но трае подолго за време на пубертетот. (Masi G. et al., 2000). Истите автори во студијата сугерираат сепак на повишена инциденција на загриженост, соматизација и растројства на сонот.

Под поимот анксиозност обично се подразбира збирот на чувства и емоции кои се јавуваат со поголема јачина на доживувањето отколку тоа нормално би се очекувало. Пример, страв од непознато или ситуации кои се потенцијално опасни по здравјето и животот на индивидуата се сметаат за релативно нормална анксиозност, но страв од тривијални и тековни дневни ситуации како на пр. влегување во просторија полна со познати лица, веќе преставуваат индикатор на одредена психопатологија. Кога се зборува за анксиозна симптоматологија, посебно кај лицата со интелектуална попреченост, негователите и професионалците потребно е да ги земат предвид здравствената и социјалната историја на истите, нивните минати заболувања и тешкотии во функционирањето, како и психофизичките трауми со кои се соочувале, а заради ниското ниво на интелектуално функционирање, не се во можност да ги опишат. (Putnam, 2009).

За време на пубертетот и адолесценцијата најзначајните психички растројства кај децата со интелектуална попреченост се пореметувањата на расположението и однесувањето. На растројствата на расположението често им претходат подолготрајна анксиозност, фобии (општи и специфични), опсесии, агресивност, дефицит на внимание и соматски поплаки. (Akrami L., Davudi M., 2014).

Опсесивно – компулсивните растројства (ОКР) кај лицата со интелектуална попреченост се голем дијагностички и терапевтски предизвик и секогаш на почеток на појавувањето повеќе се разгледуваат како промени на однесувањето, отколку како компулсивни акции. (Gautam P., Bhatia M. S., 2015). Компулсиите кои се јавуваат,

често во комбинација со јасна церебрална дисфункција, се ослободени од анксиозност (односно се его – синтони) и како такви треба да се третираат: екстернализирачки/бихејвиорални компоненти на растројството, со помал акцент на внатрешните интраперсонални конфликти и анксиозност. (Vitiello B. et al., 1989).

в) Психотични пореметувања – се карактеризираат со присуство на било кој од следниве симптоми: налудничавости, халуцинации, погрешно перцепирање на реалноста и дезорганизирано однесување. Шизофренија, шизоафективните и шизофрениформните пореметувања се главни субкатегории на овие пореметувања.

Психозата е растројство на мислењето и се однесува на неспособноста на лицето да го тестира реалитетот и истиот да го детерминира од фикцијата. Честопати ова чувство кај пациентот е многу застрашувачко, а тоа води во ново пореметување на однесувањето, најчесто повлекување од околината и намалување на контактите со другите луѓе. (Putnam C., 2009). Шизофренијата и симптомите од шизофрениформниот круг се мултидимензионални и се едни од најкарактеристичните и најпроминентни растројства во психијатријата. Постојат различни дефиниции и категории на симптоми, но воглавно се задржало групирањето на 3 (три) кластери: позитивна, негативна симптоматологија и дезорганизација (говор и однесување). (Feigner, 1972), (Lenzenweger, Dworkin, 1996), (Berg, 1999), cit. Bakken, T. L., (2009). Позитивната симптоматологија се карактеризира со присуство на халуцинации и налудничавости (делузии). Кај пациентите со интелектуална попреченост експресијата на истите зависи од способноста за говор, апстрактното мислење и способноста за асоцијации, така, колку се зголемува степенот на интелектуална попреченост, толку помалку се очекува реферирање за нивно постоење. Некои студии покажале дека не треба да се исклучи постоење на халуцинации и налудничавости, можеби во променета, атипична форма, а кои не би биле присутни доколку лицето со попреченост не би имало психотично растројство. Малкубројни се информациите, но сепак се претпоставува дека и овде преовладуваат аудитивните халуцинации, во релативен сооднос како и во популацијата без интелектуална попреченост. Халуцинациите кои лицето може да ги доживее се различни, во најголем процент аудитивни, потоа оптички, мирисни, тактилни итн. Негативната симптоматологија која воглавно се изразува преку повлекување од социјалната средина, намалена мотивација, намалени и дисхармонични волево – нагонски динамизми и други симптоми, многу често, слично како кај лицата без

интелектуална попреченост, се дијагностицира со закаснување токму заради неупадливото однесување кое не е проблематично за средината. Дотолку повеќе, кај децата, адолесцентите и воопшто лицата со интелектуална попреченост, психотичната симптоматологија често се „преклопува“ со симптоматологијата на интелектуалната инфериорност, може да се јави дури и во зголемена мерка и треба секогаш да се има предвид нејзиното постоење. Дезорганизираниот говор скоро да не може да се разликува од ниските вербални способности, но дезорганизираното однесување, кое отскокнува од „нормалното“ однесување на детето со интелектуална попреченост, треба да алармира за евентуално постоење на симптоматологија од СЦХ (шизофрениформен) круг.

Психотичната симптоматологија кај лицата со интелектуална попреченост е многу комплицирана за дијагностицирање, толку повеќе колку се пониски вербалните и интелектуалните способности на лицето со попреченост. Chapin et al. (2006), дошле до заклучок дека лицата со дуална дијагноза на интелектуална попреченост со шизофренија имаат многу потешки психотични симптоми, намалено функционирање и потреба од повеќе или повисоки дози на антипсихотици. Веројатноста ваквите пациенти да завршат во итните психијатриски амбуланти заради силната авто и хетероагресивност е многу голема. (Cowley et al., 2005).

г) Пореметувања на личноста – се основа на дисфункционалното однесување. Лицата со ова пореметување се нефлексибилни, со маладаптивни механизми и високо ниво на субјективен дистрес. Параноидно, шизоидно, избегнувачко, антисоцијално и гранично однесување се основните субкатегории на овие пореметувања.

Пореметувањето на личноста е доста често и хронично растројство. Присутно е во околу 10 до 20% од општата популација и во повеќе од половината од сите психијатриски пациенти. Симптоматологијата започнува претежно во раното детство, перзистира повеќе години од животот на поединецот, а често силината на симптомите се намалува во касните животни фази, спонтано или третирани со фармако и психотерапија (кои применети, сигнификантно ја подобруваат благосостојбата на субјектот). За да се дијагностицира специфично растројство на личноста кај дете или адолесцент под 18 години, симптомите мора да траат повеќе од 1 година. Единствен

исклучок е антисоцијалното пореметување на личноста кое не може да биде дијагностицирано кај лица под 18 години. (Cloninger C. R., Svrakic D. M., 2008).

Постојат 10 типови на пореметување на личноста кои според заедничката симптоматологија можат да се групираат во 3 (три) групи: А, Б, и Ц. Во групата А спаѓаат параноидното, шизоидното и шизотипното растројство на личноста кои се карактеризираат со параноидност, континуиран дистрес и сомничавост. Во Б групата спаѓаат: импулсивно растројство, гранично, нарцисоидно, хистрионско и антисоцијално растројство на личноста. Главна карактеристика на оваа група се потешкотии при контрола на емоциите, стравовите, желбите и бесот. Групата Ц ја сочинуваат анксиозните растројства на личноста како што се опсесивно – компулсивно, пасивно – зависно и избегнувачко растројство на личноста, кои се карактеризираат со компулсии и страв. (Centre for Addiction and Mental Health, 2012).

Растројствата на личноста често многу тешко можат да се дијагностицираат кај лицата со интелектуална попреченост, посебно кај оние со умерена и тешка заради потешкотиите во говорот и неможноста да ги опишат интрапсихичките доживувања, мисли и емоции. Освен тоа, многу често лицата со интелектуална попреченост неможејќи да се справат со емоциите и фрустрациите, реагираат со импулсивно, антисоцијално или автоагресивно однесување. Детето или адолесцентот пројавува чести промени на расположението, бурни релации со останатите, социјална изолација, сомнеж и недоверба, изливи на бес и лутина, како и слаба контрола на импулсите и ризично однесување (непромислено сексуално однесување или злоупотреба на психоактивни супстанции).

д) Пореметување на прилагодувањето – се карактеризира со развој на клинички значајни емоционални симптоми и симптоми на однесувањето како одговор на психички стресори. Субкатегории на овие пореметувања вклучуваат пореметување на прилагодување со депресивно расположение, анксиозност, пореметување на емоциите и однесувањето.

Стресот е основниот тригер за отпочнување на клиничката симптоматологија и може да биде поврзан со било која животна ситуација. Лицата со нормална интелигенција во текот на својот живот доживуваат приличен број на стресни настани со најразличен интензитет и во основа не бараат психијатриска помош. Тие се

способни да ја разберат поврзаноста помеѓу стресниот момент како причина и симптомите како последица и таа корелација да ја прифатат како „нормална“ реакција на стресот. (Levitas A. S., DesNoyers Hurley A., 2005). Растројствата кои настануваат како резултат на пореметување на прилагодувањето често можат да се разгледуваат како прекурзори на анксиозните и депресивните растројства. Понекогаш, многу е тешко истите да се раздвојат од првично настанатите анксиозно – депресивни растројства. Сепак конкретниот стресор е секогаш присутен во специфичниот тек на растројството на прилагодување и, повеќе или помалку, има карактеристичен тек и прогноза. (Bouras N., Holt G., 2009). За лицата со интелектуална попреченост развитокот на растројството на прилагодување како резултат на акутен стрес е целосно нова ситуација. Ограничувањата се пројавуваат во два правци: прво, неспособноста на овие лица да го поврзат стресниот настан кој е всушност причината за последичната психичка симптоматологија и следно, сиромашниот увид во своите интрапсихички доживувања придружено со недостаточните вештини за справување со своите емоционални реакции и однесување. (Levitas A. S., DesNoyers Hurley A., 2005).

Симптоматологијата која е опфатена во групата на пореметувања на прилагодувањето, покрај горенаведената може да биде најразлична. Децата и адолесцентите со интелектуална попреченост како резултат на акутен и хроничен стрес неретко се поплакуваат на соматски болки, намален апетит, несоница и кошмарни соништа.

Кога зборуваме за хроничен стрес вредно за спомнување е размислувањето на Левитас и Деснојерс (2005) за интелектуалната попреченост која како состојба сама по себе може да се разгледува како фактор на континуиран стрес присутен од раѓање, исто како било кое друго вродено хронично заболување, кое во начело имплицира на живот полн со низа на стресови и дискомфорт. Ова размислување фрла сенка на пореметувањата на прилагодување како психијатриски ентитет, а со тоа се скратува можноста за интервенција во системот за грижа за менталното здравје на лицата со интелектуална попреченост.

ѓ) Останати пореметувања – соматоформни, конверзивни и дисоцијативни пореметувања, пореметувања на исхраната, сексуални и полови пореметувања, пореметувања на сонот, злоупотреба на супстанции,

пореметувања на импулсивно однесување, дементни и пореметувања кои се дијагностицираат во детството и адолесценцијата.

Доброто здравје значително го подобрува квалитетот на живот на индивидуата. Лицата со интелектуална попреченост имаат диспропорционално повеќе здравствени проблеми споредено со лицата од општата популација. (May M. E., Kennedy C. H., 2010). Ова најверојатно се должи на фактот, сугерираат истите автори, што лицата со потешки облици на намалено интелектуално функционирање ги немаат тие говорни способности да можат да ги вербализираат симптомите кои ги чувствуваат, и со тоа соматските заболувања често остануваат неспрепознаени и нетретирани. Покрај ова, наведуваат авторите, уште повеќе се компромитира нивното однесување кое може да наведе на погрешен заклучок од страна на стручното лице. Алергиите, воспаленија на увото, хронична опстипација и дисменореични болки кај девојките се дел од целокупната патологија на здравствени потешкотии кои ги доживуваат лицата со интелектуална попреченост, во релативно иста застапеност како и кај лицата од просечната популација.

Растројствата на исхраната ги опфаќаат абнормалните алиментарни навики и во нив спаѓаат или ексцесивен или недоволен внес на храна и го афектираат не само физичкото, туку и психичкото и емоционалното здравје на индивидуата. (Kalyva E., 2012). Гастроезофагеалниот рефлукс е релативно болна состојба (висцерална болка) која според Бомер и сор. (1999) е пронајдена во скоро 50% од лицата со интелектуална попреченост. Инциденцијата на оваа состојба, според некои студии е силно поврзана со одредени генетски развојни пореметувања кои водат во потешки облици на попреченост, како и со самоповредувачкото однесување како резултат на нарушените мозочни и невронски кругови и патишта на болката.

Пореметувањата на сонот имаат голема преваленција кај лицата со интелектуална попреченост. Тие опфаќаат дисомнии, како што се потешкотии при заспивање, сомнабулизам (месечарење), хипер или хипосомнија и невообичаено однесување (парасомнија), како што е бруксизам (шкртање со забите) и ноќни кошмари. (Stores, 1996), cit. Didden et al., (2002). Добро познато е дека потешкотиите при заспивањето и одржувањето на континуиран сон негативно влијае врз дневната рутина и однесувањето, посебно кај децата со интелектуална попреченост.

Примарното ноќно мокрење е најчесто растројство на сонот во развојниот период кај просечната популација, со преваленција од 6 до 10% помеѓу возраст на 5 до 16 години. (Esposito M. et al., 2011). Преваленцијата пак на уринарната инконтиненција кај деца со интелектуална попреченост и физички потешкотни варира, од 23% до 86%, со просек од 60 – 65%. (Van Laecke, 2008). Истиот автор дошол до сознанија дека повеќе од 2/3 од испитаниците имаат редуциран капацитет на мочниот меур, состојба која е во блиска корелација и со констипацијата кај децата со интелектуална попреченост. На овие деца им е потребно значително повеќе време за воспоставување на контрола на сфинктерите. Некои деца, посебно оние со потешки облици на попреченост, како и на популацијата која има дополнителни психички растројства во извесен период од својот живот, регулирањето на хигиено – диететските навики никогаш во целост не се остварува.

Во последниве 40 години лицата со интелектуална попреченост доживуваат зголемена слобода и поголемо учествово општествените активности. Тоа вклучува и зголемен пристап до алкохол и дроги, а со тоа потенцијално се зголемуваат **проблемите настанати од зависност**. (Slayter E. M., 2008). Адолесцентите со интелектуална попреченост се соочуваат со бројни физички и психолошки потреби кои често остануваат неисполнети и со тоа дополнително го комплицираат ионака тешкиот живот. Некои испитувања во врска со злоупотребата на психоактивни супстанции (алкохол, тешки дроги) или зависност од пушење, покажуваат дека истата е помала во однос на општата популација, но не само што има недостаток на вакви истражувања, туку некои информации сугерираат дека овие разлики со тек на времето се намалуваат. (Papachristou E., Anagnostopoulos D., 2014). Истите автори понатаму сугерираат дека ризик факторите кои ги зголемуваат можностите за развој на повеќе или помалку комплицирана психопатологија кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост се базираат на индивидуално (интелектуален капацитет, способност за одржување на вниманието, јазична експресија итн.), семејното (подржувачка фамилија) и социјалното опкружување кое би требало да обезбеди квалитетна едукација и медицинска здравствена грижа. Некои лица со попреченост имаат поголем афинитет кон создавање на зависност од психоактивни супстанции, за разлика од другите лица, исто со интелектуална попреченост, посебно оние со гранична и лесна, и истовремено постоење на друго психичко растројство. (Carroll Chapman Sh. L., Wu L. T., 2013).

е) **Пореметувањето на однесувањето** независно од етиологијата, е доста често и карактеристично за децата и адолесцентите со интелектуална попреченост. Промените во однесувањето можат да бидат долготрајни и да се значаен предиктор за настанок на подлабока психопатологија или органско заболување. (Ageranioti-Bélanger S. et al., 2012). Појавата на силна агитација, авто и хетероагресија, пореметување на сонот и други екстернализирачки симптоми, во голема мерка го намалуваат квалитетот на животот на овие лица, а честопати не се третираат, погрешно интерпретирајќи се како дел од патологијата карактеристична за интелектуалната попреченост. Агераниоти-Белангер и сор. во истата студија ја разделуваат агресијата на три типови: спрема другите (удирање, касање, клоцање), проблематично однесување и деструкција на предметите (пр. врескање, кршење итн.) и агресија спрема себеси (самоповредување – удирање, касање итн.). Агресијата исто така може да биде претходно планирана, што е поретко, и импулсивна, многу почеста кај децата со интелектуална попреченост. Етиологијата е најразлична, додека чести тригери на агресивно однесување се болката и неспособноста на индивидуата да се справи макар и со најбенигни ситуации. Споредбено, кај децата со просечно ниво на интелигенција на возраст до 3 години, односно додека не се развиени јазичните и комуникациските способности, изливите на бес и агресивност (тантруми) слични на погореопишаните исто така се одраз на дискомфортот кој децата го доживуваат, а не можат да го изразат со зборови. Агитацијата во основа е збир на симптоми каде индивидуата е во постојано движење и хиперактивност и води кон проблематично, несоработливо, често и хостилно однесување. (Ageranioti-Bélanger S. et al., 2012). Растројството на вниманието со хиперактивност (АДХД) се повеќе се препознава како придружно растројство кај лицата со интелектуална попреченост. (Thomson A. et al., 2009), cit. Ageranioti-Bélanger S. et al. (2012). Долготрајното влијание на АДХД кај овие лица може да резултира со хронична анксиозност, агресивност и социјална изолација. (Aman M. G., 2012), cit. Ageranioti-Bélanger S., et al., (2012).

✚ **Самоповредувачкото однесување** може да се сретне и кај лица со просечна интелигенција, но преваленцијата е далеку поголема кај лицата со интелектуална попреченост, посебно оние генетски развојни растројства кои асоцираат со подлабоко ниво на попреченост. Развивањето на претклиничките модели на ваквите растројства (на пр. синдром на фрагилен Икс хромозом, Рет синдром итн.) доведоа до поголемо разбирање како

мутациите на гените кои ги предизвикуваат овие состојби водат кон промени на структурата и функцијата на централниот нервен систем (ЦНС). (Peebles K. A., Price T. J., 2012).

- ✦ **Стереотипијата** се дефинира како ограничен, повторувачки и еднороден начин на однесување, интерес и активност кој се манифестира со: преокупација со стереотипни и ограничени интереси кои се абнормални по интензитет или фокус; нефлексибилна приврзаност за специфични, нефункционални рутини и ритуали; стереотипни и повторувачки моторни маниризми или постојана преокупација со делови на предмети. (APA, 2000). Стереотипијата е релативно честа помеѓу лицата со интелектуална попреченост. (Rapp J. T. et al., 2011), cit. Medeiros K., (2014). нејзината експресија е хетерогена и зависи од степенот на интелектуална попреченост.
- ✦ **Пубертетот** е првиот стадиум на адолесценцијата и е еден од поголемите предизвици со кој се соочуваат сите деца независно од нивото на интелектуалната способност. Во овој период настапува матурација на психичките процеси кај детето, придружени со значителни морфолошки и хормонални промени во организмот, со пројавување на секундарни сексуални карактеристики, зголемена сензитивност за сексуалните објекти, како и со потенцирање на сексуалниот нагон. Ова доведува до екстензивно менување на однесувањето на детето на индивидуален и општествен план. Лицата со интелектуална попреченост долго време се гледани низ светлото на асексуални битија, неспособни за учество во сексуалните активности, или пак како сексуални „чудовишта“, неспособни да ги контролираат своите сексуални чувства и нагони. (Anderson P., Kitchin R., 2000). Лицата со интелектуална попреченост имаат значително помали познавања за сексуалноста воопшто отколку нивните врстници со просечно ниво на интелектуално функционирање. Тие се помалку способни за читање и барање на информации од други места, не добиваат доволно информации за карактеристиките на својот пол и разликите со другиот пол и се поподложни на сексуална злоупотреба. Сексуалните фрустрации ги манифестираат на начин кој често може да се протолкува како перверзно однесување. (Akrami L., Davudi M., 2014). Во својата студија од 2004 година, Murphy и O'Callaghan наведуваат дека лицата со интелектуална попреченост се поподложни на сексуална злоупотреба заради недостатокот на вештини и

способност да ги препознаат ризичните ситуации кои понатаму би довеле до секулно злоставување. cit. Schaafsma, D. et al., (2014).

- ⚡ **Епилепсијата** е една од најстарите состојби позната на човештвото (СЗО, 2001а) и претставува невролошко заболување кое се карактеризира со ненадејни, повторувачки епизоди на сензорно растројство, губење на свест и конвулзии кои настануваат како резултат на абнормалната електрична мозочна активност. (Medical dictionary). Епилепсијата се јавува со поголема инциденција и е повеќе превалентна кај лицата со интелектуална попреченост отколку кај општата популација. (Van Blarikom et al., 2006). Преваленцијата на епилепсијата е очигледно повисока кај лицата со интелектуална попреченост во студијата на McGrother et al., (2005). Една третина од пациентите со епилепсија и интелектуална попреченост ги запазуваат критериумите за можно психијатриско растројство, посебно афективните – невротски растројства. (Espie C. et al., 2003). Степенот на манифестација на двете состојби (епилепсија и интелектуална попреченост), зависи од присуството и на други поврзани состојби како што се пристапот до здравствена нега, изложеноста на не/поволните средински фактори, социо – економскиот статус итн. (Bannerjee et al., 2009). Причините за настанокот на симптоматологијата од кругот на епилепсија се различни, од генетска детерминираност, која упатува на заедничката основа со интелектуалната попреченост, до оштетувања на мозокот од најразлична етиологија. Агресијата и маладаптивното однесување најчесто се поврзуваат за лицата со попреченост кои имаат коморбидно растројство епилепсија. Испитувањата во оваа област кои засега се оскудни по бројност, покажуваат благо зголемување на истите, во однос на лицата со интелектуална попреченост, а без епилепсија, но без статистички сигнификантни разлики помеѓу овие две групи. (D., D. Hunter, 1991).
- ⚡ **Аутистичниот спектар** на растројства се невrorазвојни растројства кои се карактеризираат со базични симптоми на нарушување на социјалната интеракција и комуникација, како и со ограничено, повторувачко однесување. (APA, 2013). Растројствата на поведението и емоциите се јавуваат во голем степен кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, често од најрана возраст. Некои студии индицираат дека децата со интелектуална попреченост и аутизам имаат уште повисок степен

на растројства на однесувањето и емоциите. (Herring S. et al., 2006). Клиничката експресија на аутистичниот спектар на растројства кај лицата со интелектуална попреченост зависи од силината на аутистичните симптоми (пр. јазичните способности, способноста за апстрактно мислење итн.), како и од степенот на интелектуалната попреченост и развојното ниво на индивидуата. (Postorino V. et al., 2015).

- ✦ **Тиковите** се ненадејни, безболни и без ритам движења на лицето или одредени делови од телото. Тие можат да бидат моторни или вокални, честопати комбинирани. Тиковите се многу честа состојба во детството, првенствено заради несинхронизирана матурација на одредени делови од мозокот при развојот на детето, а неретко се јавуваат заради зголемена анксиозност, континуиран стрес, хроничен замор, преголема возбуда. Опсесивно – компулсивните растројства се во околу 53% асоцирани со појава на тикови. (Conelea et al., 2014).

3.1. Интегративна дијагноза:

Едно од најважните прашања во праксата е како да се обединат резултатите од различните процени во единствена психијатриска дијагноза. (Došen, 1997). Интегративната дијагноза служи за подобро разбирање на проблемите и потребите на лицата со интелектуална попреченост и се состои од следниве компоненти:

1. Дескриптивна дијагноза на актуелната психопатологија која ја изразуваме или во DSM – 5 или во МКВ – 10 терминологија. Ако оваа терминологија не одговара, тогаш може да се послужи́ме со развојна психијатриска дијагноза.
2. Патолошкиот механизам на динамика кој се опишува на начин да се идентифицира динамиката на актуелното однесување и факторите кои влијаат на одржување на таквото однесување.
3. Биолошките, психолошките и социјалните аспекти кои влијаат на целокупното однесување.
4. Целите на терапијата и почетната точка. Добри дијагностички цели – добар понатамошен третман. (Дошен, 1997).

3.2. Коморбидитет или дуална дијагноза?

Терминот **коморбидитет** се однесува на две или повеќе пореметувања кои се јавуваат кај иста личност. Тие можат да се појават во исто време или едно по друго. Коморбидитетот исто така имплицира на интеракцијата помеѓу болестите кои интерферираат меѓу себе и влијаат на текот на другата. **Дуална дијагноза** во специјалната едукација и рехабилитација е термин кој се користи за да се прикаже истовремено постоење на интелектуална попреченост и психијатриско растројство. (Menolascino F., 1982). Во психијатријата под дуална дијагноза, покрај психијатриското заболување како примарна дијагноза, се подразбира постоење на истовремена дијагноза за злоупотреба на психоактивни супстанции.

Процената за постоење на психијатриско пореметување помеѓу лицата со интелектуална попреченост е проблематична, посебно кај лицата со потежок степен на попреченост. Според експертскиот консензус (Aman et al., 2004), скоро е невозможно рутински да се одреди поспецифична дијагноза, посебно кај лицата со подлабока интелектуална попреченост, што пак сугерира на внимателност во донесување на конечни заклучоци. (Myrbakk E., 2008).

Врската помеѓу двете форми на морбидитет останува комплексна и често причинската поврзаност со една состојба не мора да се однесува на другата. Новата концептуализација на интелектуалната попреченост како интелектуално развојно растројство нуди подобар психо – биолошки профил кој би помогнал одделно да се разбере истовремената појава на психички растројства во рамките на невроразвојната група, со почеток на интелектуалната попреченост во развојниот период и покасниот почеток на менталните растројства. (Munir K. M., 2016).

Не постои граница на возраст, ниту пак ниво на интелектуално и адаптивно функционирање кај лицата со дуална дијагноза. Целата палета на психопатологија која постои кај општата популација може да се сретне исто и кај лицата со интелектуална попреченост. Честотата на дуалните дијагнози варира, но општо е прифатено дека 30 – 35% од сите лица со интелектуална попреченост имаат некое психијатриско пореметување. Причините не се до крај познати. Лицата со интелектуална попреченост доживуваат негативни социјални искуства кои се последица на интензивен долготраен стрес. Негативните социјални искуства вклучуваат отфрлање, стигматизација и пореметување на прилагодувањето во средината. Лицата со интелектуална

попреченост имаат сиромашни способности за справување со секојдневните ситуации и во комбинација со говорните потешкотии и неадекватната поддршка се вулнерабилни за развиток на дополнителни психијатриски пореметувања. Друга причина за развиток на овие дополнителни пореметувања се генетските синдроми кои допринесуваат за карактеристичното однесување на тие лица како и емоционалните обрасци на реакција. Познати се преку 750 генетски синдроми кои предизвикуваат интелектуална попреченост, но и одредени синдроми кои не се чисто генетички предизвикани, како што е аутистичниот спектар или церебралната парализа, а се често поврзани со попреченост. (Eisenhower A. S., Baker B. L., Blacher J., 2005). Некои генетски алтерации директно ја зголемуваат предиспонираноста на индивидуата со интелектуална попреченост за психички растројства. Идентифицирана е на пример поврзаноста на Down синдромот и депресијата, дисфункцијата на тироидната жлезда и како една од причините за интелектуална попреченост, како и во однос на промените во однесувањето на индивидуата или пак јатрогените бихејвиорални промени кои се јавуваат како последица на прекумерната употреба на психотропни лекови. (Surjus L. T. de L. e S., Campos, 2014).

Многу психијатриски растројства кај лицата со интелектуална попреченост не се дијагностицираат воопшто, погрешно се дијагностицираат или се регистрираат со намалена сила на симптомите. На пример, анксиозните растројства и депресијата се под – дијагностицирани, додека психотичните растројства над – дијагностицирани. (Matson J., Kuhn D., Mayville S., 2002). Во тој аспект логично следува дека антидепресивите и анксиолитиците се препишуваат помалку од потребното, а антипсихотиците повеќе. Постои расчекор помеѓу службите за згрижување на лицата со интелектуална попреченост и оние за пациентите со психички растројства. Професионалците во основа не се едуцираат за двете области и не се во можност да одговорат правилно и квалитетно на потребите на лицата со интелектуална попреченост и психички растројства. (Gentile, Jackson, 2008).

Kramarić (2006), наведува дека грижата за менталното здравје кај лицата со интелектуална попреченост, секаде во светот, па и кај нас, заостанува зад грижата за другите болести (тнр. телесни или соматски болести), дури и во однос на психијатриските пациенти. Специфичноста на лицата со интелектуална попреченост е во тоа што тие имаат четири пати повеќе психички потешкотии и поради тоа во грижата за нивното ментално здравје треба да се вклучат различни специјалности на

стручни лица: психолози, рехабилитатори, социјални педагози, логопеди, социјални работници, медицински сестри и останати терапевти, лекари по општа медицина, психијатри и невролози. И при општата здравствена грижа исто така е потребен специфичен пристап поради тоа што обично овие лица имаат повеќе здружени хендикепи и болести, проблеми со говорот итн.

Иако се зголемува бројот и значењето на релевантните истражувања во областа на интелектуалната попреченост, придружена со некаква форма на психичко растројство, сепак сеуште постои лимитирана база на податоци за бројот на лицата со интелектуална попреченост, видот на психичкото растројство, начинот на организирање на здравствената заштита и моделот на центрите каде би била третирана оваа популација на засегнати индивидуи. Ова е општ проблем и во земјите кои на социо – економско ниво се на повисоко рамниште од Р. Македонија. Центри за ментално здравје за лицата со интелектуална попреченост се од голема потреба, посебно заради заложбите на владите за деннституционализација на пациентите како од психијатриските болници, така и од институциите за згрижување на лицата со посебни потреби.

II. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1. Предмет на истражувањето

Предмет на ова истражување е застапеноста на психијатриски и пореметувања на однесувањето кај учениците со интелектуална попреченост од основните и средното училиште од Скопје, основните училишта за деца со интелектуална попреченост и посебни потреби од Велес и Ново Село, како и два специјализирани заводи, заводот за рехабилитација од Скопје и специјалниот завод од Демир Капија, ученици и штитеници кои се претходно дијагностицирани според критериумите од МКБ – 10 Меѓународната класификација на болестите. Со анализирање на веќе постоечката документација од тнр. **досиеја** кај учениците во училиштата и штитениците на заводите се детектираше и утврдуваше фактичкото психичко растројство од медицинските извештаи (доколку постоеја). Непосредното интервју со ученикот/штитеникот беше остварено во присуство на наставникот или давателот на нега, а во некои училишта имавме и можност за директен контакт и прибирање на информации од родителите на учениците.

Во Р. Македонија истражувањата во врска со проблематиката на психичкото здравје на лицата со интелектуална попреченост се многу сиромашни, тргнувајќи од непотполната „категоризација“ (сега некоректен термин кој се користел во годините на минатиот век) на децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, неконзистентната дијагностика на психичкото растројство, како и отсуство на консензус кои институции се претпоставени за понатамошна дијагностика, медикација и третман.

2.2. Цел и карактер на истражувањето

Целта на истражувањето на овој магистерски труд е да се процени кои ментални растројства и каква симптоматологија најчесто е застапена кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост на училишна возраст, како и да се развијат препораки за работа за специјалните едукатори и рехабилитатори, психолозите и психијатрите кои се директно или индиректно вклучени во работата со овие лица.

Откако го дефиниравме проблемот и целта, пристапиме кон истражувањето. Во однос на карактерот, се работи за мешан истражувачки пристап: претежно квантитативен – метод кој ни овозможи квантифицирање на појавите, односно нивно искажување преку бројки, како и генерализација на заклучоците (дедуктивен пристап). Квалитативниот (индуктивен) пристап ни овозможи развивање на нови сознанија и перспективи во врска со начините на дијагностика и третман на лицата со интелектуална попреченост/психички растројства.

2.3. Задачи на истражувањето:

- Да се утврди застапеноста на психичките растројства и пореметувања на однесувањето како инклузивен критериум кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост.
- Да се направи распределба според етничката припадност на испитаниците.
- Да се утврди кои се најчестите психички растројства кај лицата со интелектуална попреченост.
- Да се одреди влијанието на степенот на интелектуална попреченост врз појавата и манифестирањето на одредени психички растројства.
- Да се одреди дали возраста влијае врз појавата на одредени психички растројства и од каков карактер се истите.
- Да се открие евентуалната поврзаност на полот со инциденцијата на психичките растројства.
- Да се одреди кое е влијанието на социо – економскиот статус на семејството врз застапеноста на одредени психички растројства и нивна манифестација.
- Да се утврдат коморбидитетите кои евентуално би ја комплицирале постоечката состојба кај испитаниците.

2.4. Хипотези и варијабли на истражувањето

Имајќи ги предвид мотивите за овој истражувачки труд, а согласно предметот и целите, ја поставуваме основната истражувачка хипотеза:

X0 Се претпоставува дека психичките растројства се јавуваат во висок процент кај децата и адолесцентите кои посетуваат посебни училишта и установи, како и специјализирани институции за лица со интелектуална попреченост.

X1 Се претпоставува дека промените во однесувањето и невротските растројства се процентуално позастапени од психотичните растројства кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост.

X2 Се претпоставува дека депресивните растројства и психозите се јавуваат почесто кај лесната и умерена интелектуална попреченост, отколку кај оние со тешка и длабока интелектуална попреченост.

X3 Се претпоставува дека психичките растројства и промени на однесувањето се јавуваат во поголем степен кај лица со интелектуална попреченост кои потекнуваат од семејства со понизок социјален статус.

X4 Се претпоставува дека инциденцијата и преваленцијата на психичките растројства варира и е поголема кај децата и адолесцентите кои припаѓаат на одредени етникуми во земјава.

X5 Се претпоставува дека кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост од машки пол почесто се јавува авто и хетероагресивно однесување и хиперактивност, за разлика од припадниците на женски пол каде што почесто се јавува афективна симптоматологија, дефицит на внимание, дисоцијативни и конверзивни растројства.

X6 Се претпоставува дека инциденцијата на психички растројства и пореметување на однесувањето значително се зголемува за време на пубертетот.

2.5. Методи, техники и инструменти на истражувањето

Студијата е претежно квантитативна, која низ процесот на мерење ни овозможи поврзување на емпириските запазувања и претставува математички исказ на претходно зададените релевантни односи. Во однос на дизајнот, се работи за трансферзално (cross – sectional) истражување, односно единечно и едновремено собирање на податоците од претходно дефинирана целна група на деца, адолесценти и возрасни образовно/воспитно згрижени во училиштата/центрите за лица со посебни потреби во Р. Македонија, во периодот од 2016/2017 година.

Со цел за непречен пристап во личните и индивидуални досиеја на секој испитаник, писмено се обративме до раководителите на секоја институција каде се вршеше истражувањето. Како специјалист по психијатрија, применив класично психијатриско интервју со испитаникот – автоанамнеза, додека хетероанамнестичките податоци ги добивавме од родителите на децата кои се со интелектуална попреченост и со некаков облик на психичко растројство, во посебните училишта, како и од наставниците/давателите на грижа во училиштата и специјализираните заводи.

Нашата обврзаност спрема сите претходно посочени субјекти, беше почитување на етичките начела и законски обврски за постапување со лични податоци и употреба на добиените податоци и информации исклучително во научни цели.

2.5.1. Методи на истражувањето:

Планот на спроведување на истражувањето се оствари со повеќе начини и методи. Од мноштвото на методи на интелектуална обработка на податоците и информациите, ние се одлучивме за следниве:

- ❖ Анкетно испитување – со кое директно ги утврдивме карактеристиките на вкупните испитаници. Потоа ги опишавме карактеристиките на конкретната група на испитаници со одредени психички растројства, а со помош на пишан прашалник на кој во додаток остваривме структурирано интервју (на испитаникот или родител/воспитувач/давател на неа). На овој начин ги добивме најголемиот број на информации, а потешкотиите се кои се соочивме се:

- Јасноста на прашањата; сметаме дека во специфичната скала за кратка проценка на психијатриска симптоматологија кај деца/возрасни BPRS/(C), заради јазичните бариери при преведувањето од Англиски јазик и воопшто целиот семантички концепт на јазикот, некои прашања беа потешки за разбирање, па поради тоа (и со цел избегнување на добивање на дијаметрално спротивни податоци) потребно беше дополнително дообјаснување на некои прашања или усно надополнување на информациите.
- Искреноста на испитаниците; наша проценка беше дека кај лицата со интелектуална попреченост и психијатриска проблематика постои тенденција на негирање, агравација (зголемување) и дисимулација (прикривање) посебно во однос на психичката симптоматологија. Воопштено, многу често се случува лицата со психички потешкотии, без или уште повеќе со попреченост, да не ги препознаваат симптомите на некоја психичка состојба или пореметувањето на однесувањето или пак да се воздржуваат од откривање на приватни информации. И давателите на грижа и родителите често имаат најразлични мотиви да ги минимизираат проблемите на своите штитеници/училишни деца.
- Степен на повратни информации (feedback), кој во начело беше коректен од страна на испитаниците, со извесни отстапувања заради кратките временски рамки за остварување на тнр. **трансфер** (психијатриски/психотерапевтски поим кој означува воспоставување на терапевски однос на испитаникот со испитувачот).
- ❖ **Дескриптивен метод** – набљудување и опишување на појавите во одредениот момент (без промена на варијаблите), добиени од анкетните листови и прашалниците, а дополнети со информации директно добиени од егазминацијата на испитаниците.
- ❖ **Каузално – компаративен метод**: анализа на познати групи на испитаници со различни искуства кои ги споредуваме со цел да ја добиеме евентуалната причинско – последнична врска. Овој метод се користи за идентификација на можните причини многу слично и како:
- ❖ **Корелациски метод** – односно квантифицирање на поврзаноста и споредување на испитуваните групи лица со интелектуална попреченост/психички растројства.

2.5.2. Техники на истражувањето:

- ❖ *Анализа на документација.* Податоците кои ги обработувавме беа базирани на обработка и анализа на индивидуални досиеја на испитаниците кои се состоеја од: наод и мислење од категоризацијата, медицински извештаи од психијатар и други специјалистички наоди и мненија, извештаи од дефектолог, психолог и социјален работник итн.
- ❖ *Техника заснована на писмена комуникација преку користење на прашалник.* Во општиот дел на прашалникот беа наведувани општите податоци на испитаникот (пол, возраст, етникум, психичко растројство и степен на интелектуална попреченост, како и социо – економски статус и степен на образование на родителите и семејната историја доколку се познати). Коморбидитетите кои беа поставени во состав на општиот прашалник беа со цел добивање на дополнителни информации за придружни состојби, како епилепсија, церебрална парализа или други невро – соматски заболувања. Под категоријата „дополнителни прашања“ се потрудивме да добиеме информација за временскиот период кога настанало психичкото пореметување, дали испитаникот бил хоспитално лекуван, дали е редовно амбулантно следен од соодветен специјалист (претежно психијатар) и дали е уредно медициран. Сосема на крај на неспецифичниот прашалник, основното прашање беше дали кај лицата со интелектуална попреченост/психички потешкотии воопшто се поправиле училишните или другите способности, а како резултат на евентуалното ретерирање на психичката симптоматологија.
- ❖ *Систематски опсервација* – при која се послужиравме со водење на класично психијатриско интервју за добивање на што повалидни информации за состојбата на испитаните лица. Хетероанамнестичките податоци (на кои што претежно се базира Кратката психијатриска скала за проценка кај деца/возрасни), ги добивавме од наставниците/давателите на нега и грижа, за кои сметаме дека се најкомпетентни најобјективно да ги проценат емоционално – бихејвиоралните промени на нивните штитеници.

2.5.3. Применети инструменти во истражувањето

Во истражувањето беше применет формулар од мешан тип, со повеќекратен избор (селекција и отворен тип). При пополнување на формуларот беа користени информации добиени со анализа на здравствената и целокупната останата документација која е на располагање на стручните служби во училиштето/заводот, а во согласност на МКБ – 10 дијагностичките критериуми. Општиот дел од формуларот кој беше креиран за потребите на ова истражување, се состоеше од прашања кои се однесуваат на возраста, полот на ученикот, етничка припадност, степенот на образование, психичкото растројство кое е документирано и присутно во моментот на егзаминација, семејна историја за психички растројства, степен на интелектуална попреченост, придружни здравствени коморбидитети, социо – економски статус на семејството итн.

Вториот инструмент кој го користевме е BPRS C – скалата за кратка психијатриска проценка кај деца. (**BPRS – C scale**). Оваа скала е слична како **BPRS – скалата** за брза психијатриска проценка кај возрасни лица и му помага на егзаминаторот во структурирање на интервјуто, дефинирање на симптомите и определување на специфичните точки за рангирање на истите. Развиена е за да овозможи дескриптивен профил на психички симптоми кои се јавуваат во детската и адолесцентна возраст и се' почесто се користи како инструмент во истражувањата, менаџментот на грижата за болните и секторот за јавно здравје. (Overall J. E., Pfefferbaum B., 1982).

BPRS C скалата е развиена низ фактор – анализа на голем примерок на појави кои ги адресираат психијатриските симптоми кај децата. Три модули најдобро ги преставуваат секоја од седумте скали произлезени од анализата. (Hughes W. C., 2008). Тие седум скали преставени со BPRS C – 21 скалата се:

- Бихејвиорални проблеми (Модул 1 – 3), во кои спаѓаат несоработливост, непријателство и манипулативност.
- Депресија (Модул 4 – 6), со главни карактеристики депресивно расположение, чувство на инфериорност и суицидални идеации.
- Пореметување на мислењето (Модул (7 – 9), со преобладајќи бизарни фантазии, делузивни мисли и халуцинации.

- Психомоторна ексцитација (Модул 10 – 12) со симптоматологија на хиперактивност, со или без одземање на вниманието, како и забрзување на говорот.
- Повлекувачко однесување (Модул 13 – 15) во кое спаѓаат непродуктивен говор, емоционална повлеченост и недостаток на адекватен афект.
- Анксиозност (Модул 16 – 18) со напнатост, анксиозност и потешкотии при спиење.
- Органицитет (Модул 19 – 21) со авто и алопсихичка дезориентација, девијации на говорот и стереотипија.

Степенот на сложување, односно несложување со отсуството или постоењето на одреден симптом и неговата силина беше преставено преку збирната скала или тнр. Ликертова скала, која во нашето истражување имаше 7 степени. Силината на симптомите беше вреднувана од 0 – отсуство на било каков симптом, до многу благ – 1, со постепена градација на 2 – блага симптоматологија, 3 – умерена, 4 – умерено силна, 5 – силна и до 6 – екстремно силна перзистирачка симптоматологија. Колку е збирниот број поголем, толку е поизразена силината на симптомите.

Интерпретацијата на скалата беше следнава:

- Нема/многу благи симптоми (0 – 10) бодови
- Блага симптоматологија (11 – 31) бодови
- Умерена симптоматологија (32 – 52) бодови
- Силно изразена симптоматологија (>52) бодови

За што пообјективни информации добиени од скалата BPRS/C, на располагање ни беа следниве ресурси: клиничко интервју (добиено од давателите на нега или член на семејството или од самото дете/адолесцент), директна опсервација (во неформален простор/на самото интервју/преку игра и дружење), анализа на досието на детето/адолесцентот и училишни/животни успеси.

2.6. Популација и примерок на истражувањето:

Истражувањето беше спроведено во учебната 2016/2017 година на репрезентативен примерок на вкупен број на лица 725 (n=725), со интелектуална попреченост од кои: ученици од основните училишта: ПОУ „Иднина“ со моментна застапеност на 106 ученици (n=106), ПОУ „Др. Златан Сремац“ со 125 ученици (n=125), и двете училишта од Скопје, потоа ПОУ „Маца Овчарова“ од Велес со тековен број на ученици 56, (n=56). Државно средно училиште за деца со посебни потреби „Св. Наум Охридски“ од Скопје имаше вкупен број на ученици 108 (n=108), а ЈУ Завод за рехабилитација на деца и младинци „Топанско поле“ од Скопје вкупно 68 ученици (n=68), од кои 34 беа интернатски згрижени. Штитениците на ЈЗУ Специјален завод Демир Капија опфаќаа вкупен број од 216 штитеници (n=216). Во специјалниот завод – Демир Капија со истражувањето беа опфатени и штитениците кои по возраст ги надминуваат начелните поставки на овој магистерски труд, кои првично опфаќаа деца и адолесценти до 26 годишна возраст. Единствениот издвоен ученик со интелектуална попреченост/психичко растројство од ПОУ „Св. Климент Охридски“ во Ново Село кое брои 46 ученици (n=46), заради здравствени потешкотии и отсуство од училиштето не беше во можност да учествува во ова истражување. Во примерокот на истражувањето на деца со интелектуална попреченост/психички растројства недостигаат одреден број на ученици кои заради лични и здравствени причини не беа присутни во своите училишта во деновите на реализација на истото.

Беа прегледани и анализирани сите индивидуални досиеја, а потоа посебно од издвоените ученици/штитеници кои посетуваа настава и беа присутни во периодот предвиден за истражувањето, за кои вработените по официјална психијатриска документација имаа сознанија за присутно психичко растројство и тековна медикација. Во досието на секој ученик/штитеник најчесто ја имаше следнава документација: наод и мислење од стручен орган за видот и степенот на интелектуалната попреченост и оценка за специфични потреби на лица со пречки во физичкиот и психичкиот развој, согласно со член 12 од Правилникот за оценка на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот и психичкиот развој, извод од матичната книга на родените, извештаи од претходна и тековна дефектолошка проценка, специјалистички извештаи за претходни (мал број) и

тековни заболувања (посебно психијатриски), социјална анамнеза и проценка изработена од социјалниот работник, психологот и останати стручни лица.

2.7. Статистичка обработка на податоците

Откако се собраа податоците, се формираше база и запис и со елиминација на грешките се премина на нумеричко означување на податоците – сигнирање. Потоа податоците беа групирани и табелирани, по што се пристапи кон пресметување на фреквенцијата (апсолутен и релативен број) и проценти на структурата на добиените резултати со користење на компјутерска обработка на податоците со стандарден статистички програм SPSS, верзија 17 (Statistical Software for Social Science) за WindowsXP. Оваа програма автоматски ја пресметува веројатноста за појава на добиениот резултат од статистичкиот тест.

Во цел за квантитативна анализа на содржината на податоците, се користеше дескриптивната статистика со пресметување на мерките на отстапување и централна тенденција. За утврдување на разликата и корелацијата на фреквенциите на одредени карактеристики во групите се употребуваше непараметрискиот Пирсонов хи квадрат тест (X^2), додека за тестирање на значајност на разликите беше користен непараметрискиот метод за зависни примероци.

За статистички значајна разлика се смета разликата на ниво на значајност од $p < 0.01$, а за високо значајна вредност е разликата на ниво на значајност од $p < 0.05$. Тоа практично значи дека постои веројатност од 1% или 5% за воочената поврзаност помеѓу варијаблите, настаната со дејствување на случајност поголема од 1% или 5%. Статистичката значајна разлика не е иста со практичната значајност, што би значело дека мала разлика може да биде статистички значајна, а да нема практично значење. (e-statistika.rs). За утврдување на релијабилноста на инструментот за испитуваниот примерок се користеше Кронбаховиот алфа коефициент, додека споредбата на параметри во испитуваните групи е направена со ANOVA.

2.8. Општи карактеристики на испитаниците

Истражувањето беше спроведено на примерок од деца/адолеанти со примарна интелектуална попреченост и некаков облик на психичко растројство/пореметување на однесувањето кои беа запишани како ученици во основните и едно средно училиште за деца со посебни потреби, како и на лицата повозрасни од адолеанти и возрасните лица, штитеници на двата заводи (за рехабилитација на деца и младинци и специјалниот завод), во 2016/2017 година.

Примерокот на истражувањето изнесуваше 725 лица кои го преставуваат вкупниот број на лица со интелектуална попреченост, ученици на основните и средното училиште за лица со посебни потреби, како и штитениците од двата заводи во Скопје и Демир Капија, а кои се затекнати во времето на истражувањето. Со нивна селекција во однос на не/постоењето на психичките потешкотии и промените на однесувањето, се доби примерок од 149 лица со интелектуална попреченост кои како дуална дијагноза имаат облик на психичко растројство, а поседуваат медицинска документација според која се одвива и планот за медијација, а за која се грижат наставниците/давателите на грижа.

2.9. Организација и тек на истражувањето

На почеток на истражувањето беше извршена идентификација, дефинирање на проблемот и изработка на план за текот и спроведувањето на истражувањето. Кога се обезбеди (со извесни административни потешкотии) потребното одобрување од релевантните институции за спроведување на истражувањето и откако беше завршена подготовката и организацијата, се пристапи кон прибирање на податоците со анализа на документацијата која се однесуваше на проблемот на истражување. Паралелно со истражувањето се анализираше научната домашна и странска литература, интернет ресурси, статии кои се однесуваа на проблематиката која беше предмет на ова истражување. Откако беа собрани сите податоци, се премина кон нивна статистичка обработка, а после завршувањето на истражувачкиот процес, се пристапи кон одредување на научната вредност и применливост на добиените резултати.

Кон ова истражување пристапиме со очекување за добивање на поширока и релевантна слика за застапеноста на психијатриските пореметувања кај лицата со

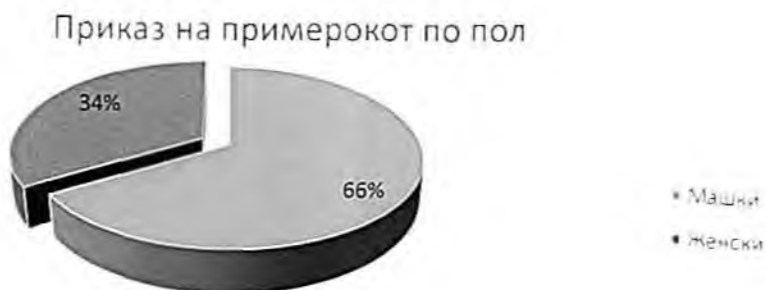
интелектуална попреченост, честотата на појавување, најчестите дијагнози, како и грижата за евидентирање и користење на информациите во досиејата на учениците со посебни потреби. Се надеваме дека ќе добиеме сознанија и применливи информации кои на сите служби, кои се на било кој начин во контакт со лицата со интелектуална попреченост (од едукативна, образовна и здравствена природа), ќе им пласираме солидна база за подобрување на превенцијата и третманот на менталното здравје кај лицата со интелектуална попреченост.

III. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

Од вкупниот број на лица ($n=725$) со интелектуални потешкотии, а со понатамошна селекција врз основа на присутното психичко растројство или пореметување на однесувањето, во истражувањето беа издвоени вкупно 149, ($n=149$) испитаници, ученици или штитеници на основните и средното училиште за ученици со посебни потреби и штитеници на заводите за лица со интелектуална попреченост и посебни потреби. Изразено во проценти тоа би значело дека 20.55% од сите испитаници имаат психички растројства или пореметување на однесувањето. Ако ги земеме предвид сознанијата и искуствата од директниот контакт со сите институции, неофицијално овој процент би бил поголем за најмалку 10 единици. Иако првичната замисла во елаборатот за овој магистерски труд беше истражување на психичките растројства и пореметувања на однесувањето кај деца и адолесценти во гореспоменатите институции, сепак се наметна потребата од проширување на истото и кај штитениците кои се повозрасни од 26 години, имајќи ја предвид нивната застапеност во специјалниот завод Демир Капија. Бројот на децата и адолесцентите што беше опфатен изнесува 48 (во зависност од нивната присутност во институциите во периодот на истражувањето), наспроти повозрасните категории кои во целост изнесуваа 101 лице. Се претпоставува дека бројот на лицата со интелектуална попреченост/психички растројства е поголем во сите институции каде се вршеше истражувањето.

Од вкупниот примерок на сите ученици и штитеници се издвои примерокот на конкретното истражување, а кој беше составен исклучително од лицата со интелектуална попреченост кои како дуална дијагноза имаат облик на психичко растројство. Овие лица поседуваат медицинска документација според која се одвива и планот за медикација, а за која се грижат наставниците/давателите на грижа.

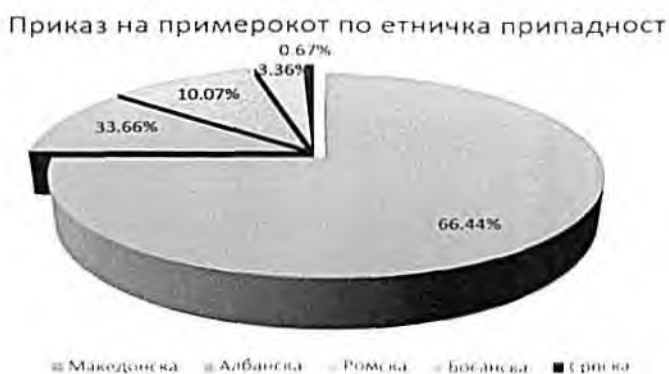
- Приказ на примерокот по пол



Графикон бр. 1

Од графикон број 1 може да се види дека испитаниците во поголем процент се од машки пол 66.44%, (n=99), а во помал процент се од женски пол 33.56%, (n=50). Соодносот на машки пол во однос на женскиот е 2:1.

- Приказ на примерокот по етничка припадност

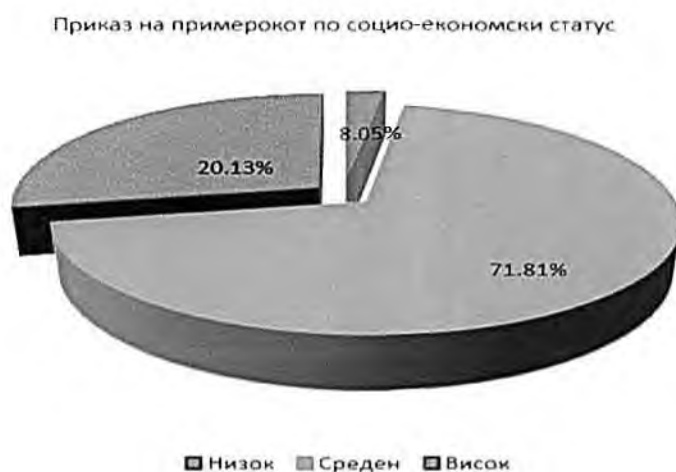


Графикон бр. 2

Според етничката припадност на заедниците во Р. Македонија, (графикон бр. 2), во најголем процент, 75.17% од испитаниците се од македонската националност (n=112), по што следат албанската со n= 16, или 10.74%, ромската со n=15, или 10.07%, босанската со n=5, или 3.36% и српската националност со n=1, што прави процентуална застапеност од 0.67%. Овие процентуални податоци релативно корелираат со застапеноста на македонското население во општата популација на Р.

Македонија (околу 65%). Несоодветност со општата процентуална застапеност се следи кај припадниците на албанскиот етникум во смисол на помала стапка на испитаници и кај ромската заедница, во смисол на поголема процентуална застапеност во соодност со општата застапеност во Р. Македонија.

- Приказ на примерокот по социо – економски статус



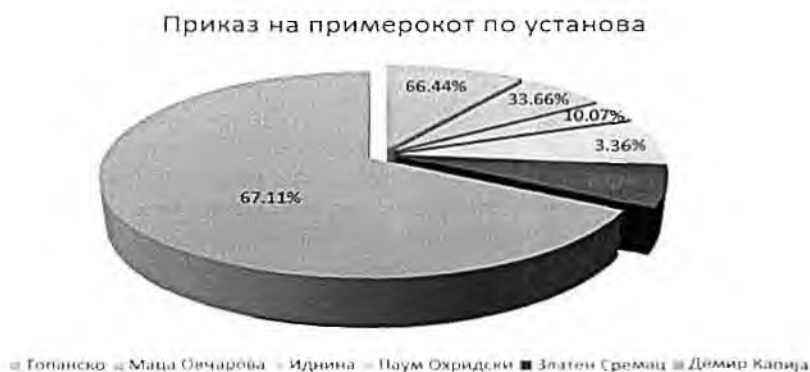
Графикон бр. 3

Социо – економскиот статус обично се одредува преку детерминирање на образованието и нивото на истото, доходот на финансиски средства и професијата на поединецот. (Winkleby, M. A. et al., 1992). Квалитетот на живот, животниот стандард и општата благосостојба се категории тесно поврзани помеѓу себе и честопати се поистоветуваат. Факторите и детерминантите кои го одразуваат квалитетот на живот се: материјалната благосостојба, психо – физичкото здравје на поединецот, општествениот живот и животот во семејството, политичката стабилност, безбедност и слобода, како и сигурноста на работното место и социјалната инклузија. Државниот завод за статистика на Р. Македонија врз основа на податоците од Анкетата за приходи и услови за живеење, спроведена во согласност со ЕУ, во 2017 година ги пресмета „Лаекен“ индикаторите за сиромаштија за 2016 година. Според овие податоци стапката на сиромашни лица во Р. Македонија изнесуваше 21.8%, односно, изразено во бројки од вкупниот број на жители, 450.500 граѓани се сиромашни. Најголема стапка на

сиромаштија од 50.6% има кај семејствата со три или повеќе издржувани деца, а најниска кај самечки домаќинства со еден возрасен член на возраст од над 65 години.

Во однос на социо – економскиот статус на конкретните испитаници (графикон бр. 3), податоците добиени од нивните досиеја, а кои се однесуваат на бројноста на семејствата, претпоставените приходи врз основа на потврдите за вработување, професијата на останатите членови, како и доказот за евентуално остварено право на некој вид на социјална помош и поддршка, покажуваат дека во најголем процент, 71.81% или (n=107) се испитаници кои припаѓаат на низок, потоа среден (20.13%) или (n=30) и висок социо – економски статус на кој припаѓаат само 8.05%, (n=12) од испитаниците.

- Приказ на примерокот по установа

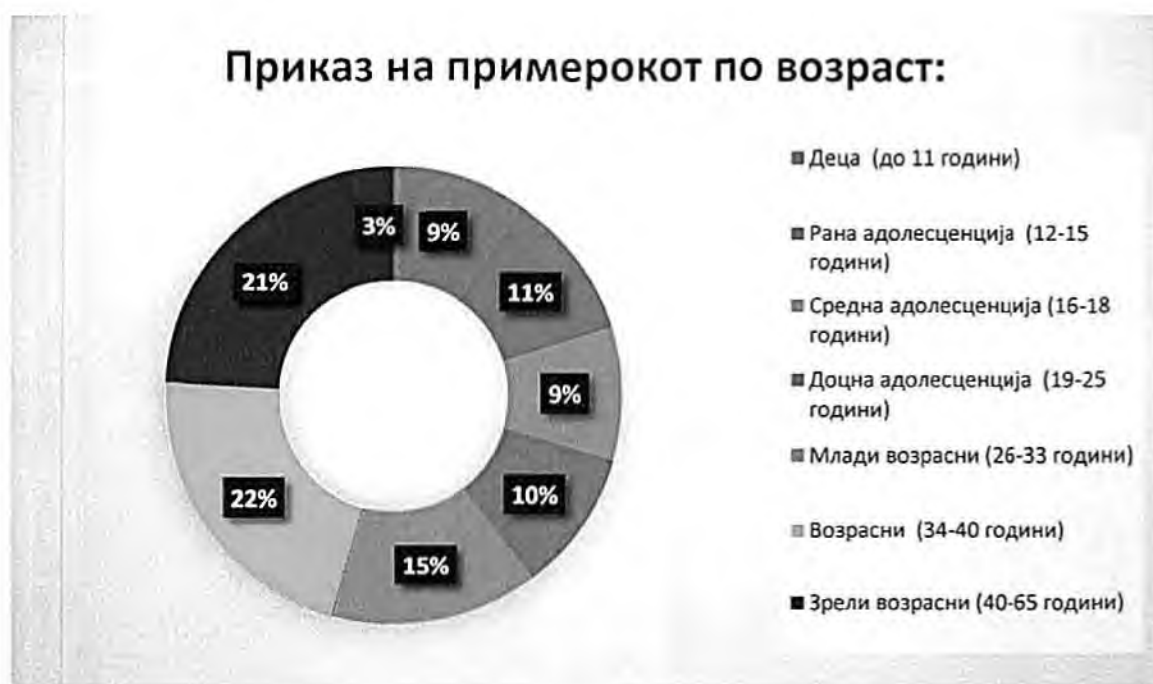


Графикон бр. 4

Приказ на примерокот по установа: од графикон бр. 4 може да се види дека најголем процент се испитаници од заводот Демир Капија (n=100) или 67.11%. Другите установи се застапени во релативно иста мерка.

• Приказ на примерокот по возраст:

	N	%
Деца (до 11 години)	14	9.4
Рана адолесценција (12-15 години)	16	10.7
Средна адолесценција (16-18 години)	14	9.4
Доцна адолесценција (19-25 години)	15	10.1
Млади возрасни (26-33 години)	22	14.8
Возрасни (34-40 години)	32	21.5
Зрели возрасни (40-65 години)	32	21.5
Стари лица (над 65 години)	4	2.7
Вкупно	149	100.0



Графикон бр. 5

Според возрасните групи најмал процент има стари лица (табела и графикон бр. 5). додека групите на деца и адолесценти со интелектуална попреченост/психички растројства во иста мерка се застапени во примерокот на испитувани индивидуи. Најголем процент има и возрасни индивидуи и тоа во сите групи: млади возрасни.

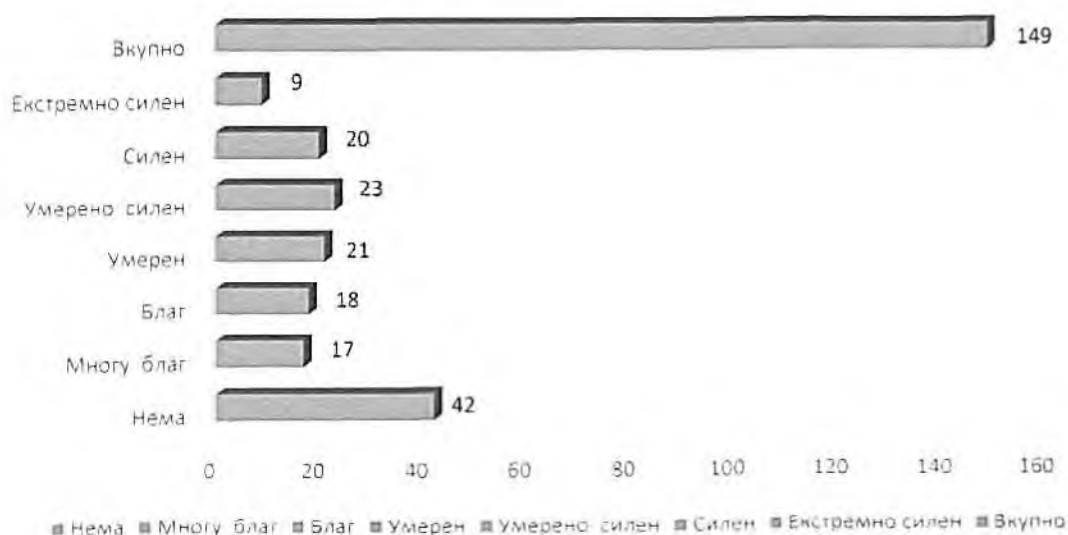
возрасни и зрели возрасни лица. Веројатно ова е поради тоа што децата сеуште не се во толкав број сместени во установи, нивните родители имаат повеќе капацитети да се грижат за нив, додека со годините како децата стануваат возрасни, а нивните родители стареат, се повеќе се згрижуваат во установите за посебна грижа и нега.

3.1. Приказ по силината на симптоми:

Тб. 2. Изразеност на симптом – несоработливост (бихејвнорални проблеми)

	N	%
Нема	41	27.5
Многу благ	17	11.4
Благ	18	12.1
Умерен	21	14.1
Умерено силен	23	15.4
Силен	20	13.4
Екстремно силен	9	6.0
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -несоработливост

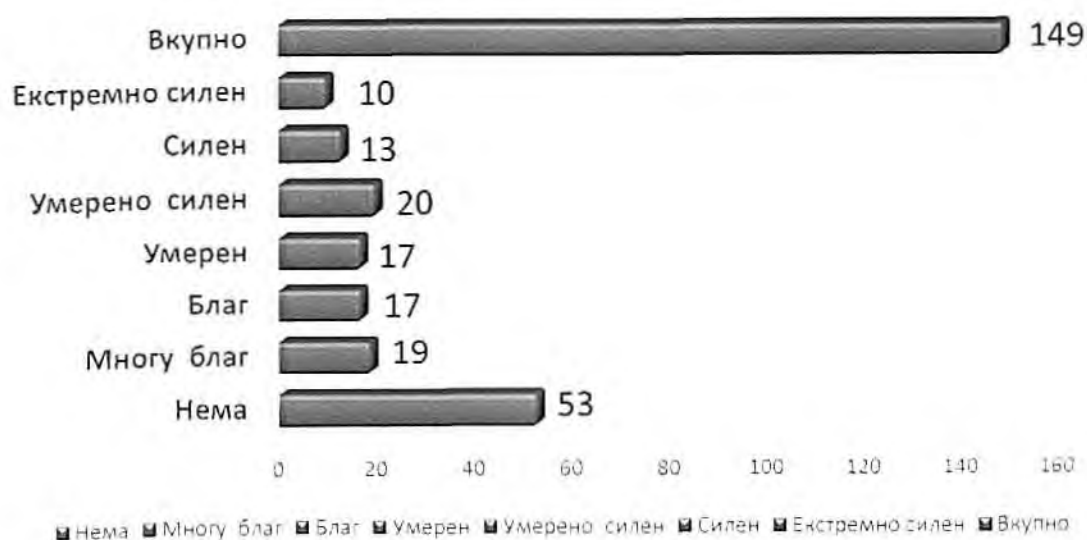


Кај 6% од испитаниците со интелектуална попреченост/психички растројства се јавува екстремно негативно однесување, тешки се за справување и покажуваат резистентност на интервенциите. Се карактеризираат со бурен темперамент, лутина и нетрпеливост и се несоцијализирани. Во граници на 11% до 15% силината на симптомите градира од многу благо изразена несоработливост до силен степен на несоработливост. Кај 27.5% од сите испитаници воопшто не се следи несоработливост како збир на симптоми.

Тб. 3. Изразеност на симптом – непријателство (бихејвиорални проблеми)

Непријателство	N	%
Нема	53	35.6
Многу благ	19	12.8
Благ	17	11.4
Умерен	17	11.4
Умерено силен	20	13.4
Силен	13	8.7
Екстремно силен	10	6.7
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -непријателство

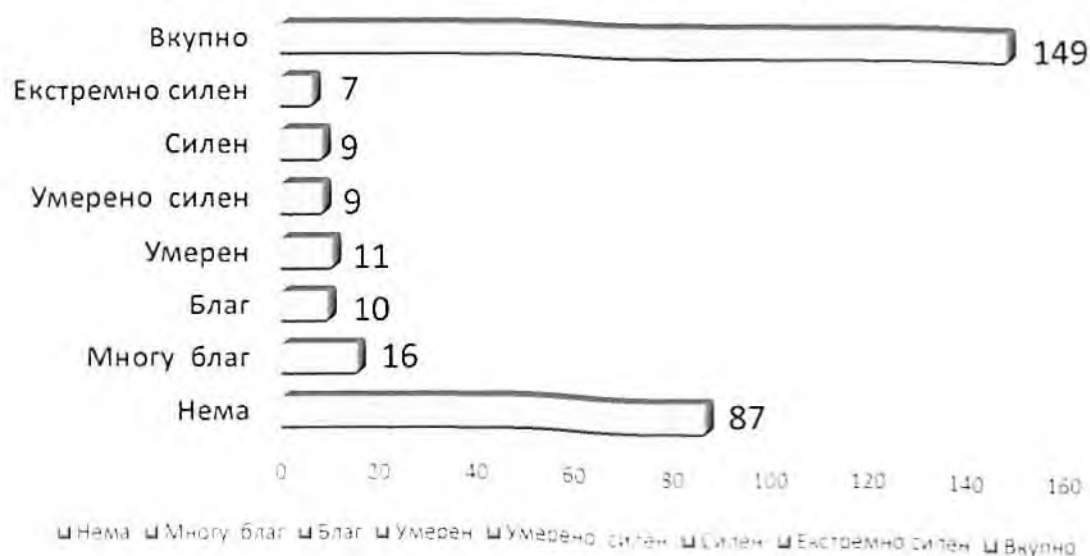


Екстремно силна хостилност (лутина, неадекватен ефект, агресивност, вулгарно зборување итн.) се јавува исто така кај 6% од испитаниците, кај 8.7% се среќава силна симптоматологија, многу благо изразен до умерено силен симптомот се среќава од 11% до 13%. Кај 35.6% од испитаниците не се следи непријателство како симптом.

Тб. 4. Изразеност на симптом – манипулативност (бихејвиорални проблеми)

Манипулативност	N	%
Нема	87	58.4
Многу благ	16	10.7
Благ	10	6.7
Умерен	11	7.4
Умерено силен	9	6.0
Силен	9	6.0
Екстремно силен	7	4.7
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом — манипулативност

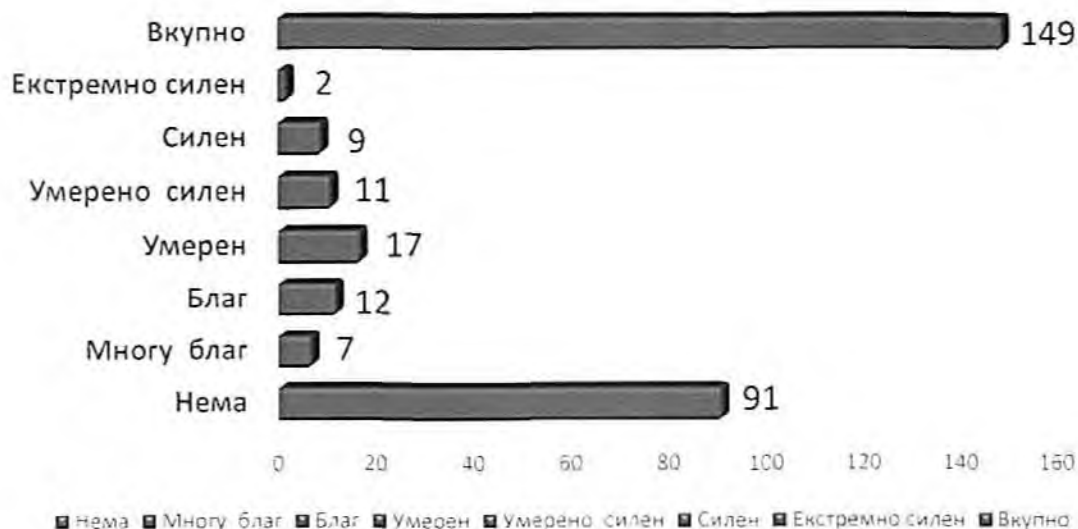


Манипулативноста како збир на симптоми се состои од лажење, манипулаторско и експлоататорско однесување. Од табелата се гледа дека кај 58.4% од испитаниците не се следи манипулативноста како симптом, многу благо изразена манипулативноста има кај 10.7%, а од благо до екстремно силна манипулативноста има кај индивидуите од 5% до 7%. Од ова може да се заклучи дека испитаниците воглавно не лажат, не мамат и не покажуваат експлоататорско однесување.

Тб. 5. Изразеност на симптом – депресивност (депресивно однесување)

Депресивност	N	%
Нема	91	61.1
Многу благ	7	4.7
Благ	12	8.1
Умерен	17	11.4
Умерено силен	11	7.4
Силен	9	6.0
Екстремно силен	2	1.3
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -депресивност

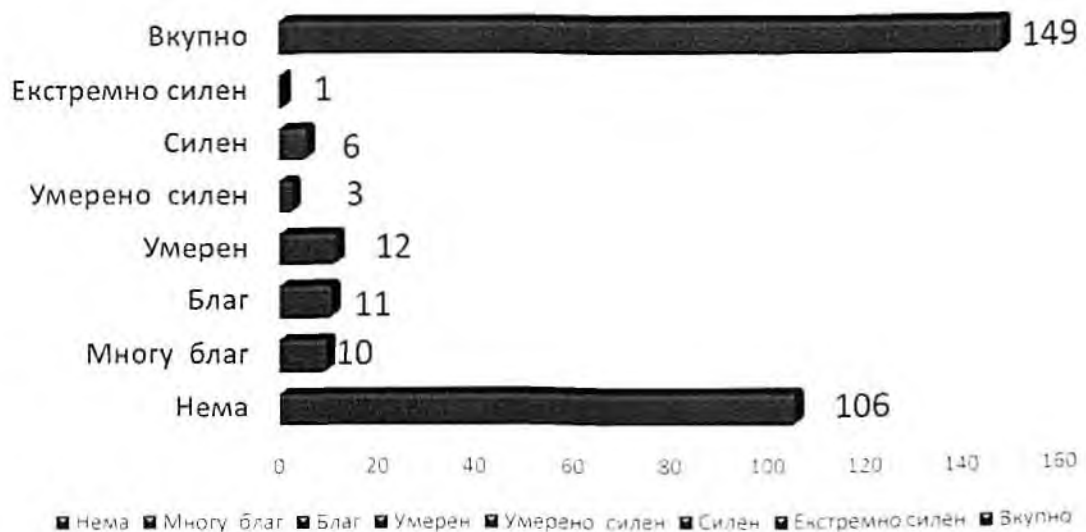


Кај 1.3% од испитаниците има екстремно силно чувствување на тага, плачливост, проблеми поради ниска енергизираност, пад на концентрација, чувство на безнадежност, пад на самопочитувањето и преголема загриженост. Силна, умерена и умерено силна депресивна симптоматологија се регистрира кај 6%, 11.3% и 7.4% од испитаниците. Вкупно 61.1% од испитаниците не покажуваат знаци на депресивно расположение или многу блага симптоматологија во 4.7%.

Тб. 6. Изразеност на симптом – инфериорност (депресивно однесување)

Инфериорност	N	%
Нема	106	71.1
Многу благ	10	6.7
Благ	11	7.4
Умерен	12	8.1
Умерено силен	3	2.0
Силен	6	4.0
Екстремно силен	1	0.7
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -инфериорност

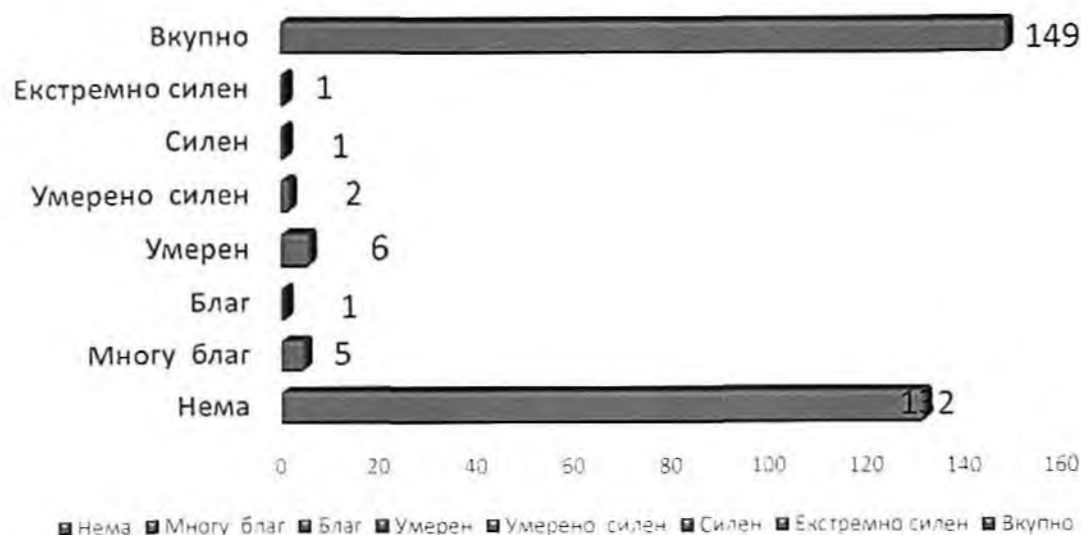


Во најголем процент (71.1%) кај испитаниците нема изразено инфериорност, т.е. недостаток на самодоверба и себе – почитување. Умерена сила на симптомот покажуваат 8.1% од испитаниците, блага симптоматологија 7.4% и многу блага повремена симптоматологија се регистрира кај 6.7% од испитаниците.

Тб. 7. Изразеност на симптом – суицидалност (депресивно однесување)

Суицидалност	N	%
Нема	132	88.6
Многу благ	5	3.4
Благ	1	0.7
Умерен	6	4.0
Умерено силен	2	1.3
Силен	1	0.7
Екстремно силен	2	1.3
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -суицидалност

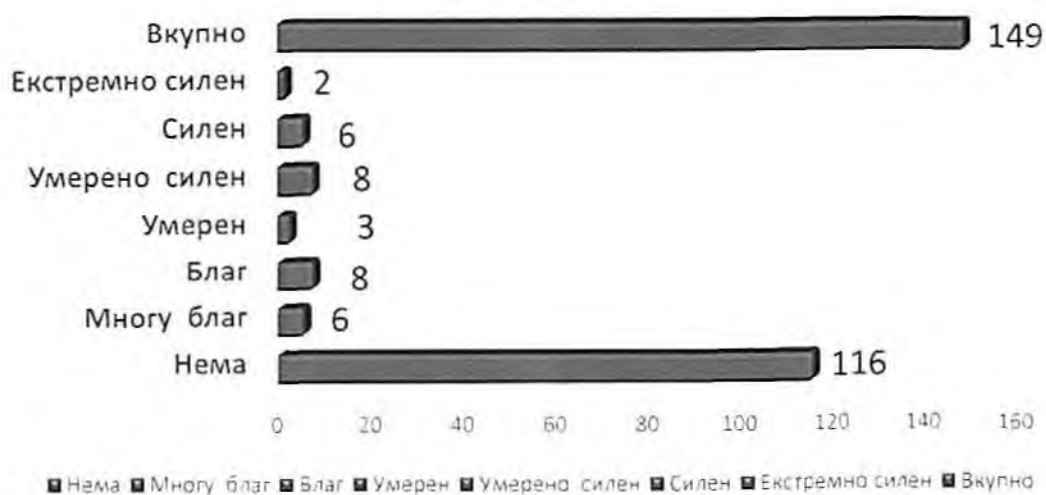


Во најголем процент, (88.6%) кај испитаниците нема изразено суицидални идеации – мисли, закани или обиди за самоубиство. Умерен симптом на суицидалност се регистрира кај 4% од испитаниците и многу благ симптом кај 3.4%.

Тб. 8. Изразеност на симптом – бизарност (пореметување на мислењето)

Бизарност	N	%
Нема	116	77.9
Многу благ	6	4.0
Благ	8	5.4
Умерен	3	2.0
Умерено силен	8	5.4
Силен	6	4.0
Екстремно силен	2	1.3
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -бизарност



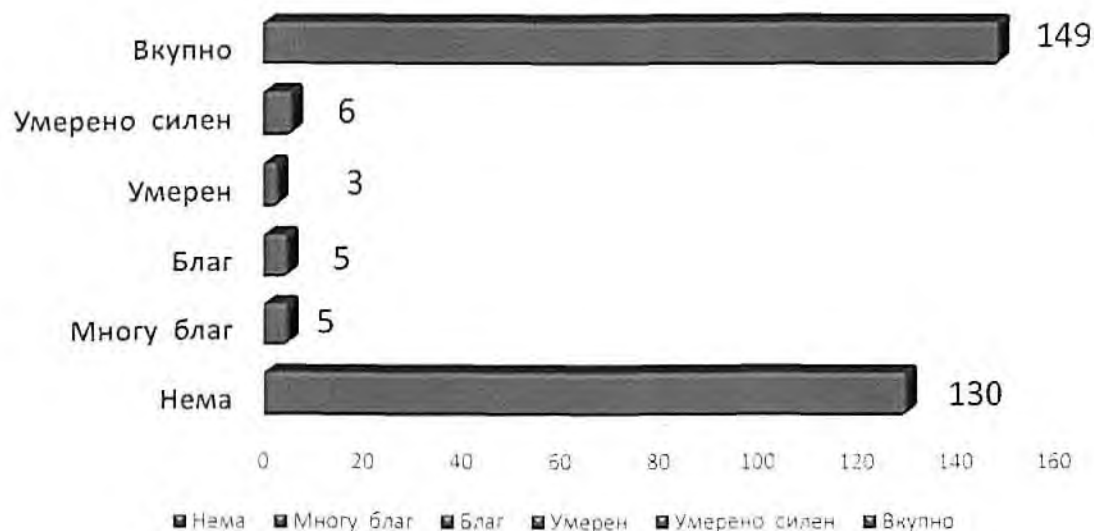
Екстремно силни бизарни фантазии, чудни и невообичаени (налудничави) идеации се јавуваат кај 1.3% од испитаниците, на категоријата од умерени до силни симптоми на бизарност и невообичаено однесување припаѓаат вкупно 11%, додека многу благата и блага симптоматологија се застапени со 4% и 5.4%. Сепак, во најголем

процент (77.9%) од испитаниците не се регистрира бизарност и налудничавост во мислењето и однесувањето.

Тб. 9. Изразеност на симптом – делузии (пореметување на мислењето)

Делузии	N	%
Нема	130	87.2
Многу благ	5	3.4
Благ	5	3.4
Умерен	3	2.0
Умерено силен	6	4.0
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -делузии

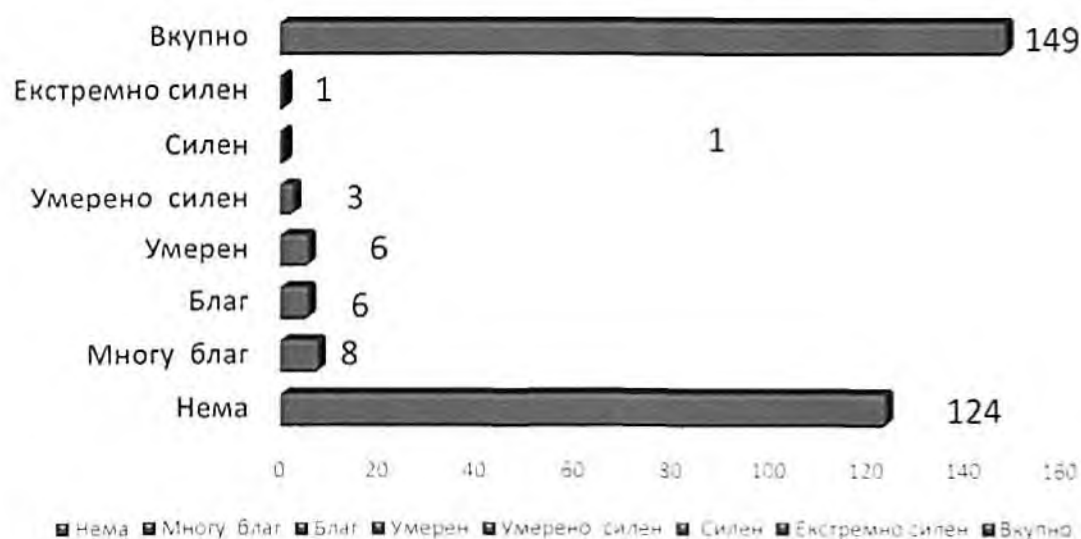


Во најголем процент (87.2%) кај испитаниците не се регистрираат идеи на прогонување, преценети идеи и грандиозност. Многу благи и благи симптоми има кај 3.4% од испитаниците, а кај вкупно 6% се следи умерена и умерено силна симптоматологија.

Тб. 10. Изразеност на симптом – халуцинации (пореметување на осети)

Халуцинации	N	%
Нема	124	83.2
Многу благ	8	5.4
Благ	6	4.0
Умерен	6	4.0
Умерено силен	3	2.0
Силен	1	0.7
Екстремно силен	1	0.7
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -халуцинации

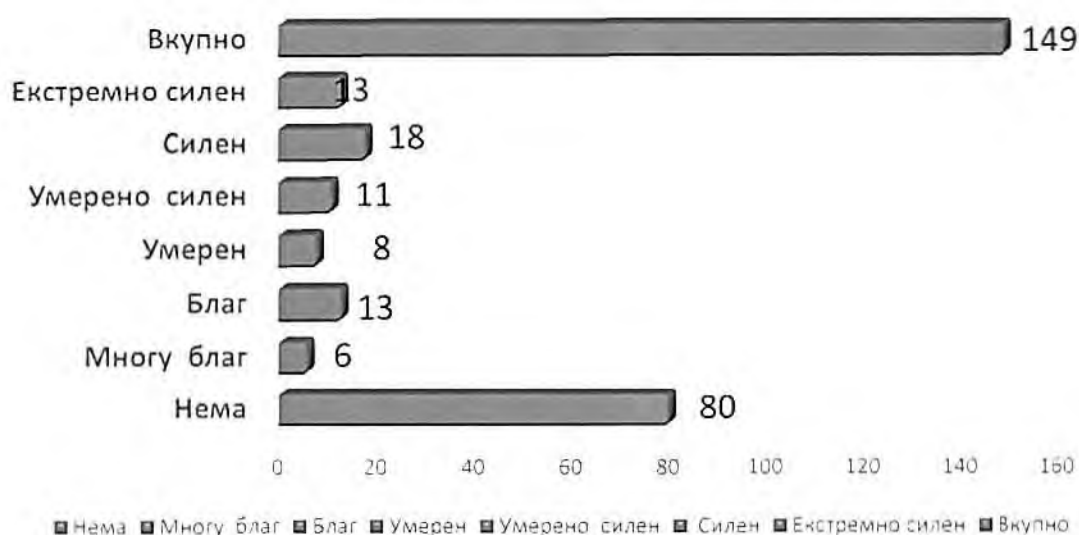


Процентот на екстремно силна и силна симптоматологија е незначителен кај испитуваната група (0.7%). Кај вкупно 10% од групата се јавуваат халуцинации од различен тип, и тоа со силина од благ до умерено силен степен, додека кај 83.2% од испитаниците не се следат перцептивни измами или ги има во многу блага форма (5.4%).

Тб. 11. Изразеност на симптом – хиперактивност (психомоторна ексцитација)

Хиперактивност	N	%
Нема	80	53.7
Многу благ	6	4.0
Благ	13	8.7
Умерен	8	5.4
Умерено силен	11	7.4
Силен	18	12.1
Екстремно силен	13	8.7
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -хиперактивност

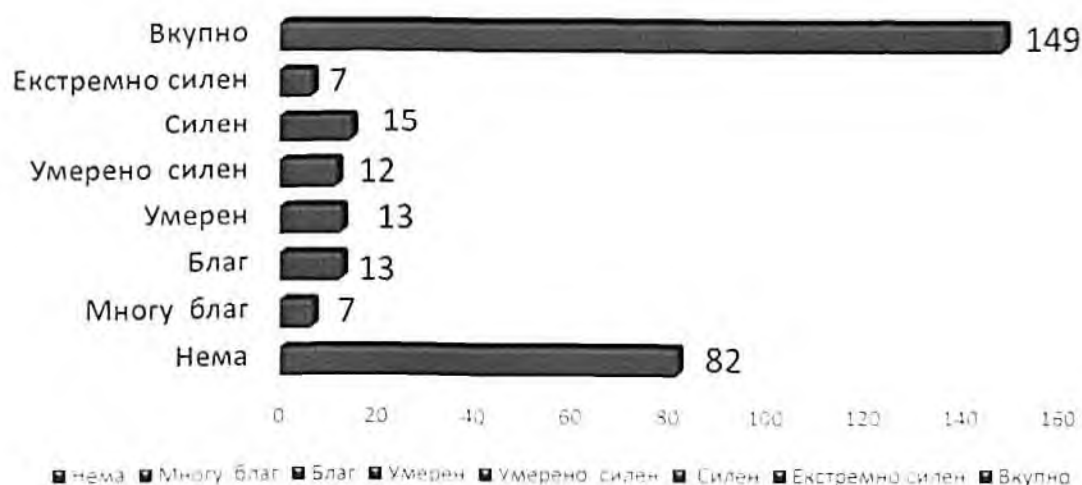


Кај 46.3% од испитаниците се јавува хиперактивно однесување со различна сила на симптомите во различните категории (од многу блага до екстремно силна симптоматологија 4 – 12%) на ексцесивно трошење на енергија, често менување на положбата на телото и незапирливо движење, како да се управувани од мотор. Сепак, во најголем процент (53.7%) кај испитаниците нема изразена хиперактивност.

Тб. 12. Изразеност на симптом – лесно одземање на вниманието (психомоторна ексцитација)

Внимание	N	%
Нема	82	55.0
Многу благ	7	4.7
Благ	13	8.7
Умерен	13	8.7
Умерено силен	12	8.1
Силен	15	10.1
Екстремно силен	7	4.7
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -лесно одземање на вниманието

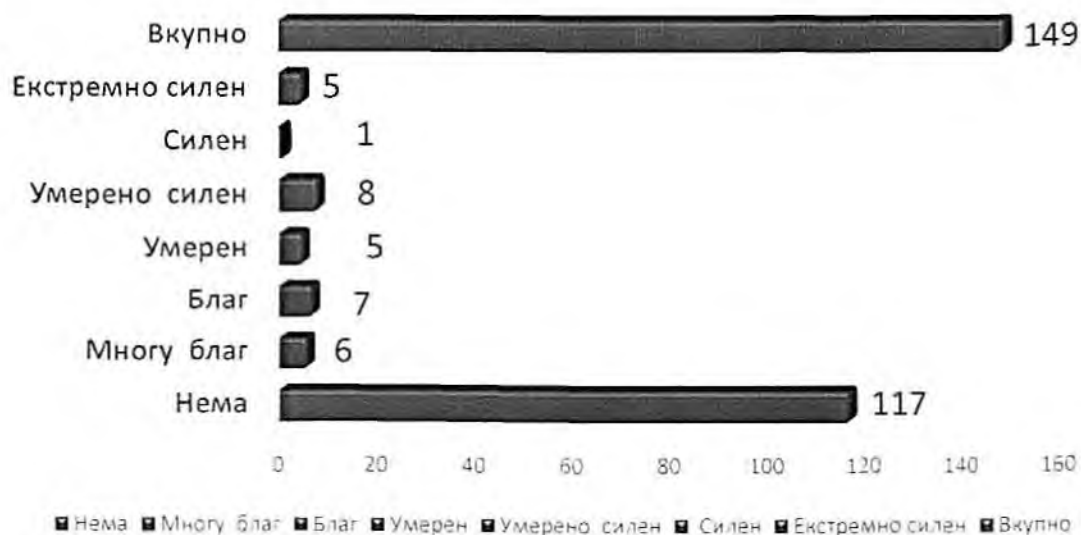


Кај 45.0% од испитаниците се регистрира слаба концентрација, скратено насочено внимание, реактивност на периферни стимули, значи покажуваат одреден степен на дефицит на вниманието. Во најголем процент (55.0%) кај испитаниците нема изразено одземање на вниманието. А многу благо до екстремно силно одземање на вниманието е изразено од 5% до 10%, зависно во поединечна категорија.

Тб. 13. Изразеност на симптом – говор (психомоторна ексцитација)

Говор	N	%
Нема	117	78.5
Многу благ	6	4.0
Благ	7	4.7
Умерен	5	3.4
Умерено силен	8	5.4
Силен	1	0.7
Екстремно силен	5	3.4
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -говор

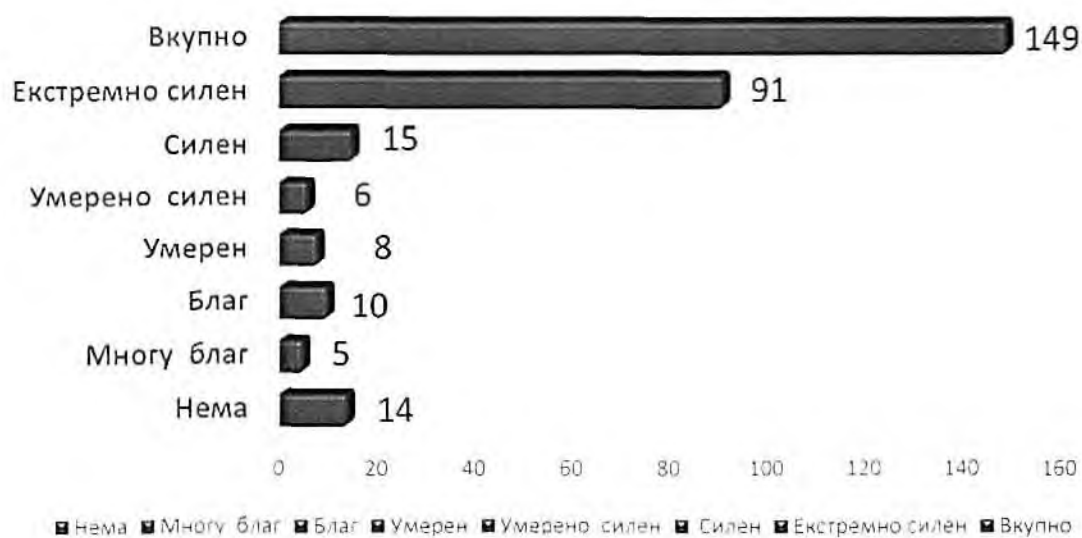


Во најголем процент (78.5%) кај испитаниците нема гласно, опширно или забрзано зборување. А многу благо до екстремно силно, гласно или забрзано зборување има кај 1% до 5% од испитаниците, во поединечните категории.

Тб. 14. Изразеност на симптом – непродуктивен говор (повлекувачко однесување)

Непродуктивен говор	N	%
Нема	14	9.4
Многу благ	5	3.4
Благ	10	6.7
Умерен	8	5.4
Умерено силен	6	4.0
Силен	15	10.1
Екстремно силен	91	61.1
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -непродуктивен говор

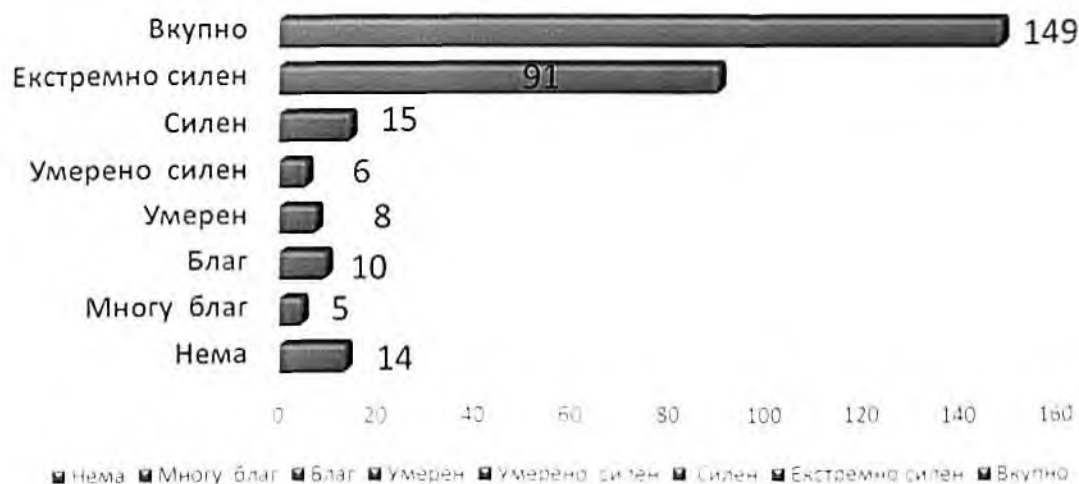


Екстремно силно изразен непродуктивен говор има кај 61.1% од испитаниците, што значи говорот воглавно им е минимален, сиромашен, инхибиран, неразвиен и без цели фрази.

Тб. 15. Изразеност на симптом – емоционална повлеченост (повлекувачко однесување)

Емоционална повлеченост	N	%
Нема	94	63.1
Многу благ	5	3.4
Благ	14	9.4
Умерен	6	4.0
Умерено силен	8	5.4
Силен	14	9.4
Екстремно силен	8	5.4
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -емоционална повлеченост

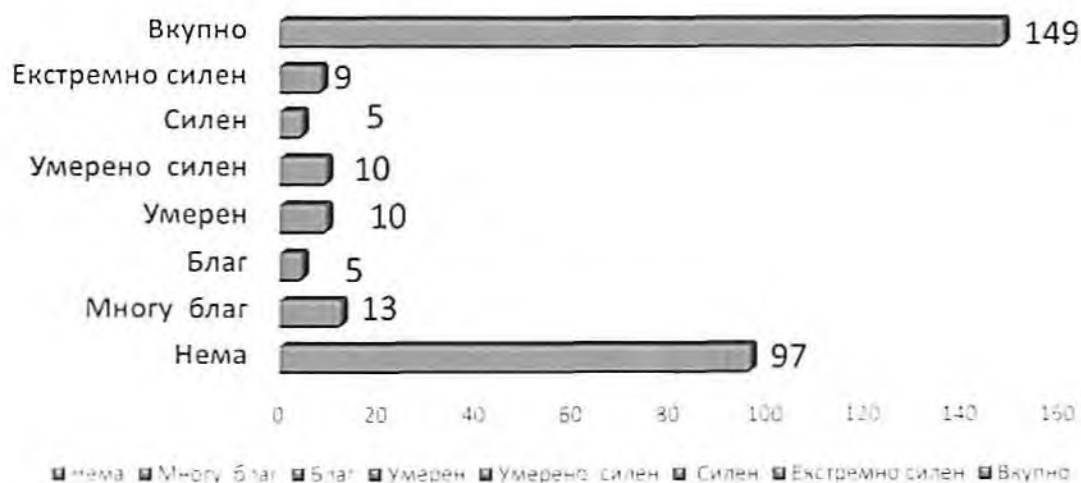


Кај скоро 36.9% од испитаниците се регистрира некаков облик на емоционална повлеченост, процентуално различно застапена кај поединечните категории според силината на симптомите. Кај 63.1% од испитаниците нема емоционална повлеченост, што значи дека тие претежно немаат тешкотии при остварување на релации и интеракции.

Тб. 16. Изразеност на симптом – недостаток на адекватен афект (повлечувачко однесување)

Недостаток на адекватен афект	N	%
Нема	97	65.1
Многу благ	13	8.7
Благ	5	3.4
Умерен	10	6.7
Умерено силен	10	6.7
Силен	5	3.4
Екстремно силен	9	6.0
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -недостаток на адекватен афект



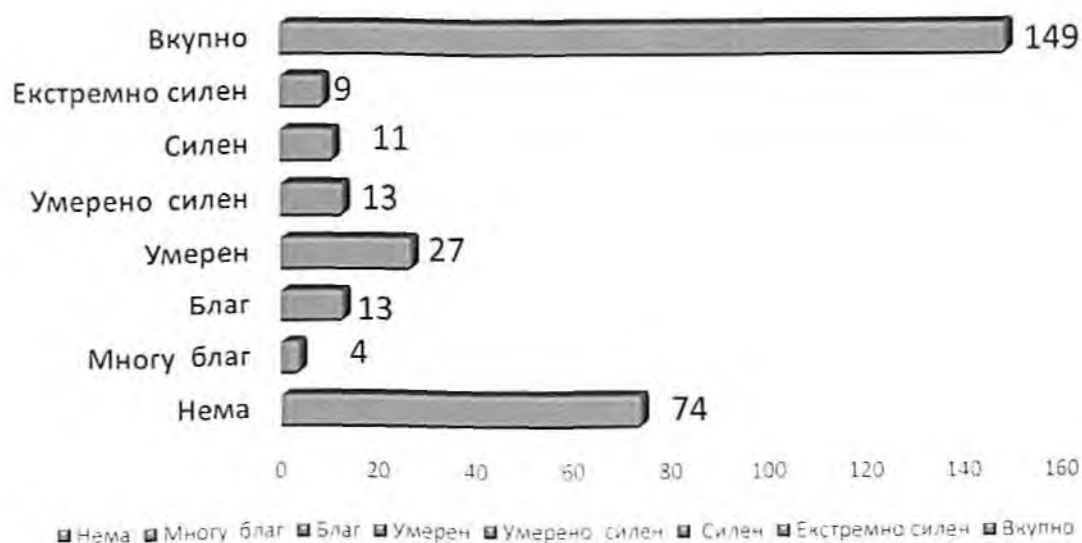
Кај околу 35% од испитаниците има недостаток од емоционална експресија, рамнодушност, зарамнетост на афектот и недостаток на контакт со очи. Во другите категории од благо до силно изразен неадекватен афект има помал процент од 3% до 9%. Кај 65.1% од испитаниците присутен е адекватен афект.

Тб. 17. Изразеност на симптом – **напнатост (анксиозност)**

Кај 18.1% од испитаниците има напнатост во умерен степен. Благо и умерено силно изразена напнатост има кај 8.7% од испитаниците кои покажуваат немир, нервозни движења на рацете и нозете и неспособност за релаксирање. Оваа група на постоење на симптомот вкупно е процентуално застапена со 50.3%, наспроти групата од испитаници кај кои воопшто не е регистриран симптомот (49.7%).

Напнатост	N	%
Нема	74	49.7
Многу благ	4	2.7
Благ	13	8.7
Умерен	27	18.1
Умерено силен	13	8.7
Силен	11	7.4
Екстремно силен	7	4.7
Вкупно	149	100.0

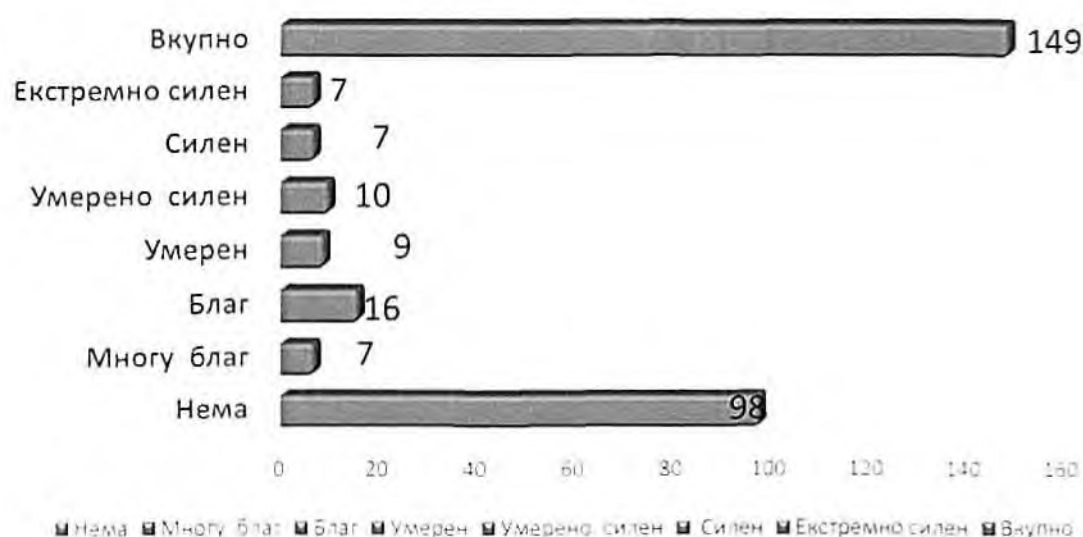
Изразеност на симптом -напнатост



Тб. 18. Изразеност на симптом – анксиозност (анксиозност)

Анксиозност	N	%
Нема	98	65.8
Многу благ	7	4.7
Благ	16	10.7
Умерен	9	6.0
Умерено силен	10	6.7
Силен	7	4.7
Екстремно силен	2	1.3
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -анксиозност

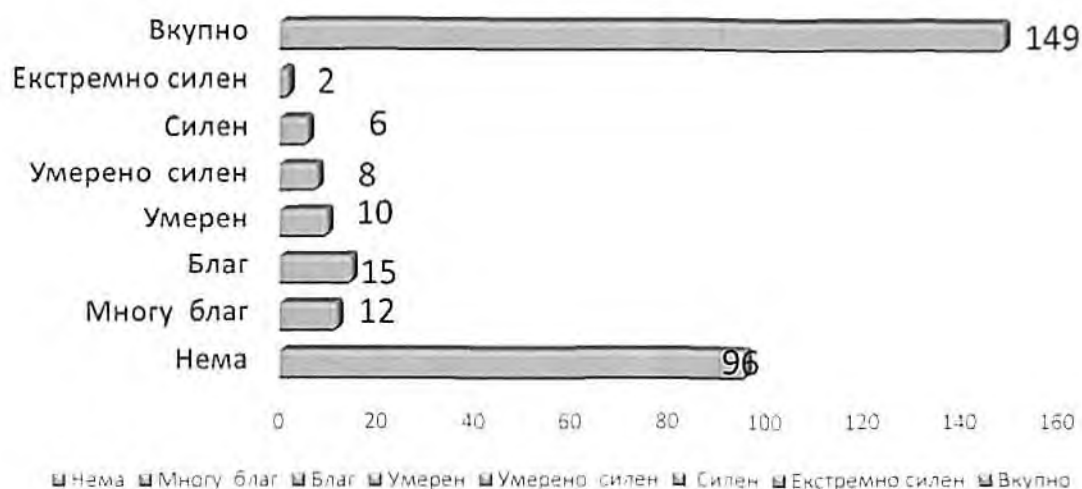


Вкупно 34.2% од испитаниците покажуваат анксиозност, но претежно во поблага форма, додека кај 65.8% од испитаниците не се регистрира анксиозност, стравови или фобии, ниту постои честа преокупација со вознемирувачки теми.

Тб. 19. Изразеност на симптом – потешкотии при спиење (анксиозност)

Потешкотии при спиење	N	%
Нема	96	64.4
Многу благ	12	8.1
Благ	15	10.1
Умерен	10	6.7
Умерено силен	8	5.4
Силен	6	4.0
Екстремно силен	2	1.3
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -потешкотии при спиење

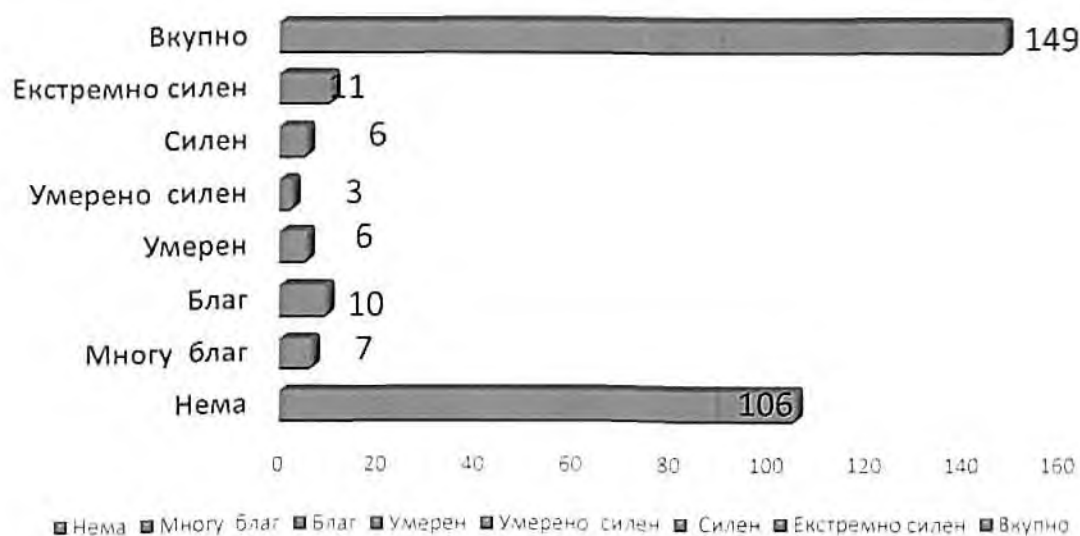


Околу 35% од испитаниците покажуваат некакви пореметувања на сонот, имаат потешкотии со заспивање, намалено време на спиење или често буење во текот на ноќта. Овие потешкотии се најчесто со блага симптоматологија кај 10.1% од испитаниците и опаѓаат во силината на симптомите. Кај 64.4% од испитаниците не се регистрираат тешкотии со спиењето.

Тб. 20. Изразеност на симптом – дезориентација (органицитет)

Дезориентација	N	%
Нема	106	71.1
Многу благ	7	4.7
Благ	10	6.7
Умерен	6	4.0
Умерено силен	3	2.0
Силен	6	4.0
Екстремно силен	11	7.4
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом -дезориентација

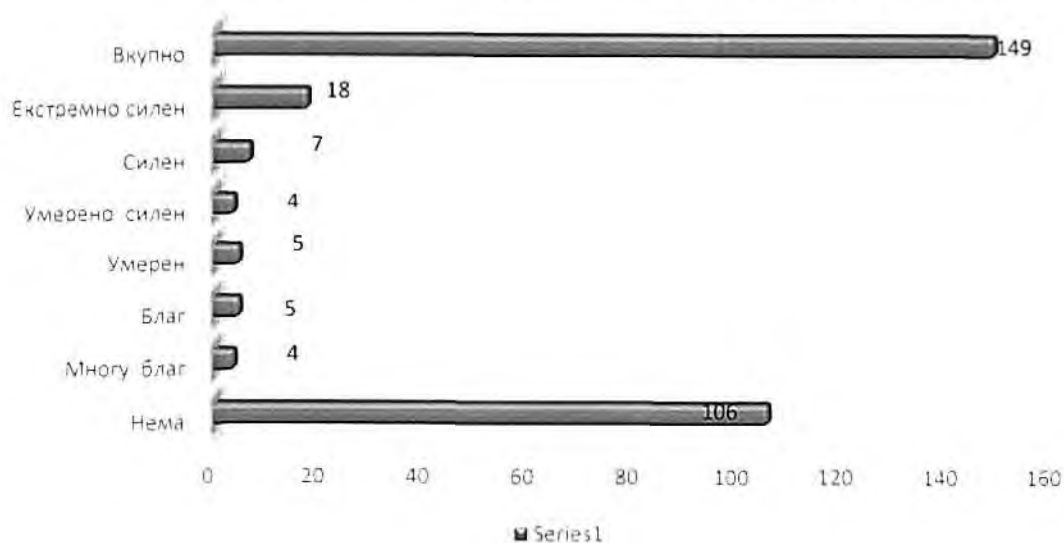


Кај 28.9% од испитаниците се регистрира дезориентација во простор, време и личности (алопсихичка) и дезориентираност спрема себе (автопсихичка дезориентација). Силената на симптомот е варира од екстремно силен (7.4%) до благ (6.7%). Кај 71.1% не се регистрира конфузноста и дезориентираност.

Тб. 21. Изразеност на симптом – девијации говор (органицитет)

Девијации говор	N	%
Нема	106	71.1
Многу благ	4	2.7
Благ	5	3.4
Умерен	5	3.4
Умерено силен	4	2.7
Силен	7	4.7
Екстремно силен	18	21.1
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом-девијации говор

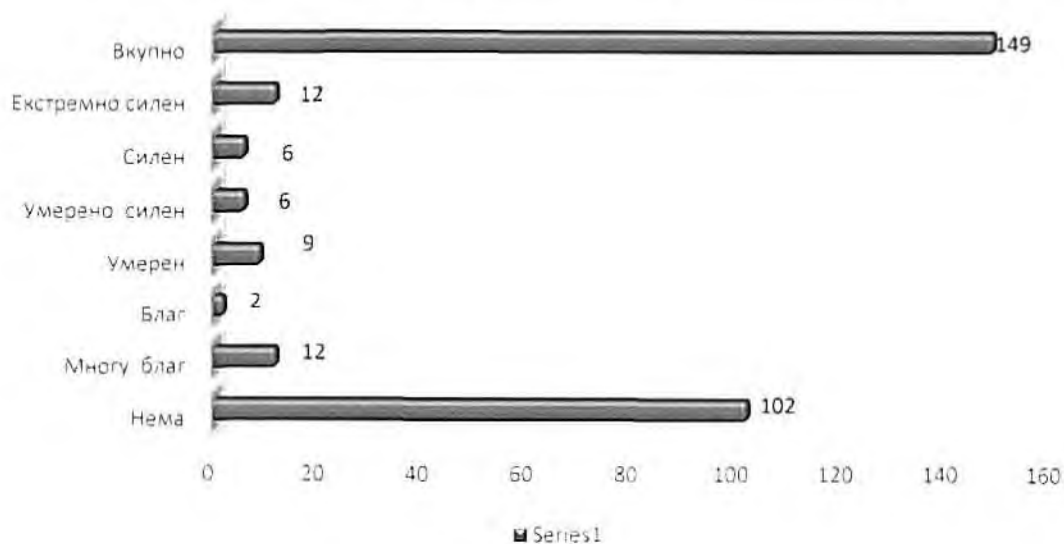


Екстремно силна симптоматологија на ниско ниво на говорен развој (неразвиен вокабулар, малку зборување или никакво или погрешен изговор на зборовите) се регистрира кај 12.1% од испитаниците. 17% отпаѓаат на различни девијации на говорот со различна сила на карактеристиките, од многу блага до силно изразена симптоматологија. Кај 71.1% од испитаниците не се регистрираат девијации на говор.

Тб. 21. Изразеност на симптом – стереотипија (органицитет)

Стереотипија	N	%
Нема	102	68.5
Многу благ	12	8.1
Благ	2	1.3
Умерен	9	6.0
Умерено силен	6	4.0
Силен	6	4.0
Екстремно силен	12	8.1
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптом-стереотипија

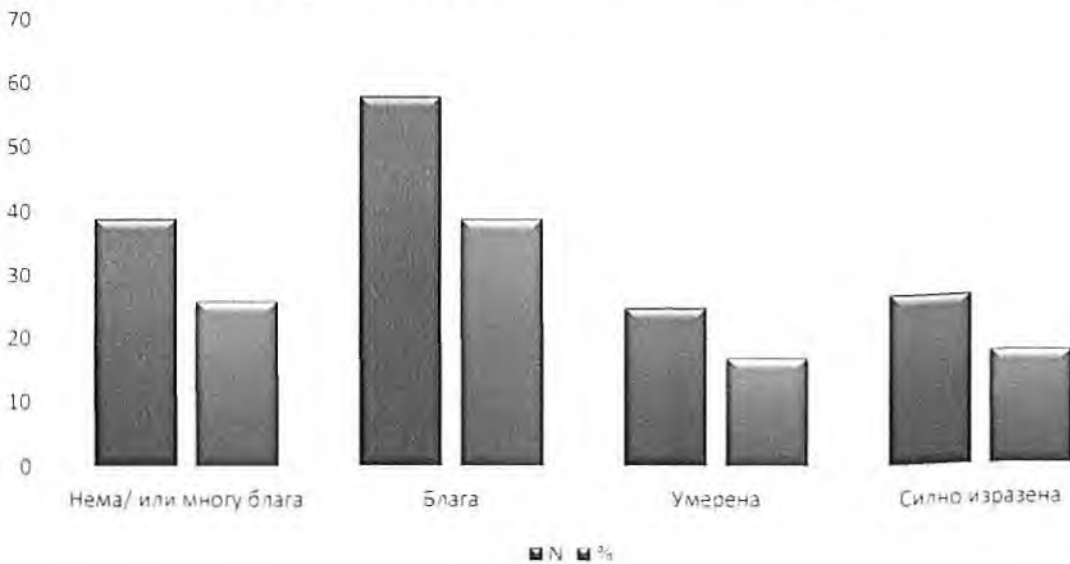


Стереотипијата изразена преку ритмично, повторувачко, маниристично движење или став на телото или поигрување со прстите, се регистрираше кај 8.1% од испитаниците и тоа со екстремно силно изразена симптоматологија. Исто толкав процент (8.1%) имаат благо изразена стереотипија, додека кај 68.5% не се регистрираше воопшто никакво стереотипно однесување.

Тб. 22. Изразеност на симптоматологија

Изразеност на симптоматологија	N	%
Нема/ или многу блага	39	26.2
Блага	58	38.9
Умерена	25	16.8
Силно изразена	27	18.1
Вкупно	149	100.0

Изразеност на симптоматологија



Графикон бр. 6

При проверка преку кратката психијатриска скала за процена на симптоматологијата (табела бр. 22 и графикон бр. 6), се добија следниве процентуални застапености: кај 26.2% од испитаниците не е присутна или присутна во многу мал обем психичката симптоматологија, благо изразена симптоматологија има кај 38.9% од испитаниците, додека кај 16.8% има умерена сила на симптоматологијата. Екстремно силно изразени психички симптоми имаат 18.1% од испитаниците.

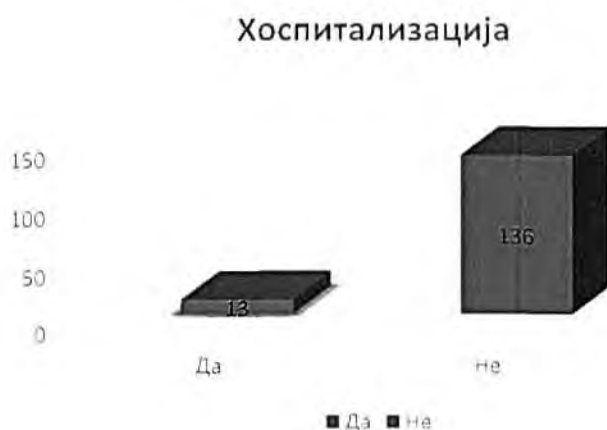
Тб. 23. Време на почеток на растројството

Време на почеток на растројство	N	%
Од раѓање	121	81.2
Во текот на рано детство	28	18.8
Вкупно	149	100.0

Испитувањето покажува дека кај 81.2% од лицата со интелектуална попреченост психичко растројство или растројствата на однесувањето и поведението се нотираат од нивното раѓање (најверојатно во периодот кога се дијагностицираат и останатите интелектуални потешкотии), додека кај само во 18.8% кај лицата со попреченост, психичкото растројство или пореметувањето на однесувањето се нотира во текот на раното детство.

Тб. 24. Реализирана хоспитализација

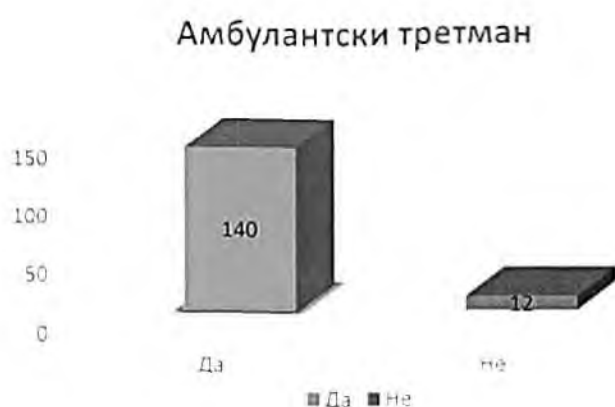
Хоспитализација	N	%
Да	13	8.7
Не	136	91.3
Вкупно	149	100.0



Истражувањето покажува дека во главно индивидуите со интелектуална попреченост кои имаат психичко растројство не се хоспитализираат, а само мал процент се 8.7% се третираат повремено и во хоспитални услови. Меѓутоа во голем процент 94% се во амбулантски третман и 91.9% се под постојан медицински надзор.

Тб. 25. Вклученост во амбулантски третман

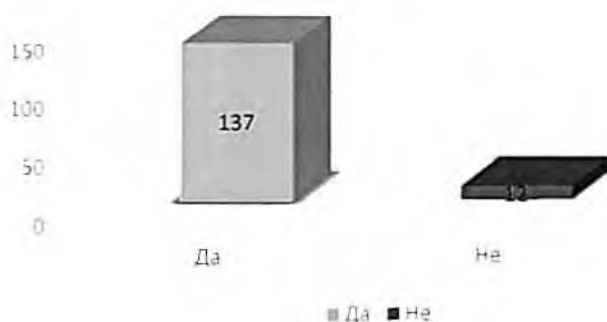
Амбулантски третман	N	%
Да	140	94.0
Не	9	6.0
Вкупно	149	100.0



Тб. 26. Редовен психијатриски надзор

Психијатриски надзор	N	%
Да	137	91.9
Не	12	8.1
Вкупно	149	100.0

Психијатриски надзор

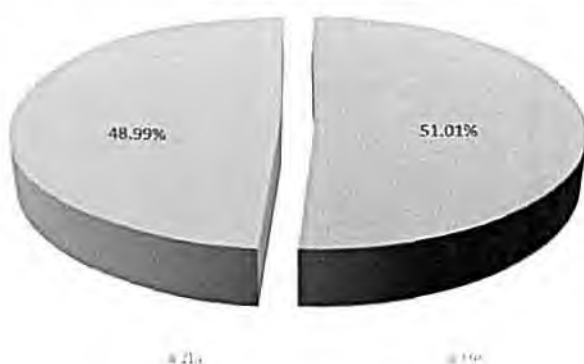


Од табела бр. 25 и 26 се гледа дека 94% од испитаниците во истражувањето т.е. од лицата со интелектуална попреченост кои имаат некаков облик на психичко растројство се вклучени во амбулантен третман и примаат медикаментозна терапија, а 91,9% од нив се под редовен психијатриски надзор.

Во испитуваниот примерок скоро подеднаков број индивидуи покрај интелектуална попреченост/психичко растројство имаат и коморбидитет. И тоа во најголем процент епилепсија (22.8%), потоа аутизам (8.1%) и психоза (6.7%).

- **Приказ на примерокот според застапеност на коморбидни психички растројства**

Приказ на примерокот по според застапеност на коморбидни психички растројства



Графикон бр. 7

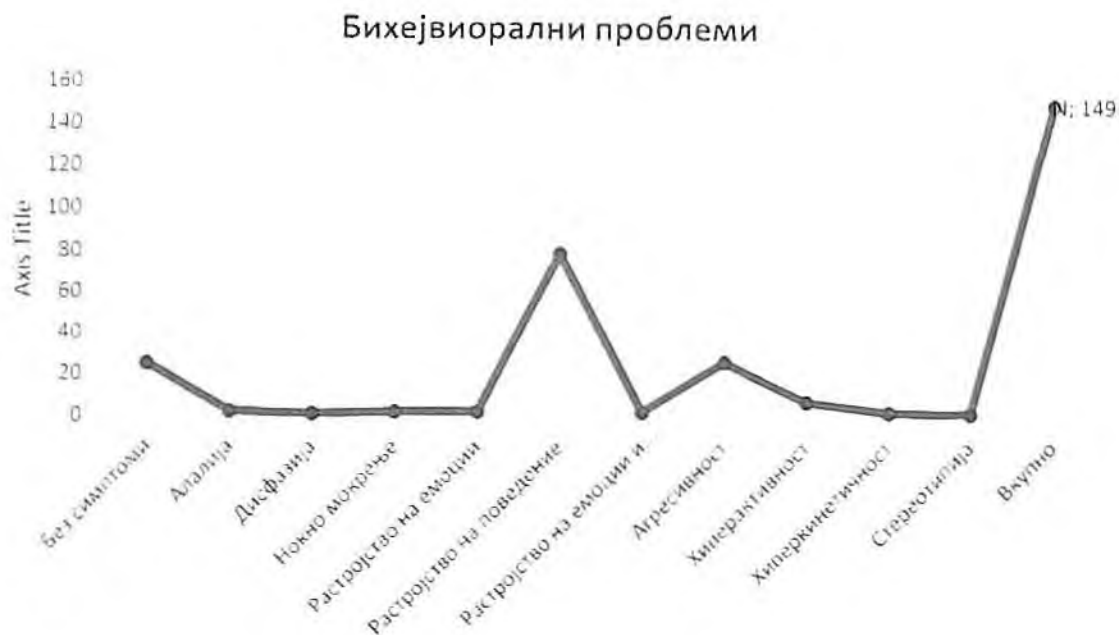
Графикон бр. 7 ја прикажува процентуалната застапеност на лицата кои имаат и некаков облик на коморбидно растројство од 48.99%, наспроти оние кај кои не е регистриран коморбидитет (51.01%).

Тб. 27. Приказ на примерокот според вид на коморбидитет

Вид на коморбидитет	N	%
Без коморбидитет	88	59.1
Церебрална атрофија	1	0.7
Аутизам	12	8.1
Церебрална парализа	2	1.3
Даун синдром	1	0.7
Енцефалопатија	1	0.7
Епилепсија	34	22.8
Психоза	10	6.7
Вкупно	149	100.0

Тб. 28. Приказ на примерокот според бихејвиорални проблеми (потешкотии)

Бихејвиорални проблеми	N	%
Без симптоми	25	16.8
	2	1.3
Дисфазија	1	0.7
Ноќно мокрење	2	1.3
Растројство на емоции	2	1.3
Растројство на поведение	79	53.0
Растројство на емоции и поведение	2	1.3
Агресивност	26	17.4
Хиперактивност	7	4.7
Хиперкинетичност	2	1.3
Стереотипија	1	0.7
Вкупно	149	100.0



Од бихејвиоралните пореметувања кои одаат пропратно со интелектуалната попреченост најчесто индивидуите со интелектуална попреченост имаат растројство во поведението и тоа повеќе од половина примерок 53%, следна симптоматологија која е застапена е агресивноста со 17.4%. Исто така 16.8% проценти од индивидуите со интелектуална попреченост не презентираат бихејвиорални проблеми.

Тб. 29. Приказ на примерокот според степен на интелектуална попреченост

Степен на интелектуална попреченост	N	%
Лесна	33	22.1
Умерена	21	14.1
Тешка	91	61.1
Длабока	4	2.7
Вкупно	149	100.0

Степен на интелектуална попреченост



Испитаниците кои пројавуваат психички и бихејвиорални потешкотии во најголем процент се со степен на тешка интелектуална попреченост (61.1%). Во помал процент се со лесна интелектуална попреченост (22.1%) и умерена интелектуална попреченост (14.1%), а само 2.7% се индивидуи со длабока интелектуална попреченост.

Тб. 30. Поврзаност помеѓу интелектуалната попреченост и појавата на коморбидни состојби

Интелектуална попреченост и коморбидни состојби	Correlation	.415**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	149

Постои позитивна поврзаност на ниво $p < 0.01$ помеѓу степенот на интелектуална попреченост и постоењето на коморбидни состојби, што значи колку е поизразена интелектуалната попреченост толку повеќе има и коморбидитет кај индивидуите.

Тб. 30. Поврзаност помеѓу возраста и појавата на коморбидни состојби и интелектуалната попреченост

		Возраст
Интелектуална попреченост	Correlation	.544**
	Sig.	.000
	N	149
Коморбидитет	Correlation	.320**
	Sig.	.000
	N	149

Постои позитивна поврзаност на ниво $p < 0.01$ помеѓу возраста и степенот на интелектуална попреченост, како и помеѓу возраста и постоењето на коморбидни состојби. Колку се повозрасни испитаниците толку е поизразена интелектуалната попреченост и почесто има и коморбидитет кај нив, што може да се должи на тоа дека помладите индивидуи со понизок степен на интелектуална попреченост не се сместувани во институции.

Тб. 31. Поврзаност помеѓу време на појава на интелектуалната попреченост со појавата на коморбидни состојби и интелектуалната попреченост

		Интелектуална попреченост	Коморбидитет
Време на појава на интелектуалната попреченост	Correlation	-.646**	-.322**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	149	149

Постои негативна поврзаност на ниво $p < 0.01$ помеѓу времето на појава на интелектуалната попреченост и степенот на интелектуална попреченост, како и помеѓу времето на појава на интелектуалната попреченост и постоењето на коморбидни состојби. Колку подоцна се појавува интелектуалната попреченост толку е помалку изразена и поретко има и коморбидитет кај нив.

Тб. 32. Поврзаност помеѓу степен на изразеност на симптоми со коморбидни состојби и интелектуална попреченост

		Степен на изразеност на симптоми
Интелектуална попреченост	Correlation	-.499**
	Sig.	.000
	N	149
Коморбидитет	Correlation	-.434**
	Sig.	.000
	N	149

Постои негативна поврзаност на ниво $p < 0.01$ помеѓу степенот на изразеност на симптоматологија кај испитаниците и степенот на интелектуална попреченост, како и помеѓу степенот на изразеност на симптоматологија кај испитаниците и постоењето на коморбидни состојби. Колку се е понизок степенот на изразеност на симптоматологија кај испитаниците толку е поизразена интелектуалната попреченост и почесто има и коморбидитет кај нив.

Тб. 33. Изразеност на симптоми според интелектуална попреченост

Изразеност на симптоми според интелектуална попреченост		N	%
Нема/многу благи симптоми	ЛИП	4	10.3
	УИП	4	10.3
	ТИП	30	76.9
	ДИП	1	2.6
	Вкупно	39	100.0
Блага симптоматологија	ЛИП	4	6.9
	УИП	5	8.6
	ТИП	46	79.3
	ДИП	3	5.2
	Вкупно	58	100.0
Умерена симптоматологија	ЛИП	11	44.0
	УИП	2	8.0
	ТИП	12	48.0
	Вкупно	25	100.0
Силно изразена симптоматологија	ЛИП	14	51.9
	УИП	10	37.0
	ТИП	3	11.1
	Вкупно	27	100.0

Во најголем процент испитаниците со тешка интелектуална попреченост имаат многу блага, блага и умерено изразена психичка симптоматологија, додека испитаниците со лесна и умерена интелектуална попреченост во поголем процент имаат силно изразена симптоматологија.

Тб. 34. Изразеност на симптоми според коморбидна психичка состојба

Изразеност на симптоми – коморбидитет		N	%
Нема/многу благи симптоми	Да	14	35.9
	Не	25	64.1
	Вкупно	39	100.0
Блага симптоматологија	Да	18	31.0
	Не	40	69.0
	Вкупно	58	100.0
Умерена симптоматологија	Да	20	80.0
	Не	5	20.0
	Вкупно	25	100.0
Силно изразена симптоматологија	Да	24	88.9
	Не	3	11.1
	Вкупно	27	100.0

Кај испитаниците со многу блага симптоматологија во 64.1% нема коморбидна состојба, кај оние со блага симптоматологија во 69% нема коморбидитет. Додека кај 80% од оние со умерена симптоматологија има коморбидитет и во 88.9% од индивидуите со силно изразена симптоматологија има коморбидни состојби.

Тб. 35. Изразеност на симптоми според вид на коморбидна психичка состојба

Изразеност на симптоми – вид на коморбидитет		N	%
Нема/многу благи симптоми	Епилепсија	12	100.0
	Вкупно	12	100.0
	Епилепсија	12	75.5
	Психоза	4	25.0
	Вкупно	16	100.0
Умерена симптоматологија	Аутизам	3	21.4
	Церебрална парализа	1	7.1
	Даун синдром	1	7.1
	Епилепсија	5	35.7
	Психоза	4	28.7
	Вкупно	14	100.0
Силно изразена симптоматологија	Атрофија на мозок	1	5.2
	Аутизам	9	47.4
	Церебрална парализа	1	5.2
	Енцефалопатија	1	5.2
	Епилепсија	5	26.5
	Психоза	2	10.5
	Вкупно	19	100.0

Испитаниците кои имаат епилепсија се индивидуи кои имаат симптоматологија во сите степени на изразеност. Единствено епилепсија се јавува како коморбидитет кај индивидуи со многу благо изразена симптоматологија, додека во 75 % се јавуваат кај оние со благо изразена симптоматологија. Со умерено изразена симптоматологија има 35.7% индивидуи со епилепсија, а во 28.7% од испитаниците како коморбидитет се појавува психоза. Силно изразена симптоматологија оди во коморбидитет кај испитаници со аутизам, додека епилепсијата е застапена во 26.5%, а психозите во 10.5%.

Тб. 36. Изразеност на симптоми според вид на застапеност на бихејвнорални проблеми/потешкотии

Изразеност на симптоми според вид на застапеност на бихејвнорални проблеми		N	%
Нема/многу благи симптоми	Нема	1	2.6
	Агресивност	2	5.1
	Растројство на емоции	1	2.6
	Растројство на поведење	35	89.7
	Вкупно	39	100.0
Блага симптоматологија	Нема	5	8.6
	Агресивност	15	25.9
	Ноќно мокрење	1	1.7
	Хиперактивност	1	1.7
	Растројство на емоции	35	60.3
	Растројство на поведење	1	1.7
	Вкупно	58	100.0
Умерена симптоматологија	Нема	9	36.0
	Агресивност	3	12.0
	Ноќно мокрење	1	4.0
	Хиперактивност	3	12.0
	Хиперкинетичност	2	8.0
	Растројства на поведење	6	24.0
	Стереотипија	1	4.0
Вкупно	25	100.0	
Силно изразена симптоматологија	Нема	10	37.0
	Агресивност	6	22.2
	Алалија	2	7.4
	Дисфазија	1	3.7
	Хиперактивност	3	11.1
	Хиперактивност	1	3.7
	Растројство на поведење	3	11.1
	Растројство на емоции и	1	3.7

	поведение		
	Вкупно	27	100.0

Многу блага симптоматологија има во 89.7% кај испитаниците со растројство во поведението. Блага симптоматологија кај испитаници со растројство во поведението има во 60.3%. Во најголем процент истите бихејвиорални промени ги има и кај испитаниците со умерено блага симптоматологија и тоа во 24%, додека со силно изразена симптоматологија во најголем процент оди кај испитаници со агресивност 22%.

Тб. 37. Социо – економскиот статус и појава на коморбидитет

Социо – економски статус/коморбидитет		N	%
Низок	Да	41	38.3
	Не	66	61.7
	Вкупно	107	100.0
Среден	Да	23	76.7
	Не	7	23.3
	Вкупно	30	100.0
Висок	Да	12	100.0

Кај 41 од испитаниците кои имаат коморбидитет се регистрира и низок социо-економски статус, додека 23 од нив се со среден и 12 со висок социо-економски статус.

Тб. 38. Социо – економскиот статус и вид на коморбидитет

Социо – економски статус/вид на коморбидитет изразеност на симптоми – вид на коморбидитет		N	%
Низок	Нема	75	70.1
	Аутизам	2	1.9
	Церебрална парализа	2	1.9
	Епилепсија	22	20.6
	Психоза	6	5.6
	Вкупно	107	100.0
Среден	Нема	11	36.7
	Атрофија на мозок	1	3.3
	Аутизам	3	10.0
	Даун синдром	1	3.3
	Енцефалопатија	1	3.3
	Епилепсија	10	33.3
	Психоза	3	10.0
	Вкупно	30	100.0
Висок	Нема	2	16.7
	Аутизам	7	58.3
	Епилепсија	2	16.7
	Психоза	1	8.3
	Вкупно	12	100.0

Во категорија со низок социо – економски статус, коморбидитет како дијагноза кој најчесто се појавува е епилепсија, а потоа психоза. Епилепсија, психоза и аутизам се исто така најчести и кај испитаниците со среден социо – економски статус, а аутизам и епилепсија кај испитаници со висок социо – економски статус.

Тб. 39. Социо – економскиот статус и бихејвнорални потешкотии

Социо – економски статус/ бихејвнорални потешкотии		N	%
Низок	Нема	10	9.3
	Агресивност	17	15.9
	Алалија	1	0.9
	Дисфазија	1	0.9
	Нокно мокрење	2	1.9
	Хиперактивност	3	2.8
	Хиперкинетичност	2	1.9
	Растројство на емоции	2	1.9
	Растројство на поведение	67	62.6
	Растројство на поведение и емоции	1	0.9
	Стереотипија	1	0.9
	Вкупно	107	100.0
Среден	Нема	10	33.3
	Агресивност	8	26.7
	Алалија	1	3.3
	Хиперактивност	1	3.3
	Растројство на поведението	10	33.3
	Вкупно	30	100.0
Висок	Нема	5	41.7
	Агресивност	1	8.3
	Хиперактивност	3	25.0
	Растројство на поведението	2	16.7
	Растројство на поведението и емоциите	1	8.3
	Вкупно	12	100.0

Од испитаниците со низок социо – економски статус 62.6% имаат растројство на поведението, а 15.9% имаат агресивно однесување. Кај оние со среден социо – економски статус 33.3% од испитаниците имаат растројство на поведението, додека

26.7% се со агресивност. Најголем процент кај испитаниците со висок социо – економски статус имаат хиперактивност како симптоматологија (25%), додека 16.7% од испитаниците со висок социо – економски статус имаат растројство на поведението.

Тб. 40. Социо – економски статус и интелектуална попреченост

Социо – економски статус/интелектуална попреченост/психички растројства		N	%
Низок	ЛИП	15	14.0
	УИП	8	7.5
	ТИП	80	74.8
	ДИП	4	3.7
	Вкупно	107	100.0
Среден	ЛИП	10	33.3
	УИП	10	33.3
	ТИП	10	33.3
	Вкупно	30	100.0
Висок	ЛИП	8	66.7
	УИП	3	25.0
	ТИП	1	8.3
	Вкупно	12	100.0

Во категоријата испитаници со низок социо – економски статус 74.8% се со тешка интелектуална попреченост. Во категоријата со среден социо – економски статус има подеднаква распределба на испитаниците според интелектуалната попреченост, додека во категоријата со висок социо – економски статус 66.7% од испитаниците се со лесна интелектуална попреченост.

Тб. 41. Пол и степен на интелектуална попреченост/психички растројства

Пол/интелектуална попреченост/психички растројства		N	%
Машки	ЛИП	27	27.3
	УИП	15	15.2
	ТИП	56	56.6
	ДИП	1	1.0
	Вкупно	99	100.0
Женски	ЛИП	6	12.0
	УИП	6	12.0
	ТИП	35	70.0
	ДИП	3	6.0
	Вкупно	50	100.0

И кај машките (56.6%) и кај женските (70%) испитаници најголема застапеност на психичките растројства има во категоријата на тешка интелектуална попреченост.

Тб. 42. Пол и појава на коморбидитет

Пол/коморбидитет		N	%
Машки	Да	55	55.6
	Не	44	44.4
	Вкупно	99	100.0
Женски	Да	21	42.0
	Не	29	58.0
	Вкупно	50	100.0

Појавата на коморбидитет не се разликува значајно кај машките и женските испитаници и скоро во ист процент е распределбата по пол дали има или не коморбидитет. Кај машките во 55.6% се појавува коморбидитет, додека кај женските во 42%.

Тб. 43. Пол и вид на коморбидитет

Пол/вид на коморбидитет		N	%
Машки	Нема	55	55.6
	Атрофија на мозок	1	1.0
	Аутизам	10	10.1
	Церебрална парализа	2	2.0
	Даун синдром	1	1.0
	Енцефалопатија	1	1.0
	Епилепсија	25	25.3
	Психоза	4	4.0
	Вкупно	99	100.0
Женски	Нема	33	66.0
	Аутизам	2	4.0
	Епилепсија	9	18.0
	Психоза	6	12.0
	Вкупно	50	100.0

Кај машките испитаници во најголем процент се јавува епилепсијата како коморбидитет на интелектуалната попреченост и тоа во 25.3%, а аутизам во 10.1%, додека кај женските епилепсија во 18% и психоза во 12%.

Тб. 44. Пол и бихејвнорални пореметувања

Пол – бихејвнорални пореметувања		N	%
Машки	Нема	17	17.2
	Агресивност	18	18.2
	Алалија	2	2.0
	Нокно мокрење	2	2.0
	Хиперактивност	6	6.1
	Хиперкинетичност	2	2.0
	Растројство на емоции	1	1.0
	Растројство на поведење	49	49.5
	Растројство на емоции и поведење	2	2.0
	Вкупно	99	100.0
Женски	Нема	8	16.0
	Агресивност	8	16.0
	Дисфазија	1	2.0
	Хиперактивност	1	2.0
	Растројство на емоции	1	2.0
	Растројство на поведење	30	60.0
	Стереотипија	1	2.0
	Вкупно	50	100.0

И кај машките и кај женските испитаници со интелектуална попреченост во најголем процент се појавува растројство во поведението (49.5% машки и 60% женски), а потоа агресивноста (18.2% машки и 16% женски) како симптом.

Тб. 45. Возраст и интелектуална попреченост

Возраст/интелектуална попреченост		N	%
Деца	ЛИП	8	57.1
	УИП	2	14.3
	ТИП	4	28.6
	Вкупно	14	100.0
Рана адолесценција	ЛИП	10	62.5
	УИП	3	18.8
	ТИП	3	18.8
	Вкупно	16	100.0
Средна адолесценција	ЛИП	9	64.3
	УИП	1	7.1
	ТИП	4	28.6
	Вкупно	14	100.0
Доцна адолесценција	ЛИП	3	20.0
	УИП	5	33.3
	ТИП	7	46.7
	Вкупно	15	100.0
Млади возрасни	УИП	5	22.7
	ТИП	15	68.2
	ДИП	2	9.1
	Вкупно	22	100.0
Возрасни	ЛИП	2	6.3
	УИП	2	6.3
	ТИП	27	84.4
	ДИП	1	3.1
	Вкупно	32	100.0
Зрели возрасни	ЛИП	1	3.1
	УИП	3	9.4
	ТИП	27	84.4
	ДИП	1	3.1
	Вкупно	32	100.0

Стари лица	ТИП	4	100.0
------------	-----	---	-------

Кај децата најчеста категорија на интелектуална попреченост е лесна интелектуална попреченост и тоа во 57.1%, исто и кај адолесцентите во рана (62.5%) и средна адолесценција (64.3%). Во сите други возрасни категории најголем процент се испитаници со тешка интелектуална попреченост и тоа кај индивидуи во доцна адолесценција 46.7%, кај млади возрасни 68.2%, возрасни 84.4%, зрели возрасни 84.4% и кај стари лица исклучително е застапена категоријата на тешка интелектуална попреченост (100%).

Тб. 46. Возраст и коморбидитет

Возраст – категории/коморбидитет		N	%
Деца	Да	8	57.1
	Не	6	42.9
	Вкупно	14	100.0
Рана адолесценција	Да	14	87.5
	Не	2	12.5
	Вкупно	16	100.0
Средна адолесценција	Да	11	78.6
	Не	3	21.4
	Вкупно	14	100.0
Доцна адолесценција	Да	11	73.3
	Не	4	26.7
	Вкупно	15	100.0
Млади возрасни	Да	8	36.4
	Не	14	63.6
	Вкупно	22	100.0
Возрасни	Да	15	46.9
	Не	17	53.1
	Вкупно	32	100.0
Зрели возрасни	Да	7	21.9

	Не	25	78.1
	Вкупно	32	100.0
Стари лица	Да	2	50.0
	Не	2	50.0
	Вкупно	4	100.0

Појавата на коморбидитет е почеста кај децата со 57.1%, рана адолесценција 87.5%, средна адолесценција 78.5%, доцна адолесценција со 73.3%. Почесто нема коморбидна состојба кај млади возрасни 63.6%, возрасни 53.1%, зрели возрасни 78.1%. Кај старите индивидуи подеднаков е процентот на оние кај кои е присутен и отсутен коморбидитет.

Тб. 47. Возраст и вид на коморбидитет

Возраст – вид на коморбидитет		N	%
Деца	Нема	6	42.9
	Аутизам	6	42.9
	Епилепсија	1	7.1
	Психоза	1	7.1
	Вкупно	14	100.0
Рана адолесценција	Нема	6	37.5
	Аутизам	4	25.0
	Церебрална парализа	2	12.5
	Епилепсија	3	18.8
	Психоза	1	6.3
	Вкупно	16	100.0
Средна адолесценција	Нема	9	64.3
	Аутизам	1	7.1
	Епилепсија	3	21.4
	Психоза	1	7.1
	Вкупно	14	100.0
Доцна	Нема	5	33.3

адолесценција	Атрофија на мозок	1	6.7
	Аутизам	1	6.7
	Даун синдром	1	6.7
	Енцефалопатија	1	6.7
	Епилепсија	5	33.3
	Психоза	1	6.7
	Вкупно	15	100.0
Млади возрасни	Нема	15	68.2
	Епилепсија	5	22.7
	Психоза	2	9.1
	Вкупно	22	100.0
Возрасни	Нема	17	53.1
	Епилепсија	11	34.4
	Психоза	4	12.5
	Вкупно	32	100.0
Зрели возрасни	Нема	27	84.4
	Епилепсија	5	15.6
	Вкупно	32	100.0
Стари лица	Нема	3	75.0
	Епилепсија	1	25.0
	Вкупно	4	100.0

Кај децата најчесто застапена коморбидна состојба е аутизмот и тоа во 42.9%, која во раната адолесценција како коморбидна состојба е во 25%. Во сите наредни возрасти епилепсијата е најзастапена коморбидна состојба покрај интелектуалната попреченост, во средна адолесценција со 21.4%, во доцна адолесценција со 33.3%, кај млади возрасни е во 68.2%, возрасни во 34.4%, кај зрели возрасни 15.6% и кај стари индивидуи во 25%.

Тб. 48. Возраст и бихејвнорални потешкотии

Возраст – бихејвнорални потешкотии		N	%
Деца	Нема	8	57.1
	Агресивност	1	7.1
	Хиперактивност	3	21.4
	Растројство на поведеие	2	14.3
	Вкупно	14	100.0
Рана адоlescенција	Нема	5	31.3
	Агресивност	1	6.3
	Алалија	2	12.5
	Дисфазија	1	6.3
	Хиперактивност	1	6.3
	Хиперкинетичност	1	6.3
	Растројство на емоции	1	6.3
	Растројство на поведеие	3	18.8
	Стереотипија	1	6.3
	Вкупно	16	100.0
Средна адоlescенција	Нема	4	28.6
	Агресивност	3	21.4
	Ноќно мокрење	1	7.1
	Хиперактивност	1	7.1
	Растројство на емоции	1	7.1
	Растројство на поведеие	2	14.3
	Растројство на поведеие и емоции	2	14.3
	Вкупно	14	100.0
Доцна адоlescенција	Нема	2	13.3
	Агресивност	6	40.0
	Ноќно мокрење	1	6.7
	Хиперактивност	1	6.7
	Растројство на поведеие	5	33.3
	Вкупно	15	100.0
Млади возрасни	Нема	2	9.1

	Агресивност	6	27.3
	Хиперкинетичност	1	4.5
	Растројство на поведење	13	59.1
	Вкупно	22	100.0
Возрасни	Нема	4	12.5
	Агресивност	6	18.8
	Хиперактивност	1	3.1
	Растројство на поведење	21	65.6
	Вкупно	32	100.0
Зрели возрасни	Агресивност	3	9.4
	Растројство на поведење	29	90.6
	Вкупно	32	100.0
Стари лица	Растројство на поведење	4	100.0

Како пропратни бихејвиорални потешкотии кај децата со интелектуална попреченост најчесто се појавува хиперактивноста и тоа во 21.4%. во текот на раната адолесценција е растројство во поведението во 18.8%, средна адолесценција најчеста е агресивноста во 21.4%, во доцна адолесценција агресивноста е во 40% и растројство во поведението 33.3%. Кај млади возрасни трендот е ист, со тоа што растројството на поведење е застапено во 59.1%, а агресивноста во 27.3%. Кај возрасните агресивноста е исто така најчеста и тоа во 65.5%, а растројството во поведење следи со 18.8%. Кај зрели возрасни и стари индивидуи најчесто застапено е растројството во поведење и тоа 90.6% и 100% соодветно.

Тб. 49. Етничка припадност и интелектуална попреченост

Етничка припадност – интелектуална попреченост		N	%
Македонска	ЛИП	23	20.5
	УИП	13	11.6
	ТИП	72	64.3
	ДИП	4	3.6
	Вкупно	112	100.0
Албанска	ЛИП	4	25.0
	УИП	2	12.5
	ТИП	10	62.5
	Вкупно	16	100.0
Ромска	ЛИП	3	20.0
	УИП	5	33.3
	ТИП	7	46.7
	Вкупно	15	100.0
Босанска	ЛИП	3	60.0
	УИП	1	20.0
	ТИП	1	20.0
	Вкупно	5	100.0
Српска	ТИП	1	100.0

Според етничката припадност, во македонската националност најголем процент има индивидуи со тешка интелектуална попреченост и тоа во 64.3%, што е слично со албанската националност и тоа во 62.5%. Во ромската националност исто така има најмногу индивидуи со тешка интелектуална попреченост, 46.7%. Од српската националност има само една индивидуа, што прави да тешката интелектуална попреченост во таа националност е присутна во 100%. Од босанска националност најголем процент има во категоријата на лесна интелектуална попреченост и тоа во 60%.

Тб. 50. Етничка припадност и коморбидитет

Етничка припадност – интелектуална попреченост		N	%
Македонска	Да	57	50.9
	Не	55	49.1
	Вкупно	112	100.0
Албанска	Да	7	43.8
	Не	9	56.3
	Вкупно	16	100.0
Ромска	Да	10	66.7
	Не	5	33.3
	Вкупно	15	100.0
Босанска	Да	2	40.0
	Не	3	60.0
	Вкупно	5	100.0
Српска	Не	1	100.0

Појавата на коморбидите разгледана преку етничката припадност, покажува дека во македонската националност коморбидни состојби заедно со интелектуалната попреченост се појавуваат во 49.1%, додека во албанската во 43.8%, ромската 33.3%, босанската во 60%. Од српска националност има еден испитаник кој нема коморбидна состојба, што значи дека е во 100%.

Тб. 51. Етницитет и вид на коморбидитет

Етницитет – вид на коморбидитет		N	%
Македонски	Нема	67	59.8
	Аутизам	10	8.9
	Енцефалопатија	1	0.9
	Епилепсија	27	24.1
	Психоза	7	6.3
	Вкупно	112	100.0
Албански	Нема	9	56.3
	Атрофија на мозок	1	6.3
	Аутизам	1	6.3
	Церебрална парализа	1	6.3
	Даун синдром	1	6.3
	Епилепсија	2	12.5
	Психоза	1	6.3
	Вкупно	16	100.0
Ромски	Нема	8	53.3
	Церебрална парализа	1	6.7
	Епилепсија	5	33.3
	Психоза	1	6.7
	Вкупно	15	100.0
Босански	Нема	3	60.0
	Аутизам	1	20.0
	Психоза	1	20.0
	Вкупно	5	100.0
Српски	Нема	1	100.0

Кај македонците со интелектуална попреченост најчесто се јавува епилепсија како коморбидна состојба и тоа во 24.1%, што е ист тренд и кај албанците 12.5% и ромите во 33.3%. Кај босанците најчесто се јавуваат психозите и аутизмот како коморбидни состојби и двете во 20%.

Тб. 52. Етничка припадност и бихејвиорални потешкотии

Етницитет – бихејвиорални потешкотии		N	%
Македонски	Нема	18	16.1
	Агресивност	16	14.3
	Алалија	1	0.9
	Дисфазија	1	0.9
	Нокно мокрење	1	0.9
	Хиперактивност	5	4.5
	Растројство на емоции	1	0.9
	Растројство на поведење	67	59.8
	Растројство на емоции и поведење	1	0.9
	Стереотипија	1	0.9
	Вкупно	112	100.0
Албански	Нема	2	12.5
	Агресивност	6	37.5
	Нокно мокрење	1	6.3
	Хиперактивност	1	6.3
	Хиперкинетичност	1	6.3
	Растројство на поведење	5	31.3
	Вкупно	16	100.0
Ромски	Нема	1	6.7
	Агресивност	4	26.7
	Алалија	1	6.7
	Хиперактивност	1	6.7
	Растројство на емоции	1	6.7
	Растројство на поведење	6	40.0
	Растројство на поведење и емоции	1	6.7
	Вкупно	15	100.0
Босански	Нема	4	80.0
	Хиперкинетичност	1	20.0
	Вкупно	5	100.0
	Растројство на поведење	1	100.0

Кај македонците најчесто се појавува растројство во поведението (59.8%) и агресивност во 14.3%. Кај албанците агресивноста е застапена во поголем процент 37.5%, додека растројството во поведение во помала мера во 31.3%. Сличен е трендот и кај ромската популација каде растројството во поведение е застапено во 40%, а агресивноста во 26.7%. Кај босанците со интелектуална попреченост од 5 испитаници има еден испитаник со хиперактивност и кај србите кои во истажувањето се вклучени со еден испитаник, тој еден испитаник е со растројство на поведението.

Тб. 53. Значајност на разлики помеѓу појава на коморбидни состојби во зависност од степенот на интелектуална попреченост

	N	%
коморбидитет * интелектуална попреченост	11.721	.000**

Тестот на значајност на разлики покажува дека во зависност од степенот на интелектуалната попреченост се појавуваат разлики во коморбидните состојби и тоа на ниво $p < 0.01$.

Тб. 54. Значајност на разлики во степенот на интелектуална попреченост според полот, возраст, етничка припадност и социо – економски статус

	N	Sig.
Пол * интелектуална попреченост	2.669	.050*
Возраст * интелектуална попреченост	21.739	.000**
Етничка припадност * интелектуална попреченост	1.780	.154
Социо – економски статус * интелектуална попреченост	16.229	.000**

Разликите во појава и степен на изразеност на интелектуалната попреченост според пол се значајни на ниво $p < 0.05$, додека според возраста се значајни на ниво $p < 0.01$. Според етничката припадност не се следат разлики во степенот на интелектуалната попреченост. Во зависност од социо – економскиот статус разликите во степенот на интелектуална попреченост кај испитаниците е значајна на ниво $p < 0.01$.

Тб. 55. Значајност на разлики во степенот на интелектуална попреченост според времето на појавување на интелектуалната попреченост, реализирана хоспитализација, амбулантски третман и редовен психијатриски надзор

	N	Sig.
Време на појава на растројство * интелектуална попреченост	36.839	.000**
Хоспитализација* интелектуална попреченост	11.776	.000**
Амбулантен третман * интелектуална попреченост	9.645	.000**
Редовен надзор* интелектуална попреченост	12.411	.000**

Сите тестирани разлики во степенот на интелектуална попреченост во зависност од времето на појава на растројството, реализираната или не хоспитализација, вклученост или не во амбулантски третман како и постојан или не психијатриски надзор се значајни на ниво $p < 0.01$.

Тб. 56. Значајност на разлики во степенот на интелектуална попреченост според степен на изразеност на симптоматологија

	N	Sig
Степен на изразеност на симптоматологија * интелектуална попреченост	17.935	.000**

Постојат значајни разлики на ниво $p < 0.01$ помеѓу групите со различен степен на изразеност на симптоматологија во однос на степенот на изразеност на интелектуалната попреченост.

Тб. 57. Значајност на разлики во појава на коморбидни состојби според степен на изразеност на симптоматологија

	N	Sig
Степен на изразеност на симптоматологија * коморбидитет	36.011	.000**

Постојат значајни разлики на ниво $p < 0.01$ во појава на коморбидни состојби во зависност од степенот на изразеност на интелектуалната попреченост.

Тб. 58. Значајност на разлики во појава на коморбидни состојби според пол, возраст, социо – економски статус и етничка припадност

	N	Sig
Пол * коморбидитет	2.450	.120
Возраст * коморбидитет	19.424	.000**
Етничка припадност * коморбидитет	.001	.977
Социо – економски статус * коморбидитет	30.965	.000**

Постојат значајни разлики на ниво $p < 0.01$ помеѓу возрастните групи во однос на појава на коморбидни состојби, како и помеѓу групите со различен социо – економски статус во однос на појава на коморбидни состојби. Не се следат разлики според пол и етничка припадност во однос на појава на коморбидни состојби.

IV. ДИСКУСИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ/ споредба со други истражувања

Анализата направена од достапните за ова истражување индивидуални досиеја на испитаниците опфати 725 лица од кои 149 беа лица кои покрај интелектуалната попреченост имаат некој облик на психијатриско растројство или пореметување на однесувањето. Изразено во процентуална застапеност стапката во нашето истражување изнесува 20.55%. Трпчевска Л. (2014), кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, ученици во основните и средното училиште за лица со посебни потреби од Скопје, во своето истражување добила процент од 39.4% на испитаници кои покрај интелектуалната попреченост имаат некаков облик на ментално растројство. Сличен процент од 40% добиле Ајнфилд и Тонг (2000), во својата епидемиолошка студија за преваленцијата на психопатологија кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост, која пак кај Емерсон во својата студија од 2003 година изнесува 39%. Можната дискрепанца помеѓу нашата и останатите релевантни студии би била во различните критериуми за вклученост во дијагнозата на психичките и растројствата на однесувањето кај лицата со интелектуална попреченост.

Во нашата студија 2/3 беа лица од машкиот пол, а 1/3 лица од женски пол што ја прави застапеноста во сооднос 2:1 за машкиот пол.

Според возрастните групи во најмал процент присутни се стари лица, додека групите на деца и адолесценти со интелектуална попреченост/психички растројства се застапени во иста мерка во примерокот на испитувани индивидуи. Најголем процент има возрасни индивидуи и тоа во сите групи: млади возрасни, возрасни и зрели возрасни лица. Веројатно ова е поради тоа што децата сеуште не се во толкав број сместени во установи, нивните родители имаат повеќе капацитети да се грижат за нив, додека со годините како децата стануваат возрасни, а нивните родители стареат, се повеќе се згрижуваат во установите за посебна грижа и нега. Во оваа студија ова се должи исто така на фактот што најголемиот примерок на испитаници со психички и растројства на однесувањето, го добивме од специјалниот завод во Демир Хисар (n=101), каде и процентуално се најзастапени возрасните лица во сите категории. Ајнфилд и Тонг (1996), добиле податок во својата студија дека возраста не влијае врз преваленцијата на психичките растројства и пореметувањата на однесувањето.

Ако социо – економскиот статус го поврзуваме со ниското образовно ниво на семејствата на лицата со интелектуална попреченост, финансиската конструкција на семејниот буџет како и структурата и целовитоста на истото, во ова истражување добивме податоци дека во околу 2/3 (72%) од испитаниците припаѓаат на ниските општествени слоеви. Ова може да се должи и на претпоставката дека семејствата од средниот, а посебно од високиот економски статус, се во можност да обезбедат и други облици на грижа и нега за своите членови со интелектуална попреченост. При собирањето на овој тип на податоци постојат големи недоследности во однос на точноста на информациите од причина што истите не се доследно запишани во досиејата на учениците/штитениците. Половични податоци од видот: колку членови брои потесното семејство, каков е образовниот статус на родителите, браќата или сестрите, дали живеат заедно, колкави е вкупниот домашен финансиски прилив и сл. ги добивавме делумно од социјалната анамнеза од наставниците и воспитувачите и не сметаме дека се доволно валиден податок за официјално презентирање. Во начело, може да се заклучи дека околу 60 – 70% од семејствата се со средно образование или помалку, голем е бројот на социјално загрозените и помалку образованите семејства кои во борбата со егзистенцијалните животни проблеми не се во можност да развијат капацитети и вештини за справување со своите членови со интелектуална попреченост/психички растројства, не можат/немаат услови во целост да ги разберат потребите на истите и не ги реализираат здравствените препораки. Емерсон и Хатон во својата студија од 2007 година дошле до сознанија дека асоцијациите помеѓу полот, возраста и социјалните варијабли кај испитаниците во однос на трите најчести категории на психијатриски растројства (на емоциите, однесувањето и хиперкинетичките пореметувања), воопштено не покажуваат значајни отстапки кај децата со интелектуална попреченост во однос на децата без интелектуална попреченост. Психијатриските пореметувања како и епилепсијата, во студијата на Лакан од 2013 година, не се регистрираат со повисока преваленција кај сиромашните деца од руралните предели на Индија, во споредба со нивните финансиски подобро ситуирани градски вршници. За разлика од тие категории, преваленцијата на бихевиоралните пореметувања и енурезата, покажува зголемување кај децата со низок социјален и економски статус. Во нашето истражување ноќното мокрење иако беше регистрирано, не носи сигнификантни карактеристики кои би можеле да се однесуваат на одредена група и покрај присутноста кај мал број на лица до доцна адолесценција.

Според етничката припадност на заедниците во Р. Македонија, најголем дел (75%) од примерокот е сочинет од македонци. На албанската и ромската етничка заедница припаѓаат околу 10% од испитаниците, па следува босанската и српската националност. Застапеноста на македонците е поголема, кај албанското население има намален тренд на згрижување на своите членови на семејството со интелектуална попреченост/психички/бихејвиорални растројства во институциите (овде посебно го издвојуваме заводот во Демир Капија), додека кај ромското население се следи непропорционално зголемен тренд на згрижување на лицата со посебни потреби во сооднос со нивната застапеност во општата популација на Р. Македонија.

Најголем процент на лица со психички потешкотии и пореметувања на однесувањето во истражуваниот примерок 61.1% или $n=91$, зафаќаат испитаниците кои имаат тешка интелектуална попреченост. Следуваат лицата со лесна интелектуална попреченост со 22.1% или $n=33$, умерена интелектуална попреченост со 14.1% или $n=2$, а 2.7% или $n=4$ се лица со длабока интелектуална попреченост. И кај машките и кај женските испитаници психичката симптоматологија и промените во однесувањето најчесто се јавуваат во тешката интелектуална попреченост. Ајнфилд и Тонг (1996) во својата студија покажуваат дека полот не влијае врз преваленцијата на психичките растројства и пореметувањата на однесувањето.

Коморбидните психички растројства кои ја усложнуваат интелектуалната попреченост се доста чести и се голем проблем во јавното здравје. Иако за овие растројства се знае дека почнуваат во раното детство, малку е познато како тие еволуираат со тек на време и дали продолжуваат во возрасниот период. (Stewart L. Einfeld et al., 2008). Појавата на коморбидитетот не зависи од полот: и кај машките и кај женските испитаници распределбата на коморбидитетите е скоро подеднакво застапена (со извесна процентуална предност кај мажите). Во нашето испитување кај машкиот дел од испитаниците најчесто се јавува епилепсија, а потоа аутизам, додека кај женскиот дел се јавува епилепсија и некаков облик на психотично растројство. И кај машките и кај женските лица се јавува растројство на поведението со агресивност како најфреквентен симптом. Кај машката популација од примерокот се јавува растројство на однесувањето во половина од примерокот, додека кај женската популација се јавува во повеќе од половината.

Кај децата и кај адолесцентите од рана и средна адолесценција од испитуваниот примерок, најчеста категорија е лесна интелектуална попреченост. Во сите други возрастни категории најчест е степенот на тешка интелектуална попреченост. Ова корелира со поделеноста на испитаниците по возрастни групи и типот на установата, од една страна децата и адолесцентите кои беа испитувани во основните и средните училишта за деца со посебни потреби, а од друга страна се останатите возрастни групи кои беа испитувани, а беа сместени во двата заводи, за рехабилитација на деца и младинци (Топанско поле) и специјалниот завод во Демир Капија.

Појавата на коморбидитет е почеста кај децата и адолесцентите во сите фази. Кај трите фази на возрастни, кои воедно во таа доба се во својот максимален здравствен и физички потенцијал, има помала појава на коморбидитет. Кај старите лица има еднаква распределеност. Најчеста е епилексијата, па аутистичкиот спектар, па психозата. Кај децата со психички и бихејвиорални пореметувања најчесто е присутна аутистичната симптоматологија која опаѓа колку се оди кон адолесценцијата и возрастните категории. Во сите други возрасти најзастапена е епилексијата која својот максимум по честота го има во времето на млади возрастни испитаници.

Агресивноста како симптом е скоро подеднаква кај мажите и жените. Иако малкуте студии кои ја опишуваат агресивноста како најкарактеристичен екстернализирачки симптом на промените на однесувањето не нашле разлика во полот. Тенпеј и Коот во 2008 година и Sjgafoos и сор. во 1994 година во своите студии добиле резултат на зголемена преваленција кај машкиот пол (64%). Различните студии исто така опишуваат различни видови на агресивност (физичка/вербална; авто/хетеро) кои се јавуваат со различна преваленција кај машкиот или женскиот пол, но не поголема од +, - 10% застапеност. Во основа сумирањето на истражувањата дава податок за благо застранување кон машкиот пол и тоа кон надвор – насочен, екстернализирачки тип на агресивност. Агресивноста како најчест бихејвиорален симптом најзастапена е кај испитаниците кои доживуваат најголема сила на психичката симптоматологија. McClintock et al., (2003), анализирале 86 потенцијални студии за промените на однесувањето, видот и нивната сила на симптоматологијата. Резултатите индицирале дека лицата од машки пол покажуваат сигнификантно поголема агресивност од лицата од женски пол и дека лицата со подлабоки степени на интелектуална попреченост покажуваат самоповредувачко однесување и стереотипија во однос на индивидуите со полесни степени на попреченост. Освен тоа, лицата со

аутистичен спектар на растројства имаат зголемена преваленција на самоповредување, агресивност и импулсивно однесување, додека пак оние лица кои имаат потешкотии со рецептивната и експресивната комуникација се склони повеќе кон самоповредување.

Во нашата студија нивото на интелектуалната попреченост ја детерминира појавата на коморбидитети. Постои високо фреквентна позитивна поврзаност помеѓу степенот на попреченоста и појавувањето и перзистирањето на коморбидитетите. (колку е поизразена интелектуалната попреченост, толку се порано манифестни и почести коморбидитетите и траат подолго). Lakhan (2013), во својата студија сугерира дека преваленцијата на психијатриските растројства е повисока кај потешките облици на интелектуална попреченост. (IQ пониска од 49, отколку кај деца со повисоки вредности на IQ од 50).

Постои високо фреквентна позитивна поврзаност помеѓу возраста и степенот на интелектуалната попреченост. Кај повозрасните испитаници има поизразено ниво на попреченост. Возраста исто така позитивно корелира со коморбидитетите, односно колку се повозрасни испитаниците, толку почесто има коморбидитет и толку е поизразена интелектуалната попреченост. Ова може да се должи на фактот дека помладите индивидуи со понизок степен на интелектуална попреченост не се сместувани во институции или пак заради се' почестите соматски заболувања на испитаниците со тек на годините. Постојат многубројни релевантни податоци кои укажуваат за појава на невротична симптоматологија (афективни и анксиозни растројства, потешкотии во прилагодувањето итн.) кои се јавуваат како пропратно растројство на одредени твр. „соматски“ заболувања; дијабетот, акутниот миокарден инфаркт, хроничната коскено – мускулна болка и сл. се само дел од нив.

Колку подоцна во развојниот период се појавува интелектуална попреченост, толку истата е помалку изразена и можноста за придружни растројства е помала.

Колку е поизразена интелектуалната попреченост, толку има поголем ризик за коморбидитети, но е помал степенот на способност за изразување на психичката симптоматологија. Изразеноста на психичката симптоматологија според степенот на попреченост покажа дека испитаниците со лесна и умерена интелектуална попреченост имаат силно изразена симптоматологија во поголем процент, додека кај испитаниците со тешка попреченост најчесто се регистрира многу блага, блага и умерена сила на симптомите. Тоа, од психијатриска гледна точка може да се набљудува како присутна

способност за критичност и разбирање на индивидуата за состојбата во која се наоѓа. Ова се однесува за лицата со повисоки нивоа на интелигенција и повисоко целокупно (социјално, семејно и работно) функционирање. Ајнфилд и сор. во својата студија добиле еднаква распределеност на силната на психичката симптоматологија во сите степени на интелектуалната попреченост, иако со тек на време психопатологијата се зголемила кај машките деца и повеќе кај тие со лесна и умерена интелектуална попреченост, споредени со децата со тешка и длабока интелектуална попреченост. Овој тренд бил набљудуван во сите подкаси со исклучок на скалата за пореметување на социјалните релации која со тек на време се зголемувала.

Кај 2/3 од испитаниците кои доживуваат многу блага или блага симптоматологија на психичко или бихејвиорално растројство не се регистрираат пропратни коморбидитети. Во основа коморбидните растројства и заболувања ги следат силно изразените психички симптоми кај испитаниците. И обратно, психичката симптоматологија многу често се следи кај оние индивидуи кои доживуваат зголемена сила на коморбидните растројства. Бојанин и сор. (2002), во светлото на современите психијатриски концепти, интелектуалната попреченост ја вбројува во невrorазвојните пореметувања, чија етиологија и патогенеза е слична со останатите невrorазвојни растројства.

Епилепсијата е најчестиот коморбидитет кој се јавува во сите групи на испитаници, независно од силната на психичката симптоматологија. Во нашиот испитуван примерок преваленцијата на епилепсијата е 22.8 %, за разлика студијата на Bhaumik et al. (2008), кои нашле многу висока преваленција од 60.8% кај возрасни со интелектуална попреченост. Но ако имаме предвид дека оваа студија е реализирана претежно кај возрасни лица со интелектуална попреченост и психички растројства, тогаш процентуалните вредности лесно може да се изнивелираат со добиениот процент на млади возрасни со коморбидитет епилепсија во нашата студија, а тој изнесува 68.2%. Единствено кај испитаниците со многу силна психичка/бихејвиорална симптоматологија најчесто придружна состојба е аутизмот кој има предимство пред епилепсијата. (аутистичкиот спектар најчесто е застапен кај децата). Во истата студија на Bhaumik et al. (2008), растројствата од аутистичниот спектар се застапени кај лицата со интелектуална попреченост со процент од 8.8%, кој пак кореспондира со процентот од 8.1% во нашиот примерок на испитаници. Психозата е застапена со процент од 10.5%. Оние испитаници кои манифестираат силно изразена психичка

симптоматологија и промени на однесувањето имаат најголем процент на агресивно поведење.

Според видот на коморбидитет, во припадниците на нискиот социјален статус најповеќе има застапеност на епилепсијата и психотичните растројства. Средниот има епилепсија, психоза и аутизам, а високиот економски статус на семејството најчесто има аутизам и епилепсија. Нискиот социо – економски статус има најголем процент бихејвиорални растројства од кои агресивноста е најдоминантен симптом. Средниот социјален статус има во иста процентуална застапеност од околу 1/3 и растројство на поведението и агресивност, а високиот социо – економски статус го карактеризираат хиперактивност како најпроминентна карактеристика на растројствата на поведението.

Тешката интелектуална попреченост е најраспространета кај испитаниците кои потекнуваат од сиромашни и социјално загроени семејства. Во средниот социо – економски статус распределеноста на степенот на интелектуалната попреченост е скоро подеднакво застапен, а 2/3 од лесната интелектуална попреченост е застапена кај испитаниците кои имаат висок социјален економски статус. Македонската етничка заедница е најзастапена во испитуваниот примерок и најповеќе претставена со тешката интелектуална попреченост. Процентуалната застапеност на албанскиот етникум во тешката интелектуална попреченост и ромската заедница е иста. Половина од примерокот од македонскиот етникум со тешка интелектуална попреченост имаат коморбидитети, помалку од половина албанците, а 1/3 ромите. Најчест коморбидитет кај двата најголеми етникуми е епилепсијата, а потоа аутистичниот спектар и психозите. Кај македонците и ромите најчесто се јавуваат растројствата на поведението, потоа агресивноста. Кај албанците почест симптом е агресивноста, па растројствата на поведението.

Степенот на изразеност на интелектуалната попреченост не зависи од етничката припадност, а зависи од полот (машки), и од возраста. Во зависност од социо – економскиот статус разликите во степенот на интелектуална попреченост кај испитаниците е статистички значајна.

Во зависност од степенот на интелектуалната попреченост се појавуваат разлики во коморбидните состојби. Колку е подлабока попреченоста, толку почести се коморбидитетите.

Бихејвиоралните пореметувања кои се опфатени со Модул број 1 од скалата за брза психијатриска проценка (БПРС/БПРС – Ц) се карактеризираат со изразени симптоми на несоработливост, непријателство и манипулативност. Кај 2/3 од испитаниците **постои** некаков облик на нетрпеливост и лутина, бурен темперамент и негативно однесување. Заради овие карактеристики често овие лица имаат потешкотии во прилагодувањето во социјалната средина, тешкотии во комуникацијата при одредени интерперсонални односи и отежната социјализација. Од бихејвиоралните пореметувања кои одат пропратно со интелектуалната попреченост, растројствата на поведението зафаќаат повеќе од половина примерок (53%). Агресивноста било да е авто или хетероагресивност, е симптом кој е најчест и најповеќе регистриран во досиејата на испитаниците. На агресивноста отпаѓаат 17.4%. Иако манипулативноста не е исклучена во растројството на поведението кај испитаниците, сепак во повеќе од половина од примерокот таа не се регистрира.

Распределеноста на бихејвиоралните потешкотии по возрастни групи покажа дека кај децата хиперактивноста е најчеста, потоа следуваат останати растројства на поведението и агресивноста како најпроминентен симптом. Во раната адолесценција 2/3 од испитаниците имаат некакви бихејвиорални потешкотии, од кои растројствата на поведението се водечки потешкотии, потоа следуваат говорните потешкотии (алалија) и агресивност. Средната адолесценција е време на проширување на симптоматологијата со потенцирање на агресивноста на која се надоврзуваат растројствата на поведението и емоциите, хиперактивноста, како и перзистирање на ноќното мокрење. Во доцна адолесценција се зголемуваат бихејвиоралните потешкотии изразени преку агресивност, растројства на поведение, како и хиперактивноста. Ноќното мокрење перзистира и во оваа возрастна група. Млади возрастни имаат растројство на поведението и агресивност, возрастни и стари лица исто. Ајнфилд (2008) во својата студија, исто така ги потенцира високите почетни нивоа на пореметување на однесувањето, со мали снижувања со текот на времето, кои остануваат и понатаму високи во периодот на раното детство.

Депресивноста се изразува како депресивно однесување, чувство на инфериорност, ниско само – почитување и суицидални интенции и дејства. Во истражуваниот примерок 1/3 од лицата со интелектуална попреченост чувствуваат некаков облик на депресивност (загриженост, чувство на тага, безнадежност, плачливост и намалени волево – нагонски динамизми), со различна сила на

симптоматологија. Исто толку, 1/3 од испитаниците покажуваат недостаток на самодоверба и ниско – самопочитување, додека суицидалноста се регистрираше само во многу мал процент и тоа во умерена симптоматологија. Околу 37% од испитаниците се хипоактивни, односно имаат потешкотии при остварување на спонтани релации и интеракција со други лица, што е во релативна корелација на недостатокот од адекватен афект (35%), всушност кај нив е присутно повлекувачко и интернализирачко однесување со неспособност за адекватна емоционална експресија, недостаток на контакт со очи и зарамнетост на афективна експресија. Студијата на Hartley и MacLean од 2009 година, на пример, покажува дека возрасните со умерена интелектуална попреченост доживуваат поголема честота на депресивна симптоматологија при стресни социјални интеракции во споредба со возрасните со интелектуална попреченост, а без депресија.

Третиот Модул од Скалата за кратка психијатриска проценка ги регистрираше промените од кругот на психози, изразени преку присуството на налудничавости, халуцинации и бизарно однесување (ехолалија, ехопраксија, маниризми...). За да може да ги изрази, лицето со некаков облик на психотично растројство потребно е да поседува одреден квантум на интелигенција и говорни способности. Оттука логичен е заклучокот, а испитуваниот примерок тоа го покажа, дека колку се зголемува степенот на интелектуалната попреченост, толку помалку очекуваме реферирање на психотичните симптоми или помалку можеме да добиеме прецизна дијагноза според МКБ – 10 Класификацијата на болестите. Сепак не смеете да го исклучиме постоењето на налудничавости (бизарни фантазии со 22% во нашиот примерок и делузии со присутност во примерокот од 13%) и халуцинации со присутност од 17% во најголема процентуална застапеност на умерена симптоматологија. Khess Ch. R.J. et al. (1998) во својата студија даваат податок за застапеност од 11.76% на психозите кај пациентите со интелектуална попреченост/психички/бихејвиорални потешкотии, но без конкретно исполнување на критериумите за шизофренија. Тоа оди во прилог на процентот од 5.1% за постарите и 3.7% за помладите испитаници во студијата на Morgan V. et al (2008), за преваленцијата на шизофренија според дијагностичките критериуми.

Растројството на вниманието честопати е придружено со хиперактивното и хиперкинетичното однесување. Во испитуваниот примерок процентуалната застапеност на лицата кои имаат некаков облик на ексцесивно трошење на енергијата со нецелисходни последици регистрирани се 46%, процент кој е во корелација со

симптоматологијата од кругот на АДХД (45%) во нашето истражување. Memišević и Sinanović, (2015), добиле процент од 20.4% на испитаници со интелектуална попреченост кои имаат АДХД според МКБ – 10 Класификацијата на болестите, а кои податоци корелираат со тие од постоечките студии. Во секој случај Ahiја A. et al. (2013), нашле дека децата со АДХД и оние со или безинтелектуална попреченост (конкретно полесните степени со IQ 50 – 69), имаат скоро подеднаква симптоматологија на АДХД субтипозите, на вкупниот број на АДХД симптомите и коморбидитетите со опозитно однесување, анксиозност и депресија. Говорот и неговата квантитативна промена во основа не е засегнат, односно само околу 20% од испитаниците имаат промени, кај оние каде што истиот постои. Во основа голем дел од испитаниците немаат развиено квалитетен говор и затоа не може да се регистрира негова промена. Всушност кај околу 61% од испитаниците регистриравме минимален, сиромашен говор кој не се развил од 2 -3 години од нивната развојна возраст. Скоро 30% од нив имаат пореметувања и девијации на говорот во смисол на дисфазија, дизартрија, дислалија или алалија.

Половина (50.3%) од испитуваниот примерок на лицата со интелектуална попреченост и некаков облик на психичко растројство или растројство на однесувањето покажуваат некаков облик на напнатост изразена преку постојана нервоза, немир, неспособност за опуштање и соматоформни поплаки. Анксиозноста во било кој облик (сепарациона, специфични фобии и стравови, пасивно – зависно однесување...) е изразена со 34.2% од примерокот со различна сила на симптомите. Пореметувањата на сонот, изразени преку инсомнии и парасомнии е процентуално застапена со 35% кај истражуваниот примерок.

Дифузните и циркуларните оштетувања на централниот нервен систем, а посебно кортексот на мозокот спаѓаат во групата на психоорганиски синдром и доведуваат до психомоторни растројства кои на БПРС скалата се изразени преку дезориентацијата (авто и алопсихичка), девијации на говорот и преку стереотипијата (ритмичко, повторувачко, маниристичко и нецелисходно движење на рацете или телото). Кај нашиот примерок органицитетот е присутен во процентуална застапеност од 31.5%.

Ако се из земе отсутството или многу благата симптоматологија на психички растројства и растројства на однесувањето, според БПРС скалата кај лицата со

интелектуална попреченост, со различна сила на симптоматологијата, се добива резултат од околу 2/3 од вкупниот број на испитаници кои имаат некаков облик на потешкотии кои бараат стручно внимание и третман. Сите овие промени во сферата на психичкото однесување во начело почнуваат уште од самото раѓање на детето или најверојатно од времето кога започнува организираното системско здравствено дијагностицирање на потешкотиите со кои се соочуваат лицата со интелектуална попреченост. Од испитуваниот примерок добивме процент од 18.8% од испитаниците за кои во социјалната анамнеза се добива податок дека пореметувањата започнале непосредно при самото раѓање на лицето со попреченост. Најверојатно станува збор за оние индивидуи кај кои има надворешни, физички знаци и показатели за интелектуалната попреченост, односно лицата со потешка или генетска етиологија за интелектуална попреченост. Имајќи предвид дека информациите за овој тип на податоци не се прецизно водени и регистрирани (заради нецелосно водените индивидуални досиеја), се поставува прашалник за валидноста на оваа ставка во истражувањето.

Истражувањето покажа дека децата и адолесцентите со интелектуална попреченост во главно не се хоспитализираат на психијатриските оддели и болници во државава, освен оние кои имаат екстремно силно изразена психичка симптоматологија или уште повообичаено растројство на поведението кое го попречува нормалниот дневен тек на лицето или неговото семејство. Ова корелира со процентот од околу 90% од испитаниците, на кои пак од друга страна, не им е оневозможен пристапот до психијатриските амбуланти, на почеток од растројството често, а поретко во понатамошниот развој. Пациентите со интелектуална попреченост од страна на психијатар и дополнителни специјалистички процедури се во 94% амбулантно третирани и исто толку под редовен надзор.

Не навлегувајќи во детали за семантиката на институтите „коморбидитет“, „истовремено заболување/растројство“, „дуална дијагноза“ итн., испитувајќи го примерокот, со статистичка анализа на податоците добивме податок дека епилепсијата е најзастапена група на заболувања и тоа со процентуална застапеност од 22.8%, потоа следува аутистичкиот спектар на первазивни развојни растројства со 8.1%, а психозата и психотичните растројства се застапени со 6.7%.

Во зависност од степенот на попреченоста, зависи и времето на појава на психичките растројства, хоспитализацијата (дали се остварува или не), амбулантниот третман и постојаниот психијатриски надзор (дали се редовни или не). Значи постои високо фрекфентна позитивна корелираност. Исто, колку е подлабока интелектуална попреченост, толку силината на симптомите е поголема. Колку е поизразена интелектуалната попреченост, толку се почести коморбидитетите.

Постојат високо фрекфентни значајни разлики помеѓу возрасните групи во однос на појава на коморбидни состојби, како и помеѓу групите со различен социо – економски статус во однос на појава на коморбидни состојби. Не се следат разлики според пол и етничка припадност во однос на појава на коморбидни состојби.

V. ЗАКЛУЧОЦИ, ПРЕПОРАКИ И ОГРАНИЧУВАЊА ПРИ ИСТРАЖУВАЊЕТО

5.1. Заклучоци од истражувањето

Имајќи ги предвид мотивите за овој истражувачки труд, а согласно предметот и целите, ги донесовме следниве заклучоци:

X0 Се претпоставува дека психичките растројства се јавуваат во висок процент кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост.

Оваа хипотеза се потврдува. Од вкупниот број на испитаници, ученици на основните и средното училиште или иттиченици на заводите за лица со посебни потреби, покажаа дека околу 21% од истите имаат некаков облик на психичко растројство или пореметување на однесувањето. Се претпоставува дека нивниот број е прилично поголем.

X1 Се претпоставува дека промените во однесувањето и невротските растројства се процентуално позастапени од психотичните растројства кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост.

Оваа хипотеза се потврдува; невротските растројства и промените во однесувањето зафаќаат повеќе од половината од испитуваниот примерок (53%), наспроти средна вредност (17.3%) на целокупната присутна психотична симптоматологија.

X2 Се претпоставува дека депресивните растројства и психозите се јавуваат почесто кај лесната и умерена интелектуална попреченост, отколку кај оние со тешка и длабока интелектуална попреченост.

Оваа хипотеза се потврдува. Изразеноста на психичката симптоматологија според степенот на интелектуална попреченост покажа дека испитаниците со лесна и умерена попреченост имаат силно изразена симптоматологија во поголем процент, додека кај испитаниците со тешка интелектуална попреченост најчесто се регистрира многу блага, блага и умерена сила на симптомите.

X3 Се претпоставува дека психичките растројства и промени на однесувањето се јавуваат во поголем степен кај лица со интелектуална попреченост кои потекнуваат од семејства со понизок социјален статус.

Теиската интелектуална попреченост е најраспространета кај испитаниците кои потекнуваат од семејства со понизок социјален и економски статус. Оваа хипотеза се потврдува заради поврзаноста на изразеноста на интелектуалната попреченост и психичката симптоматологија.

X4 Се претпоставува дека инциденцијата и преваленцијата на психичките растројства варира и е поголема кај децата и адолесцентите кои припаѓаат на одредени етникуми во земјава.

Оваа хипотеза не се потврдува. Епилепсијата како коморбидитет се јавува во сите етникуми во пропорцијално еднаква застапеност, потоа следуваат пореметувањата на однесувањето од аутистичниот спектар и психотичните растројства. Постојат извесни отстапки кај албанскиот етникум во однос на агресивноста како симптом, но тие разлики не се статистички релевантни.

X5 Се претпоставува дека кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост од машки пол почесто се јавува авто и хетероагресиво однесување и хиперактивност, за разлика од припадниците на женски пол каде што почесто се јавува афективна симптоматологија, дефицит на внимание, дисоцијативни и конверзивни растројства.

Оваа хипотеза делумно се потврдува. Во нашата студија инциденцијата и преваленцијата на авто и хетероагресивно однесување е скоро подеднаква, со извесни процентуални отстапувања кои одат во прилог на машкиот пол.

X6 Се претпоставува дека инциденцијата на психички растројства и пореметување на однесувањето значително се зголемува за време на пубертетот.

Оваа хипотеза се потврдува: колку возраста на испитаниците се приближува до периодот на пубертет на детето, толку е поголема можноста за настанок на психичката симптоматологија и коморбидитет. Исклучок се регистрира само кај децата кои имаат пореметувања на однесувањето од аутистичниот спектар каде се регистрира психичката симптоматологија во раното детство. Хипотезата оди во

прилог и на интелектуалната попреченост, односно, колку е поизразен степенот на попреченост од помала возраст, толку е можноста за психички растројства поголема.

5.2. Ограничувања и потешкотии при истражувањето

Во тек на истражувањето се соочивме со следниве потешкотии:

Досие на ученикот/штитеникот. Иако секоја институција во која што го извршувавме истражувањето номинално има индивидуални досиеја на секој ученик/штитеник, содржината на истите со валидни податоци не е задоволителна во однос на целосност на информациите. Ова се однесува на целокупни податоци за ученикот/штитеникот, за социјалниот и економскиот статус на семејството од кое потекнува, за структурата на семејството по членови, неговата финансиска конструкција и можностите за задоволување на потребите на нивниот член кој е ученик или штитеник на институциите за лица со посебни потреби. Од ова, за исклучително важно ги потенцираме податоците од типот на фамилијарни заболувања и состојби со висока наследност кај останатите членови, кои на институциите би им овозможиле понатамошен увид и очекувања во однос на ученикот/штитеник. Повеќето податоци кои се добиваат, се на релативно вербална основа и сознанијата се сведуваат на добрата меморија на вработениот кој ги примил истите.

Состав на мултидисциплинарниот тим, кој е недостаточен и неконзистентен. Во одредени институции се среќававме со социјални работници, некаде со психолози кои во помала или поголема мерка имаа добар увид во досиејата на сите ученици/штитеници и адекватно можеа да одговорат на барањата на поставките на овој труд. Училишните институции во најголем број се составени од наставници по специјална едукација и рехабилитација (дефектолози) кои се основните носители на овој вид дејност, заводот за рехабилитација на деца и младинци исто така, додека специјалниот завод во Демир Капија е составен од медицински лица, претежно медицински сестри и негувателки. Иако истите во целост беа запознаени со ученикот/штитеникот и неговото поведение, посебно за оние со психијатриски коморбидитети, многу малку од нив можеа прецизно да ја опишат психичката симптоматологија или промените на однесувањето. Во одредени институции недостига

или е непотполна дефектолошката анамнеза во досиејата, која би дала поопширни информации за лицето со интелектуална попреченост, а која би требало да биде основа за целокупниот здравствен и едукативен профил на ученикот/штитеникот. За недостатокот на психијатриски и други здравствени информации во досиејата на учениците/штитениците делумно имаат улога и извештаите од лекарите – специјалисти (психијатри во случајов) во кои покрај дијагнозата изразена преку МКБ – 10 класификацијата и препишаната терапија (доколку е потребна), има премалку останати информации во смисла на анамнеза и статус на пациентот. Достапноста на овие информации би била од особено значење за сите останати професионалци кои работат понатаму со овие лица.

Незадоволително ниво на комуникација и кореспонденција помеѓу различните институции кои требаше да ги посетуваме во рамките на овој труд. Иако акредитирани со целокупна документација во склад со праксата на добра професионална соработка помеѓу Деканатот на Филозофскиот факултет односно Дефектолошкиот факултет и институциите за лица со посебни потреби, во одредени установи наидов на тешкотии при остварување на истражувањето и проблеми при подигањето и користењето на информациите, за што моравме да бараме посебна дозвола од Министерството за труд и социјална политика.

Проблематична и обременета со тешкотни соработка помеѓу институциите и семејствата на децата/штитениците со интелектуална попреченост/психички растројства. Ова посебно важи за испитаниците кои беа дополнително опфатени во истражувањето, а се на возраст над добата на касна адолесценција. Семејствата со низок социјален статус, со едукативна и здравствена занемареност, кои не можат да се грижат доволно ниту за своите „здрави“ членови, покажуваат исклучителна некомпетентност при давање на нега на своите синови/ќерки/браќа/сестри со интелектуална попреченост.

Една од поголемите тешкотии со кои се соочивме е **дефицитарна светска интернет литература** или уште повеќе, оневозможениот пристап до постоечката заради финансиска недостаточност на студентот – магистрант. Заради тоа бевме присилени да импровизираме за да можеме да добиваме релевантни податоци кои би го чинеле овој труд автентичен.

5.3. Препораки

Истражувањата кои се занимаваат со проблематиката на менталното здравје кај лицата со интелектуална попреченост се во постојан пораст и со тоа се надополнуваат корисните информации за унапредување на истото. Се повеќе во светот постои интерес за благосостојбата на индивидуите во целина, а со тоа и за лицата со попреченост во развојот.

Без навлегување во подлабоки дискусии што би можело да се направи во однос на подобрување на менталното здравје кај лицата со интелектуална попреченост, наше размислување е дека во рамките на нашето општество и можностите кое ни ги нуди треба да се насочиме кон следново:

- ✓ Повеќе истражувања во насока на психичкото здравје на индивидуата, а со тоа и поголема сензибилизација на професионалците во своите полиња на делување и поголема достапност на литературата, како домашната, така светската.

Во овој аспект сметам дека особено е важно секој студент или професионалец да има пристап до литературата со најголема релевантност и степен на научност, посебно имајќи предвид дека таквата литература за услови во нашето општество е прилично скапа и недостапна.

- ✓ Зголемување на професионалната свест првенствено за лицата со интелектуална попреченост, а потоа за нивното ментално здравје.

Сметам дека на Медицинските факултети во програмата за едукација на студентите, не се обрнува доволно внимание на развојната попреченост, ниту пак за менталното здравје како институт. Лекарите по општа пракса, сега специјалисти по семејна медицина имаат само основни познавања на оваа проблематика. Таа „привилегија“ е зачувана само за специјализантите и специјалистите на Катедрата за психијатрија и медицинска психологија. Ниту специјалните едукатори и рехабилитатори (дефектолозите) немаат во своите студиски програми доволна застапеност на психичките и психијатриските растројства.

- ✓ Зголемување на јавната свест преку присутност на телевизиите, печатен пропаганден материјал и сл. Зголемување на јавната свест и на

останатото население, локалните заедници и општините каде би се отворале центрите за ментално здравје за лица со психички потешкотии и интелектуална попреченост.

Намалување на стигмата на овој вид на популација во однос на нивните промени на однесување и евентуалната можност за криминалитет, води кон подобра интеграција и функционирање во рамките на модерното демократско општество каде индивидуата ќе се почитува и цени според способностите, а не според хендикепот кој го поседува.

- ✓ Системска и систематска детекција на интелектуалната попреченост и психичките растројства со цел рана превенција, дијагноза и третман.

Во овој аспект сметам дека подобрата соработка и комуникација со сите стручни лица кои го сочинуваат мултидисциплинарниот тим во врска со оваа проблематика, а посебно психијатрите и психолозите, би овозможила што понавремена детекција и третман на психичките заболувања и растројства на однесувањето. Примарна цел е намалување на страдањата на овие лица, кои ионака носат огромен товар со својата хронична состојба на попреченост, на нивните семејства за намалување на дополнителни емотивни и парични ангажмани и во крајна линија, намалување на финансиските издатоци на општеството за понатамошни континуирани третмани, хоспитализации и ре/хабилитации. Можеби за почеток би било пожелно да се внесе во законска рамка задолжителен преглед од страна на психолог, специјалист по медицинска психологија со познавања од развојниот период на деца без/со посебни потреби и психијатар кој единствено има можност да детектира и најмали знаци на психичко растројство.

- ✓ Менување на политичката култура во земјата и активност за подигнување на истата не само кај политичарите, туку и кај цела популација која им го доверила своето право на глас.

Силната политичка воља за менување и подобрување на животот на лицата со посебни потреби, а поттикната од граѓаните и невладините граѓански здруженија и организации, е значаен фактор за стремеж кон создавање на општество каде ќе се вреднува индивидуата со сите свои карактеристики, способности и вредности.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Ајдински Г., Тушевска А., Каровска А., Кескинова А., & Трпчевска Л., (2012). Епидемиолошко истражување за лицата со интелектуална попреченост сместени на психијатриските оддели во Скопје. Македонија. ЕРФ, 8. меѓународна научна конференција. Загреб, Хрватска.
2. Ајдински Љ., Ајдински Г., & Киткањ З., (2007). Основи на дефектологија: специјална едукација и рехабилитација. Куманово: Македонска ризница.
3. Ајдински, Г., Кескинова, А., & Мемеди, Б., (2017). Интелектуална попреченост. Тетово: Универзитет во Тетово, 2016. – 221 стр. : илустр. ; 25 см.
4. Добрев, З., (1995). Умствено изостанали деца. Софија, Бугарија.
5. Државен завод за статистика на Р. Македонија. www.stat.gov.mk
6. Меѓународна статистичка класификација на болестите и на сродните здравствени проблеми, десетта ревизија, (1992). Светска здравствена организација, Женева, Швајцарија.
7. Трпчевска, Л., (2014). Застапеност на менталните растројства кај учениците со интелектуална попреченост од посебните основни и средни училишта во Скопје. Магистерски труд. Институт за дефектологија, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“, Филозофски факултет – Скопје.
8. Ageranioti-Bélanger, S., Brunet, S., D'Anjou, G., Tellier, G., Boivin, J., & Gauthier, M., (2012). Behaviour disorders in children with an intellectual disability. *Paediatrics & Child Health*, 17(2), 84–88.
9. Ahuja, A., Martin, J., Langley, K., & Thapar, A., (2013). Intellectual Disability in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Pediatrics*, 163(3), 890–895.e1.
10. Akrami, L., & Davudi, M., (2014). Comparison of Behavioral and Sexual Problems between Intellectually Disabled and Normal Adolescent Boys during Puberty in Yazd, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(2), 68–74.
11. American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fourth edition Test Revision (DSM-IV-TR). Washington DC.
12. American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV. Washington, DC.

13. American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
14. Anderson, P., & Kitchin, R., (2000). Disability, space and sexuality: access to family planning services. *Soc Sci Med*. 2000 Oct; 51(8):1163-73.
15. APA (American Psychiatric Assotiation), (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth. Washington, DC.
16. Bakken, T. L., (2010). *Schizophrenia in adults with intellectual disability and autism*. Doktoravhandling, University of Oslo.
17. Banerjee, P. N., Filippi, D., & Hauser, W. A., (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy Research*, 85(1), 31–45.
18. Berman, M. I., (1967). Mental retardation and depression. *Mental Retardation*, 5(6), 19-21.
19. Bertelli, M. O., Munir, K., Harris, J. & Salvador-Carulla, L., (2016). "Intellectual developmental disorders": reflections on the international consensus document for redefining "mental retardation-intellectual disability" in ICD-11.
20. Bhaumik, S., Tyrer, F. C., McGrother, C., & Ganghadaran, S. K., (2008). Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 52: 986 – 995. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01124.x
21. Böhmer, C. J., Niezen-de Boer, M. C., Klinkenberg-Knol, E. C., Devillé, W. L., Nadorp, J. H., & Meuwissen, S. G., (1999). The prevalence of gastroesophageal reflux disease in institutionalized disabled individuals. *Am J Gastroenterol*. 1999 Mar;94(3):804-10.
22. Bojanin, S., Kolar, D., & Kolar, M., (2002). Mentalna retardacija i psihotični poremećaji. Psihijat.dan./2002/34/3-4/265-280/
23. Bouras N., & Holt G., (2009). *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*.
24. Cain, N., Davidson, P. W., Burhan, A. M., Andolsek, M. E., Baxter, J. T., Sullivan, L., Florescue, H., List, A., & Deutsch, L., (2003). Identifying bipolar disorders in individuals with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. Jan; 47(Pt 1):31-8.
25. Carroll Chapman, S. L., & Wu, L.-T., (2012). Substance Abuse among Individuals with Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1147–1156.
26. Carulla, L. S., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S.-A., Leal, R. M., Bertelli, M., & Saxena, S., (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name.

- definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175–180.
27. Centre for Addiction and Mental Health. (2012). Personality Disorders. Available: http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/Personality-Disorder/Pages/default.aspx.
 28. Cloninger C. R., & Svrakic D. M., (2008). Personality Disorders. In: Fatemi S. H., Clayton P. J. (eds) *The Medical Basis of Psychiatry*. Humana Press.
 29. Committee to Evaluate the Supplemental Security Income Disability Program for Children with Mental Disorders; Board on the Health of Select Populations; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Boat T. F., & Wu J. T., (2015). *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children*. Washington (DC): National Academies Press (US); *Clinical Characteristics of Intellectual Disabilities*.
 30. Conelea, C. A., Walther, M. R., Freeman, J. B., Garcia, A. M., Sapyta, J., Khanna, M., & Franklin, M., (2014). Tic-Related Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Phenomenology and Treatment Outcome in the Pediatric OCD Treatment Study II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1308–1316.
 31. Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L., (2006). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors.
 32. Cornell University ILR School. (2007). *Mental Illness and Intellectual Disability*.
 33. Costello, H., & Bouras, N., (2006). Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities *Isr J Psychiatry Relat Sci*;43(4):241-51.
 34. Cowley, A., Newton, J., Sturme, P., Bouras, N., & Holt, G., (2005). Psychiatric inpatient admissions of adults with intellectual disabilities: predictive factors. *Am J Ment Retard*. 110(3):216-25.
 35. Deb, S., & Hunter, D., (1991). Psychopathology of People with Mental Handicap and Epilepsy I: Maladaptive Behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 159(6), 822-826. doi:10.1192/bjp.159.6.822.
 36. Deb, S., Kwok, H., Bertelli, M., Salvador-Carulla, L., Bradley, E., & Torr, J., (2009). For the guideline development group of the WPA section on Psychiatry of Intellectual Disability. *International guide to prescribing psychotropic medication for the*

- management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry*, 8(3), 181–186.
37. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). (1994). American Psychiatric Association.
 38. Didden, R., Korzilius, H., van Aperlo, B., van Overloop, C., & de Vries, M., (2002). Sleep problems and daytime behaviours in children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 46(Pt 7):537-47.
 39. Einfeld, S. L., Piccinin, A. M., Mackinnon, A. et al. (2008). Psychopathology in Young People with Intellectual Disability.
 40. Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool Children with Intellectual Disability: Syndrome Specificity, Behaviour Problems, and Maternal Well-Being. *Journal of Intellectual Disability Research* : *JIDR*, 49(Pt 9), 657–671.
 41. Emerson, E., & Hatton, Ch., (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain.
 42. Espie, C., Watkins, J., Curtice, L., Espie, A., Duncan, R., Ryan, J., & Sterrick, M., (2003). Psychopathology in people with epilepsy and intellectual disability: an investigation of potential explanatory variables. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 74(11), 1485–1492.
 43. Esposito, M., Carotenuto, M., & Roccella, M., (2011). Primary nocturnal enuresis and learning disability. *Minerva Pediatr.* 63(2):99-104.
 44. Foley, K. R., Bourke, J., Einfeld, S. L., Tonge, B. J., Jacoby, P., & Leonard, H., (2015). Patterns of Depressive Symptoms and Social Relating Behaviors Differ Over Time From Other Behavioral Domains for Young People With Down Syndrome. *Medicine*, 94(19), e710. <http://doi.org/10.1097/MD.0000000000000710>.
 45. Gautam, P., & Bhatia, M. S., (2015). Obsessive Compulsive Disorder with Intellectual Disability: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* : *JCDR*, 9(9), VD01–VD02.
 46. GENCAT, (2017). Recommendations for caring for people with Borderline Intellectual Functioning. BIF-recommendations-GENCAT.pdf.
 47. Gentile, J. P., & Jackson, C. S., (2008). Supportive Psychotherapy with the Dual Diagnosis Patient: Co-occurring Mental Illness/Intellectual Disabilities. *Psychiatry (Edgmont)*, 5(3), 49–57.

48. Gonzalez, M., & Matson, J. L., (2006). Mania and intellectual disability: the course of manic symptoms in persons with intellectual disability. *Am J Ment Retard.* 111(5):378-83.
49. Green, S. A., Berkovits, L. D., & Baker, B. L., (2015). Symptoms and development of anxiety in children with or without intellectual disability. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 44(1), 137–144.
50. Harbour, C. K., & Maulik, P. K., (2010). History of Intellectual Disability. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation.*
51. Harris, J. C., & Greenspan, S., (2016). Definition and Nature of Intellectual Disability. In: Singh N. (eds) *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities. Evidence-Based Practices in Behavioral Health.* Springer, Cham.
52. Hartley, S. L., & MacLean, W. E., (2009). Depression in Adults with Mild Intellectual Disability: Role of Stress, Attributions, and Coping. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 114(3), 147 – 160.*
53. Hassiotis, A., (2015). "Borderline intellectual functioning and neurodevelopmental disorders: prevalence, comorbidities and treatment approaches", *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, Vol. 9 Iss: 5, pp.275 – 283.*
54. Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S., (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *J Intellect Disabil Res.* 50(Pt 12):874-82.
55. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-V, APA.
56. History of the CCOE. [12/12/07]. Available at: www.ohiomidd.org.
57. <http://oliver-of-utopia.blogspot.mk/>
58. <http://www.czss-pakrac.hr/izdvojene-teme/prirucnik-za-udomiteljstvo/prirucnik-za-udomiteljstvo-intelektualne-teskoce/>
59. <http://www.dartmouth.edu/~eap/library/dualdiagnosis1.pdf>
http://www.nasdds.org/uploads/documents/Florida_DD_Council_Guidelines_for_Dual_Diagnosis.pdf
60. <http://www.pricajmootome.rs/test/index.php/83-naslovna/84-o-mentalnom-zdravlju>

61. <https://www.mentalhelp.net>
62. Hughes, W. C., (2008). Guidelines for Administration and Use of the Brief Psychiatric Rating Scale for Children nine and 21 – 1 item versions.
63. Hurley, D. A., (2004-2005). Mood disorders in intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 19:465–469. 2006 Lippincott Williams & Wilkins.
64. Jakulić, S., (1993). Medicinske osnove mentalne retardacije. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, Srbija.
65. Jeang, K.-T., (2010). Intelligence and ambition are distributed equally around the globe. *Retrovirology*, 7, 67.
66. Kalićanin P., Psihijatrija I, II, III. (2002). Elit Medica Beograd.
67. Kalyva, E., (2012). Eating disorders in individuals with developmental disabilities. In C. M. Shapiro (Ed.), *Eating disorders: Causes, diagnosis and treatments*. (pp. 83–104). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
68. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. II Eight edition.
69. Khes, C. R. J., Dutta, I., Chakrabarty, I., Bhattacharya, P., Das, J., & Kothari, S. (1998). Comorbidity in children with mental retardation. *Indian Journal of Psychiatry*, 40(3), 289–294.
70. Khes, Ch. R. J., Dutta, I., Chakrabarty, I., Bhattacharya, P., Das, J., & Kothar, S., (1998). Comorbidity in children with mental retardation. *Indian Psychiatry*, 1998, 40(3), 289-294.
71. Lakhan, R., (2013). The Coexistence of Psychiatric Disorders and Intellectual Disability in Children Aged 3–18 Years in the Barwani District, India. *ISRN Psychiatry*, 2013, 875873.
72. Levitas, A. S., & DesNoyers Hurley, A., (2005). *Diagnosis and Treatment of Adjustment Disorders in People with Intellectual Disability*.
73. Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E. et al. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and system of supports*. Washington, DC: American Association on Mental retardation.
74. Masi, G., Favilla, L., & Mucci, M., (2000). Generalized anxiety disorder in adolescents and young adults with mild mental retardation. *Psychiatry*. 63(1):54-64.
75. Matson, J., Kuhn, D., & Mayville, S., (2002). Assessment of psychopathology and behavior problems for adults with mental retardation. *NADD Bull*. 2002;5(2).
76. May, M. E., & Kennedy, C. H., (2010). Health and Problem Behavior Among People With Intellectual Disabilities. *Behavior Analysis in Practice*, 3(2), 4–12.

77. McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C.. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with developmental disabilities: A meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 405-416. (DOI: 10.1046/j.1365-2788.2003.00517.x.).
78. McGrother, C. W., Bhaumik, S., Thorp, C. F., Hauck, A., Branford, D., & Watson, J. M., (2006). Epilepsy in adults with intellectual disability: prevalence, associations and service implications. *Seizure*. 15(6):376-86. Epub 2006 Jun 19.
79. Medeiros, K., (2015). Behavioral Interventions for Individuals with Intellectual Disabilities Exhibiting automatically-Reinforced Challenging Behavior: Stereotypy and Self-Injury. *J Psychol Abnorm Child* 4:141. doi:10.4172/2329-9525.1000141.
80. Menolascino, F. J., Lazer, J., & Stark, J. A., (1989). *Journal of the Multihandicapped Person*, 2: 89.
81. Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A., (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry* (2008) 193, 364–372. doi: 10.1192/bjp.bp.107.0444.
82. Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A., (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry* Nov 2008, 193 (5) 364-372; DOI: 10.1192/bjp.bp.107.044461.
83. Morisse, F., Vandemaele, E., Claes, C., Claes, L., & Vandeveld, S., (2013). Quality of Life in Persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An Explorative Study. *The Scientific World Journal*, 2013, 491918. <http://doi.org/10.1155/2013/491918>.
84. Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C., & Alborz, A., (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *The British Journal of Psychiatry* Nov 2000, 177 (5) 452-456; DOI: 10.1192/bjp.177.5.452.
85. Munir, K. M., (2016). The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(2), 95–102.
86. Munjiza, M., (2006). Istorijski razvoj psihijatrije.
87. Myrbakk, E., (2008). A Study of Behaviour Problems and Psychiatric Disorders among People with Intellectual Disability.
88. NADD an association for persons with developmental disabilities and mental health needs, <http://thenadd.org/>
89. National Association for the Dually Diagnosed, (2004).

90. Newman, B. M., & Newman, P. R., (1975). *Development through life: A psychosocial approach*. Homewood, Ill: Dorsey Press.
91. Nikolić S., Marangunić M. i suradnici, (2004). *Djecja i adolescentna psihijatrija*. Školska knjiga, Zagreb, Hrvatska.
92. Overall, J. E., & Pfefferbaum B., (1982). The Brief Psychiatric Rating Scale for Children.
93. Owen, M. J., (2012). Intellectual disability and major psychiatric disorders: a continuum of neurodevelopmental causality.
94. Owen, M. J., O'Donovan, M. C., Thapar, A., & Craddock, N., (2011). Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* Mar. 2011, 198 (3) 173-175; DOI: 10.1192/bjp.bp.110.084384.
95. Papachristou, E., & Anagnostopoulos, D., (2014). Behavioral disorders and substance abuse in adolescents with mental retardation. *Psychiatriki*. 25(2):139-50.
96. Peebles, K. A., & Price, T. J., (2012). Self-injurious behaviour in intellectual disability syndromes: evidence for aberrant pain signalling as a contributing factor. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(5), 441–452.
97. Postorino, V., Fatta, L. M., Sanges, V., Giovagnoli, G., De Peppo, L., Vicari, S., & Mazzone, L., (2015). Intellectual disability in Autism Spectrum Disorder: Investigation of prevalence in an Italian sample of children and adolescents.
98. pricajmootome.rs/test/index.php/83-naslovna/84-o-mentalnom-zdravlju
99. Putnam C., (2009). *Guidelines for Understanding and Serving People with Intellectual Disabilities and Mental, Emotional and Behavioral Disorders*. Florida Developmental Disabilities Council, Inc.
100. Quintero, M., & Flick, S., (2010). Co-Occurring Mental Illness and Developmental Disabilities. *Social work today* Vol.10 No.5 P.6
101. Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., Van Doorn, P., & Curfs, L. M. G., (2014). Identifying the important factors associated with teaching sex education to people with intellectual disability: A cross-sectional survey among paid care staff. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 39(2), 157–166.
102. Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A. et al. (2007). *The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability*.
103. Sekušak-Galešev S., Kramarić M., & Galešev V., (2014). Mentalno zdravlje odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. *Soc. Psihijatrija*, Vol. 42 (2014) Br. 1, str. 3-20.

104. Sheehan, R. et al. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study.
105. Sjgafoos, J., Elkins, J., Kerr, M. & Attwood, T., (1994). A survey of aggressive behaviour among a population of persons with intellectual disability in Queensland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38: 369–381. doi:10.1111/j.1365-2788.1994.tb00417.x.
106. Slayter, E. M., (2008). Understanding and overcoming barriers to substance abusetreatment access for people with mental retardation. *J Soc Work Disabil Rehabil.*:7(2):63-80.
107. Štrkalj Ivezić S., Jukić V., Hotujac Lj., Kušan Jukić M., & Tikvica A., (2010). The organization of mental health care in community. Broj: 1-2, 2010, Rubrika: Zdravstvena zaštita. *Liječ Vjesn* 2010;132:38–42.
108. Surjus, L. T. de L. e S., & Campos, R. T. O., (2014). Interface between Intellectual Disability and Mental Health: hermeneutic review. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 532–540.
109. Tadić, N., (1989). *Psihijatrija detinjstva i mladosti*, treće izdanje, Naučna knjiga, Beograd.
110. Tarabić, B. N., & Tomac, P., (2014). *Intelektualne teškoće-dijagnostika i klasifikacija*.
111. Tenneij, N. H., & Koot, H. M., (2008). Incidence, types and characteristics of aggressive behavior in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*. Volume 52 part 2 pp 114–124.
112. Trpcevska L., Raleva M., & Tusevska A., (2012). *Psychiatric Disorders in People with Mental Retardation Hospitalized at the Department for Children and Youth*. Psychiatric Clinic-Skopje, 8th International scientific conference, ERF, Zagreb, Croatia.
113. Van Blarikom, W., Tan, In Y., Aldenkamp, A. P., & Van Gennep, (2006). Epilepsy, intellectual disability, and living environment: A critical review.
114. Van Laecke, E., (2008). Elimination disorders in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52: 810. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01118_2.x.
115. Vitiello, B., Spreat, S., & Behar, D., (1989). Obsessive-compulsive disorder in mentally retarded patients. *J Nerv Ment Dis*. 177(4):232-6.
116. Werges, D., (2007). The Other Dual Diagnosis: Intellectual Disability and Mental Illness. *NADD Bulletin* Volume X Number 5 Article 2.

117. WHO. (2001a). Epilepsy: aetiology, epidemiology and prognosis. Vol. Fact Sheet N 165.
118. Wieland, J., (2016). Psychopathology in borderline intellectual functioning: explorations in secondary mental health care. Doctoral Thesis, Leiden University.
119. Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82(6), 816–820.
120. World Bank Group. Making Mental Health a Global Development Priority. (2017).
121. www.e-statistika.rs
122. www.idrs.org.au. 2009, Introduction to Intellectual Disability.
123. www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/
124. Zeldin, A. S., et al. (2016). Intellectual Disability. Medscape.

ПРИЛОГ, ИНСТРУМЕНТИ

ПРАШАЛНИК од мешан тип

УСТАНОВА.....ДАТУМ.....

ПОЛ.....

ВОЗРАСТ.....

ЕТНИКУМ.....

СОЦИО-ЕКОНОМСКИ СТАТУС.....

СТЕПЕН НА ОБРАЗОВАНИЕ (на родителите).....

ПСИХИЧКО РАСТРОЈСТВО.....

СЕМЕЈНА ИСТОРИЈА.....

СТЕПЕН НА ИП.....

КОМОРБИДИТЕТИ.....

ДОПОЛНИТЕЛНИ ПРАШАЊА:

Кога настанало психичкото пореметување.....

.....

Дали ученикот бил хоспитално лекуван.....

.....

Дали бил амбулантно лекуван и дали актуелно зема терапија.....

.....

Дали е под редовен надзор од специјалист психијатар.....

Ако се подобрила здравствената состојба, дали се подобриле училишните резултати.....

.....

Забелешки.....

Име:.....Возраст:.....Случај #:.....Датум:.....

КРАТКА ПСИХИЈАТРИСКА СКАЛА ЗА ПРОЦЕНКА КАЈ ДЕЦА

(BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE FOR CHILDREN (BPRS C))

**СИЛИНА НА СИМПТОМИ: 0-НЕ Е ПРИСУТЕН; 1-МНОГУ БЛАГ; 2-БЛАГ;
3-УМЕРЕН; 4-УМЕРЕНО СИЛЕН; 5-СИЛЕН; 6-ЕКСТРЕМНО СИЛЕН.**

- 1. НЕСОРАБОТЛИВОСТ;** негативно однесување; несоработливост, резистентна и тешка за справување, бурен темперамент, иритирање на останатите, нетрпеливост, лутина; несоцијализирање со врсниците.
- 2. НЕПРИЈАТЕЛСТВО;** лутина или неадекватен афект, агресивност, окривување на другите, вулгарно зборување, вербално несложување со другите, тепачки со другите деца, невнимание, зачепкување на другите, одбивање да споделува, присвојување на туѓи работи.
- 3. МАНИПУЛАТИВНОСТ;** лажење, мамење, експлоататорско однесување спрема останатите, провоцира тепачки, уништување на материјални добра, суровост, физички тепачки.
- 4. ДЕПРЕСИВНО РАСПОЛОЖЕНИЕ;** чувствување на тага, плачливост, депресивен став, иритабилно расположение, инапетитија, проблеми со спиење, ниска енергизираност, ниска концентрација, безнадежност, пад на себепочитувањето, преголема загриженост, недостаток на забава.
- 5. ЧУВСТВО НА ИНФЕРИОРНОСТ;** недостаток на самодоверба, себепочитување, чувство на несоодветност;
- 6. СУИЦИДАЛНИ ИДЕАЦИИ;** мисли, закани и обиди за самоубиство.
- 7. БИЗАРНИ ФАНТАЗИИ;** повторувачки, чудни, невообичаени или аутистички идеации.
- 8. ДЕЛУЗИИ;** преценети идеи за себе, идеи за прогонување или грандиозни идеи.
- 9. ХАЛУЦИНАЦИИ;** визуелни, аудитивни/други халуцинаторни доживувања или перцепции.
- 10. ХИПЕРАКТИВНОСТ;** ексцесивно трошење на енергија, често менување на положба, незапирливо движење, однесување како управуван од мотор, скокање по мебелот.
- 11. ЛЕСНО ОДЗЕМАЊЕ НА ВНИМАНИЕТО;** слаба концентрација, скратено насочено внимание, реактивност на периферни стимули: дефицит на вниманието.
- 12. ГОВОР ИЛИ ЗАБРЗУВАЊЕ НА ЗБОРУВАЊЕТО;** гласно, опширно или забрзано зборување.
- 13. НЕПРОДУКТИВЕН ГОВОР;** минимален, сиромашен говор, инхибиран вербален одговор, неразвивање на говор до 2 години, немање на цели фрази до 3 години.

14. **ЕМОЦИОНАЛНА ПОВЛЕЧЕНОСТ**; тешкотии при остварување на спонтани релации, недостаток од интеракција со врсниците, хипоактивност.
15. **НЕДОСТАТОК НА АДЕКВАТЕН АФЕКТ**; недостаточна емоционална експресија, рамнодушност, зарамнетост на афектот, недостаток на контакт со очи.
16. **НАПНАТОСТ**; нервоза/немир, нервозни движења на рацете и нозете, неспособност за опуштање, физички потешкотии (главоболки/болки во стомак).
17. **АНКСИОЗНОСТ**; зависно однесување, сепарациона анксиозност, преокупација со вознемирувачки теми, стравови или фобии, проблеми со сонот, избегнување на самотија.
18. **ПОТЕШКОТИИ ПРИ СПИЕЊЕ**; неспособност да заспие, често разбудување, намалено време за спиење.
19. **ДЕЗОРИЕНТАЦИЈА**; конфузност во однос на личности, места или нешта.
20. **ДЕВИЈАЦИИ НА ГОВОРОТ**; снижено ниво на говорен развој, неразвиен вокабулар, погрешен изговор на зборовите, малку зборување или никакво.
21. **СТЕРЕОТИПИЈА**; ритмичко, повторувачко, маниристично движење или став на телото, поигрување со прстите, следење на предмети што се движат.

ЦЕЛОСЕН ЗБИР: _____

ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА СКАЛАТА:

1. **НЕМА/МНОГУ БЛАГИ СИМПТОМИ (0-10)**
2. **БЛАГА СИМПТОМАТОЛОГИЈА (11-31)**
3. **УМЕРЕНА СИМПТОМАТОЛОГИЈА (32-52)**
4. **СИЛНО ИЗРАЗЕНА СИМПТОМАТОЛОГИЈА (>52)**