



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



## **ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ КАЈ ЛИЦАТА СО МЕНТАЛНО НАРУШУВАЊЕ**

-магистерски труд-

Кандидат:  
Миодраг Вујовиќ

Ментор:  
Проф. д-р Владимир Трајковски

Јуни 2017  
СКОПЈЕ

Ментор: Проф. д-р Владимир Е. Трајковски, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“,  
Филозофски Факултет, Скопје

Членови на комисијата за одбрана:

1. Проф. Д-р Владимир Е. Трајковски, Филозофски Факултет, Скопје
2. Проф. Д-р Горан Ајдински, Филозофски Факултет, Скопје
3. Проф. Д-р Зоран Киткањ, Филозофски Факултет, Скопје

Датум на одбрана: 09 Јуни 2017 година

*Овој магистерски труд го посветувам на моето семејство, кое ми ја даде потребната поддршка за време на истражувањето и пишувањето на трудот.*

## Благодарност

Истражувањето е спроведено во ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје“, сместена на територијата на градот Скопје, во времетраење од четири месеци и тоа од Јули до Октомври 2014 година.

Голема благодарност до менторот Проф. д-р Владимир Е. Трајковски и медицинскиот персонал од ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје“, за соработката и помошта која ми ја дадоа за време на истражувањето и изработката на магистерскиот труд.

Голема благодарност и до Александра Вучковска за одличната соработка и помошта во обработката и приказот на резултатите од истражувањето.

## СОДРЖИНА

Резиме.....	6
Вовед.....	10
I. Теоретски основи на проблемот .....	13
1. Интелигенција – поим и дефиниција.....	13
2. Интелектуална попреченост – поим и дефиниција.....	15
3. Етиологија на интелектуална попреченост.....	18
4. Класификација на интелектуална попреченост .....	22
5. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост.....	23
6. Ментални нарушувања – поим и дефиниција.....	25
7. Етиологија на ментални нарушувања.....	26
8. Класификација и видови на менталните нарушувања.....	29
8.1 Депресија.....	30
8.2 Шизофренија.....	31
8.3 Биполарно растројство.....	31
8.4 Растројство на личноста.....	31
8.5 Траума и растројство во јадењето.....	32
9. Интелектуална попреченост кај менталните нарушувања.....	33
10. Дијагностика.....	41
II. Методологија на истражувањето.....	44
1. Предмет на истражувањето .....	44
2. Цел на истражувањето .....	44
3. Задачи на истражувањето .....	44
4. Хипотези на истражувањето .....	45
5. Варијабли на истражувањето .....	46
6. Методи, техники и инструменти на истражувањето .....	46
7. Популација и примерок .....	49
8. Статистичка обработка на податоците .....	49
9. Организација и тек на истражувањето .....	50
III. Резултати од истражувањето.....	52
1. Демографска анализа на податоците.....	52
2. Дескриптивна анализа на податоците.....	55
3. Компаративна анализа на податоците.....	58
IV. Дискусија.....	69
V. Заклучоци.....	90
VI. Предлози.....	91
VII. Користена литература .....	93
VIII. Прилози .....	103

## РЕЗИМЕ

Миодраг Вујовиќ. Интелектуална попреченост кај лицата со ментално нарушување. Магистерски труд. Филозофски Факултет: Скопје, 2016.

**Вовед:** За успешен третман на било кое нарушување, состојба или болест потребна е навремена детекција и точна дијагностика. Токму ова недостасува кај лицата со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување, како во Македонија така и ширум светот. За да се надминат недостатоците во третманот, како и да се подобри квалитетот на живеење на овие лица, потребно е истите навреме да бидат детектирани, а потоа да се пристапи кон дијагностицирање и изработка на план за третман на истите.

**Цел:** Главната цел на ова истражување е добивање резултат за застапеноста на интелектуалната попреченост, кај институционализирани лица со ментални нарушувања и тоа врз основа на видот на менталното нарушување, возраста и полот на лицето. Исто така една од главните цели претставува и приказот на менталната детериорација кај лицата со ментално нарушување, како и нејзината поврзаност со возраста на лицата со ментално нарушување. Покрај основните цели, истражувањето како и истражувања на оваа тема ширум светот, треба да послужат за подигање на свесноста за разновидноста и атипичната презентација на пациентите со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување.

**Методологија:** За остварување на целта и задачите на ова истражување беа тестирани 50 лица со различна дијагноза на ментално нарушување, различна возраст и пол. Примерокот кој учествуваше во ова истражување беше пригоден примерок, односно лица кои во моментот на истражувањето беа хоспитализирани во подолу наведената јавна здравствена установа. Истражувањето се одвиваше во ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје“ од Скопје. За прибирање на податоците во ова истражување како и за постигнување на целите на истражувањето, беа користени два метода, три техники на истражување и два инструмента. Од методите во текот на ова истражување се користеа, метод на компаративна анализа и метод на корелативна анализа, додека од техниките беа користени анализа на документација, тестирање и

анкета. Како најпогодни инструменти за ова истражување се одлучлив за тестот за мерење на коефициентот на интелигенција и степенот на ментална детериорација кај испитаниците - Витим (Векслеров индивидуален тест на интелигенција за македонска популација) и Демографски прашалник со кој се утврдуваа основните демографски карактеристики на испитаниците. Со помош на овие два инструмента беа добиени најбитните податоци за постигнување на целите на истражувањето кои понатаму се обработија и од кои произлегоа резултатите од истражувањето.

**Резултати:** Обработката на податоците во студијата покажа дека значаен дел од лицата со ментално нарушување немаат интелектуална попреченост како втора дијагноза ( $p=0,0001$ ), но кај популацијата со ментални нарушувања во значајно поголема мера ќе има појава на интелектуална попреченост во споредба со општата популација ( $p=0,00096$ ). Видот на менталното нарушување влијае на појавноста на интелектуална попреченост ( $p=0,015$ ). Полот ( $p=0,683$ ) и возраста ( $p=0,669$ ) на лицата со ментално нарушување не влијаат на појавноста и степенот на интелектуална попреченост. Не постои статистички значајна поврзаност помеѓу појавноста и степенот на ментална детериорација и интелектуалната попреченост кај лицата со ментално нарушување ( $p=0,921$ ) и појавноста на истата не зависи од полот ( $p=0,606$ ) и возраста ( $p=0,649$ ) на лицата со ментално нарушување.

**Заклучок:** Со оглед на тоа дека во установите за лица со ментални нарушувања постои голем број на лица кои покрај менталното нарушување имаат и интелектуална попреченост како втора дијагноза, може да се каже дека се потребни уште многу истражувања кои со своите резултати ќе помогнат подобро да се разбере состојбата и потребите на овие лица, со што би се подобрила и дијагностиката и третманот, како и квалитетот на нивното живеење.

**Клучни зборови:** *интелектуална попреченост, ментално нарушување, ментална детериорација, Витим (Векслеров индивидуален тест на интелигенција за македонска популација)*

## SUMMARY

Miodrag Vujovic. Intellectual disability in individuals with mental disorder. Master's thesis. Faculty of Philosophy, Skopje, 2016.

**Introduction:** A successful treatment of any disorder, condition or disease requires timely detection and accurate diagnostics. This is precisely what is missing in individuals with a dual diagnosis of intellectual disability and mental disorder, both in Macedonia and worldwide. In order to overcome the deficiencies in the treatment, and to improve the quality of life for these individuals as well, they should be detected on time and then approached with diagnosing and preparation of a plan for treating them.

**Goal:** The main goal of this research is obtaining a result of the presence of intellectual disability among institutionalized individuals with mental disorders on the basis of the type of mental disorder, the age and the gender of the person. Also, one of the main goals is presenting the mental deterioration in individuals with mental disorders, as well as its connection with the age of the individuals with mental disorder. Despite having the basic goals, this research, as well as researches on this subject from all over the world, serve as an example for raising the awareness about the diversity and atypical presentations of the patients with dual diagnosis of intellectual disability and mental disorder.

**Methodology:** For achieving the goal and tasks of this research, 50 individuals with different diagnosis of mental disorder, different age and different gender were tested. The sample that took part in this research was a suitable sample, i.e. individuals that during the research were hospitalized in the below mentioned public health institution. The research took place in PHI Psychiatric Hospital „Skopje“ from Skopje. For collecting the data in this research, as well as for achieving the goals of the research, two methods, three research techniques and two instruments were used. The methods that were used during this research included the method of comparative analysis and the method of correlation analysis, while the techniques included analysis of documentation, testing and survey. As the most suitable instruments for this research, I decided to use the test for measuring the IQ and level of mental deterioration of the respondents – WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale for the Macedonian population) and Demographic questionnaire which determined the basic demographic characteristics of the respondents. With the help of these two instruments, the most important data for

achieving the research goals were obtained, which were further processed and gave the end results of this research.

**Results:** The processing of the data from the study showed that a significant proportion of the individuals with mental disorders do not have intellectual disability as a second diagnosis ( $p=0,0001$ ), however in the population with mental disorders there will be an appearance of intellectual disability in a significantly greater extend in comparison to the general population ( $p=0,00096$ ). The type of mental disorder has an effect on the appearance of intellectual disability ( $p=0,015$ ). The gender ( $p=0,683$ ) and the age ( $p=0,669$ ) of the individuals with mental disorders are not affecting the appearance and the level of intellectual disability. There is no statically significant connection between the appearance and the level of mental deterioration and intellectual disability in individuals with mental disorders ( $p=0,921$ ) and its appearance does not depend on the gender ( $p=0,606$ ) and age ( $p=0,649$ ) of the individual with mental disorder.

**Conclusion:** Considering the fact that there is a great number of people in the institutions for individuals with mental disorder, who despite mental disorder also have an intellectual disability as a second diagnosis, a lot more researches are needed which will benefit for better understanding of the condition and necessities of these individuals, thus improving the diagnostics and the treatment, as well as the quality of their life.

**Keywords:** intellectual disability, mental disorder, mental deterioration, WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale for the Macedonian population).

## Вовед

Иако за интелектуалната попреченост како сложен и тежок човеков проблем до денес постојат многу истражувања, таа побудува сè уште голем интерес не само кај експертите туку и кај целата популација. Самиот факт дека голем процент од населението на земјата (1-3% според податоците на повеќе земји и од Светската здравствена организација) е со намалени интелектуални способности и останати придружни проблеми, говори дека покрај родителите, засегнати се и останатите членови на потесното и поширокото семејство. Тоа значи дека проблемот е социјален, образовен, здравствен, економски и треба на секоја држава да и претставува важен приоритет неговото решавање (1).

Во поново време донесени се многу декларации, конвенции и нормативни акти на меѓународно ниво кои ги обврзуваат земјите да донесат соодветни законски решенија, да ги регулираат правата на лицата со интелектуална попреченост и да ги применат во практика. Напишани се многу книги, вршени се голем број научни истражувања, одржани се конференции, семинари и дебати за многуте аспекти кои ја засегаат интелектуалната попреченост. Сепак, на крај, сите експерти се согласуваат во една работа, дека многу прашања и понатаму остануваат отворени и нерешени (1).

Во минатото лицата со интелектуална попреченост биле отфрлани, стигматизирани, исклучувани од животната заедница, ако воопшто имале можност да преживеат. Кај културите каде што нормата претставува доброто здравје, можноста за работа и позитивно евалуирана социјална улога, интелектуалната попреченост се сметала потполно отстапувачка, ненормална, а со тоа и негативно евалуирана појава, се до крајноста: стигматизација и исклучување од јавниот живот, како најрадикален облик на сегрегација (2).

Присутноста на интелектуална попреченост не оправдува ниту еден облик на дискриминација. Многу добро организираната институционална грижа за лицата со ментална ретардација во последниве децении станува општествено пожелна, но таа неретко боледува од деперсонализација. На таквите лица им се одзема можноста за било каков избор поради „што и како би можеле тие да знаат што сакаат“, па тие се

„помалку вредни“, со ова им се наметнува ставот на послушност и покорност со констатација дека се „опасни и дека треба да се држат под контрола“, дека треба строго да се институционализираат, всушност сегрегираат бидејќи се „сите исти и ни треба заштита и на нив и на нас“ (2).

Благодарение на развојот на науката и медицината, денес имаме одговор на голем дел од овие прашања и дилеми и лицата со интелектуална попреченост го најдоа своето место во општеството. Но сепак истражувањето на интелектуалната попреченост не запира тука и постојано се бараат одговори на нови прашања и предизвици, кои ќе помогнат во превенцијата и третманот на лицата од оваа категорија и ќе го подобрат квалитетот на нивното живеење. Поради ова, едно од прашањата во врска со оваа проблематика претставува и појавноста на интелектуална попреченост како асоцирана кај другите состојби и зболувања, без оглед на тоа дали е таа примарна или секундарна. Само со ваков мултидимензионален пристап може во целост да се даде одговор на сите загонетки кои ги поставува денешната практика.

Целта на овој магистерски труд е добивање податок за појавноста на интелектуалната попреченост кај хоспитализирани возрасни лица со ментално нарушување и тоа:

- Интелектуална попреченост кај машки лица со ментално нарушување;
- Интелектуална попреченост кај женски лица со ментално нарушување.

Со добиените резултати од ова истражување, треба да се добијат одговори на повеќе прашања и тоа:

- Податок за појавноста на интелектуалната попреченост кај лицата со ментални нарушувања, без разлика од кој вид на ментално нарушување боледуваат;
- Корелацијата на интелектуалната попреченост со разни видови на ментални нарушувања;
- Податок за јавувањето на секој вид на интелектуална попреченост во зависност од видот на менталното нарушување;
- Приказ на процентот на ментална детериорација кај лицата со ментално нарушување, кај кои постои интелектуална попреченост;

За подобар приказ на резултатите од ова истражување, покрај приказот за појавноста на интелектуалната попреченост кај лицата со ментални нарушувања, истите ќе бидат прикажани и групирани според повеќе варијабли и тоа:

- Возраст на лицата;
- Пол на лицата;
- Вид на менталното нарушување.

Во светската литература почесто се наоѓаат научни истражувања кои ја опишуваат појавноста на менталните нарушувања кај лицата со интелектуална попреченост, отколу истражувања во кои се истражува појавноста на интелектуалната попреченост кај лицата со ментални нарушувања. Токму ова претставува главната причина, поради која ќе се спроведува ова истражување, во кое ќе се утврди корелацијата на овие две појави, но во ова истражување ќе се прикаже појавата на интелектуална попреченост кај хоспитализирани возрасни лица со дијагноза на ментално нарушување.

# I - Теоретски основи на проблемот

## 1. Интелигенција – поим и дефиниција

За тоа што е интелигенција постојат многу дефиниции, а една од нив е дефиницијата од ААМР (Американската Асоцијација за Ментална Ретардација) која гласи: **Интелигенција претставува општа ментална способност. Таа вклучува способност за планирање, решавање на проблеми, апстрактно размислување, разбирање на комплексни идеи, брзо учење и учење од искуство.** Интелегенцијата се прикажува со коефициент на интелигенција (Intelligent Quotient- IQ scores) (3).

Интелегенцијата се зголемува до 16 годишна возраст, потоа од 16 до 25 годишна возраст нема некои позначителни промени, за потоа да почне да опаѓа се до 5 години пред крајот на животот.

Процената на интелигенцијата може да биде со помош на два методи:

- Психометриски метод- ги дефинира специфичните и генералните способности, визуелните и вербалните фактори на интелигенцијата. Способностите корелираат помеѓу специфичните фактори, но тешко е да се каже колку треба да ги има, односно колку аспекти има интелигенцијата.
- Компјутерски метод- овој метод подразбира испитување на процесирање на информацијата кое е директно вклучено во решавање на проблемот. Ова вклучува 5 компоненти и тоа: трансфер, ретенција и стекнати способности (оние кои директно влијаат на преносот на информациите, меморијата и учењето во целост), метакомпонентите кои претставуваат извршни процеси во решавањето на проблеми и носењето на одлуки и способноста да се интегрираат сите овие компоненти.

Висината на интелигенцијата по завршувањето на нејзиниот развој зависи од повеќе фактори и тоа:

- Биолошки аспекти (наследни, вродени);
- Културин аспекти (едукација, стекнато знаење);
- Развојни аспекти (стимулација во развојниот период) (4).

Интелектуалната попреченост се смета дека претставува скор на тестот за интелигенција кој се движи испод 70. Но сепак од големо значење е да се разбере дека коефициентот на интелигенција е само еден аспект за утврдување дали лицето е интелектуално попречено. Значајното ограничување во адаптивната способност и податокот за појавата на попреченоста пред осумнаестата година се два додатни елементи кои се од критично значење за одредување дали лицето е интелектуално попречено (3).

Дали е возможно целата дистрибуција на интелигенцијата да биде одредена само од еден генерален фактор? Зошто некои луѓе се поинтелигентни од други? Дали интелигенцијата е производ на еден невронски систем? Претпоставката е дека интелигенцијата е составена од повеќе самостојни компоненти. Секоја компонента е асоцирана со посебна мозочна регија која е задолжена за таа способност (5).

Доколку интелигенцијата е способност која е зависна само од една невронска мрежа, тогаш при одредена активност, односно при решавање на проблем би се активирале сите мозочни регии одеднаш. Спротивно на ова доколку интелигенцијата е резултат на посебни мозочни системи анатомски одвоени тогаш сите тие би се вклучувале одделно преземајќи соодветна работна задача (6).

Не е разјаснето во целост прашањето дали разликата во интелигенцијата зависи од наследните фактори или други фактори како социо-економскиот статус, нивото на едукација и мотивацијата. Исто така е многу значајно дали интелигенцијата се мери со помош на тестови кои ја мерат интелигенцијата во целост или нејзини одделни способности. Ова е прашање кое се протега многу години наназад и постојат повеќе теории за истото (7).

Биолошките основи на интелигенцијата се голем предизвик до денешен ден поради ограничените способности за анализа на однесувањето. Ова е поради тоа што анализата на факторите кои влијаат на однесувањето не обезбедуваат недвосмислен модел на сознајни архитектури. Самите овие фактори се со ограничен пристап и се мерат индиректно преку корелација на компоненти од различни тестови. Поради ова, за одредена група на корелации во однесувањето постојат голем број факторијални можности, чиј степен на комплексност може да варира. Сите овие фактори се

подеднакво битни за постигање на решението. Оваа двосмисленост најчесто се решава со селектирање на едноставни и интерпретирачки факториелни решенија. Како и да е интерпретацијата не секогаш се изедначува со биолошката реалност. Прецизноста на секој факторијален модел зависи од колекција на голем број мерења на популацијата. Токму поради ова класичниот пристап на мерење на интелигенцијата е отежнат од логистичките побарувања за тестирање со хартија и пенкало. По се ова следи заклучокот дека класичниот пристап на анализа на факторите за однесувањето е близу до границата за негово одлучување (8).

Просечниот коефициент на интелигенција кај луѓето од општата популација изнесува 90-110, што значи дека најголем процент од луѓето имат коефициент на интелигенција кој се движи во оваа рамка (9).

## **2. Интелектуална попреченост – поим и дефиниција**

Интелектуална попреченост е состојба која има многу голем ефект врз социјализацијата на лицето кое е зафатено од истата. Оваа состојба не го зафаќа само лицето со интелектуална попреченост, туку целото негово семејство кое се грижи за него како и социјалната средина во која живее. Сето ова укажува на сериозноста на оваа состојба која во последно време е се повеќе застапена кај лицата од општата популација.

Состојбата е тесно поврзана со сензомоторните, говорните и сознајните процеси помеѓу останатите карактеристики. Како се зголемува степенот на интелектуална попреченост така стануваат поизразени нејзините карактеристики. Отстапувањата во конструкцијата на јазичните способности е поизразена, но и севкупното однесување и способностите на овие деца во споредба со децата без интелектуална попреченост многу заостануваат и одговараат на децата со многу помала календарска возраст (10).

Во споредба со лицата од општата популација, лицата со интелектуална попреченост имаат повисока преваленција на здравствени проблеми и нивните потреби за здравствена грижа најчесто не се препознаваат во онаа мера во која би требало да се препознаат и според истата да добијат соодветна здравствена грижа. Покрај овие

општи здравствени проблеми лицата со интелектуална попреченост често развиваат и секундарни здравствени состојби како епилепсија, проблеми во мобилноста и сензорни недостатоци. Подобрувањето на здравствената грижа за овие лица е цел со посебно значење и претставува голем предизвик за здравствените институции и медицинските лица (11).

Дијагностичкиот термин „Ментална ретардација“ конечно е елиминиран во интернационалната класификација на болести и растројства. Терминот „Ментална ретардација“ беше објавен од страна на „Американската Асоцијација за Ментална Ретардација“ во 1961 година и кратко потоа беше прифатена од страна на „Американската Психијатриска Асоцијација“ (АРА) во нејзиниот „Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања“ (DSM-5). Американската психијатриска асоцијација во својата петта ревизија (DSM-5) и Светската здравствена организација во единаесеттата едиција (ICD-11) ја менуваат својата терминологија (12).

На 5 Октомври 2010 година во САД Претседателот Обама го потпиша федералното законодавство со назив „Законот на Роса“, за промена на терминот „Ментална ретардација“ со терминот „Интелектуална попреченост“ односно „Индивидуа со интелектуална попреченост“. На 22 Септември 2012 година Гувернерот Браун го потпиша дополнувањето на законот „Bill 2370“ со кое се врши усвојување на „Законот на Роса“ во Калифорнија и се врши промена на термин во државниот закон, односно терминот „Ментална ретардација“ се менува со терминот „Интелектуална попреченост“. Оваа промена на државниот закон стапува на сила од 1 Јануари 2013 година и покрај тоа што многу локални едукациони установи веќе ја направиле измената на овој термин базирано на „Законот на Роса“ (13).

Интелектуалната попреченост не е болест ниту ментално нарушување, таа претставува специфична состојба на функционирање која започнува во детството, а се карактеризира со ограничување на интелектуалните и адаптивните способности (14).

Интелектуално развојно растројство, претставува растројство кое вклучува интелектуален дефицит и дефицит во адаптивното функционирање, со почеток во развојниот период (15).

Интелектуална попреченост претставува непрогресивно, когнитивно оштетување. Долгогодишните истражувања покажуваат дека интелектуалната попреченост е повеќе застапена во руралните средини за разлика од оние средини каде социјалната и едукативната компонента е на повисоко ниво (16).

Постојат повеќе дефиниции за менталната ретардација и тоа:

Според AAIDD (Американска Асоцијација за Интелектуални и Развојни Нарушувања)— **Интелектуалната попреченост се карактеризира со значително ограничување во интелектуалното функционирање и способноста за адаптација и тоа социјална и практична адаптација. Оваа попреченост се јавува во развојниот период (17).**

Семејствата може да се посомневаат за постоење на интелектуална попреченост, доколку моторните, говорните и способностите за самопомош не се развиваат или се развиваат со забавен тек, кој не одговара на возраста на детето. Некогаш овие доцнења во развојот се очигледни уште во раното детство. Во случај на лесна интелектуална попреченост можат да останат незабележани дури до училишна возраст (18).

Поради тоа што неврологијата до сега не успеала да ги идентификува генетските маркери и невробиолошките фенотипови на интелектуалната попреченост, со кои би се помогнало дијагностицирањето на истата, самата дијагностика продолжува да се врши со помош на клиничка процена на функционалните способности на лицето, како интелектуалното функционирање и адаптирачкото однесување, со помош на кои би се извршило класифицирањето на интелектуалната попреченост во соодветната категорија (19).

Во раното детство, лесната интелектуална попреченост може да не биде очигледна и може да не се идентификува до поаѓање во училилиште. Дури и кога слабите академски способности ќе се препознаат, потребна е професионална проценка да се разграничи дали се работи за интелектуална попреченост, проблеми во учењето или емоционално растројство (18).

Степенот на оштетување варира во големи размери, од длабоки до лесни или гранични оштетувања (20).

По мислењето на Пијаже, интелигенцијата како и мислењето претставува динамичен систем кој со матурацијата поминува низ квалитативно различни нивоа на интеграција. Интелектуалниот развој е обележан со прогресивни изоставувања на раните облици и системи на мислење кои се заменуваат со нови системи на повисоко ниво. Затоа, на интелектуалната попреченост се гледа како на неможност за унапредување и премостување на инфантилните нивоа и стадиуми на интеграција. Колку е поголем степенот на интелектуална попреченост, толку е пониско нивото или стадиумот на организација каде развојот на индивидуата е фиксиран. Под фиксација не се мисли само на забавениот развој, туку и на сопирање и фиксирање на одредена пониска фаза од когнитивниот развој (21).

### **3. Етиологија на интелектуална попреченост**

Иако постојат повеќе од 1000 причини за интелектуална попреченост и сите тие се разликуваат помеѓу себе во сите аспекти на функционирање на личноста, лицата со интелектуална попреченост се ставаат во една иста група како тие сите да се еден ентитет, притоа запоставувајќи ги битните карактеристики кои произлегуваат од етиологијата на интелектуалната попреченост (22).

Поради широката клиничка и генетска хетерогеност на интелектуалната попреченост, причината за појавноста на истата се уште останува неразјаснета во целост. Во едно истражување кое имало за цел да ги идентификува генетските маркери на интелектуалната попреченост прво се вршела процена на лицата со интелектуална попреченост за да се исклучат познатите причини за состојбата, потоа се секвенционираат кодирачките региони на повеќе од 21000 гени добиени од 100 лица со интелектуална попреченост со коефициент на интелигенција под 50 и нивните родители кои немаат интелектуална попреченост. Со помош на посебна процедура за анализа на податоците биле идентификувани и класифицирани *de novo*, автосомно рецесивните и X врзани мутации. Потоа биле потврдени новите гени кандидати во 765 лица со интелектуална попреченост (серии за потврдување). Сите мутации биле проценети од молекуларен генетичар и клиничар во контекст на клиничка презентација на лицата. Идентификувани биле 79 *de novo* мутации кај 53 од 100 лица.

Вкупно 10 de novo мутации и 3 X врзани (наследени од мајката) мутации кои биле претходно предвидени да ја подесат функцијата на познатите гени за интелектуална попреченост, биле најдени кај 13 лица со интелектуална попреченост. De novo мутации кои претставуваат потенцијални причинители кај новите гени кандидати биле пронајдени кај 22 лица со интелектуална попреченост. Во сериите за потврдување, de novo мутациите кај 3 од овие гени кандидати биле идентификувани кај лица со интелектуална попреченост со сличен фенотип, давајќи поддршка на мутациите во овие гени како причина за попреченоста.

Не биле идентификувани автосомно рецесивно наследени мутации како причинители во откривачките серии. Со ова вкупниот дијагностички придонес бил 16% од кои повеќето de novo мутации. De novo мутациите претставуваат многу важен причинител за појавувањето на интелектуална попреченост, а нивната детекција биле вршена со помош на егзом секвенционирачката техника (23).

Причините за појава на интелектуалната попреченост според времето на станување и според причинителот можат да се поделат во повеќе категории и тоа:

- **Генетски причинители**– кои се причина за интелектуална попреченост во 35% од случаевите и можат да се поделат во две категории:
  - несиндромска (метаболички болести) 60%;
  - синдромска 40%.

Одредувањето на генетските причини за интелектуалната попреченост е еден од најголемите предизвици во молекуларната генетика. Од генетски аспект интелектуалната попреченост може да биде несиндромска кога се јавува само како изолиран феномен и синдромска кога е комбинирана со физички и бихевиорални нарушувања (29).

Генетските фактори вклучуваат: хромозомски нарушувања, моногенски заболувања, полигенски фактори и митохондријални нарушувања. Само доколку е позната причината може да се направи прогноза на заболувањето, процена на ризикот и пренатална дијагноза (29).

Хромозомските нарушувања се одговорни за околу 28% од случаите на интелектуална попреченост. Хромозомските нарушувања вклучуваат нумерички хромозомски аберации, парцијални хромозомски нарушувања и микроделеции. За моногенските нарушувања може да се каже дека претставуваат мутации на еден ген кои можат да доведат до интелектуална попреченост или различни фенотипови зджени со интелектуалната попреченост, во зависност од функцијата на мутираниот ген. Постојат автосомно доминантна, автосомно рецесивна и X-врзана интелектуална попреченост. За полигенските облици на интелектуална попреченост кои се причинети од ефектот на повеќе од еден ген, може да се каже дека се чест облик на интелектуална попреченост и за истиот е карактеристично што претставува полесен облик на интелектуална попреченост во споредба со тешките облици кои најчесто се последица на ефектот од еден ген. До интелектуална попреченост може да доведе и дефектот во митохондријалните гени и тоа е состојба кога интелектуалната попреченост ја пренесува мајката и тоа на сите нејзини потомци (29).

Најголемиот број на случаи се лица со Даун синдром, аномалија која се случува на 15 од вкупно 1000 раѓања, а последица е на тоа што на 21от пар хромозоми има уште еден трет хромозом. Поради ова уште се нарекува и трисомија 21. Постојат и некои други хромозомски аномалии чија што фреквентност е помала, како такви можат да се набројат фрагилен X синдром, Прадер-Вили синдром, Рет-синдром, Леш-Нихан синдром, неврофиброматозата, туберозната склероза и други состојби со помала појавност (24).

Наследните фактори вклучуваат фенилкетонурија, галактоземија, Моват-Вилсон синдром, Таи-Сашовата болест и други. Овие болести лесно се дијагностицираат кога породувањето е во болница, тогаш има можност да се направи метаболички неонатален скрининг. Доколку не се направи овој скрининг, постои ризик за интелектуална попреченост бидејќи овој фактор има многу големо влијание врз менталните способности и нивниот правилен развој (25).

➤ **Стегнати причинители**– кои се причина за интелектуална попреченост во 35% од случаевите и можат да се поделат во три категории:

- пренатални (за време на бременоста) 20%;
- перинатални (за време на породувањето) 20%;
- постнатални (после породувањето) 60%.

Причинители кои можат да му наштетат на плодот за време на бременоста се токсемија и неконтролиран дијабетес, малнутриција на мајката, вагинални крварења, оштетување на папчната врвца и др.

Од перинаталните причинители кои исто така можат да направат оштетување на плодот можат да се набројат перинатална асфиксија и аноксија, несоодветна примена на сила при самиот чин на породување, неправилно изведување на Кристелер маневарот.

За време на постнаталниот период може да настанат некои проблеми од типот на енцефалопатија како последица на хипербилирубинемија, физичка траума на главата, инфекции кои предизвикуваат енцефалитис и менингитис (20).

Направени се многу епидемиолошки студии за тоа колкаво е влијанието на среднинските и социо-културните фактори врз развојот на интелегенцијата. Сите овие студии укажуваат на големата поврзаност на интелектуална попреченост и нискиот економски статус на семејствата кои имаат деца со интелектуална попреченост. Доказите кои ни стојат на располагање укажуваат на тоа дека оваа врска се одразува на два засебни процеси. Првиот претставува причинско-последичната врска на нискиот економски статус со изложеноста на голем број на психолошки и средински фактори. Вториот претсавува фактот дека семејствата на лицата со интелектуална попреченост се изложени на огромни трошоци кои директно влијаат на економската моќ на семејствата, а со тоа и на условите за живот во самото семејство. Овие фактори директно влијаат на зголеменоста на интелектуалната попреченост во земјите во развој каде социо-економскиот статус на семејствата е многу низок.

Објавени се и студии кои ја набројуваат како причина и недоволната здравствената грижа за време на пренаталниот, перинаталниот и постнаталниот период како и недоволната професионалност и обученост на медицинскиот персонал.

Како еден од многу битните фактори за развојот на интелигенцијата, претставува и соодветна стимулацијата и едукацијата на децата во раната возраст. Недоволната стимулација на децата во развојниот период директно влијае на интелектуалните способности на детето (26).

- **Непознати причинители**– кои се причина за ИП во 30% од случаевите, каде нема фамилијарна предиспозиција, нема ризик, никакви елементи кои би покажале дека може да дојде до оштетувањето (27).

#### **4. Класификација на интелектуална попреченост**

Постојат голем број на системи за класификација на интелектуалната попреченост заради хетерогеноста на оваа група. Когнитивната попреченост има субнормално интелектуално функционирање. Степенот на неспособност да се задоволат социјалните норми соодветни за возраста на лицето може да се подели во четири групи и тоа: лесна, умерена, тешка и длабока (28).

Некои деца имаат минорни дефицити кои се откриваат подоцна, а кај други инвалидноста е очигледна уште во раното детство. Карактеристиките на децата со интелектуална попреченост имаат малку заедничко со оние во другите возрасни групи и токму поради ова изработката на соодветен план за едукација и рехабилитација е од суштинско значење. Класификацијата на когнитивната попреченост се врши според карактеристиките на лицето (29).

Според класификацијата на Светската Здравствена Организација интелектуалната попреченост се дели на следните поткатегории:

- **Лесна** интелектуална попреченост (IQ 50-69);
- **Умерена** интелектуална попреченост (IQ 35-49);
- **Тешка** интелектуална попреченост (IQ 21-34);
- **Длабока** интелектуална попреченост (IQ под 20);

- **Друга** интелектуална попреченост– поради сензорни и други оштетувања не е можно да се изврши процена на интелектуалната способност со помош на стандардните процедури (30);
- **Неспецифична** интелектуална попреченост– кога нема недоволно информации за класифицирање на интелектуалната состојба во една од категориите (31).

За да се изврши правилна категоризација на интелектуалната попреченост потребно е да се направи правилна дијагностика и да се познаваат оние состојби кои можат да дадат слична клиничка слика како интелектуалната попреченост односно да се направи диференцијална дијагностика. Бидејќи менталното доцнење е развојно растројство кое е секундарно на многу етиолошки фактори, посотојат неколку нозолошки единици кои можат да не збунат. Помеѓу овие може да се вбројат генерализирано развојно растројство, ниско функционален аутизам и некои од аутистичниот спектар на нарушувања (32).

Постои уште една група на лица со коефициент на интелегенција од 70 до 85. Оваа група се нарекува гранична, но истата до почетокот на осумдесетите години се сметала за група кај која има ментално доцнење, но поради тоа што овие лица не покажуваат проблеми во адаптацијата, од тогаш оваа група веќе не се смета за група на лица со попреченост. Дијагнозата е резервирана за деца на возраст под 5 години кога тежината на клиничката слика, поради раното детство не може точно да се процени (33).

## **5. Карактеристики на лицата со интелектуална попреченост**

Лицата со интелектуална попреченост имаат исти основни физиолошки, социјални и емоционални потреби како и останатите лица. Нивниот развој ги следи истите законитости на развојот кои важат за децата од општата популација, но темпото им е забавено, а според степенот на попреченост ограничено т.е. лимитирано. Специфичностите во развојот на овие лица се гледаат во должината на траењето на секоја од развојните фази. Потоа овие лица имаат и одредени карактеристики кои се разликуваат од децата со типичен развој (34).

### **Лесна интелектуална попреченост**

Забавеност во сите области, може да отсутствуваат вообичаените физички знаци, можат да стекнат практични способности, способности за читање и математички операции за возраст од 3-6 одделение, способност за социјализација, можат професионално да се оспособат и да бидат самостојни, интегрирани во општеството (35).

### **Умерена интелектуална попреченост**

Воочливи доцнења особено во говорот, можат да имаат некои вообичаени физички знаци, способни се за едноставна комуникација, можат да стекнат елементарни здравствени и безбедносни навики, можат да учествуваат во едноставни активности и грижа за себе, можат да работат во заштитни услови, способни се да патуваат сами на познати места (36).

### **Тешка интелектуална попреченост**

Забележителни доцнења, подоцна проодуваат, без способност за комуникација или со минимално разбирање на говор и одговор на едноставни налози, можат да ги научат дневните рутини и некои репетитивни активности, со тренинг може да се оспособат за едноставна грижа за себе, имаат потреба од постојан надзор и насочување (37).

### **Длабока интелектуална попреченост**

Очигледни доцнења во сите области, често присутни вродени абнормалности, имаат потреба од постојан надзор, често имаат потреба од друго лице кое постојано ќе ги опслужува, можат да одговорат на вообичаени физички активности и социјални стимулации, не се способни да се грижат за себе (38).

Карактеристично е тоа што лицата со интелектуална попреченост без оглед на тоа за кој степен на попреченост се работи никогаш не достигнуаат ментална возраст поголема од 13 години. Поради тоа овие лица не можат да достигнат ниво на апстрактно размислување, како што тоа го достигнуаат другите лица до почетокот на адолесцентниот период. Од овие причини лицата со интелектуална попреченост имаат потреба од специјална едукативна програма која е прилагодена на нивните ментални способности и чија примена ќе даде позитивен резултат. Резултатот кој ќе се постигне со едукативно-рехабилитациониот процес, многу зависи од возраста на која се поставува дијагнозата, а со тоа и возраста на која ќе се започне со третман, како и степенот на

интелектуалната попреченост, областите кои се зафатени и изборот на методи и техники кои ќе се користат за реализација на предвидената програма (39).

Интернационалните студии донесуваат заклучок дека лицата со интелектуална попреченост имаат поголема потреба од здравствена грижа, во споредба со оние од иста возраст и пол од општата популација. Интелектуалната попреченост треба да биде третирана на многу поширок начин. Иако моментално основната и веројатно единствената задача која се применува, е детекцијата на ограничувањата и способностите во функција на очекувањата во иднина, со една цел да се овозможи поддршка која е неопходна за лицето да може да се вклопи во средината каде живее. И покрај ова, лицата со интелектуална попреченост кои што живеат во земјите во развој, треба да имаат повеќе социјална корист, која всушност денес не е секаде доволно застапена (40).

Појавата на епилептични напади кај лицата со интелектуална попреченост е почеста. Епилептичните напади кај лицата од општата популација е околу 2-4%, додека кај лицата со интелектуална попреченост изнесува 13-24% (41).

Денес голем број на студии ширум светот објавуваат студии во кои се наведува зголемениот ризик од прекумерна телесна тежина кај адолесцентите со интелектуална попреченост. Како и да е, ризик факторот за возрасните лица со интелектуална попреченост не е целосно разјаснет. Овие резултати ставаат акцент на потребата од зголемена здравствена гига и практичен одговор на зголемувањето на телесната тежина кај оваа категорија на лица (42).

## **6. Ментални нарушувања – поим и дефиниција**

Менталните нарушувања се составен дел на денешниот човек, според тоа не е зачудувачки што има записи за абнормално однесување уште во стариот Египет, Индиа и многу други стари народи (43).

Студиите покажуваат дека прилично голем процент од адолесцентите имаат емоционални проблеми. Истите покажуваат дека 20-25% од младината има симптоми

на емоционални нарушувања, а 1 од 10 лица покажува умерена до сериозна симптоматологија, која укажува на значајни оштетувања (44).

Со една студија направена во Јужна Африка прикажан е процентот на појавноста на повеќе типови на ментални нарушувања, а резултатите се класифицирани и според возраста на испитаниците и тоа кај возрасни, адолесценти и малолетни лица. Според резултатите од оваа студија може да се види дека глобалната распространетост била 25% за возрасни лица и 17% за деца и адолесценти. Меѓу возрасните најзаедничка неподесена распространетост била за никотинско користење и тоа 48%. Истата за алкохолна зависност и депресивно растројство заедно била 15%. Следно по фреквенција било анксиозното растројство и тоа, 6% за генерализирано анксиозно растројство и посттрауматско растројство и 5% за фобија. За децата и адолесцентите најзаедничко растројство било анксиозното растројство 11% и посттрауматско растројство заедно со депресивно растројство кои заедно биле застапени со 8% (45).

Според студијата на NCSR (National Comorbidity Survey Replication), кај 50% од испитаниците кои имале ментално нарушување, симптомите на нарушувањето се јавиле пред четиринаесеттата година (46).

## **7. Етиологија на менталните нарушувања**

Етиологијата на повеќето видови ментални нарушувања е непозната, но сепак станува јасно дека повеќето видови ментални нарушувања се резултат на комбинација на повеќе фактори како биолошки, психолошки и социјални фактори (47).

### **Биолошки фактори**

Биолошките фактори за појава на менталните нарушувања можат да бидат разноврсни и тоа од абнормално функционирање на невронските врски кои ги поврзуваат различните делови на мозокот, до дефекти или проблеми во функционирањето на невротрансмитерите. Постојат и други биолошки фактори кои можат да бидат вклучени во развојот на менталните нарушувања и тоа:

- Генетски;
- Инфекции;
- Мозочни оштетувања или траума;
- Интраутерини оштетувања;
- Изложеност на одредени супстанции;
- Останати фактори како на пример малнутриција, труење со токсични супстанции (47).

### **Психолошки фактори**

Психолошките фактори кои можат да допринесат за развој на некој вид на ментално нарушување се:

- Тешка психолошка траума во детството, како на пример емоционала, физичка или сексуална злоупотреба;
- Рана загуба на родител или блиско лице;
- Занемареност;
- Слаба способност за формирање врски со други лица (47).

### **Социјални фактори**

Во оваа група влегуваат стресни ситуации кои се случуваат во социјалната средина и кои кај лицата кои се психолошки осетливи можат да бидат причина за појава на ментално нарушување. Во оваа група спаѓаат:

- Смрт или развод;
- Дисфункционален семеен живот;
- Чувство на неприфатеност, слабо самопочитување, анксиозност, бес или осаменост;
- Промена на работното место или училиштето;
- Социјални или културни очекувања;

- Користење на недозволените супстанции од страна на лицето или негов родител (47).

### **Генетски аспекти на менталните нарушувања**

Истражувањата од областа на генетските аспекти на менталните нарушувања, особено на психозите напредуваат се повеќе. Студиите од овој вид се најчесто спроведени на роднини од потесното семејство, близнаци, посвоени деца, студии од областа на молекуларна генетика и студии особено наменети за приказ на полигенското својство на гените (48).

Поврзаноста на гените со појавата на менталните нарушувања е многу голема. Тоа се гледа и од резултатите кои ги објавуваат студиите спроведени со цел да се објаснат генетските аспекти на менталните нарушувања. Често пати патофизиологијата на некои видови ментални нарушувања е непозната, како на пример кај шизофренијата и биполарното растројство, но сепак се знае дека тие имаат наследна основа. Шизофренијата и биполарното растројство се сметаат за најзастапени психози. Наследната основа за шизофренијата се проценува помеѓу 70% и 90%, а за биполарното растројство помеѓу 60% и 80% (49).

Шизоафективното пореметување е помалку истражено во споредба со другите видови на ментални нарушувања, но неговата врска со шизофренијата и биполарното растројство е голема, особено во фамилијарните студии. Во студиите на близнаци се покажало дека генетското влијание на шизоафективните епизоди е многу слично со генетското влијание на шизофрениите и маниакалните епизоди, додека асоцијативните студии ја даваат можноста за некој вид на специфично генетско влијание на шизоафективното и биполарното пореметување (50).

Ментално здравје претставува состојба на добро битисување во кое индивидуата ги остварува сопствените способности, може да го совлада стресот на нормалниот живот, може да биде продуктивна во својата работа и е во можност да придонесува за својата заедница (51).

Често знаат да се појават и некои од хроничните заболувања, кои можат да креираат длабоки и трајни промени во животот на лицето. За време на овие заболувања потребен

е голем напор за да може лицето да го оддржи менталното здравје. Треба да се стави акцент на стресот и проблемите кои тој ги предизвикува и соодветно на тоа да се превземат соодветн мерки за превенција од патолошките состојби кои можат да настанат (52).

Концептот за ментално нарушување, како и многу други концепти во медицината и науката, имаат недостаток на конзистентна оперативна дефиниција, која ги содржи сите случаи. Различните случаи бараат различни дефиниции (53).

Менталните нарушувања се биопсихосоцијален феномен со биолошка психолошка и социјална компонента (54).

Ментално нарушување претставува медицинска состојба која го нарушува мислењето, емоциите, расположението, способноста да се поврзат со другите и дневното функционирање на луѓето. Менталното нарушување може да се појави кај секоја возраст, раса и религија. Тоа не е последица на лична слабост, недостаток на карактер или слабо воспитание (55).

Во третманот на менталните нарушувања се користат и лекови кои ги намалуваат симптомите на менталното нарушување. Овие лекови се нарекуваат психотропни или психотерапевтски и помагаат животот на лицата со ментални нарушувања да биде подобар. Лековите не можат да го излечат менталното нарушување, но можат да ги намалат симптомите на нарушувањето, а со тоа лицата со ментално нарушување, се чувствуваат многу подобро, поквалитетно живеат и можат да бидат функционални во своето живеење (56).

## **8. Класификација и видови на ментални нарушувања**

Две интернационални класификации моментално доминираат во истажувачката и клиничката пракса, а тоа се ICD-10 (Светска Здравствена Организација) и DSM-V (Американска Психијатриска Асоцијација). И двете класификации даваат детален опис на сите главни психијатриски синдроми, нарушувања на личноста и останатите нарушувања во однесувањето или функциите (57).

Менталните нарушувања можат да се разликуваат според видот на нарушувањето и степенот со кој се јавува нарушувањето (58).

**Некои од главните видови на ментални нарушувања се:**

- Депресија;
- Анксиозност;
- Шизофренија;
- Биполарно растројство;
- Растројство на личноста;
- Траума и растројство во јадењето.

**Најчести ментални нарушувања се:**

- Анксиозност;
- Депресија.

**Ментални нарушувања кои поретко се јавуваат (оние кои вклучуваат психози):**

- Шизофренија;
- Биполарно растројство (58).

## **8.1 Депресија**

Депресијата претставува комплексна патолошка состојба, која кај лицата каде што ќе се појави предизвикува еден сет на симптоми помеѓу кои главни се депресивно расположение и губење на интерес. Како и многу други ментални нарушувања, така и кај депресијата постојат некои симптоми кои од време на време се менуваат. Овие симптоми се комбинираат помеѓу себе во различни комбинации и со тоа предизвикуваат голема променливост во клиничката слика на лицето (59).

## **8.2 Шизофренија**

Шизофренијата претставува ментално нарушување со сè уште непозната етиологија. Многу години наназад знаците и симптомите на ова нарушување се опишувани, за да се даде една јасна слика која ќе може да се одвои од другите нарушувања. Исто така направени се многу обиди да се идентификуваат лабораториски тестови или биолошки маркери кои би можеле да ја потврдат присутноста на ова ментално нарушување, но ваквите обиди сè уште немаат јасно утврдени вакви маркери и истражувањата продолжуваат (60).

Шизофренијата е распространета насекаде во светот и тоа со слични симптоми и тек. Таа не претставува болест на одредена класа на луѓе, раса или религија. Таа е пронајдена во сите социјални друштва, во сите географски области и секаде појавноста на ова ментално нарушување е скоро идентична (61).

## **8.3 Биполарно растројство**

Биполарното растројство претставува ментално нарушување кое до скоро се сметало за нарушување со мала појавност, кое се карактеризира со многу променливи периоди на еуфорична возбуденост и периоди на силна депресија. Ова ментално нарушување е лесно за дијагностицирање и третирање. Третирањето на ова нарушување е фармаколошко и најчесто дава добри резултати (62).

Сликата за појавноста на ова нарушување е драматично променета во последните години. Поновите истражувања покажуваат дека биполарното растројство претставува нарушување со многу различни состојби и неговата појавност во општата популација се проценува на 5% (63).

## **8.4 Растројство на личноста**

Шизоидните, параноидните и шизотипните растројства на личноста заедно го формираат така наречениот кластерот А растројства на личноста од DSM-V

класификацијата. Се верува дека овој кластер е симптоматски и генетски поврзан со шизофренијата. Шизотипните растројства се карактеризираат со еден несоодветен начин на афективност и когниција, интерперсонална изолација и непостојани психотични искуства. Недостатокот на задоволство од социјални релации, отсуството на афективно-когнитивни абнормалности и суб-психотичните симптоми кои се наоѓаат кај шизотипните растројства доминираат над шизоидниот примерок (64).

Критериумот на параноидните растројства става акцент на неверливоста, затворен став и интерперсонални проблеми поврзани со постојана сомничавост. Поради големото преклопување на критериумите овие лица можат често пати да бидат дијагностицирани со повеќе од едно од овие нарушувања (65).

## **8.5Траума и растројство во јадењето**

### **Растројство во јадењето- Anorexia Nervosa**

Ова претставува нарушување во исхраната, односно лицето кое има дијагноза на ова нарушување одбива да ја одржува минималната телесна тежина предвидена за неговата возраст и висина, има страв од покачување на телесната тежина и има погрешна перцепција за изгледот на телото. Просечна возраст за почеток на ова нарушување е 17 години, но забележани се и случаи каде започнува уште на 13 годишна возраст. Од сите лица со оваа дијагноза 90 проценти претставуваат лица од женскиот пол. Овој вид на нарушување е смртоносен и може да се појави заедно со анксиозност и депресија (66).

### **Растројство во јадењето- Bulimia Nervosa**

Лицата со овој вид на нарушување се карактеризираат со јадење и веднаш после тоа повраќање. За да се постави оваа дијагноза, ова мора да се случи најмалку два пати во неделата и тоа во времетраење од три месеци. Овие лица имаат нереално чувство за изгледот на телото и телесната тежина (67).

## 9. Интелектуална попреченост кај менталните нарушувања

Многу години е позната поврзаноста на интелектуалната попреченост и менталните нарушувања. Добро е познато дека појавноста на интелектуалната попреченост кај лицата кои имаат дијагноза на шизофренија е три до пет пати поголема отколку кај лицата од општата популација, а исто така и појавноста на шизофренија кај лицата со интелектуална попреченост е отприлика исто толку зголемена. Постојат повеќе потенцијални причинители за оваа зголемена коморбидност кои и до денешен ден се уште се истражуваат, но сепак водечки фактор претставува генетската етиологија која доминира над другите причинители (68).

Независен ризик фактор за појавноста на шизофренијата претставува когнитивната оштетеност, која е всушност и својство на ова нарушување. Ова својство е присутно во една ослабена форма кај роднините од прво поколение и сè уште се собираат докази за зголемената присутност на ова својство кај двата вида на нарушување. Најновите студии кои даваат податок за генетската поврзаност на овие две нарушувања се всушност студиите од областа на молекуларна генетика. Овие студии прикажуваат дека неколку големи варијанти на ретки геномски копии суштински го зголемуваат ризикот за појавност на шизофренија, интелектуална попреченост и уште неколку невrorазвојни растројства како растројствата од аутистичниот спектар, ADHD и генерализирана епилепсија (69).

Некои лица може да имаат интелектуална попреченост и ментално нарушување во исто време. Може да биде тешко да се открие дали лицето ги има двете заедно. Тешко е да се каже како лицето се чувствува, поради тоа што не може да зборува. Докторите пробуваат да ги откријат чувствата на лицата преку набљудување на нивното однесување (70).

Многу често овие лица со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување не ја добиваат потребната помош од службите, бидејќи нивните потреби не се добро дефинирани помеѓу здравствените служби и оние задолжени за лицата со попреченост (71).

Психијатриските кризи кај лицата со интелектуална попреченост се манифестираат на различни начини, често неспецифично (72).

Возрасните лица со интелектуална попреченост и ментално нарушување помошта која им е потребна ја добиваат преку општи или специјалистички прихијатриски услуги. Проценката каков вид на помош всушност им е повеќе потребна е сè уште во тек. Таа се базира на резултатот кој се постигнува со овие два типа на услуги (73).

Постојат многу студии кои даваат различни резултати за коморбидноста на интелектуалната попреченост и менталните нарушувања. Според студијата на Jean O'Hara, Jane McCarthy и Nick Bouras оваа коморбидност е помеѓу 15 и 20%, но сепак постојат многу методолошки проблеми. Сепак целта на денешните студии е да ја прикажат коморбидноста на интелектуалната попреченост и различните видови на ментални нарушувања, како и појавноста на менталните нарушувања кај општата популација, за да се прикажат ризик факторите за коморбидноста на овие два вида на нарушувања (74).

Во 2011 година Einfeld, Ellis и Emerson спровеле студија за проблемите со менталното здравје кај деца со интелектуална попреченост и добиле резултат кој покажува дека 30 до 50% од децата со интелектуална попреченост имаат проблеми со менталното здравје. Овој процент е многу повисок за разлика од оној кај децата од општата популација. При спроведувањето на оваа студија водена е грижа за социо-економската депривација на децата со интелектуална попреченост која претставува битен фактор за релијабилноста на податоците. Проблемите во однесувањето и анксиозното растројство се јавуваат како најзастапени видови на ментални нарушувања кај оваа категорија на деца (20%) (75).

Слична студија е спроведена и во 2004 година во Ангилија од страна на Канцеларијата за Национална Статистика, во која примерокот се состоел од 7977 деца. И во оваа студија се добиени слични резултати, но во оваа студија е прикажано и нивото на сервис кој го добиваат децата кои се соочуваат со проблеми со менталното здравје и интелектуална попреченост (76).

Децата кои имаат интелектуална попреченост и нарушено менталното здравје многу почесто ја користат службата за ментално здравје, за разлика од децата кои имаат само проблеми со менталното здравје (77).

Кога станува збор за корелацијата на интелектуална попреченост и ментално нарушување кај деца, од големо значење е една студија во која се разгледуваат неколку варијабли кои се претпоставувало дека се заеднички за овие две состојби. Станува збор за мајчинското ментално здравје, социо-економскиот статус со кој расте и се развива детето и животот со еден родител. Со оваа студија се добиле резултати кои покажуваат голема поврзаност на овие две состојби кога станува збор за овие варијабли. Всушност и кај децата со интелектуална попреченост и кај оние со ментално нарушување, користењето на службата за примарна грижа, социјално-едукативната служба и службата за ментално здравје е со многу висок процент. Исто така и користењето на службата за ментално здравје од страна на еден од родителите е со многу повисок процент во споредба со оној на децата од општата популација (78).

Појавноста на интелектуална попреченост и ментално нарушување како двојна дијагноза кај децата до четиринаесет годишна возраст често дава нејасна слика, поради која што тие не ја добиваат потребната помош навреме. Ова дополнително ја влошува нивната состојба земајќи го предвид фактот дека раната интервенција и кај децата со интелектуална попреченост и кај оние деца со ментално нарушување е од големо значење за нивниот понатамошен развој (79).

Во Велика Британија децата со интелектуална попреченост и ментално нарушување ги користат специјализираните сервисни служби за ментално здравје повеќе отколку децата од општата популација. Слично зголемена фреквентност во користењето на специјализираните служби се јавува и кај децата кај кои што се јавува само интелектуална попреченост или ментално нарушување одделно, но сепак користењето на овие услуги е најфреквентно кај децата со двојна дијагноза. Со овој податок може да се заклучи дека кај децата со коморбидна состојба на интелектуална попреченост и ментално нарушување се јавуваат поголеми компликации, па соодветно на тоа и зголемена потреба од стручните служби. Овој податок ги потврдува резултатите добиени од едно истражување во Канада кое покажува дека децата со интелектуална попреченост и предизвикувачко однесување ги користат јавните услуги за ментално

здравје најчесто. И во ова истражување децата со коморбидна состојба на интелектуална попреченост и ментално нарушување почесто ги користат овие јавни услуги за разлика од оние со кај кои се јавува само интелектуална попреченост. Според истото истражување во пракса клиничарите успешно ги препознаваат психолошките проблеми на децата со интелектуална попреченост (80).

Очекувањето за децата со интелектуална попреченост да ги користат специјалистичките услуги за ментално здравје со помала фреквентност, во споредба со користењето на овие услуги од страна на децата со ментално нарушување или двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување е многу реално бидејќи децата со двојна дијагноза имаат повеќе компликации во текот на животот, а исто така и децата со ментално нарушување имаат почести проблеми со предизвикувачко однесување. Сепак оваа разлика во фреквентноста на користење на овој тип на специјалистички услуги не е многу голема како што се очекувало. Малата разлика во фреквентноста сепак навестува недостаток во диференцијацијата во нивото или комплексноста на потребите, а според тоа и несогласување на потребите со пристапот до овие служби (81).

Моментално во Велика помеѓу 42 и 46% од децата со интелектуална попреченост и ментално нарушување не ја посетуваат редовно специјалната служба за ментално здравје и тоа често пати овие деца дури и до 12 месеци не ја посетуваат ниту еднаш оваа служба, што е многу загрижувачки податок земајќи ја предвид улогата на оваа служба во одржувањето на менталното здравје на овие деца. Причините за овој недостаток на стручна помош сè уште не се познати во целост, а една од причините е методолошката ограниченост на самиот пристап на овие служби, која е од големо значење за правилното функционирање на службата. За елиминирање на овој пропуст се спроведуваат голем број на истражувања кои треба да ги детектираат причините, па соодветно на резултатите од овие истражувања и да се пристапи кон елиминирање на причините и подобрување на моменталната состојба. Како и да е пропустот во користењето на овие служби за оваа категорија на деца е голем и поради тоа голем дел од нивните потреби остануваат незадоволени (82).

Истражувањата во поглед на користењето на јавните услуги од страна на децата со интелектуална попреченост и ментално нарушување или само со интелектуална попреченост, се спроведувани и низ другите земји и резултатите кои ги прикажуваат овие истражувања ширум светот се многу слични и само го потврдуваат податокот дека децата со овој вид на дијагноза не ја добиваат потребната поддршка од специјализираните јавни служби. Од резултатите на овие студии може да се заклучи дека бројот на деца кои не ја добиваат соодветната помош се движи помеѓу 30 и 50%. Кога станува збор за користењето на услугата на специјалната едукација и рехабилитација може да се каже дека и тоа е на ниско ниво и тоа само 18 до 40% од децата со интелектуална попреченост или интелектуална попреченост и ментално нарушување ја користат оваа услуга. Ова дава една јасна слика за проблемите на родителите на овие деца и како тие се справуваат со овој проблем. Сепак службата за специјална едукација и рехабилитација во својата работа акцентот го става на проблемите со учењето, додека проблемите со менталното здравје на детето не се третирани доволно од овој вид на служба (83).

Проблемите со менталното здравје кај децата со интелектуална попреченост се јавуваат уште од најрана возраст и тоа во многу поголем процент отколку кај децата без интелектуална попреченост. Во Австралија и Велика Британија постои податок кој покажува висок процент на емоционални проблеми и проблеми во однесувањето кај деца со интелектуална попреченост уште на 2-3 годишна возраст. Постојењето на овие проблеми кај децата со интелектуална попреченост покажува голема појавност, тоа може да се види и во една лонгитудинална студија спроведена во Австралија каде добиени се резултати кои покажуваат дека 41% од децата со интелектуална попреченост на возраст од 12 години имаат високо ниво на ментални проблеми. Кај 31% од истите деца вклучени во истражувањето, на возраст од 24 години сè уште биле присутни сериозни проблеми со менталното здравје (84).

Целта на секоја држава треба да биде свртена кон одржување на здрава популација, тоа се однесува како на лицата кои имаат проблеми како со општата здравствена состојба така и со лицата кои имаат проблем и со менталното здравје. Од овие причини потребно е поголемо финансирање како на здравствените сервисни служби така и на проектите за поддршка на јавното здравје (85).

Во последниве години зголемена е свеста за потребата од финансирање на програми за одржување на здравствената состојба на лицата со интелектуална попреченост и ментално нарушување, ова подразбира помош од страна на стручните служби за одржување на менталното здравје на овие лица и помош од страна на службите задолжени за општата здравствена состојба. Оваа помош се спроведува преку обезбедување на непрекината примарна здравствена заштита, терапија, долгорочен здравствен надзор и индивидуализирана поддршка на лицата со коморбидна состојба на интелектуална попреченост и ментално нарушување (86).

Важно е да се знае дека групата со коморбидност на интелектуална попреченост и ментално нарушување сочинува околу една третина (32,9%) од вкупниот број на лица со интелектуална попреченост, која има потреба од користење на јавните услуги за следење и помош. Стапка на преваленција на емоционални проблеми во висина од 50% е забележана кај деца со интелектуална попреченост. Слични се и податоците кои ги даваат националните агенции ширум светот (87).

Со оглед на високата стапка на психијатриски нарушувања кај лицата со интелектуална попреченост, оваа група не треба да се смета како посебна категорија на луѓе, туку како популација која треба да биде основа во креирањето на поставките на здравствените и социјалните услуги (88).

Подобрувања во услугите за лицата со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување се постигнати од страна на многу земји во текот на изминатата деценија, таков напредок покажува и Австралиската државна служба за медицински сервиси Medicare. Ова се постигнува преку многубројни програми финансирани од страна на австралиската влада со кои се овозможува полесен пристап до службите за ментално здравје. Но сепак сè уште има многу недостатоци кои мора да се надминат и тоа највеќе во елиминирање на административните и финансиските бариери кои го попречуваат нормалното функционирање на овие служби, како и пристапот до истите од страна на оваа категорија на лица. Само на овој начин може да се воспостави координиран систем на заштита и помош на овие лица (89).

Драматичен пад во државните приходи потребни за овој вид на сервиси се случи во периодот на големата рецесија кој започна во 2008 година и траеше неколку години. За време на овој период имаше намалување на персоналот и обемот на услугите на службите за медицинска помош, што многу го намали капацитетот на државните институции за одржување на овие услуги. Во многу земји листите на чекање за услугите на службите за ментално здравје како и листите за другите медицински служби толку се зголемија што лицата кои навистина имаат потреба од овие служби чекаа со месеци да дојдат на ред, а понекогаш и не успеваа да ја добијат потребната помош (89).

Лицата со интелектуална попреченост имаат поголема шанса да манифестираат некој вид на ментално нарушување во споредба со лицата без интелектуална попреченост. Комбинацијата на биолошки, психолошки и социјални фактори, може да доведе до појава на ментално нарушување, со тоа што лицата со интелектуална попреченост се почувствителни на овие фактори (90).

Според една лонгитудинална студија во Австралија од 2010 година, спроведена на адолесценти која вклучувала голем број на испитаници со различен вид на попреченост, оние кои имале интелектуална попреченост биле застапени со 15% од целата популација во студијата. Во резултатите од студијата се покажало дека лицата со интелектуална попреченост биле застапени со 40% од вкупниот број на лица со дијагноза на ментално нарушување. Според истата студија адолесцентите со интелектуална попреченост имаат најмалку двојно повеќе проблеми со менталното здравје во споредба со лицата од општата популација (91).

Коморбидноста на интелектуална попреченост и психопатологијата е многу проучувана ширум светот. Еден многу загрижувачки фактор е оној кој покажува дека проблемите со менталното здравје кои се всушност функционално оштетување, тешко се детектираат кај лицата со интелектуална попреченост, па соодветно на тоа овие лица не ја добиваат потребната помош (92).

Учениците со интелектуална попреченост кај кои се јавува и ментално нарушување како втора дијагноза, покрај проблемите со оштетување на когнитивните способности

и вниманието, имаат проблеми и со комуникацијата, самоконтролата и однесувањето во целост (93).

Лицата со интелектуална попреченост поради социјалните потешкотии имаат проблеми со добивање на социјална поддршка која е многу битен заштитен фактор за оваа популација и која игра битна улога за одржувањето на нивното ментално здравје и благосостојба (94).

Во 2011 година спроведена е студија со која требало да се покаже ризикот за појавност на интелектуална попреченост и ментално нарушување кај деца кои имале мајка со шизофренија, биполарно растројство и депресија. Биле вклучени вкупно 6303 деца. Од нив 3174 имале мајка со дијагноза на еден од наведените видови на ментално нарушување, додека 3129 биле деца на мајки со добро ментално здравје. Во резултатот од оваа студија се покажало дека појавноста на интелектуалната попреченост и некој од видовите на ментални нарушувања кај децата на мајки со ментално нарушување, бил многу повисок отколку кај оние деца чии мајки биле ментално здрави. Во групата на деца на мајки со ментално нарушување биле детектирани 129 деца, што е двојно повеќе во споредба со застапеност на децата со интелектуална попреченост кај здрави родители (95).

Лицата со интелектуална попреченост ги имаат истите проблеми со менталното здравје, како и оние без интелектуална попреченост. Еве некои од факторите кои влијаат на високата преваленција на ментални нарушувања кај лицата со интелектуална попреченост:

- Намалена поддршка и другарство;
- Многу често губење, одбивање, изолација;
- Зголемена веројатност за социјални нарушувања и одвојувања;
- Намалено почитување на сопствената личност;
- Намалена контрола врз сопствениот живот;
- Слаба способност за справување со стресот;
- Слаба способност за решавање на проблеми и конфликти;
- Биолошки слабости вклучувајќи ги сензорните оштетувања;
- Слаба слика за себе и самовреднување;

- Живеење во несоодветна околина;
- Изложеност на злоупотреба, трауматизирање и малтретирање (96).

Најчест проблем е нестручното работење на лицата кои се грижат за лицата со интелектуална попреченост и ментално нарушување поради немањето на соодветна едукација на кадрите кои би се оспособиле за работа со оваа популација. Ова доаѓа од тоа што голем дел од лицата со двојна дијагноза живеат во сиромашни средини каде финансиската моќ на самата општествена заедница е мала и нема можност да се спроведе соодветната едукација (97).

Секторот за здравје се повеќе советува лицата со интелектуална попреченост да ги користат услугите на установите за ментално здравје. Најчесто персоналот вработен во овие установи нема стручна подготовка за третман на лица од оваа категорија. Поради овој недостаток на стручна подготовка потребно е секој член на персоналот во овие установи, да добие соодветна подготовка за работа со овие лица (98).

## **10. Дијагностика**

Често пати се случува менталното нарушување кај лицата со интелектуална попреченост да не се препознае, да не се дијагностицира и да не се пристапи кон соодветен третман. Клиничарите често веруваат дека проблемот е само во однесувањето и дека нема постоење на ментално нарушување. Како последица на ова лицата со интелектуална попреченост не ја добиваат потребната помош за своето ментално нарушување (99).

Секако понекогаш е тешко да се каже дали симптомите на менталното нарушување се вистински или не. Ова може да доведе до доцнење на дијагнозата и третманот, бидејќи родителите природно не сакаат да ризикуваат со користење на било какви антипсихотични лекови во отсуство на дефинитивна дијагноза (100).

Денес се знае дека состојбата на менталното нарушување кое постои кај индивидуата со интелектуална попреченост е одвоено од состојбата на интелектуална попреченост,

но разликувањето на симптомите на менталното нарушување од оние на интелектуална попреченост претставува вистински предизвик. Поради ова често пати симптомите на менталното нарушување му се додаваат на интелектуалното нарушување наместо да се гледа на нив како посебна состојба. Методите кои се користат за идентификување на менталното нарушување често пати варираат и можат да влијаат на проценката на преваленција кај интелектуалната попреченост. Едни од студиите користат графички приказ за идентификување на дијагнозата забележана во медицинските записи, додека други користат структурирана дијагностичка процена за идентификување на двојната дијагноза. Кога се користи графички приказ, резултатите за двојна дијагноза се многу пониски, додека кога се користат специфични дијагностички алатки резултатите за двојна дијагноза се многу повисоки (101).

Речиси кај сите лица со интелектуална попреченост може да се користи стандардниот критериум за дијагностика на менталните нарушувања, но по потреба овие критериуми можат да се модифицираат според вербалните способности на лицето и неговото ниво на развој. Кај некои нарушувања се користи набљудување на однесувањето и вегетативни знаци, така што стандардната дијагностичка постапка може да се спроведе и кај овие лица.

Исто како критериумите за дијагностичка процена, така и принципите кои важат за дијагностичка процена на лицата со интелектуална попреченост се истите кои важат и за лицата без интелектуална попреченост (102).

Постои и интердисциплинарен пристап на дијагностицирање на лицата со ментално нарушување и интелектуална попреченост. Предностите на интердисциплинарниот пристап на процена, дијагноза, третман и менаџирање на менталните нарушувања кај лицата со интелектуална попреченост се општо прифатени. Најголемиот проблем на овој интердисциплинарен пристап е во составувањето на поединечните податоци и информации во еден единствен наод. Целта на тимското работење е збогатување на целокупното разбирање на состојбата на лицето. Целокупниот процес треба да биде така организиран да го ангажира и лицето кое е цел на тој процес и целата мрежа на поддршка околу него (103).

Кога станува збор за дијагностиката на деца која се врши со помош на пакетот за процена наменет за возраст од 5-17 години DAWBA (Процена на развојот и благосостојбата), може да се каже дека таа дозволува дијагностицирање независно од податокот за користењето на професионалниот психијатриски сервис за лица со проблеми со менталното здравје. За поставување на дијагнозата DAWBA ги користи податоците кои ги добива од родителите, стручниот кадар кој работи во училиштата и преку интервју со самите адолесценти. Кога станува збор за адолесценти со интелектуална попреченост, делот за прибирање на податоци преку интервју, се применува со голема претпазливост и не во тој обем како кај оние адолесценти кај кои нема дијагноза на интелектуална попреченост. Поради тоа што проблемите со менталното здравје кај деца и адолесценти со интелектуална попреченост можат да бидат малку поразлични од оние кај деца и адолесценти без интелектуална попреченост, Светската Здравствена Организација има изработено адаптирана верзија на дијагностичкиот и статистичкиот прирачник наменет за оваа популација. Исто така постојат и додатни упатства за примена на дијагностичката постапка кај оваа популација (104).

Од сето ова може да се заклучи дека критериумите за дијагностицирање, како и прецизната дијагностика на лицата со двојна дијагноза е многу комплексна работа и е од пресудно значење за изработка на соодветен третман на оваа категорија на лица.

## **II - Методологија на истражувањето**

### **1. Предмет на истражувањето**

Предмет на ова истражување е да се утврди појавноста на интелектуалната попреченост кај хоспитализирани лица со ментално нарушување како и разликите на истата помеѓу различните групи на испитаници.

### **2. Цел на истражувањето**

Цел на истражувањето е да се види колкава е процентуалната застапеност на интелектуална попреченост, кај институционализирани лица со ментални нарушувања и тоа врз основа на видот на менталното нарушување, возраста и полот на лицето.

### **3. Задачи на истражувањето**

- Да се утврди појавноста на интелектуалната попреченост кај лицата со ментални нарушувања.
- Да се утврди поврзаноста на интелектуалната попреченост со полот на лицето
- Да се утврди дали појавноста на интелектуална попреченост кај лицата со ментални нарушувања расте или опаѓа со зголемувањето на календарската возраст на лицата.
- Да се утврди поврзаноста на интелектуалната попреченост со различни видови на ментални нарушувања.
- Да се прикаже застапеноста на ментална детериорација кај лицата со ментално нарушување и интелектуална попреченост.
- Да се утврдат разликите во појавноста на менталната детериорација помеѓу лицата со ментално нарушување во зависност од нивниот пол и возраст.

#### 4. Хипотези на истражувањето

- **Хипотеза 1:** Значаен дел од лицата со ментални нарушувања имаат интелектуална попреченост како втора дијагноза.
- **Хипотеза 2:** Не постои статистички значајна разлика во појавноста на интелектуалната попреченост кај лицата со ментални нарушувања во поглед на полот.
- **Хипотеза 3:** Не постои статистички значајна разлика во коефициентот на интелигенција кај лицата со ментални нарушувања во поглед на полот.
- **Хипотеза 4:** Појавноста и степенот на интелектуална попреченост се зголемуваат со зголемување на календарската возраст на лицата со ментално нарушување.
- **Хипотеза 5:** Појавноста и степенот на ментална детериорација се зголемуваат со зголемување на календарската возраст на лицата со ментално нарушување.
- **Хипотезата 6:** Степенот на ментална детериорација се зголемува со зголемување на степенот на интелектуална попреченост.
- **Хипотеза 7:** Не постои статистички значајна разлика во степенот на ментална детериорација кај лицата со ментални нарушувања од различен пол.
- **Хипотеза 8:** Кај популацијата со ментални нарушувања во значајно поголема мера ќе има појава на интелектуална попреченост за разлика од општата популација.
- **Хипотеза 9:** Кај некои видови на ментални нарушувања ќе има значајно поголема појавност на интелектуална попреченост.
- **Хипотеза 10:** Кај некои видови на ментални нарушувања ќе има значајно поголема појавност на ментална детериорација.

## **5. Варијабли на истражувањето**

### **Зависни варијабли**

#### **Зависни варијабли во ова истражување се:**

- Интелектуалната попреченост кај лицата со ментално нарушување;
- Степенот на ментална детериорација.

### **Независни варијабли**

#### **Независни варијабли во ова истражување се:**

- Возраста;
- Полот;
- Видот на менталното нарушување.

## **6. Методи, техники и инструменти на истражувањето**

Во текот на истражувањето се користени два метода, една техника на истражување и еден инструмент. Со помош на овие методи, техники и инструменти се изврши прибирање на податоците, кои понатаму беа групирани и обработувани.

### **Методи**

Од методите во ова истражување се користеа:

- Дескриптивен метод;
- Метод на компаративна анализа;

- Метод на корелативна анализа.

## Техники

Од техниките во ова истражување се користеа:

- Анализа на документација;
- Тестирање;
- Анкета.

## Инструменти

За прибирање на податоците од ова истражување беа користени тест за мерење на коефициентот на интелигенција и степенот на ментална детериорација кај испитаниците - **Витим** (Векслеров индивидуален тест на интелигенција за македонска популација) и **Демографски прашалник** со кој се утврдуваа основните демографски карактеристики на испитаниците. Подетален опис на прашалниците е даден во продолжение:

а) **Витим** (Векслеров индивидуален тест на интелигенција за македонска популација) е тестот со кој се утврдуваше и мереше општата интелигенција на испитаниците, како и степенот на ментална детериорација. Витим е прилагодена верзија на познатиот Wechsler-Bellevue тест за интелигенција кој е користен ширум светот и е помеѓу најкористените три тестови во целиот свет. Тој наоѓа примена во повеќе рамки од кои највеќе за:

- диференцијална дијагностика на интелектуална попреченост, емоционални нарушувања во мисловното функционирање, ментална детериорација на основ на органско церебрално нарушување, функционални психози итн.
- дијагностика и прогностика во областа на школска и професионална ориентација.

- дијагностика и прогностика при избор на адаптивни родители, старатели и слично.
- прогноза на терапевтскиот успех кај психоневротичари и психопати (што е повисок IQ толку е подобра прогнозата).
- истражување на менталната организираност, менталното функционирање и некои други психолошки прашања.

Со овој тест се утврдуваат повеќе аспекти на интелектуалното функционирање на испитаниците како:

- нивото на општата интелигенција.
- структурата (организација, профил) на менталните способности.
- внатрешниот однос помеѓу интелектуалното остварување и менталниот капацитет (примарни ментални способности).
- начинот на мисловното решавање на проблемите.
- нивото на апстрактното мислење, како и други карактеристики на менталното функционирање.

Примената на тестот може да биде психометриска и психодијагностичка. Психометриската примена на тестот претставува употреба на тестот за статистички цели и во тој случај доволен е само општиот коефициент на интелигенција. Кога тестот се употребува во психодијагностички цели покрај општиот коефициент на интелигенција потребни се и дополнителни податоци кои се добиваат со помош на диференцијално-аналитичкиот метод.

Овој тест се состои од 11 субтестови, од кои секој мери различна димензија и се спроведува преку различен тип на задачи:

1. Информации;
2. Дополненија;
3. Броеви;
4. Стрип;
5. Речник;
6. Коцки;
7. Аритметика;

8. Склопување;
9. Сфаќање;
10. Шифра;
11. Сличности.

Тестот се задава по строго одредени правила. Истиот се состои од шест вербални и пет невербални субтестови. За одредување на севкупниот коефициентот на интелигенција потребно е да се употребат најмалку четири вербални и четири невербални субтестови. Изоставување на некои субтестови е дозволено доколку е оправдано, но за тоа мора да се одлучиме уште пред почетокот со тестирањето.

Во посебни услови тестирањето може да се ограничи само на:

- вербалната скала (кај слепи, парализирани, глуви и наглуви лица).
- невербална скала (кај лица кои не го владеат добро јазикот и неписмени лица).

б) **Демографски прашалник**, кој се однесуваше на полот, возраста, местото на живеење, степен на образование и занимањето на испитаниците.

## **7. Популација и примерок**

За остварување на целта и задачите на ова истражување, податоците беа прибирани од 50 испитаници со различна дијагноза на ментално нарушување, различна возраст и пол. Примерокот кој учествуваше во ова истражување беше пригоден примерок, односно испитаници беа лица кои во моментот се хоспитализирани во јавната здравствена установа ЈЗУ Психијатриска болница “Скопје”. Истражувачкиот примерок се состоеше од кај испитаниците беа присутни 4 вида на ментални нарушувања и тоа 14 испитаници имале шизофренија, 12 испитаници имале психо-органичка психоза, 12 имале параноја и 12 испитаници имале манијакално депресивна психоза.

## **8. Статистичка обработка на податоците**

Откако беше завршено прибирањето на податоците со помош на тестот и демографскиот прашалник, се пристапи кон нумерирање, кодирање и внесување на

податоците во програмата за статистичка обработка на податоците. За потребите на ова истражување се користеше статистичката програма SPSS 20. По внесувањето на податоците најпрвин беше направена дескриптивна анализа на секоја варијабла, како и на демографските карактеристики. При тоа се направи анализа и приказ на фреквенциите и процентите на мерките на централна тенденција (M) и мерките на варијабилност (SD, опсег на скорови) на секоја од добиените варијабли. Овие податоци се и графички и табеларно прикажани. По дескриптивната анализа се пристапи кон тестирање на истражувачките хипотези. За тестирање на истражувачките хипотези се направи компаративна и корелативна анализа, при што се користеа t- тест, анализа на варијансата – ANOVA и r- коефициент на корелација за да се истражат разликите помеѓу групите на испитаници, како и за поврзаноста помеѓу варијаблите.

## **9. Организација и тек на истражувањето**

Прво следеше подготвителен период во кој се изврши идентификација и дефинирање на проблемот и се изработи планот за текот и начинот на кој се одвиваше истражувањето.

-Откако беа направени подготовките за истражувањето, се побара одобрение од директорот на установата за спроведување на истражувањето и тестирање лицата сместени во установата.

-Потоа следеше избор на примерокот кој ќе се тестира. Бидејќи за целта на ова истражување не беа опфатени сите лица сместени во установата каде што се вршеше истражувањето, беше направен избор на лицата кои ќе се тестираат.

-Откако беше одбран примерокот за истражувањето, се пристапи кон тестирање и прибирање на податоците потребни за ова истражување.

Во периодот на тестирање на испитаниците се работеше индивидуално со секое лице. За подобар приказ на интелектуалните способности на лицата со ментално нарушување, тестот кој се користеше за тестирање на примерокот покрај резултатот за коефициентот на интелигенција го прикажа и процентот на ментална детериорација.

-Кога се заврши со тестирањето на испитаниците од примерокот се пристапи кон пополнување на демографскиот прашалник со кој се добија дополнителни податоци, кои се користеа за постигање на целта на ова истражување.

-По завршувањето на тестирањето и откако се добија потребните податоци, истите се групираа и се пристапи кон нивна обработка.

-По обработката на податоците со помош на табелирање и графички приказ, се прикажаа резултатите од истражувањето кои понатаму послужија за проверка на поставените хипотези.

-Откако беа проверени хипотезите следеше конечна дискусија и заклучок, како краен резултат и одговор на сите прашања во врска со истражувањето.

Истражувањето беше спроведено во периодот од Јули до Октомври 2014 година.

### III – Резултати од истражувањето

По прибирањето и внесувањето на податоците беше направена статистичка анализа на податоците, која се состоеше од три основни дела. Најпрвин беше направена демографска анализа на истражувачкиот примерок, потоа се направи дескриптивен приказ на податоците добиено со помош на тестот Витим (Векслеров индивидуален тест на интелигенција за македонска популација), а по оваа основна обработка се пристапи кон тестирање на истражувачките хипотези со помош на методите на корелативна и компаративна анализа. Резултатите од статистичката анализа се дадени во продолжение.

#### 1. Демографска анализа на податоците

Вкупниот примерок на испитаници за ова истражување се состоеше од 50 испитаници од кои 25 беа женски и 25 машки испитаници. Со оглед на зависните и независните варијабли на ова истражување, кај испитаниците беа испитувани полот, возраста, општата интелигенција, степенот на ментална детериорација, видот на ментално нарушување, образованието и работниот статус на испитаниците. Сите испитаници беа разгледувани по однос на секоја варијабла засебно, а резултатите од дескриптивната анализа се дадени во продолжение.

**а) Пол на испитаниците** – вкупниот примерок се состоеше од 50 испитаници од кои 25 (50%) беа женски испитаници и исто толку, односно 25 (50%) беа испитаници од машки пол.

**б) Возраст на испитаниците** – во однос на возраста на испитаниците, најмладиот испитаник имал 19 години, а највозрасниот имал 62 години. Средната возраст на целокупниот примерок на испитаници изнесувала  $M=41,54$  и  $SD =12,42$ . Во однос на дистрибуцијата на возраста според полот, се покажа дека најмладиот испитаник од

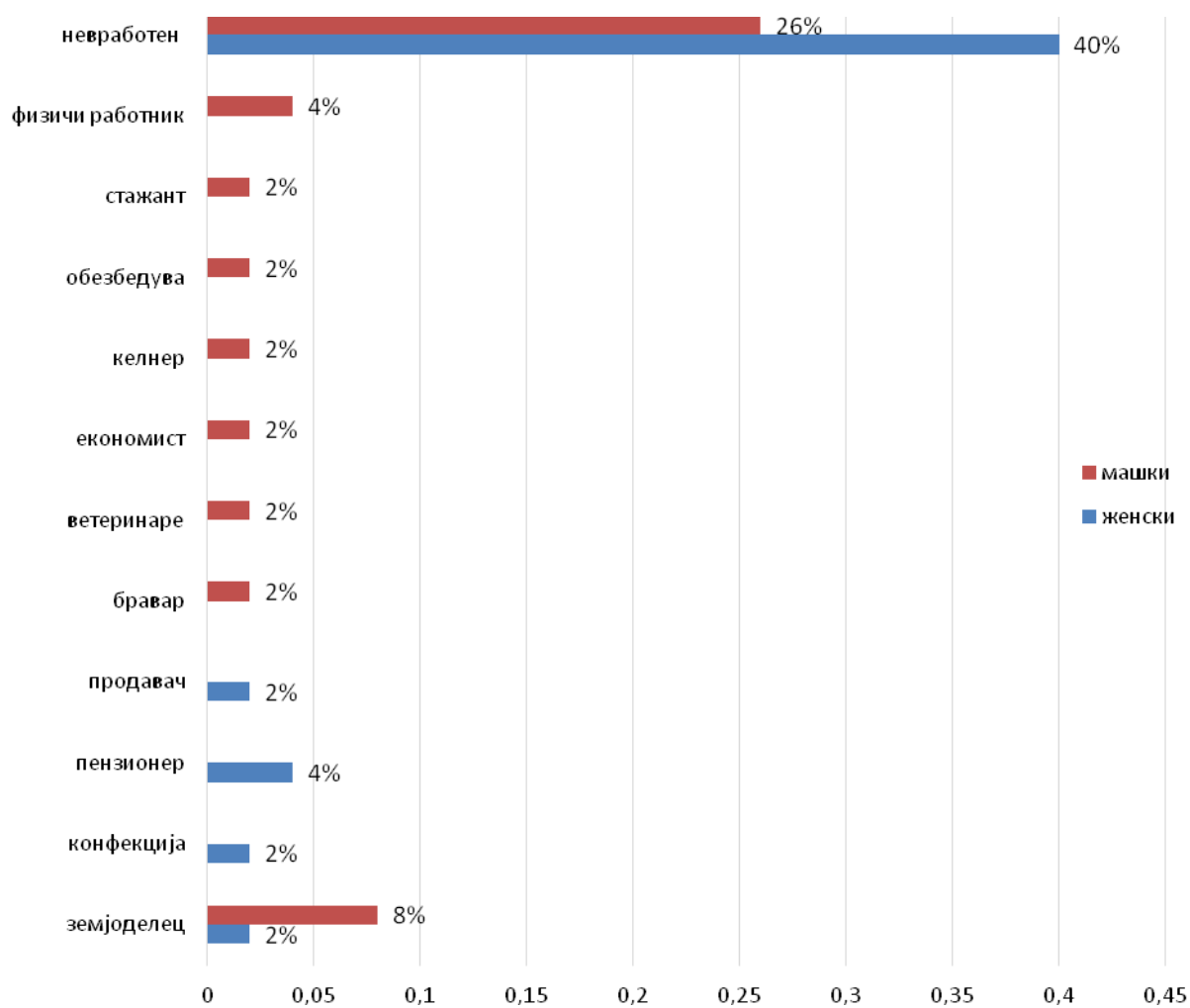
женски пол имал 21, а највозрасната испитаничка имала 60 години. Средна возраст на испитаниците од женски пол изнесувала  $M=41,16$  и  $SD=12,56$ . Во однос на испитаниците од машки пол се покажа дека најмладиот испитаник имал 19, а највозрасниот има 62 години. Средна возраст на испитаниците од машки пол изнесува  $M=41,54$  и  $SD =12,42$ . Дистрибуцијата на возраста на испитаниците е дадена подолу во Табела 1.

**Табела 1: Возраст на испитаниците според полот**

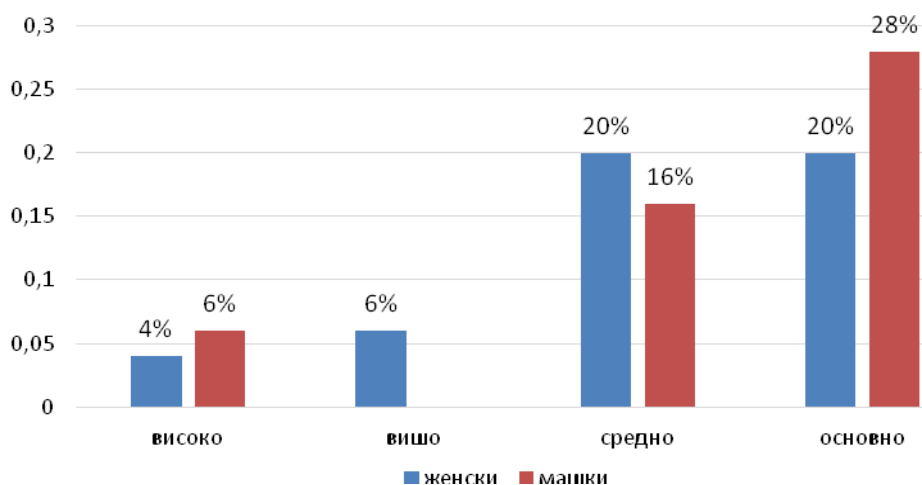
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>Машки</b>	19	62	41,92	12,53
<b>Женски</b>	21	60	41,16	12,56

**в) Работен статус на испитаниците** – во однос на својот работен статус се измерија фреквенциите на сите поединечни занимања кои испитаниците ги пријавиле во текот на истражувањето, како и бројот на невработени лица. Од оваа анализа може да се забележи дека 66% од вкупниот број на испитаници, односно 26% од машките и 40% од женските испитаници биле невработени. Фреквенцијата на занимањата на вработените испитаници е прикажана во продолжение на Слика 1.

**г) Образование на испитаниците** – Во однос на образованието на испитаниците може да се забележи дека целата група на испитаници во најголема мера има завршено средно или основно образование. Имено, 48% од испитаниците (20% женски и 28% машки) имаат завршено основно образование, 36% од испитаниците (20% женски и 16% машки) имаат завршено средно образование, 6% од испитаниците (6% женски и 0% машки) имаат завршено вишо образование и 10% од испитаниците (4% женски и 6% машки) имаат завршено високо образование. Фреквенцијата на образованието на испитаниците е прикажана во продолжение на Слика 2.

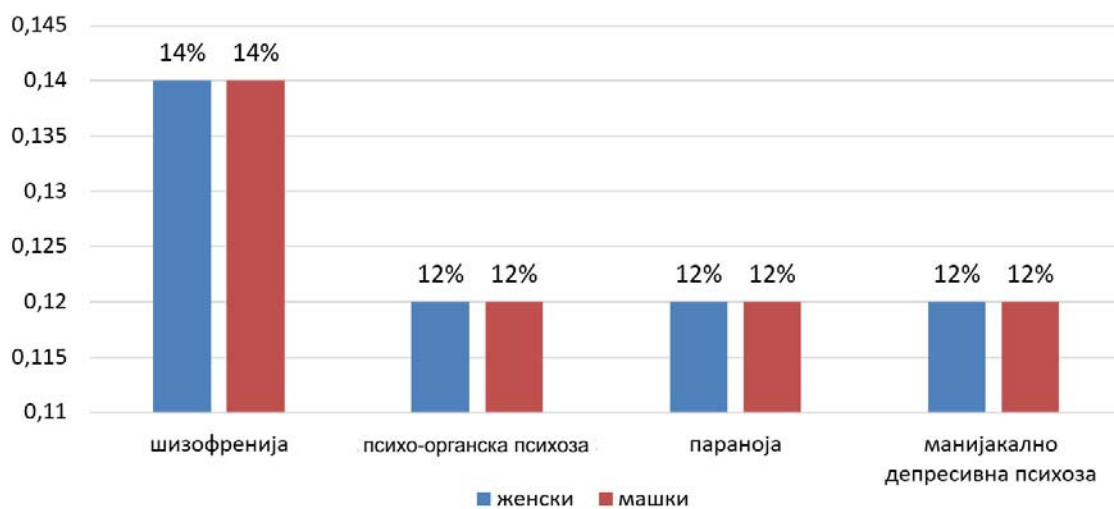


Слика 1: Работен статус на испитаниците



Слика 2: Образование на испитаниците

д) **Ментално нарушување на испитаниците**- кај испитаниците беа присутни 4 вида на ментални нарушувања и тоа 28% од испитаниците (14% женски и 14% машки) имале шизофренија, 24% од испитаниците (12% женски и 12% машки) имале психо-органска психоза, 24% од испитаниците (12% женски и 12% машки) имале параноја и 24% од испитаниците (12% женски и 12% машки) имале манијакално депресивна психоза. Застапеноста на секое од менталните нарушувања е прикажана во продолжени на Слика 3.



*Слика 3 : Видови на ментални нарушувања кај испитаниците*

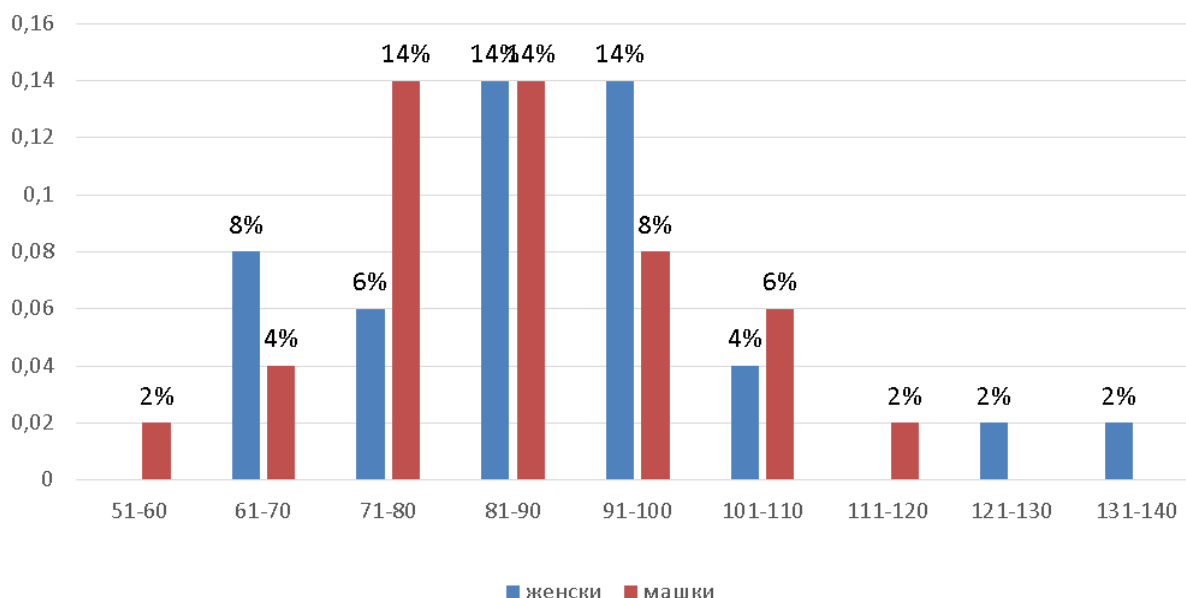
## 2. Дескриптивна анализа на податоците

а) **Интелигенција на испитаниците изразена преку IQ** – оваа варијабла со оглед на нејзината природа (континуирана квантитативна варијабла) и важност во ова истражување, беше разгледувана подетално. Освен приказот на основните статистики, се направи и табеларен и графички приказа на дистрибуцијата на скоровите низ континуумот на вредности. Во однос на целата група на испитаници, најниската вредност на оваа варијабла изнесува 53, а највисоката 131. Кај целата група на испитаници средната вредност на IQ изнесува  $M=85,85$  и  $SD=15,80$ . Кај женските испитаници најнискиот постигнат скор изнесува 62, а највисокиот 131, додека средната вредност на IQ изнесува  $M=88,08$  и  $SD=16,80$ . Кај машките испитаници најнискиот постигнат скор изнесува 53, а највисокиот 115, додека средната вредност на IQ изнесува  $M=83,60$  и  $SD=14,73$ . Во продолжение дистрибуцијата на оваа варијабла е прикажана табеларно и графички на Табела 2 и Слика 4.

**Табела 2: IQ на испитаниците според полот**

	Min	Max	M	SD
<b>Машки</b>	53	115	83,60	14,73
<b>Женски</b>	62	131	88,08	16,80

Од графичкиот приказ подолу може да се забележи дека 14% од испитаниците имале некаков степен на интелектуална попреченост, додека 70% од испитаниците имале нормална и 6% имале натпросечна или висока интелигенција. Исто така може да се забележи дека, иако инцидентно кај женските испитаници има два случаи на повисока интелигенција.



**Слика 4: Дистрибуција на IQ кај испитаниците**

**б) Ментална детериорација**– оваа варијабла со оглед на нејзината природа (континуирана квантитативна варијабла) и важност во ова истражување, беше разгледувана подетално. Освен приказот на основните статистики, се направи и табеларен и графички приказ на дистрибуцијата на скоровите низ континуумот на вредности. Во однос на целата група на испитаници, најниската вредност на оваа варијабла изнесува 0, а највисоката 63. Кај целата група на испитаници средната вредност на MD изнесува  $M=21,84$  и  $SD=15,60$ . Кај женските испитаници најнискиот постигнат скор изнесува 1, а највисокиот 63, додека средната вредност на MD изнесува

M=23,36 и SD=14,29. Кај машките испитаници најнискиот скор изнесува 0, а највисокиот 54, додека средната вредност на MD изнесува M=20,32 и SD=16,97. Во продолжение дистрибуцијата на оваа варијабла е прикажана табеларно и графички на Табела 3 и Слика 5.

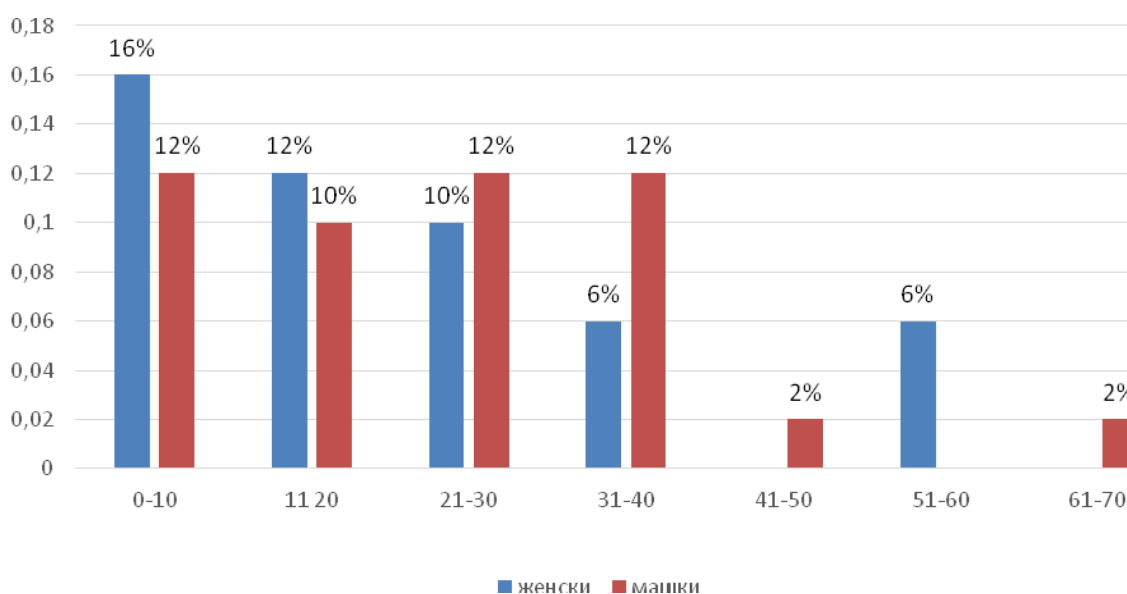
**Табела 3: Степен на ментална детериорација на испитаниците според полот**

	Min	Max	M	SD
<b>Машки</b>	0	54	20,32	16,97
<b>Женски</b>	1	63	23,36	14,29
<b>Вкупно</b>	0	63	21,84	15,60

Коефициентот на ментална детериорација се смета дека е значаен доколку е повисок од 0,20.

Степенот на ментална детериорација се смета дека е висок доколку е повисок од 20.

Ова важи и за лица од машки и за лица од женски пол подеднакво.



**Слика 5: Степен на ментална детериорација на испитаниците според полот**

### 3. Компаративна анализа на податоците

Во понатамошната анализа на податоците се компарираа односите помеѓу варијаблите кај испитаниците, односно се тестираа истражувачките хипотези. За таа цел се користеа различни методи и тестови во зависност од соодносот и природата на варијаблите кои се споредуваа. Резултатите од тестирањето на истражувачките хипотези се дадени во продолжение.

- За тестирање на **Хипотезата 1**, односно за тврдењето дека *значаен дел од лицата со ментални нарушувања имаат интелектуална попреченост како втора дијагноза*, се споредуваа фреквенциите на испитаници кои се наоѓаат во двете категории- лица кои имаат и лица кои немаат интелектуална попреченост. За таа цел и со оглед на природата на податоците со кои располагаме (фреквенции во дадени категории) се користеше  $\chi^2$ -тестот. При тоа се покажа дека 7 испитаници спаѓале во групата на лица со интелектуална попреченост ( $IQ \leq 69$ ), додека 43 испитаници спаѓале во групата на лица кои немале интелектуална попреченост ( $IQ \geq 70$ ), односно вредноста на  $\chi^2 = 25,92$ , при што  $p = 0,0001$ , односно  $p < 0,01$ . Со однос на поставеноста на фреквенциите во двете категории, можеме да заклучиме дека всушност значаен дел од лицата со ментални нарушувања немаат интелектуална попреченост како втора дијагноза, со што **оваа хипотеза се отфрла**, односно се прифаќа тврдењето дека *значаен дел од лицата со ментални нарушувања немаат интелектуална попреченост како втора дијагноза*. Резултатите од оваа анализа се прикажани во продолжение во Табела 4.

Табела 4: Фреквенции и вредност на  $\chi^2$  кај испитаниците кои имаат и кои немаат интелектуална попреченост

	N	$\chi^2$	df	p
IQ ≤ 69	7	25,92	48	0,0001**
IQ ≥ 70	43			

\*Разликата е значајна на ниво 0,05, односно  $p < 0,05$

\*\*Разликата е значајна на ниво 0,01, односно  $p < 0,01$

- За тестирање на **Хипотезата 2**, односно за тврдењето дека *не постои статистички значајна разлика во појавноста и степенот на интелектуалната попреченост кај лицата со ментални нарушувања во поглед на полот*, се споредуваа фреквенциите

на испитаници кои се наоѓаат во двете категории – лица кои имаат и лица кои немаат интелектуална попреченост кои се од машки или од женски пол. За таа цел и со оглед на природата на податоците со кои располагаме (фреквенции во дадени категории) се користеше  $\chi^2$ -тестот. При тоа се покажа дека 4 од женски пол и 3 испитаници од машки пол спаѓале во групата на лица со интелектуална попреченост ( $IQ \leq 69$ ), додека 21 испитаници од женски и 22 испитаници од машки пол спаѓале во групата на лица кои немале интелектуална попреченост ( $IQ \geq 70$ ), односно вредноста на  $\chi^2 = 0,166$ , при што  $p = 0,683$ , односно  $p > 0,01$ , со што **оваа хипотеза се прифаќа**, односно се прифаќа тврдењето дека *не постои статистички значајна разлика во појавноста и степенот на интелектуалната попреченост кај лицата со ментални нарушувања во поглед на полот*. Резултатите од оваа анализа се прикажани во продолжение во Табела 5.

**Табела 5: Фреквенции и вредност на  $\chi^2$  помеѓу машките и женските испитаници кои имаат и кои немаат интелектуална попреченост**

	Женски	Машки	$\chi^2$	df	p
$IQ \leq 69$	4	3	0,166	48	0,683
$IQ \geq 70$	21	22			

- За тестирање на **Хипотезата 3**, односно за тврдењето дека *не постои статистички значајна разлика во коефициентот на интелигенција кај лицата со ментални нарушувања во поглед на полот*, се споредуваа средните коефициенти на интелигенција помеѓу лицата од машки и женски пол. За таа цел и со оглед на природата на податоците се користеше t-тестот за испитување на разлики помеѓу две групи. При тоа се покажа дека кај лицата од женски пол средниот скор на IQ изнесува  $M = 88,08$  и  $SD = 16,80$ , додека кај испитаниците од машки пол средниот скор на IQ изнесува  $M = 83,60$  и  $SD = 14,72$ . Вредноста на спроведениот тест изнесува  $t = 1,0003$ , при што  $p = 0,321$ , односно  $p > 0,05$ , со што **оваа хипотеза се прифаќа**, односно се прифаќа тврдењето дека *не постои статистички значајна разлика во коефициентот на интелигенција кај лицата со ментални нарушувања во поглед на полот*. Резултатите од оваа анализа се прикажани во продолжение во Табела 6.

**Табела 6: Разлики и вредност на t-тестот во однос на коефициентот на интелигенција (IQ) помеѓу испитаниците од машки и од женски пол**

	N	M	SD	t	df	p
женски	25	88,08	16,80	1,0003	48	0,321
машки	25	83,60	14,72			

- За тестирање на **Хипотезата 4**, односно за тврдењето дека *појавноста и степенот на интелектуална попреченост се зголемуваат со зголемување на календарската возраст на лицата со ментално нарушување*, се испитуваше поврзаноста помеѓу овие две варијабли кај испитаниците. За увидување на поврзаноста помеѓу овие две варијабли се користеше Пирсоновиот коефициент на корелација ( $r$ ), кој што изнесуваше  $r=-0,062$ , при што  $p=0,669$ , односно  $p>0,05$ , со што **оваа хипотеза се отфрла**, односно се прифаќа тврдењето дека *не постои статистички значајна поврзаност помеѓу појавноста и степенот на интелектуална попреченост и календарската возраст на лицата со ментално нарушување*. Резултатите од оваа анализа на податоците се прикажани во продолжение во Табела 7.

**Табела 7: Поврзаност и вредност на Пирсоновиот коефициент на корелација ( $r$ ) помеѓу возраста и коефициентот на интелигенција (IQ) кај испитаниците**

	r	df	p
Возраст IQ	-0,062	48	0,669

- За тестирање на **Хипотезата 5**, односно за тврдењето дека *појавноста и степенот на ментална детериорација се зголемуваат со зголемување на календарската возраст на лицата со ментално нарушување*, се испитуваше поврзаноста помеѓу овие две варијабли кај испитаниците. За увидување на поврзаноста помеѓу овие две варијабли се користеше Пирсоновиот коефициент на корелација ( $r$ ), кој што изнесуваше  $r=-0,066$ , при што  $p=0,649$ , односно  $p>0,05$ , со што **оваа хипотеза се отфрла**, односно се прифаќа тврдењето дека *не постои статистички значајна поврзаност помеѓу појавноста и степенот на ментална детериорација и календарската возраст на лицата со ментално нарушување*. Резултатите од оваа анализа се прикажани во Табела 8.

**Табела 8: Поврзаност и вредност на Пирсоновиот коефициент на корелација (r) помеѓу возраста и степенот на ментална детериорација (МД) кај испитаниците**

	<b>r</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
<b>Возраст</b>	-0,066	48	0,649
<b>МД</b>			

- За тестирање на **Хипотезата 6**, односно за тврдењето дека *степенот на ментална детериорација се зголемуваат со зголемување на степенот на интелектуална попреченост*, се испитуваше поврзаноста помеѓу овие две варијабли кај испитаниците. За испитување на поврзаноста помеѓу овие две варијабли се користеше Пирсоновиот коефициент на корелација (r), кој што изнесуваше  $r=0,014$ , при што  $p=0,921$ , односно  $p>0,05$ , со што **оваа хипотеза се отфрла**, односно се прифаќа тврдењето дека *не постои статистички значајна поврзаност помеѓу појавноста и степенот на ментална детериорација и интелектуалната попреченост кај лицата со ментално нарушување*. Резултатите од оваа анализа се прикажани во продолжение во Табела 9.

**Табела 9: Поврзаност и вредност на Пирсоновиот коефициент на корелација (r) помеѓу коефициентот на интелигенција (IQ) и степенот на ментална детериорација (МД) кај испитаниците**

	<b>r</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
<b>IQ</b>	-0,014	48	0,921
<b>МД</b>			

- За тестирање на **хипотезата 7**, односно за тестирање на тврдењето дека *не постои статистички значајна разлика во степенот на ментална детериорација кај лицата со ментални нарушувања од различен пол*, се споредуваа аритметичките средни на степенот на ментална детериорација помеѓу лицата од машки и женски пол. За таа цел и со оглед на природата на податоците (континуирани, квантитативни) се користеше t-тестот за испитување на разлики помеѓу двете групи. При тоа се покажа дека кај лицата од женски пол аритметичката средина на степенот на ментална детериорација изнесува  $M=21,04$  и  $SD=3,46$ , додека кај испитаниците од машки пол аритметичката средина на степенот на ментална детериорација изнесува  $M=23,36$  и

SD=2,85. Вредноста на спроведениот тест изнесува  $t=-0,519$  при што  $p=0,606$ , односно  $p>0,05$ , со што оваа хипотеза се прифаќа, односно се прифаќа тврдењето дека не постои статистички значајна разлика во степенот на ментална детериорација кај лицата со ментални нарушувања од различен пол. Резултатите од оваа анализа се прикажани во продолжение во Табела 10.

**Табела 10: Разлики и вредност на t-тестот во однос на степенот на ментална детериорација помеѓу испитаниците од машки и од женски пол**

	N	M	SD	t	df	p
женски	25	21,04	3,46	-0,519	48	0,606
машки	25	23,36	2,85			

- За тестирање на Хипотезата 8, односно за тврдењето дека *кај популацијата со ментални нарушувања во значајно поголема мера ќе има појава на интелектуална попреченост за разлика од општата популација*, се испитуваше разликата помеѓу процентуалната застапеност кај лицата кои имаат интелектуална попреченост во овие две популации. За тестирање на оваа хипотеза се користеше методот на тестирање на разлики помеѓу проценти на двете популации, при што се тестираше значајноста на z-скорот на разликата на процентот (пропорцијата) на лица со интелектуална попреченост помеѓу испитуваниот примерок и општата популација. Со оглед на наодите кои се добиени во ова истражување, а тоа е дека 14% од примерокот на испитаници имале интелектуална попреченост, споредени со претходни наоди кои велат дека интелектуалната попреченост се јавува со застапеност од 2 % кај општата популација, се направи споредба на значајност на разликата на двата проценти (пропорции). Заради природата на податоците (неможност да се определи точниот број на испитаници во општата популација, како и неможноста да се користи бесконечен број во пресметките), двете групи се третираа како групи од 100% на испитаници, а се споредуваа пропорциите на застапеност. При тоа се покажа дека вредноста на  $z=-3,2962$ ,  $p=0,00096$ , односно  $p<0,01$ , со што оваа хипотеза се прифаќа, односно се прифаќа тврдењето дека кај популацијата со ментални нарушувања во значајно поголема мера ќе има појава на интелектуална попреченост во споредба со општата популација. Резултатите од оваа анализа се дадени во продолжение во Табела 11.

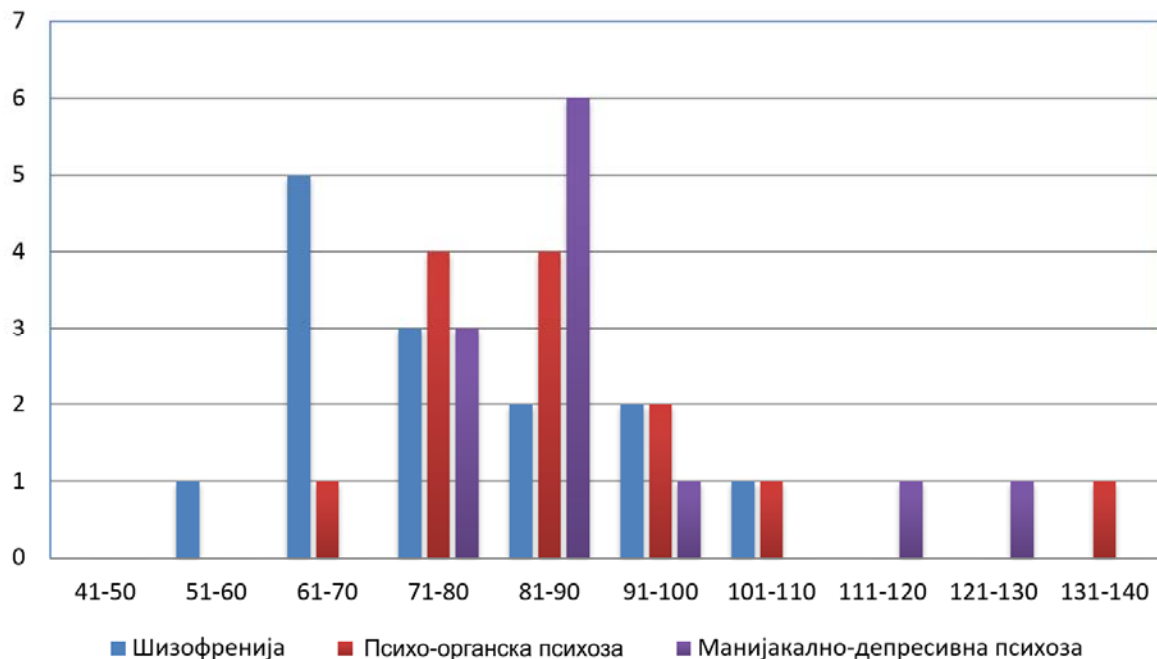
**Табела 11: Значајност на разлики на пропорции на застапеноста на интелектуалната попреченост кај општата популација и испитуваниот примерок.**

	<b>% на лица со интелектуална попреченост</b>	<b>Пропорција на лица со интелектуална попреченост</b>	<i>N</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<b>Општа популација</b>	2%	0,02	∞/100%	-3,2962	<b>0,00096*</b> *
<b>Истражувачки примерок</b>	14%	0,15	50/100%		

\*Разликата е значајна на ниво 0,05, односно  $p < 0,05$

\*\*Разликата е значајна на ниво 0,01, односно  $p < 0,01$

- За тестирање на **Хипотезата 9**, односно за тврдењето дека *кај некои видови на ментални нарушувања ќе има значајно поголема појавност на интелектуална попреченост*, најпрвин се направи подетална дескриптивна анализа на кодистрибуираноста на варијаблите со цел да се добие подобар сликовит приказ за тоа како се движи IQ помеѓу различните групи на ментални нарушувања. При тоа се увиде дека под просечен IQ се забележува само кај две групи на испитаници, а тоа се испитаниците кои имале шизофренија и испитаниците кои имале психо-органска психоза. Сепак, постои евидентна разлика во бројот на испитаници од овие две под групи кои имале под просечна интелигенција. За разлика од испитаниците со психо-органска психоза, каде имаме само 1 испитаник со ниска интелигенција, кај шизофренијата се покажа дека има 6 испитаници кои спаѓаат во оваа група. Деталниот приказ на дистрибуција на коефициентот на интелигенција во секоја од различните групи на ментално нарушување е даден во продолжение на Слика 6 и Табела 12.



Слика 6: Дистрибуција на IQ според видот на ментално нарушување

Табела 12: Дистрибуција на IQ според видот на ментално нарушување кај испитаниците

Нарушување	IQ				
	N	Min	Max	M	SD
Шизофренија	14	53	105	75,14	14,52
Психо-органска психоза	12	63	131	87,42	17,64
Параноја	12	79	109	93,67	8,96
Манијакално депресивна психоза	12	72	122	88,92	15,67

За испитување на статистичката значајност на разликите во коефициентот на интелигенција кај групите на испитаници со различно ментално нарушување се користеше еднонасочна анализа на варијанса– АНОВА. Резултатите покажаа дека  $F=3,902$ ;  $p=0,015$ , односно  $p<0,05$ , со што оваа хипотеза се прифаќа, односно тврдењето дека постои статистички значајна разлика помеѓу степенот и појавноста на интелектуална попреченост кај испитаниците со различни ментални нарушувања. Резултатите од оваа анализа се дадени во продолжение во Табела 13.

**Табела 13: Вредност на еднонасочна анализа на варијанса– АНОВА за испитување на разликите во коефициентот на интелигенција кај испитаниците со различно ментално нарушување**

	Сума на квадрати (SS)	df	Среден квадрат (MS)	F	p
<b>Помеѓу групи</b>	2480,506	3	826,835	3,902	0,015*
<b>Во групи</b>	9748,214	46	211,918		
<b>Вкупно</b>	12228,720	49	/		

\*Разликата е значајна на ниво 0,05, односно  $p < 0,05$

\*\*Разликата е значајна на ниво 0,01, односно  $p < 0,01$

За да се испита детално помеѓу кои групи на ментални нарушувања постои статистички значајна разлика, се направи и пост-хок тест (Tukey) со кој се испитуваше статистичката значајност на разликата на коефициентот на интелигенција помеѓу испитаниците со различно ментално нарушување. Тестирањето покажа дека постои статистички значајна разлика во коефициентот на интелигенција само помеѓу испитаниците кои имаат шизофренија и параноја, односно **испитаниците кои имаат шизофренија имале значајно пониско ниво на интелигенција од испитаниците кои имале параноја. Останатите споредби покажаа дека не постои статистички значајна разлика во коефициентот на интелигенција кај другите групи на испитаници.** Резултатите од оваа анализа се дадени во продолжение во Табела 14.

**Табела 14: Вредност на пост-хок тестот (Tukey) за испитување на разликите во коефициентот на интелигенција кај испитаниците со различно ментално нарушување**

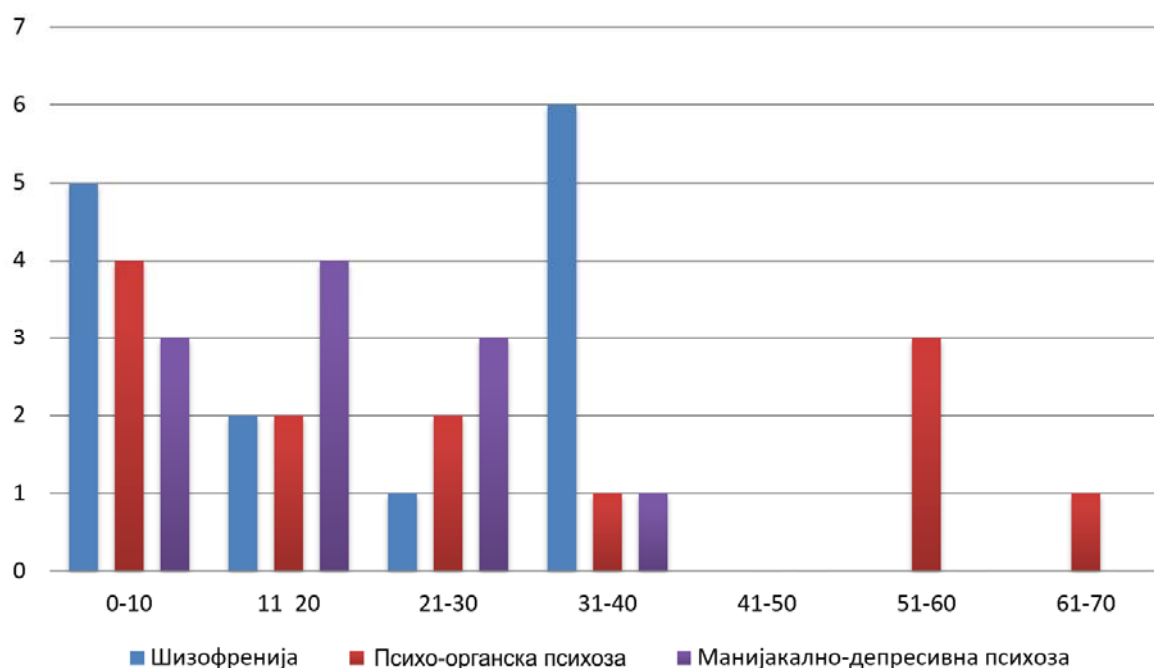
Видови на нарушување		D	SD	P
Шизофренија	Психо-органска психоза	-12,27381	5,72685	0,155
	Параноја	<b>-18,52381*</b>	<b>5,72685</b>	<b>0,012*</b>
	Манијакално депресивна психоза	-13,77381	5,72685	0,090
Психо-органска психоза	Шизофренија	12,27381	5,72685	0,155
	Параноја	-6,25000	5,94303	0,720
	Манијакално депресивна психоза	-1,50000	5,94303	0,994
Параноја	Шизофренија	<b>18,52381*</b>	<b>5,72685</b>	<b>0,012*</b>
	Психо-органска психоза	6,25000	5,94303	0,720
	Манијакално депресивна психоза	4,75000	5,94303	0,854
Манијакално депресивна психоза	Шизофренија	13,77381	5,72685	0,090
	Психо-органска психоза	1,50000	5,94303	0,994
	Параноја	-4,75000	5,94303	0,854

\*Разликата е значајна на ниво 0,05, односно  $p < 0,05$

\*\*Разликата е значајна на ниво 0,01, односно  $p < 0,01$

- За тестирање на **Хипотезата 10**, односно за тестирање на тврдењето **дека кај некои видови на ментални нарушувања ќе има значајно поголема појавност на ментална детериорација** најпрвин се направи подетална дескриптивна анализа на кодистрибуирноста на варијаблите со цел да се добие подобар сликовит приказ за тоа како се движи МД помеѓу различните групи на ментални нарушувања. При тоа се увиде дека над просечен, односно висок степен на ментална детериорација постои речиси кај сите групи на испитаници, но поистакнато е кај некои. Така на пример степен на ментална детериорација од 21-40 има кај сите типови на нарушувања, но се истакнува кај испитаниците со шизофренија и параноја, додека доста висок степен на ментална детериорација (51-70) имало само кај психо-органска психоза во најголема мера и кај еден испитаник со параноја. Деталниот приказ на дистрибуција на степенот

на ментална детериорација во секоја од различните групи на ментално нарушување е даден во продолжение на Слика 7 и Табела 15.



**Слика 7: Дистрибуција на МД кај испитаниците според видот на ментално нарушување**

**Табела 15: Дистрибуција на МД според видот на ментално нарушување кај испитаниците**

Нарушување	MD				
	N	Min	Max	M	SD
Шизофренија	14	0	38	19,07	14,63
Психо-органска психоза	12	1	63	25,00	22,36
Параноја	12	7	53	23,42	12,55
Манијакално депресивна психоза	12	1	46	20,33	12,18

За испитување на статистичката значајност на разликите во степенот на ментална детериорација кај групите на испитаници со различно ментално нарушување се користеше еднонасочна анализа на варијанса– АНОВА. Резултатите покажаа дека  $F=0,374$ ;  $p=0,772$ , односно  $p>0,05$ , со што оваа хипотеза се отфрла, односно тврдењето дека постои статистички значајна разлика помеѓу степенот и појавноста на ментална детериорација кај испитаниците со различни ментални нарушувања. Резултатите од оваа анализа се дадени во продолжение во Табела 16.

**Табела 16: Вредност на еднонасочна анализа на варијанса– АНОВА за испитување на разликите во степенот на ментална детериорација кај испитаниците со различно ментално нарушување**

	<b>Сума на квадрати (SS)</b>	<b>df</b>	<b>Среден квадрат (MS)</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Помеѓу групи</b>	284,208	3	94,736	0,374	0,772
<b>Во групи</b>	11646,512	46	253,185		
<b>Вкупно</b>	11930,720	49			

## IV - Дискусија

Во последните педесетина години направена е голема промена во професионалните ставови, како и третманот на лицата со интелектуална попреченост. Во исто време се направени длабоки промени и во разбирањето и третманот на лицата со ментално нарушување. Овие две групи со текот на годините довеле до една суб-специјалистичка област во психијатријата на интелектуалната попреченост, чија улога е да обезбеди третман на менталното здравје на лицата со интелектуална попреченост. Со овие промени грижата за лицата со интелектуална попреченост е поместена од изолирани институции во социјални тимови кои обезбедуваат сервиси на локално ниво. Но сепак се уште има недостаток во организацијата и професионалното оспособување на лицата со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување, што ја наметнува потребата од уште истражувања на ова поле.

Нема многу студии кои процентуално ја прикажуваат двојната дијагноза на интелектуалната попреченост и менталните нарушувања. Резултатите од истражувањата кои се спроведени ширум светот даваат различни податоци за лицата со двојна дијагноза на овие две нарушувања.

Со студијата во 2001 година во која учество земале испитаници на возраст од 16-64 години дијагностицирани според ICD-10 и PAS-ADD, добиени се резултати кои го покажуваат вкупниот број на лица кои покрај интелектуалната попреченост, покажуваат и некој вид на ментално нарушување како втора дијагноза кој изнесува 13 (14%). Од овој број најголем дел и припаѓа на шизофренија 4 (4,4%) и фобичното растројство 4 (4,4%), кои се подеднакво застапени. После овие видови на ментални нарушувања по процентуална застапеност следат, депресивно растројство 2 (2,2%), генерализирано анксиозно растројство 2 (2,2%) и делузионо растројство 1 (1,1%).

Во истата студија направено е уште едно дијагностицирање според стандардот Mini PAS-ADD во кое се добиени многу поинакви резултати за разлика од дијагностицирањето според ICD-10 и PAS-ADD стандардот. Според овој дијагностички стандард бројот на лица кај кои покрај интелектуалната попреченост, постои и некој вид на ментално нарушување изнесува 20 (22,2%). Најголема застапеност имаат шизофренијата 7 (7,8%) и генерализирано анксиозно растројство 7 (7,8%), но во овој случај со многу повисока вредност. После овие два вида на

ментално нарушување по број на застапеност следат депресивно растројство 3 (3,3%), биполарно растројство 2 (2,2%) и опсесивно компулсивно растројство 1 (1,1%) (105).

Од податоците во оваа студија може да се види дека кај лицата со интелектуална попреченост шизофренијата е застапена со најголем процент како втора дијагноза. Шизофренијата е вид на ментално нарушување кое најчесто се поврзува со интелектуалната попреченост. За ова се спроведени многу студии ширум светот и истите прикажуваат различни резултати. Со оглед на резултатите кои се прикажуваат од овие студии може да се констатира дека врската на овие две дијагнози е многу блиска и најчеста причина за социјалната депривација која се јавува кај лицата со интелектуална попреченост е постоењето на шизофренија како втора дијагноза.

Кога ќе се споредат резултатите од оваа студија со резултатите од истражувањето кое е предмет на овој магистерски труд, може да се каже дека и двата резултати прикажуваат најголема коморбидност на шизофренијата и интелектуалната попреченост. За разлика од горе наведената студија, во ова истражување после коморбидноста на шизофренијата и интелектуалната попреченост, следна по фреквентност е двојната дијагноза на психо-органска психоза и интелектуална попреченост.

Исто така битен податок од студиите ширум светот претставува и зависноста на резултатите од дијагностичките стандарди кои се применуваат во текот на истражувањата. Студиите кои се спроведуваат, често прикажуваат многу различни резултати и ова се должи токму поради користењето на различни дијагностички стандарди во нивните истражувања.

Сепак најголем број на студии прикажуваат резултати дека шизофренијата е едната од дијагнозите кај лицата со двојна дијагноза, која се појавува со највисока фреквентност. Ова се потврдува и со резултатите од истражувањето кое е предмет на овој труд, бидејќи истите даваат податок дека просечниот коефициент на интелигенција на лицата со шизофренија е 75, што е најнизок просек во споредба со просечниот коефициент на интелигенција кај другите видови на ментални нарушувања.

Сите овие податоци треба да ја подигнат свеста за оваа категорија на лица со двојна дијагноза, проблемите кои ги имаат истите, ризикот кој го носи оваа двојна дијагноза и начинот на кој треба да им се помогне на овие лица. Кога станува збор за причините, често се прави корелација помеѓу биомедицински и социјални фактори од една страна и шизофренијата и интелектуалната попреченост од друга страна. Застапеноста на интелектуалната попреченост кај шизофренијата како втора дијагноза и други психијатриски нарушувања е многу слабо разјаснета. Одвојувањето на сервисните

служби за ментално здравје од оние за интелектуална попреченост, дава лажна слика за двојната дијагноза на овие две нарушувања, а со тоа и до несоодветен третман на лицата кај кои постои двојната дијагноза.

Во 1995 година направена е слична студија од страна на Meltzer, чија цел претставува приказ на корелацијата на интелектуалната попреченост и менталните нарушувања. Стандардот за дијагностицирање за кој се одлучил Meltzer во својата студија претставува ICD-10. Во оваа студија резултатите се многу поразлични од оние во другите истражувања, всушност шизофренијата во истата се јавува со најмал процент од сите видови на ментални нарушувања. Вкупниот број на лица кои покажуваат постоење на некој вид ментално нарушување покрај интелектуалната попреченост изнесува 1617 (16%). За разлика од претходната студија во оваа студија најголем процент од лицата со двојна дијагноза, припаѓа на генерализирано анксиозно растројство 313 (3,1%). После овој вид на ментално нарушување следат депресивно растројство 212 (2,1%), опсесивно компулсивно растројство 121 (1,2%), фобично растројство 111 (1,1%), панично растројство 81 (0,8%) и вид на ментално нарушување кое се јавува со најмала процентуална застапеност претставува шизофренијата со 40 (0,4%) (105).

Кога ќе се направи споредба на овие резултати со резултатите од истражувањето кое е предмет на овој магистерски труд, може да се види дека појавноста односно двојната дијагноза на ментално нарушување и интелектуална попреченост е многу слична и тоа во истражувањето од овој труд и истата е 15%, додека во студијата на Meltzer истата се јавува кај 16% од лицата во примерокот. Кога станува збор за паничното растројство истото и во двете студии се јавува со најмала застапеност односно просечната интелигенција на лицата со панично растројство е во просек повисока од онаа на лицата со друг вид на интелектуална попреченост.

Однесувањата како агресивност, самоагресивност, самоповредување, несоодветно социјално и сексуално однесување и самостимулирачките однесувања како лулањето и другите стереотипни однесувања се 3 до 5 пати повеќе застапени кај лицата со интелектуална попреченост во споредба со истите кај останатата популацијата. Истражувањата покажуваат дека 12% до 46% од лицата со интелектуална попреченост примаат терапија од типот на психотропици за стабилизирање на таквото однесување. Овие проценти се повисоки кај лицата кои се сместени во институции и кај постарите лица.

Овој податок е од големо значење бидејќи овој вид на нарушено однесување е карактеристичен за лицата со ментално нарушување, односно во голем број на клинички слики на менталните нарушувања може да се сретне ваков вид на однесување, а соодветно на тоа и примена на ваква медикаментозна терапија, односно психотропици во третирањето на истите. Ова е уште еден податок кој ја потврдува големата поврзаност на интелектуалната попреченост со менталните нарушувања. Најчесто овој вид на терапија делува успешно во намалувањето на нарушеното однесување во вид на агресивност, самоповредување и стереотипии како кај лицата со ментално нарушување така и кај лицата со интелектуална попреченост без оглед на степенот на попреченоста.

Повеќето студии даваат податок за силната поврзаност на менталните нарушувања и интелектуалната попреченост, но голем дел од овие студии даваат различни резултати поради методолошкиот пристап во самата студија, проблемите со процената на резултатите поради критериумот за поставување на дијагнозата и степенот на интелектуална попреченост, констатирањето на менталното нарушување, како и разноликоста на популацијата која е предмет на истражување и изворот на податоци.

Кога станува збор за популацијата која го сочинува примерокот, може да се каже дека една карактеристика на самиот примерок има големо влијание на самите резултати од истражувањето, а тоа е општеството во кое живее и степенот на образование на лицата кои го сочинуваат примерокот. Ова се објаснува со податокот дека самите задачи во тестовите кои се користат за тестирање на интелегенцијата, повеќе одговараат за популација која има поголемо социјално искуство и повисоко ниво на образование. Ова се однесува како за задачите со вербална содржина, така и за оние задачи за чие решавање не се бараат вербални способности, туку логичко размислување. Токму од овие причини често пати тестирањата на деца и возрасни лица кои живеат во планинските предели и во предели со послабо развиен социјален живот, прикажуваат послаби просечни резултати во споредба со оние кои се добиваат при тестирањето на деца и лица кои живеат во општества со високо ниво на социјален развој, каде истите добиваат многу повеќе социјално искуство и токму тоа искуство ја прави разликата во резултатите од самото тестирање.

Од големо значење е студијата на Соорег реализирана во 1997 година која дава поинакви резултати од повеќето истражувања. Всушност таа претставува истражување спроведено на примерок составен од лица со интелектуална попреченост чија возраст се движи помеѓу 20-64 години, во кое е користен дијагностичкиот стандард PPS-LD.

Добиените податоци од ова истражување прикажуваат застапеност на шизофренијата и опсесивно компулсивното растројство со најмал процент и тоа само 2,7% од целиот примерок. Со резултатите од ова истражување се потврдува резултатот од судијата на Meltzer која исто така прикажува најнизок процент на коморбидност на интелектуална попреченост и шизофренијата, со таа разлика што студијата на Meltzer е спроведена на популација со ментално нарушување, додека студијата на Соорег е спроведена на популација со интелектуална попреченост. Процентот на лица со интелектуална попреченост кои покажуваат постоење на некој вид на ментално нарушување изнесува 23,4%. Во оваа студија најголем број припаѓа на фобичното растројство 8,2%, потоа генерализирано анксиозно растројство 5,5% и депресивно растројство 4,3% (105).

Кога ќе се споредат резултатите од истражувањето на Соорег со оние од истражувањето во овој магистерски труд, може да се каже дека во поглед на двојната дијагноза на ментално нарушување и интелектуална попреченост има голема разлика во процентот на коморбидноста на истите, со тоа што во студијата која ја спровел Соорег истражувањето е спроведено на популација со интелектуална попреченост, додека во студијата од овој магистерски труд, истражувањето беше спроведено на популација која е сместена во установа за лица со ментално нарушување.

За да се добие појасна слика за распространетоста на двојната дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување, во овој магистерски труд се прикажани и резултатите добиени од истражувања кај кои популацијата на која е спроведено истражувањето е од различна возраст, раса и религија. Сите овие варијабли имаат свое влијание на резултатите од истражувањата, па токму поради ова сметам дека е добро да се прикажат и разгледаат резултатите од овие истражувања.

Студијата на Elita Smiley, Jillian Morrison, Andrew Williamson, Linda Allan, дава малку подетални податоци, каде што податоците покрај поделбата според видот на менталното нарушување, поделени се и според степенот на интелектуалната попреченост и полот на испитаниците. Приказот на податоците од ова истражување за разлика од претходните истражувања се само во проценти. Истражувањето е извршено на популација со различен степен на интелектуална попреченост. Податоците до кои дошле овие истражувачи се многу комплексни и разноврсни. Според оваа студија процентот на лица со интелектуална попреченост од било кој степен, кои покажуваат некој вид на ментално нарушување, изнесува 22,4%, од кои поголем процент припаѓа на лицата од женска популација поточно 23,9%, додека процентот на лица од машката популација изнесува 21,2%. Најголем процент припаѓа на афективното растројство

поточно 6,6%. И кај оваа категорија на ментални нарушувања поголема застапеност имаат жените. Лицата со психотично растројство се на второто место и се застапени со 4,4%. Потоа следат анксиозното растројство (3,8%), растројство на личноста (1,0%), опсесивно-компулсивно растројство (0,7%). Покрај овие видови на ментални нарушувања има застапеност и на други видови, но нивната застапеност е со многу помала вредност (106).

За ова истражување може да се каже дека дава слични резултати во поглед на појавноста на двојната дијагноза со резултатите на Соорег, кои покрај оваа сличност имаат голема сличност во резултатите за појавноста на анксиозното растројство кое и во двете истражувања дава висок процент на коморбидност со интелектуална попреченост, без оглед на степенот на интелектуална попреченост.

Глобалната појавност на функционалните психијатриски нарушувања (исклучувајќи го растрјството во однесувањето, аутизмот, деменцијата и алкохолизмот) според ICD-10 критериумот за возрасни лица со лесна и умерена интелектуална попреченост на возраст од 16 до 64 години изгледа доста висока, но не многу повисока од појавноста на истите кај возрасните лица од општата популација кои немаат дијагноза на интелектуална попреченост. Но сепак појавноста на психозите, поточно шизофренијата, како и фобичното расројство, се со значајно повисока појавност кај возрасните лица со лесна и умерена интелектуална попреченост во споредба со возрасните лица од општата популација без дијагноза на интелектуална попреченост (105).

Сметам дека оваа висока корелација на психозите со интелектуалната попреченост кај возрасни лица, се должи на начинот на живеење на овие лица, како и на не професионалната помош која тие ја добиваат, односно пружањето на соодветна помош во задоволувањето на потребите на овие лица. Овие потреби се зголемуваат со зголемувањето на возраста на лицата со интелектуална попреченост, посебно на лицата со лесна и умерена интелектуална попреченост, бидејќи по завршувањето на училиштето лицата со лесна интелектуална попреченост немаат доволно социјални активности, кои би помогнале во надминување на психичките кризи кои се јавуваат кај овие лица и кои овие лица немаат способност да ги совладаат, па како резултат на тоа кај истите се јавуваат психотични епизоди кои ако не бидат препознаени навреме, стануваат хронични и трајно го менуваат текот на живеење на овие лица. Кога станува збор за лицата со тешка и длабока интелектуална попреченост, намалената коморбидност на истата со психозите се должи на неможноста за прецизно дијагностицирање поради

многу ниските интелектуални способности на овие лица и отсуството на доволно вербални способности кои се неопходни во дијагностиката на овие лица.

Поради ова голем дел од лицата со тешка и длабока интелектуална попреченост кои имаат двојна дијагноза, остануваат само со дијагнозата на интелектуална попреченост, додека втората дијагноза на ментално нарушување останува непотврдена.

Во едно истражувањето спроведено од страна на факултетот за медицински науки од Сиднеј Австралија, објавени се резултати кои се добиени како сумација на вкупно девет студии од кои четири ја прикажуваат застапеноста на менталните нарушувања кај популација без интелектуална попреченост и кај популација со интелектуална попреченост и уште 5 студии кои имале за цел да прикажат колку од лицата со интелектуална попреченост и ментално нарушување како двојна дијагноза, се идентификувани како лица со двојна дијагноза. Заедничкиот резултат од овие студии покажува дека стапката на коморбидност за овие две нарушувања кај деца и адолесценти е помеѓу 30 и 50%. Ризикот за појава на оваа двојна дијагноза поврзан со возраста, полот, степенот на интелектуална попреченост, како и социо-економскиот статус остануваат недоволно разјаснети. Како заклучок од оваа студија се наведува потребата од свесноста за високата стапка на коморбидност на овие две нарушувања, како и подобрувањето на услугите кои се неопходни за оваа популација (107).

Друга студија која е спроведена на територијата на Австралија прикажува многу интересни резултати кои ја покажуваат поврзаноста на менталното здравје на мајките и нивното потомство. Всушност прикажана е поврзаноста на менталното нарушување кај мајките на деца со интелектуална попреченост и аутистичен спектар на нарушување и шансата за добивање на деца со една од овие две дијагнози. За целта на ова истражување се користени три регистри од Западна Австралија, а крајниот резултат од истражувањето претставува средна вредност добиена од податоците од овие три регистри. Резултатот од ова истражување покажува дека кај мајките кои имаат историја на ментално нарушување но не биле хоспитализирани, шансата за добивање на дете со интелектуална попреченост е 2,31 пати поголема одколку кај мајките кои немаат историја на ментално нарушување. Шансата за добивање на дете со аутистичен спектар на нарушување кај мајките со дијагноза на ментално нарушување кои исто така не биле хоспитализирани е 2,07 пати поголема во споредба со мајките без дијагноза на некој вид на ментално нарушување. Ова истражување ја покажува големата поврзаност на менталните нарушувања со интелектуалната попреченост и аутистичниот спектар на нарушување (108).

Кога станува збор за австралиската популација добро е да се спомне и една друга студија спроведена на територијата на Австралија која дава податок дека 31% од лицата со интелектуална попреченост имаат некој вид на ментално нарушување, додека околу 2% од лицата со ментално нарушување имаат некој степен на интелектуална попреченост. Шизофренијата е вид на ментално нарушување кое е најзастапено кај лицата кои имаат двојна дијагноза. Таа се јавува како втора дијагноза кај лицата со интелектуална попреченост дури со 3,7-5,2%. Овие резултати извршени на австралиската популација покажуваат колкава е разликата во застапеност на двојната дијагноза во зависност од тоа дали студијата се врши во установа за лица со интелектуална попреченост или ментални нарушувања (109).

Кога ќе се споредат резултатите од студиите ширум светот, може да се заклучи дека најголем број на студии прикажуваат резултати за појавност на ментално нарушување кај лицата со интелектуална попреченост помеѓу 20 и 25%. За студиите спроведени на територијата на Австралија можам да кажам дека истите прикажуваат најголема стапка на коморбидност на овие две нарушувања и тоа со над 30%, што е многу повисок процент во споредба со повеќето студии ширум светот. Од менталните нарушувања кои биле опфатени во оваа студија, шизофренијата е вид на ментално нарушување кое е најзастапено како втора дијагноза кај лицата со интелектуална попреченост.

Во периодот од 1999 до 2013 во Англија е спроведена една многу интересна студија која имала за задача да ја прикаже поврзаноста на лицата со интелектуална попреченост со ментално нарушување, предизвикувачко однесување и препишувањето на психотропна медикаментозна терапија. За оваа цел бил користен примерок од 33016 лица од кои 58% биле машки. Просечната возраст на лицата кои биле вклучени во ова истражување била 36,3 години. Резултатите од ова истражување биле следниве:

Вкупно 21% од лицата со интелектуална попреченост имале наод на некој вид на ментално нарушување како втора дијагноза која дополнително ја отежнувала нивната состојба. Од овие лица кои имале двојна дијагноза, 7% имале сериозно ментално нарушување и тоа шизофренија 4%, биполарно растројство 1% и 2% кои ги вклучувале останатите психози. Кога станува збор за новонастанати состојби кај лицата со интелектуална попреченост, депресијата е со најголема застапеност.

Со најголема застапеност се покажало предизвикувачкото однесување, кое кај лицата кои имаат дијагноза на интелектуална попреченост било застапено со 25%. Овој вид на нарушување се покажало како најчест вид на нарушување кое ги прати лицата со интелектуална попреченост.

Резултатите од студиите во Англија и Австралија, повторно покажуваат најголема појавност на шизофренијата кај лицата со интелектуална попреченост, што е спротивно со резултатите од студиите на Meltzer, Cooper, Elita Smiley, Jillian Morrison, Andrew Williamson и Linda Allan, кои шизофренијата во своите студии ја прикажаа како ментално нарушување со најмал процент на застапеност кај оваа категорија на лица.

Процентот на лица со интелектуална попреченост кај кои е регистрирано користење на психотропна медикаментозна терапија се покажал доста висок и тоа дури 49% од овие лица имаат од стручно лице препишана ваков вид на терапија. Најголем процент од корисниците на оваа терапија се лицата кај кои има дијагностицирана состојба на интелектуална попреченост и предизвикувачко нарушување. Кога станува збор за нови случаи кај кои се препишува овој вид на терапија, може да се каже дека истата се намалува кај лицата со интелектуална попреченост и ментално нарушување, додека истата покажува тенденција на зголемување кај лицата со интелектуална попреченост кои имаат пропратно предизвикувачко однесување, аутизам и деменција. Исто така зголемување на оваа терапија е регистрирано и со зголемување на возраста на лицата интелектуална попреченост.

Како заклучок од ова истражување може да се наведе дека процентот на лицата кај кои е препишана психотропна медикаментозна терапија е многу повисок одколку оној кај лицата со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување. Процентот на корисници на овој вид терапија е многу повисок кај лицата со предизвикувачко однесување одколку кај оние со ментално нарушување. Резултатите покажуваат дека треба да се направат големи промени во препишувањето на овој вид на терапија кај лицата со интелектуална попреченост. Потребни се повеќе докази за ефикасноста и безбедноста при употребата на оваа терапија кај оваа категорија лица, особено кога тие се користат за подобрување на состојбата во случаи на предизвикувачко однесување (110).

Резултатите од истражувањата ширум светот како и резултатите од ова истражување, укажуваат на високата корелација на интелектуалната попреченост и менталните нарушувања. Може да се види дека појавноста на сите видови ментални нарушувања не е подеднакво застапена кај сите лица со интелектуална попреченост, исто така и полот на лицето има големо влијание на појавувањето на менталните нарушувања.

Кога станува збор за полот на лицата со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување, може да се каже дека истражувањата ширум

светот прикажуваат различни резултати и поради тоа сè уште не може да се каже со сигурност дали полот има влијание врз појавноста на двојната дијагноза или нема. Во истражувањето кое е цел на овој магистерски труд се добија резултати кои кажуваат дека нема статистички значајна разлика во поглед на полот, но сепак за да се даде точен податок во врска со зависноста на двојната дијагноза од полот на испитаниците потребни се уште многу истражувања.

Често пати е тешко да се изврши дијагностика поради ограничувањата во говорните способности на испитаниците. Заедничко за лицата со интелектуална попреченост е ограничувањето во вербалните способности. Ова ограничување се зголемува со намалувањето на интелектуалните способности па поради ова лицата со тешка и длабока интелектуална попреченост се особено тешки за дијагностицирање поради сериозното нарушување во комуникацијата. Токму ова е и најголемиот проблем во дијагностицирањето на менталните нарушувања кај овие лица кои бидејќи тестовите за дијагностика кои се користат во психијатријата често бараат одредено ниво на вербални способности. Исто така се јавува и проблем со разбирањето на задачите и упатствата за решавање на тестовите кај лицата со тешка и длабока интелектуална попреченост.

Токму поради ова најчесто дијагностицирањето на лицата со интелектуална попреченост кога има сомнеж дека постои и втора дијагноза на некој вид на ментално нарушување, се врши со помош на анамnestични податоци кои се земаат од лицата кои се грижат за нив и по пат на обсервација. Лично сметам дека резултатите од истражувањата ширум светот прикажуваат податоци за најголема корелација на менталните нарушувања и интелектуалната попреченост кај лица со лесна интелектуална попреченост, токму поради поголемата способност за решавање тестови, одговарање на прашања, разбирање и толкување на слики.

Практиката покажува дека во дијагностиката на лица без вербални или ограничени вербални способности, најдобро е да се користат конкретни задачи кои бараат ниско ниво на вербални способности, задачи кои се лесни за разбирање и кои немаат многу апстрактна содржина. Покрај овој вид на задачи битна е способноста да се разбере основното однесување на лицето, па соодветно на тоа да се детектираат отстапувањата од истото и на тој начин да се детектираат некои патолошки состојби кои би укажале на одредена психијатриска дијагноза. Активаторот за одредени шеми на однесување како на пример реакцијата на досада, галама или на некои одредени звуци, најдобро се

откриваат со земање на анамнестички податоци од лицата кои секојдневно се грижат за овие лица кои се во процес на дијагностика. Поради ова и самата дијагностика на овие лица бара опсервација со подолг временски период, а често пати и повеќекратно опсервирање на лицето.

Друга студија пак дава резултат кој покажува дека двојната дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување е помеѓу 32% и 40%. Двојната дијагноза е многу полесна за утврдување кај лицата со лесна и умерена интелектуална попреченост, за разлика од онаа кај лицата со тешка и длабока интелектуална попреченост (111).

Лицата со интелектуална попреченост имаат многу широк спектар на клинички манифестации, синдроми и нивните соодветни патолошки состојби. Поради тоа често пати наликува на ментално нарушување и од овие причини може да се направи грешка во дијагностиката на овие лица. Од овие причини правени се многу истражувања кои имале за задача да ја разјаснат диференцијалната дијагностика која е неопходна кај овие лица.

Често се јавуваат атипични презентации на менталните нарушувања кај лицата со интелектуална попреченост. Психијатриските симптоми можат да се манифестираат на најразлични начини од агресија, вознемиреност и повлекување, па се до проблеми во спиењето, апетитот и халуцинации. Голем дел од психијатрите и психолозите даваат дијагноза на ментално нарушување само врз основа на историјатот на лицето и анамнестичките податоци земени од членовите на семејството и лицата кои директно се грижат за лицето. Кога станува збор за лицата со тешка и длабока интелектуална попреченост овие податоци од историјатот, како и анамнестички податоци се од големо значење за поставување на точна дијагноза.

Поради податоците кои ги даваат студиите широм светот за големата поврзаност на интелектуалната попреченост и менталните нарушувања, од големо значење се психијатрите кои работат со лица кои се на обука за работа со лица со интелектуална попреченост. Во поново време од големо значење е овој вид на доедукација во медицинските училишта и психијатриските установи. Овој вид на обука има големо влијание во поставувањето на дијагнозата и третманот на лицата со интелектуална попреченост.

И во Македонија проблемот со пружање на соодветна помош на оваа категорија на лица е слична. И кај нас како и во земјите широм светот лицата со ментално нарушување и интелектуална попреченост се поделени во различни установи соодветно на тоа каква дијагноза имаат, со тоа што недостасува стручното

усовршување на персоналот кој работи во овие установи. До сега нема доедукација или дополнување на студиската програма со наставни предмети кои би пружиле надградување на знаењето на идните дефектолози, психолози, педагози како и медицинскиот персонал за состојбата, проблемите и начинот на кој би требало да се третираат лицата со двојна дијагноза на ментално нарушување и интелектуална попреченост.

Покрај проблемот со доедукација на кадрите вработени во специјализираните установи за лица и деца со интелектуална попреченост и ментално нарушување, дополнително отежнување се јавува и со процесот на инклузија и деинституционализација. Со инклузијата децата со попреченост во развојот, а со тоа и децата со интелектуална попреченост, се ставаат во редовните училишта каде што наставните кадри немаат доволно познавање ниту од карактеристиките менталните нарушувања ниту од карактеристиките на лицата со интелектуална попреченост. Со ова самата детекција на проблемите во однесувањето и соодветниот третман со кој што треба да се започне, или воопшто не се случуваат, или со истите се започнува многу доцна. Доколку со третманот се започне многу доцна, самиот третман е со помал ефект бидејќи невролошкиот развој е во завршна фаза, па и ефектот од третманот не може да биде ист како тој кога со третман би се започнало на рана возраст.

Една студија која е спроведена на голем број лица кои се на издржување на затворска казна вреди да се спомне во контекст на истражувањето и резултатите во овој магистерски труд. Оваа студија е спроведена на примерок од 1279 испитаници, во 7 казнено-поправни установи во Австралија, а нејзината цел е да даде приказ на двојната дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување кај лица кои се на издржување на затворска казна. Ова истражување е спроведено на тој начин што овие лица се пуштени шест недели на слобода во периодот од август 2008 до јули 2010 година. За избор на лица кои влегуваат во категоријата на интелектуална попреченост биле користени скали на процена и историјат на лицата. Сите оние кои на скалата за процена покажале коефициент на интелигенција под 70 како и оние кои посетувале посебно училиште за интелектуално попречени биле предмет на ова истражување. Дијагнозата за ментално нарушување била поставена од страна на психијатри и психолози, со помош на стандардните тестови за поставување на ваков вид дијагноза (112).

Резултатите од ова истражување покажуваат дека од сите 1279 испитаници, 115 (9%) покажале скор со кој влегуваат во категоријата на лица интелектуална попреченост, а

од нив 52,5% имале ментално нарушување како втора дијагноза. Откога биле пуштени на слобода во времетраење од 6 недели се покажало дека оние лицата кои влегуваат во категоријата на лица со интелектуална попреченост, имаат поголем степен на повторување на кривичното дело отколку оние кои се со нормална интелигенција. Исто така процентот на лица кои користеле антипсихотици бил поголем кај оние лица кои е дијагностицирана интелектуална попреченост (112).

Поради недостатокот на студии кои ја прикажуваат двојната дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување кај лица кои се на издржување на затворска казна, најчесто оваа категорија на лица само се спомнува во студиите кои ја истражуваат поврзаноста на интелектуалната попреченост со менталните нарушувања кај општата популација. Но сепак со оглед на податоците кои ги прикажуваат студиите ширум светот, може да се каже дека има голема поврзаност на психопатологијата на лицата кои се на издржување на затворска казна и интелектуалната попреченост кај истите. Податоците од овие студии даваат јасна слика дека постојат многу неодговорени прашања кои произлегуваат од овие податоци, а се поврзани со оваа категорија на лица (113).

Мал е бројот на студии каде што се истражува застапеноста на менталните нарушувања кај деца и адолесценти со интелектуална попреченост. Како една од позначајните е студијата која е направена во Англија и Шкотска, каде примерокот на кој е извршена студијата е прилично голем. Се работи за 10438 деца на возраст од 5 до 15 годишна возраст (114).

Резултатите од оваа студија укажуваат дека двојната дијагноза на менталното нарушување и интелектуална попреченост е застапена со 39%, но не за сите видови ментални нарушувања подеднакво. Анксиозното растројство, нарушувањето во однесувањето и перзавивните развојни нарушувања се застапени во многу поголем процент кај децата со интелектуална попреченост за разлика од популацијата без интелектуална попреченост, додека кај депресивното растројство, растројство во јадењето и психозите нема статистички значајна разлика кај децата со и без интелектуална попреченост. Ова укажува дека децата со интелектуална попреченост за разлика од нивните врсници без интелектуална попреченост имаат седум пати поголем ризик да добијат некој вид на ментално нарушување. Овој податок не смее да се запостави и треба да се обрне големо внимание на сервисните служби кои се одговорни за детекција на овие проблеми кај оваа критична категорија на деца и согласно на тоа

да се пружи соодветна помош како превенција за појавноста на ментално нарушување како втора дијагноза (114).

И во студијата спроведена на деца и младинци од 5 до 15 години, резултатите покажуваат доста повисок процент (39%) на појавноста на двојната дијагноза во споредба со просекот од поголемиот број на студии, но може да се каже дека дава многу слични резултати со студијата спроведена во Сиднеј Австралија, каде резултатите прикажаа коморбидност на овие две нарушувања помеѓу 30 и 50%. Сепак за големата коморбидност на овие две нарушувања кај децата и младинците, потребни се уште многу истражувања кои подетално ќе ја објаснат поврзаноста на овие две нарушувања кај оваа категорија на лица и кои ќе овозможат подобра дијагностика кај истите, со што ќе се овозможи навремена детекција, превенција и третман на истите.

Утврдено е дека за појавноста на ментално нарушување кај децата со интелектуална попреченост како втора дијагноза, големо влијание има возраста на детето, социјалната депривација, составот на семејството, бројот на стресни моменти во развојниот период, како и менталното здравје на лицето кое се грижи за детето. Сето ова укажува дека покрај помошта која треба да се пружи на децата кај кои има влијание некој од овие фактори, потребна му е помош и на самото семејство во кое детето престојува.

Покрај овие фактори кои влијаат на појавноста на психичките растројства кај деца со интелектуална попреченост од особено значење се социјалниот статус на семејството во кое живее детето, како и самата институционализација. Децата кои потекнуваат од сиромашни семејства се поризична група за појавност на ваков вид на проблем како втора дијагноза, за разлика од децата кои потекнуваат од богати семејства. За влијанието на институционализацијата на психичкиот развој на децата може да се каже дека децата кои се институционализирани имаат поголема шанса да стекнат некое психичко растројство, во споредба со оние кои не живеат во специјална установа (115).

Кога станува збор за деца на возраст до 18 години, интересна е една студија спроведена од страна на Весна Костиќ-Ивановиќ, во која се истражуваат проблемите во однесувањето кај деца со лесна и умерена интелектуална попреченост. Истражувањето е спроведено во 2009 година на две локации и тоа ПОУ “Д-р Златан Сремец” од Скопје и Завод за рехабилитација на деца и младинци “Топанско Поле” исто така од Скопје. За целта на ова истражување биле опфатени 100 испитаници на возраст од 7 до 18 години и тоа, 74 деца со лесна интелектуална попреченост и 26 деца со умерена интелектуална попреченост. Во ова истражување се покажало дека вкупно 78% од децата имаат проблеми во однесувањето додека 22% не покажуваат вакви проблеми. Во однос на

степенот на интелектуална попреченост, 70,2% од децата со дијагноза на лесна интелектуална попреченост покажале проблеми во однесувањето, наспроти 100% од децата со умерена интелектуална попреченост. Кога станува збор за децата без проблеми во однесувањето, оние со лесна интелектуална попреченост биле застапени со 29%, додека за децата со умерена интелектуална попреченост може да се каже дека ниту едно дете не било без проблеми во однесувањето. Во ова истражување биле истражувани 14 типови на проблеми во однесувањето. Од сите видови на проблеми во однесувањето најголем процент од децата припаѓал на оние со психички растројства и тоа дури 61%. Од вкупно 74 испитаници со лесна интелектуална попреченост, 38 покажале психички растројства, додека од 26 испитаници со умерена интелектуална попреченост дури кај 23 се покажало дека има постоење на психичко растројство. Кога станува збор за влијанието на полот за појава на психички растројства кај децата со интелектуална попреченост, може да се каже дека појавноста на психичките растројства се позастапени кај девојчињата и тоа со 10,4% наспроти 8,3% кај машките. Ова е уште еден показател на високата стапка на коморбидност на интелектуалната попреченост и менталните нарушувања (115).

Во врска со возраста и појавноста на психичките растројства кај деца на возраст помеѓу 7 и 18 години кои имаат дијагноза на интелектуална попреченост, може да се каже дека појавноста на истите се зголемува со зголемувањето на календарската возраст и тоа најголема појавност има кај деца на возраст помеѓу 15 и 18 години, потоа следи групата на возраст од 11 до 14 години и на крајот е групата на возраст од 7 до 10 годишна возраст (115).

Во контекст на претходната студија може да се спомне и една студија спроведена во Бразил каде што 50% од децата кои во раната возраст имале често стресни моменти како и децата кои се жртва на социјална депривација имаат некој степен на интелектуална попреченост (116).

Ова е уште една студија која само го потврдува податокот за потребата од социјална активација и како таа влијае на интелектуалниот развој на детето, а со тоа и на целиот понатамошен тек на животот на тоа дете. Ова се потенцира поради тоа што од интелектуалите потенцијали кои детето ќе ги развие во раната возраст во голема мера ќе зависи и неговото понатамошно образование, вработување, изборот на партнер, а ова директно значи начинот на кој детето ќе се пронајде во општеството.

Во ова истражување кое е предмет на овој магистерски труд, резултатите покажаа дека возраста на лицата со двојна дијагноза нема влијание врз појавноста на истата, но

многу студии кои се спроведуваат во установи за лица со интелектуална попреченост, прикажуваат резултати кои укажуваат на тоа дека има статистички значајна поврзаност помеѓу возраста на лицата и нивната двојна дијагноза.

Во контекст на ова истражувањето на Весна Костик-Ивановиќ, спроведено на примерок составен од деца со лесна и умерена интелектуална попреченост, на возраст од 7 до 18 години, кои престојуваат во институција за лица со интелектуална попреченост. Таа во своето истражување добила резултати кои укажуваат дека со зголемување на возраста на овие деца, се зголемува и појавноста на менталните нарушувања кај истите.

Сите податоци кои ги прикажуваат студиите поврзани со двојната дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување, даваат една слика на недоволно организиран и несоодветен пристап на овие лица, како во поглед на дијагностиката, така и во поглед на третманот кој го добиваат. Дури и самите лекари ја истакнуваат потребата од поголема подготовка за одговор на потребите на овие лица, како и потребата од повеќе општествени ресурси, кои нажалост се недоволни за лицата со интелектуална попреченост, со или без коморбидна дијагноза на ментално нарушување.

За да се добие подобар приказ за поврзаноста на интелектуалната попреченост со менталните нарушувања, покрај студиите кои се спроведуваат во специјалните установи за лица со интелектуална попреченост и психијатриските установи, потребно е да се направи и анализа на регистрите за користење на психијатриските сервисни служби од страна на лицата со интелектуална попреченост кои не се институционализирани.

Кога се говори за лицата кои не се сместени во установи, може да се каже дека бројот на овие лица во последно време е многу зголемен. Ова се должи на две причини, првата е процесот на деинституционализација кој се спроведува во голем број држави ширум светот, а другата е често пати оставањето на лицата со интелектуална попреченост и ментално нарушување во домашни услови поради недостаток на простор за сместување на овие лица. Ова најчесто се случува во земјите со низок економски стандард, па така што и во Македонија поради несостаток на финансиски средства и простор за сместување, во институциите се сместуваат само оние лица со најтешка попреченост, односно лица кои во домашни услови не би можеле да живеат, како и оние лица за кои нема кој да се грижи, а не се способни за самостоен живот.

Ваков приказ дава една студија спроведена во Англија во периодот помеѓу 2001 и 2006 година во која примерокот е составен од 2711 возрасни лица со интелектуална попреченост. Резултатите од ова истражување покажуваат дека 45,9% од овие лица ги користеле услугите на психијатриската сервисна служба барем еднаш во периодот од 2001 до 2006 година. Од овие лица најголемиот број припаѓал на постари и лица кои живеат во стамбени објекти. Од овие лица дури 33,8% имале ментално нарушување како втора дијагноза. Најзастапен вид на ментално нарушување било нарушувањето во однесувањето и растројствата од аутистичниот спектар. Овие две нарушувања биле највеќе застапени кај мажите и кај лицата со тешка и длабока интелектуална попреченост. Ова истражување исто така покажува дека депресијата е позастапена кај жените. Кога станува збор за шизофренијата, податоците од истражувањето покажуваат дека истата е застапена највеќе кај жените и лицата со лесна и умерена интелектуална попреченост (117).

Кога станува збор за однесувањето треба да се каже дека поголем дел од студиите прикажуваат податоци дека има голема поврзаност на интелектуална попреченост и проблемите во однесувањето. За разлика од истражувањето на Весна Костиќ-Ивановиќ која своето истражување го спровела на деца до 18 годишна возраст, ќе виде спомнатата студијата, која исто така ја истражува поврзаноста на менталните нарушувања кај лица со интелектуална попреченост кај кои со помош на специјализирана скала е дијагностицирано умерено и тешко проблематично однесување. Во ова истражување се формирани две групи на лица со интелектуална попреченост и тоа со лесна, умерена, тешка и длабока интелектуална попреченост. Едната група била составена од лица кои покрај интелектуалната попреченост имале и проблематично однесување, додека во другата група биле лица со интелектуална попреченост кај кои не е забележан таков вид на однесување. Двете групи живееле во заедница. На двете групи било спроведено психолошко тестирање и по завршување на истото се добиле податоци кои покажуваат дека лицата кои имаат проблеми во однесувањето покажуваат повеќе симптоми на некое од најзастапените видови на ментални нарушувања. Лицата со лесна и умерена интелектуална попреченост покажувале повеќе симптоми на психози и депресија во споредба со оние лица со тешка и длабока интелектуална попреченост. Кога станува збор за депресијата истата кај лицата со интелектуална попреченост се манифестирала со врескање и агресија, додека кај оние со лесна и умерена интелектуална попреченост со самоповредување. Од ова истражување може да се претпостави дека појавувањето на проблематично однесување кај лицата со интелектуална попреченост може да се

толкува и како симптом на некој вид на ментално нарушување или дека самото ментално нарушување довело до тежок живот, кој е самиот по себе причина за ваков вид на однесување или дека тешката животна ситуација довела до појавување на ментално нарушување и проблематично однесување (118).

Кога станува збор за возраста на лицата со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и појавата на ментално нарушување, како и влијанието на процесот на стареење со појавата на проблеми со менталното здравје кај овие лица, може да се каже дека резултатите од студиите не даваат доволно податоци за ваква поврзаност. Може да се спомне појавата на Алцхајмеровата болест кај лицата со Даун синдром, таа кај овие лица се јавува на возраст од 45 до 65 години и се појавува кај околу една третина од лицата со овој вид на синдром. Но сепак ако ја споредиме појавата на оваа болест кај останатите лица со интелектуална попреченост и лицата од општата популација нема значајна разлика во нејзината фреквентност кај овие две категории на лица (119).

Интересен е податокот дека има голема поврзаност на појавноста на менталните нарушувања кај лицата со аутизам и лицата со интелектуална попреченост. Постојат голем број истражувања кои ја прикажуваат оваа врска и истите даваат различни проценти и размислувања. Сепак може да се каже дека појавувањето на менталните нарушувања кај оваа категорија на лица е различно. Психијатриските растројства се најзастапени кај лицата кои имаат аутизам кои имаат интелектуална попреченост, во споредба со појавувањето на истите кај лицата со аутизам или интелектуална попреченост одделно. Може да се каже дека кај лицата кои имаат аутизам и интелектуална попреченост заедно, појавувањето на ментално нарушување не е секогаш исто. Всушност лицата со аутизам кои имаат тешка и длабока интелектуална попреченост имаат повисок процент на појавност на ментално нарушување, одколку лицата со аутизам следен со лесна и умерена интелектуална попреченост. И овој податок само ја потврдува тезата дека со намалувањето на интелегенцијата кај лицата со интелектуална попреченост се зголемува шансата за појава на некој вид на ментално нарушување. Истражувањата го потврдуваат и податокот дека покрај аутизмот, лицата со интелектуална попреченост кои имаат понизок IQ се со повисок ризик за појава на некој вид на ментално нарушување (120).

Кога зборуваме за менталното здравје кај лицата со интелектуална попреченост, треба да се спомене и психопатологијата на лицата со интелектуална попреченост. Бројот на студии кои ја истражуваат оваа проблематика расте се повеќе, бидејќи веќе е очигледно дека појавноста на менталните нарушувања кај лицата со интелектуална

попреченост е многу поголема во споредба со истата кај лицата од општата популација. Целта на овие студии е да обезбедат посоодветни и понасочени психопатолошки мерења, кои би биле понасочени кон оваа категорија на лица која може да биде со различен степен на интелектуална попреченост и различна возраст. Покрај ова од особено значење е развој на третмани креирани според современите психопатолошки сознанија, особено функционалната процена. Покрај ова често се наведува фактот дека фармакотерапијата најдобро делува кога е насочена на главните симптоми на класичните видови на ментални нарушувања како психозите, биполарното растројство, анксиозноста и депресијата. За правилно и навремено препишување на овој вид на терапија потребна е прецизна и навремена психопатолошка процена (121).

Од големо значење е да се наведе дека покрај подобрувањето на методите и техниките за детекција и дијагностицирање на лицата со двојна дијагноза, постојано расте и бројот на студии кои имаат за задача да ги утврдат најдобрите методи на лечење на лицата со ваква дијагноза. Овие студии се со разновидни резултати, но сепак може да се каже дека повеќето студии покажуваат дека покрај добриот ефект на психотерапијата која е докажана во пристапот и помошта на лицата со ваква дијагноза, фармакотерапијата се покажува како многу ефикасна во намалување на симптомите на менталното нарушување кај лицата со интелектуална попреченост. Ова највеќе се гледа во намалување на главните симптоми кај психозите, биполарно растројство, анксиозноста и депресијата. Со медикаментозната терапија се постигнува и добар ефект во намалување на самоповредувањето и агресивното однесување. Поради ова во последно време пружањето на помош на лицата од оваа категорија оди со двата метода паралелно, психотерапијата и фармакотерапија.

Сепак целта на науката првенствено треба да биде свртена кон спречување и намалување на причините кои доведуваат до појава на ментално нарушување кај лицата со интелектуална попреченост, кои се покажа дека се ранлива категорија кога станува збор за одржувањето на менталното здравје. Самиот начин на живеење на лицата со интелектуална попреченост, како и нивната ментална способност за справување со стресни моменти и проблеми кои ги носи денешниот живот, прави овие лица често пати да развијат и некој вид на ментално нарушување како втора дијагноза. Кога се зборува за вулнерабилна категорија на лица со интелектуална попреченост првенствено се мисли на децата и адолесцентите. Потребите за одржување на менталното здравје кај децата и адолесцентите со интелектуална попреченост се

многубројни, долготрајни и често пати со висока цена, па поради ова често пати оваа категорија на лица не ја добива потребната помош.

Слична е состојбата и во Македонија, ова првенствено се однесува за лицата со посебни потреби кои добиваат многу мала финансиска помош, во споредба со реалните потреби од финансиски средства на овие лица, како на возрасните лица, така и на децата со посебни потреби. Во Македонија финансиската помош за лицата со посебни потреби варира во зависност од тежината на хендикепот. Поради тоа што кај нас не постои систем за евалуација на потребите на лицата со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување, произлегува фактот дека финансиската помош и за оваа категорија на лица со двојна дијагноза не ги задоволува нивните реални потреби.

Од оваа причина потребно е да се прави добар скрининг за детекција на симптомите кај децата и со помош на истиот да се адресираат проблемите. Со ова би се овозможила навремена интервенција која е од големо значење за успешна превенција на проблемите со менталното здравје. Овие проблеми со менталното здравје доколку не бидат на време третирани, подоцна предизвикуваат посериозни проблеми и појава на некој вид на ментално нарушување.

Уште еден сериозен проблем кај лицата со двојна дијагноза претставува и недоволната физичка активност. Овој проблем е сериозен бидејќи овие лица често пати се оставени без никаква спортска активност која дополнително ја влошува нивната здравствена состојба. Самата неактивност со себе носи и прекумерна телесна тежина, а со текот на годините соодветно на неа и здравствени проблеми. Ова е сегмент од животот како на лицата со интелектуална попреченост и ментално нарушување одделно, така и на лицата со двојна дијагноза, кој што сеуште не е доволно развиен и со цел за негово подобрување потребно е да се подигне свеста дека и оваа категорија на лица има потреба од спортска активност, организирани прошетки во природа и секојдневни активности кои ќе го исполнат нивното слободно време и ќе ја намалат појавата на прекумерна телесна тежина, која може да направи дополнителни проблеми и сериозно да ја наруши нивната здравствена состојба.

Од ова произлегува потребата од отворање на повеќе спортски центри каде ќе има специјално прилагодена програма за оваа категорија на лица, како и адаптација на веќе постоечките спортски центри и доедукација на персоналот вработен во истите. Во контекст на ова може да се наведе и програмата за деца со посебни потреби, која веќе неколку години се спроведува на територијата на градот Скопје, а која вклучува

спортски активности во вода и тоа со инструктори по пливање кои работат индивидуално со секое лице.

Правилното идентификување на причината за проблемите поврзани со однесувањето и адресирањето на медицинските проблеми е првиот чекор во менаџирањето на лицата со интелектуална попреченост. Кога ќе се постави двојната дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување, тогаш мултидимензионалниот пристап во третманот може да започне. Овој мултидимензионален пристап подразбира анализа на однесувањето и модификување на истото со помош на посебни техники и фармакотерапија доколку има потреба од тоа.

Кога станува збор за техниките и методите за дијагностицирање на лицата со двојна дијагноза може да се каже дека истите постојано се усовршуваат. Ова е многу битно бидејќи општо е познато дека без прецизна дијагностика не е можно да се изработи и спроведе успешен програм за работа со оваа категорија на лица. Истото важи и за методите и техниките кои се применуваат во работата со оваа категорија на лица. Поаѓајќи од фактот дека за лицата со двојна дијагноза денес не постои специјализирана установа туку тие се сместуваат или во установи за лица со ментални нарушувања или во заводи за лица со интелектуална попреченост може да се каже дека и пристапот и третманот кон овие лица е често пати несоодветен и не ги задоволува нивните потреби. Поради ова потребно е уште време и уште многу истражувања за да може да се пронајде најсоодветен начин на пружање помош на оваа категорија на лица.

За мерење на интелигенцијата кај испитаниците се одлучив за тестот Витим (Векслеров индивидуален тест на интелигенција за македонска популација), бидејќи овој тест содржи вербален и невербален дел, а ова е од особено значење за оние лица кои имаат многу слабо развиена вербална способност, па така овој тест е посоодветен за оваа популација. Покрај оваа предност тестот Витим го прикажува и процентот на ментална детериорација кој го прикажува и органското оштетување на мозокот, а со тоа и оштетувањето на мозочните од кои директно зависи интелектуалното функционирање. За разлика од голем дел од истражувањата ширум светот каде резултатите се добиени само врз основа на анализа на медицинската документација на лицата сместени во установите за лица со ментални нарушувања и замо врз основа на таа документација се донесени заклучоците, во истражувањето на овој магистерски труд, покрај анализата на документација, беше вклучен и тест за интелигенција и демографски прашалник, со што се доби појасна слика за моменталната состојба на лицата, а со тоа и поверодостојни податоци кои понатаму се користеа за целите на ова истражување.

## V – Заклучоци

Со оглед на тоа дека во установите за лица со ментални нарушувања постои голем број на лица кои покрај менталното нарушување имаат и интелектуална попреченост како втора дијагноза, може да се каже дека се потребни уште многу истражувања кои со своите резултати ќе помогнат подобро да се разбере состојбата и потребите на овие лица, со што би се подобрила и дијагностиката и третманот, како и квалитетот на нивното живеење.

Од добиените резултати од истражувањето произлегуваат следните заклучоци:

- *значаен дел од лицата со ментални нарушувања немаат интелектуална попреченост како втора дијагноза.*
- *не постои статистички значајна разлика во појавноста на интелектуалната попреченост кај лицата со ментални нарушувања во поглед на полот.*
- *не постои статистички значајна разлика во коефициентот на интелигенција кај лицата со ментални нарушувања во поглед на полот.*
- *не постои статистички значајна поврзаност помеѓу појавноста и степенот на интелектуалната попреченост и календарската возраст на лицата со ментално нарушување.*
- *не постои статистички значајна поврзаност помеѓу појавноста и степенот на менталната детериорација и календарската возраст на лицата со ментално нарушување.*
- *не постои статистички значајна поврзаност помеѓу појавноста и степенот на менталната детериорација и интелектуалната попреченост кај лицата со ментално нарушување.*
- *не постои статистички значајна разлика во степенот на ментална детериорација кај лицата со ментални нарушувања од различен пол. Се прифаќа тврдењето дека кај популацијата со ментални нарушувања во значајно поголема мера ќе има појава на интелектуална попреченост во споредба со опитата популација.*
- *испитаниците кои имаат шизофренија имале значајно пониско ниво на интелигенција од испитаниците кои имале параноја. Останатите споредби покажаа дека не постои статистички значајна разлика во коефициентот на интелигенција кај другите групи на испитаници.*
- *не постои статистички значајна разлика помеѓу степенот и појавноста на ментална детериорација кај испитаниците со различни ментални нарушувања.*

## VI - Предлози

Од спроведеното истражување произлегуваат следниве предлози кои се наменети за професионалците, институциите, општеството:

### - Рана детекција и превенција

Поради тоа што потребите на децата и возрасните лица со интелектуална попреченост за одржување на менталното здравје се многубројни и комплексни, покрај развојот на методите за третирање на истите, потребно е да се стави акцент на раната детекција и превенција на истите. Сето ова би се реализирало преку скрининг во раната возраст, како и доедукација на кадрите кои работат во предучилишните установи за деца со и без интелектуална попреченост. Покрај ова од особено значење е соодветна поддршка на младите луѓе со интелектуална попреченост во прилагодувањето во социјалната средина. Со ова би се направила превенција на голем дел од проблемите со менталното здравје кои доколку навреме не се реагира, би земале замав во понатамошниот живот на овие лица и би можеле да преминат во некој посериозен вид на ментално нарушување.

### - Поголема поддршка на семејствата на лицата со двојна дијагноза

Од особно значење е поддршката на семејствата на лица со интелектуална попреченост. Животот во овие семејства е многу тежок, особено во оние семејства кои се со низок економски стандард. Помошта на овие семејства би се реализирала преку зголемана поддршка од страна на стручните служби кои редовно би вршеле контрола на состојбата на лицата со двојна дијагноза на интелектуална попреченост и ментално нарушување, како и на лицата само со интелектуална попреченост, кои се вулнерабилна категорија кога станува збор за менталното здравје.

### - Доедукација на кадрите вработени во институциите

Поради комплексноста и специфичноста на потребите на лицата со двојна дијагноза, потребно е да се изврши доедукација на кадрите вработени во повеќе видови институции, како здравствените, социјалните така и образовните. Ова е неопходно за

да се одговори на потребите на овие лица кои се многу комплексни и со широк спектар.

- Поголем број истражувањата кои ја истражуваат поврзаноста на интелектуалната попреченост и менталните нарушувања

Поаѓајќи од податокот дека оваа проблематика не е доволно истражена, како и тоа дека нема многу студии чија цел е двојната дијагноза и поврзаноста на интелектуална попреченост и менталните нарушувања, сметам дека во иднина треба да се зголеми бројот на студии кои ќе ја истражуваат оваа проблематика и кои ќе помогнат да се подобри детекцијата, превенцијата, третманот и условите за живот на оваа категорија на лица.

Сите предлози кои се наведени во овој магистерски труд произлегуваат од податокот дека овие лица не ја добиваат потребната поддршка од општеството, како во нашата држава така и ширум светот и непрофесионалниот пристап кон оваа категорија на лица.

## VII - Користена литература

1. Ајдински Г. Олигофренологија. Универзитет “Св. Кирил и Методиј”, Институт за дефектологија. Скопје, Република Македонија, 2007.
2. Not T. Mentalna retardacija: definicija, klasifikacija i savremena poddrška osobama s intelektualnim teskocama, 2008.
3. AAMR (American Association for Mental Retardation). Introduction to Mental Retardation, 2002.
4. Malhi S. Examination Notes in Psychiatry Basic Sciences 2e, 2006.
5. Fletcher RB, Hattie J. Intelligence and Intelligence Testing. Taylor & Francis, 2011.
6. Hunt E. Human intelligence. Cambridge University New York, 2010.
7. Goodey CF. A History of Intelligence and 'Intellectual Disability': The Shaping of Psychology in Early Modern Europe, Ashgate Publishing, Ltd., 2013.
8. Rai A. Intelligence Tests. Sterling Publishers Pvt. Ltd, 2009.
9. Mackintosh N, Mackintosh NJ. IQ and Human Intelligence. OUP Oxford, 2011.
10. Whitaker S. Intellectual Disability An Inability to Cope with an Intellectually Demanding World. Palgrave Macmillan, 2013.
11. Atkinson S, Joanne L, McAnelly S, Richardson M. Intellectual Disability in Health and Social Care. Routledge, 2014.
12. Harris CJ. New Terminology for Mental Retardation in DSM-5 and ICD-11. Curr Opin Psychiatry, 2013.
13. Corbin DC. School and College Legal Services of California. Subject: Term “Mental Retardation” changed to “Intellectual Disability”, 2012.
14. Luckasson R. Encyclopedia of Mental Health (Second Edition), Intellectual Disability. University of New Mexico, Albuquerque, NM, USA, 2015.
15. Gentile JP, Gillig PM. Psychiatry of Intellectual Disability: A Practical Manual- 2012.

16. Burack JA. The Oxford Handbook of Intellectual Disability and Development. Oxford University Press, 2012.
17. AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities). Intellectual Disability: Definition, Classification and System of Supports, 11<sup>th</sup> Edition, 2010.
18. Daily DK, Ardinger HH, Holmes GE. Identification and Evaluation of Mental Retardation, University of Kansas Medical Center, Kansas City, Kansas, 2000.
19. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Buntinx HE, Coulter DL, Craig EM. Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th Edition). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), 2010.
20. A.D.A.M. Health Solutions, Editorial team 2013. Previously reviewed by Neil KK, MD, MHA, Profesor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine Intellectual Disability, 2011.
21. Ајдински Г, Кескинова А, Мемеди Б. Интелектуална Попреченост. Универзитет во Тетово, Национална и универзитетска библиотека “Св. Климент Охридски”, Скопје, 2016.
22. Burack A, Hodapp RM, Iarocci G, Zigler E. The Oxford Handbook of Intellectual Disability and Development, 2011.
23. de Ligt J, Willemsen MH, van Bon BW, Kleefstra T, Yntema HG, Kroes T, Vulto-van Silfhout AT, Koolen DA, de Vries P, Gilissen C, del Rosario M, Hoischen A, Schefker H, de Vries BB, Brunner HG, Veltman JA, Vissers LE. Diagnostic Exome Sequencing in Persons with Severe Intellectual Disability. Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen, The Netherlands, 2012.
24. Harris JC. Intellectual Disability: A Guide for Families and Professionals. Oxford University Press, 2010.
25. Goodey CF. A History of Intelligence and 'Intellectual Disability': The Shaping of Psychology in Early Modern Europe. Ashgate Publishing Ltd, 2013.
26. Taylor JL, Lindsay WR, Hastings RP, Hatton CR. Psychological Therapies for Adults with Intellectual Disabilities. John Wiley & Sons, 2012.

27. Sue Read. *Supporting People with Intellectual Disabilities Experiencing Loss and Bereavement: Theory and Compassionate Practice*. Jessica Kingsley Publishers, 2014.
28. Slavnic S. *Uvod u Defektologiju*. Univerzitet u Beogradu, Fakultet za Specijalnu Edukaciju i Rehabilitaciju, 2007.
29. Трајковски ЕВ. *Медицински основи на инвалидноста*. Универзитет “Св. Кирил и Методиј”, “Филозофски факултет”, Институт за дефектологија, Скопје, 2008.
30. Corby D, Taggart L, Cousins W. *Research in Developmental Disabilities, Volume 47, People with intellectual disability and human science research: A systematic review of phenomenological studies using interviews for data collection*. Elsevier Ltd, 2015.
31. Barak-Levy Y, Atzaba-Poria N. *Research in Developmental Disabilities, Volume 47, The effects of familial risk and parental resolution on parenting a child with mild intellectual disability*. Department of Psychology, Ben-Gurion University of the Negev, 2015.
32. Dosestor D, White D, Watson L. *Mental Health of Children and Adolescents with Intellectual and Developmental Disabilities: A Framework for Professional Practice*. IP Communications, 2011.
33. Hales ER, Yudofsky CS, Roberts WL. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth* 2014.
34. Ајдински Г, Кескинова А, Мемеди Б. *Интелектуална Попреченост*. Универзитет во Тетово, Национална и универзитетска библиотека “Св. Климент Охридски”, Скопје, 2016.
35. Daily KD, Ardinger H, Holmes EG. *Identification and Evaluation of Mental Retardation*. University of Kansas Medical Center, 2000.
36. Clayton P, Lloyd J. *Cognitive Analytic Therapy for People with Intellectual Disabilities and their Carers*. Jessica Kingsley Publishers, 2013.
37. Carr A, Linehan C, O'Reilly G, McEvoy J, Walsh PN. *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. Taylor & Francis, 2016.
38. Leavitt AJ. *Helping People with Disabilities and Special Needs Through Service Learning*. The Rosen Publishing Group, 2014.
39. Bartoňová M. *Students with Intellectual Disability in Inclusive Education Settings*. Masaryk University, 2014.

40. McCarron M, Swinburne J, Burke E, McGlinchey E, Mulryan N, Andrews V, Foran S, McCallion P. Growing Older with an Intellectual Disability in Ireland 2011. School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin, 2011.
41. Jacobson WJ, Mulick JA, Rojahn J. Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities, 2008.
42. Krause S, Ware R, McPherson L, Lennox N, O'Callaghan M. Obesity Research & Clinical Practice, Obesity in adolescents with intellectual disability: Prevalence and associated characteristics. Elsevier Ltd, 2015.
43. Puri B, Treasaden I. Psychiatry an Evidence Based Text. Edward Arnold (Publishers) Ltd, 2010.
44. Knopf D, Park MJ, Mulye PT. The Mental Health of Adolescents: A National Profile. NAHIC (National Adolescent Health Information Center), 2008.
45. Kleintjes S, Flisher AJ, Fick M, Railoun A, Lund C, Moltano C, Robertson BA. The prevalence of mental disorders among children, adolescents and adults in the western Cape, South Africa. South African Psychiatry Review, 2006.
46. McNally RJ. What is Mental Illness. Harvard University Press, 2011.
47. Bhandari S. Causes of Mental Illness. National Alliance on Mental Illness, WebMD, LLC, 2016.
48. Cardno AG, Genetics and psychosis. Advances in Psychiatric Treatment, volume 20, issue 1, 20 (1) 69-70; DOI:10.1192/apt.bp.113.011189, 2014.
49. Craddock N, Forty L. Genetics of affective (mood) disorders. European Journal of Human Genetics, Department of Psychological Medicine, The Henry Wellcome Building for Biomedical Research in Wales, Wales School of Medicine, Cardiff University, Heath Park, Cardiff, UK, 2006.
50. Cardno AG, Owen MJ. Genetic Relationships Between Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Schizoaffective Disorder. Schizophrenia Bulletin, Volume 40 Issue 3, Oxford University Press on behalf of the Maryland Psychiatric Research Center, 2014.
51. Mindful Employer. What is Mental Ill Health? Introduction to Diagnoses, Treatments & Recovery. Available from URL: [www.mindfulemployer.net](http://www.mindfulemployer.net) [accessed on 15. July 2013].

52. Revenson TA, Hoyt MA. Encyclopedia of Mental Health (Second Edition), Chronic Illness and Mental Health. Hunter College, City University of New York, New York, NY, USA, 2015.
53. Busfield J, Mental illness, University of Essex, 2011.
54. Komarek P, Schroer A. Defying Mental Illness: Finding Recovery with Community Resources and Family Support, 2013.
55. Duckworth K. Mental Illness: what you need to know. NAMI (National Alliance on Mental Illness), 2013. Available from URL: [www.nami.org/](http://www.nami.org/) [accessed on 18. July 2013].
56. National Institute of Mental Health. Mental Health Medications. U.S. Department of Health and Human Services, 2010.
57. Murray MR, Kendler SK, McGuffin P, Wessely S, Castle JD. Essential Psychiatry, Fourth Edition. Cambridge University Press, 2008.
58. Mental Health and Workforce Division of Australian Government Department of Health and Ageing. What is Mental Illness, 2007.
59. Maj M, Sartorius N. Depressive Disorders, Second Edition. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England, 2002.
60. Maj M, Sartorius N. Schizophrenia Second Edition. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England, 2002.
61. Jiloha RC, Bhatia MS. Psychiatry for General Practitioners. New Age International (P) Ltd, Publishers, 2010.
62. Kay J, Tasman A. Essentials of Psychiatry. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England, 2006.
63. Maj M, Akiskal SH, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. Bipolar Disorder, WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry. John Wiley & Sons Ltd, 2002.
64. Newton-Howes G. Personality disorders, Oxford Psychiatry Library. OUP Oxford, 2014.
65. Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE, Okasha A. Personality Disorders, WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England 2005.

66. Shorter E. *A Historical Dictionary of Psychiatry*, Oxford University Press, Inc, 198 Madison Avenue, New York 10016, 2005.
67. *Understanding Mental Illness*. Missouri Department of Mental Health, Division of Comprehensive Psychiatric Services 1706 E. Elm St, Jefferson City, www.dmh.mo.gov, 2011.
68. Owen MJ. Intellectual disability and major psychiatric disorders: a continuum of neurodevelopmental causality. *The British Journal of Psychiatry*, 200 (4) 268-269; DOI:10.1192/bjp.bp.111.105551, 2012.
69. Rayner K, Wood H, Beail N, Nagra MK. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities-volume 9, Issue 2*. Emeralds Insight, Journals & Books, 2015.
70. Thomas S, Corkery-Lavender K, Daffern M, Sullivan D and Lau P. *People with intellectual disability: Only some people with mental illness, but too many people on mental illness tablets*. State of Victoria, Department of Human Services, 2011.
71. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. *Intellectual Disability and Mental Illness*, 2012.
72. Hassiotis A, Barron DA, Hall I. *Intellectual Disability Psychiatry: A Practical Handbook*, 2013.
73. Chaplin R. General psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, volume 48, 2004.
74. O'Hara J, McCarthy J, Bouras N. *Intellectual Disability and Ill Health: A Review of the Evidence*. Cambridge University Press, 2010.
75. Hemmings C, Bouras N. *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*. Cambridge University Press, 2016.
76. Toms G, Totsika V, Hastings R, Healy H. Access to services by children with intellectual disability and mental health problems in UK. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, Volume 40, Issue 3, 2015.
77. Tsakanikos E, McCarthy J. *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability: Research, Practice and policy*. Springer Science & Business Media, 2013.
78. McGilvery S, Sweetland D. *Intellectual Disability and Mental Health*. National Association For The Dually Diagnosed, 2011.

79. Taggart L, Cousins W. Health Promotion for People with Intellectual and Developmental Disabilities. McGraw-Hill Education (UK), 2014.
80. Emerson E. Health status and health risks of the hidden majority of adults with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, Vol. 49, 2011.
81. Emerson E. *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities*, Volume 97. John Wiley & Sons, 2012.
82. Harris JC. *Intellectual Disability: A Guide for Families and Professionals*. Oxford University Press, 2010.
83. Gentile JP, Gillig PM. *Psychiatry of Intellectual Disability: A Practical Manual*. John Wiley & Sons, 2012.
84. Sics Editore. *Treating psychological problems in persons with intellectual disability (ID) in primary health care*. SICS Editore, 2014.
85. Dempsey IJ, Nankervis K. *Community Disability Services An Evidence-based Approach to Practice*. Purdue University Press, 2006.
86. Bouras N, Holt G. *Mental Health Services for Adults with Intellectual Disability: strategies and solutions*. Psychology Press, 2010.
87. Matson JL, Matson ML. *Comorbid Conditions in Individuals with Intellectual Disabilities*. Springer, 2015.
88. Tonge B, Einfeld S. *The trajectory of psychiatric disorders in young people with intellectual disabilities*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000.
89. Race D. *Intellectual Disability: Social Approaches: Social Approaches*. McGraw-Hill Education (UK), 2007.
90. Kitchener B, Jorm A, Kelly C. *Intellectual Disability Mental Health First Aid Manual*, 2<sup>nd</sup> Edition. Orygen Youth health research centre, University of Melbourne, 2010.
91. Cooper SA, Melville C, Morrison J. *People with intellectual disabilities. Their health needs differ and need to be recognised and met*. BMJ Publishing Group Ltd, 2004.
92. Fletcher RJ, Loschen E, Stavrakaki C. *Diagnostic Manual-intellectual Disability : a Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. NADD Press, 2007.

93. NADD association for persons with developmental disabilities and mental health needs. Individuals with Intellectual Developmental/Disabilities and Co-Occurring Mental Illness. AAIDD American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2013.
94. Campbell MA, Gilmore L. The importance of social support for students with intellectual disability: an intervention to promote mental health and well-being. SPROC LTD. Academic World Education & Research Center, 2014.
95. Morgan VA, Croft ML, Valuri GM, Zubrick SR, Bower C, McNeil TF, Jablensky AV. Intellectual disability and other neuropsychiatric outcomes in high-risk children of mothers with schizophrenia, bipolar disorder and unipolar major depression. The British Journal of Psychiatry, 2012.
96. Government of South Australia. Department for Communities and Social Inclusion. Intellectual disability and mental illness (dual disability), 2012. Available from URL:[www.sa.gov.au/](http://www.sa.gov.au/) [accessed on 21. July 2013].
97. McGilvery S, Sweetland D. Intellectual Disability and Mental Health: A Training Manual in Dual Diagnosis. National Association For The Dually Diagnosed, 2011.
98. Rose N, Rose J, Kent S. Staff Training in Intellectual Disability Services. The University of Birmingham. The British Society of Developmental Disabilities, 2012.
99. National Mental Health Consumer and Carer Forum. Intellectual/Developmental Disability (ID) and Mental Health, 2012. Available from URL:<http://www.nmhccf.org.au/> [accessed on 22. July 2013].
100. Prasher VP. Contemporary Issues in Intellectual Disabilities. Nova Science Publishers, 2010.
101. Kerker DB, Owens LP, Zigler E, Horwitz MS. Mental health disorders among individuals with mental retardation: challenges to accurate prevalence estimates. Public Health Reports, 2004.
102. Tasman A, Kay J, Lieberman AJ, First BM, Maj M. Psychiatry, Third Edition, 2008.
103. Bouras N and Holt G. Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities, Second Edition. Cambridge University Press, 2007. Available from URL:[www.cambridge.org/9780521608251](http://www.cambridge.org/9780521608251).
104. Hatton C, Emerson E. The Relationship Between Life Events and Psychopathology Amongst Children with Intellectual Disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, Volume 17, Issue 2, 2004.

105. Deb S, MT & Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. Division of Psychological Medicine, University of Wales College of Medicine, Cardiff, UK, 2001.
106. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors, 2007.
107. Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, Volume 36, Issue 2. Australasian Society for Intellectual Disability, Inc, 2011.
108. Sturmey P, Fitzer A. *Autism Spectrum Disorders: Applied Behavior Analysis, Evidence, and Practice*, 1st Edition. Pro ed, 2006.
109. Morgan VA, Leonard H, Bourke J, Jablensky A. Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 2008.
110. Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, Strydom A, Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h4326>.
111. Aggarwal R, Guanci N, Appareddy VL. *Issues in Treating Patients With Intellectual Disabilities, Special Reports*. Cultural Psychiatry, 2013.
112. Dias S, Ware RS, Kinner SA, Lennox NG. Co-occurring mental disorder and intellectual disability in a large sample of Australian prisoners. *The Australian and New Zealand journal of Psychiatry*, 2013.
113. O'Brien G. Dual diagnosis in offenders with intellectual disability: setting research priorities: a review of research findings concerning psychiatric disorder (excluding personality disorder) among offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2002.
114. Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 47, Issue 4-5, 2003.

115. Костиќ-Ивановиќ В. Проблеми во однесувањето кај деца со лесна и умерена интелектуална попреченост, магистерски труд. Универзитет Св. Кирил и Методиј – Скопје, 2009.
116. Approbato de Oliveira P, Fuentes Moreira C, Scivoletto S, Castanho de Almeida CR, Fuentes D, Cunha PJ. Intellectual Disability and Psychiatric Diagnoses of Children and Adolescents with a History of Stressful Events and Social Deprivation in Brazil: Preliminary Results. *IQ, Depression and Stress*, 2014.
117. Bhaumik S, Tyrer FC, McGrother C, Ganghadaran SK. Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2008.
118. Myrbakk E, von Tetzchner S. Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 2008.
119. Torr J, Davis R. Ageing and mental health problems in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007.
120. Bakken TL, Helverschou SB, Eilertsen DE, Heggelund T, Myrbakk E, Martinsen H. Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: a representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*. Elsevier Ltd, 2010.
121. Matson JL, Shoemaker ME. Psychopathology and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 2011.

## VIII - Прилози

### Демографски прашалник

Име и презиме \_\_\_\_\_

Дата на раѓање \_\_\_\_\_

Место на живеење \_\_\_\_\_

Степен на образование \_\_\_\_\_

Занимање \_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

Место

\_\_\_\_\_

# ВИТИМ

Векслеров  
Индивидуален  
Тест на  
Интелигенција за  
Македонска популација

Установа _____	Дата _____
Испитувач _____	Ввид број _____
Испитаник _____	М Ж Дата на раѓање _____ Возраст _____
Образование _____	Занимање _____
Место на раѓање _____	Место на живеење _____

ДОБИЕНИ СКОРОВИ														
ВЕРБАЛНИ ТЕСТОВИ							МАНИПУЛАТИВНИ ТЕСТОВИ							
Скалариан скор	Информација	Броеви	Речник	Аритметика	Сфаќање	Сличности	Дополнења	Стрип	Коцки	Склопување	Шифра	Скалариан скор		
19	-	28	70	-	28	-	-	-	-	-	89-90	19		
18	29	27	68-69	19	26-27	-	-	-	-	41	85-88	18		
17	28	25-26	66-67	18	24-25	26	21	16	-	40	81-84	17		
16	26-27	24	62-65	17	23	25	20	15	-	38-39	77-80	16		
15	25	22-23	58-61	16	22	24	19	14	48	37	73-76	15		
14	23-24	20-21	53-57	15	20-21	22-23	18	13	47	35-36	68-72	14		
13	22	18-19	48-52	14	19	20-21	17	12	44-46	33-34	63-67	13		
12	20-21	17	44-47	13	17-18	18-19	16	11	41-43	31-32	59-62	12		
11	19	15-16	39-43	12	16	16-17	15	10	37-40	30	54-58	11		
10	17-18	14	35-38	11	14-15	13-15	14	9	34-36	27-29	50-53	10		
9	15-16	13	31-34	10	13	12	13	8	31-33	25-26	46-49	9		
8	13-14	12	27-30	9	12	11	12	-	28-30	23-24	42-45	8		
7	11-12	10-11	23-26	8	10-11	9-10	11	7	25-27	21-22	38-41	7		
6	10	9	20-22	7	9	7-8	10	6	22-24	19-20	33-37	6		
5	8-9	7-8	16-19	6	7-8	5-6	9	5	18-21	17-18	29-32	5		
4	6-7	6	12-15	5	6	4	8	4	15-17	15-16	25-28	4		
3	5	5	9-11	4	4-5	2-3	6-7	3	12-14	12-14	21-24	3		
2	3-4	3-4	4-8	2-3	3	1	4-5	2	7-11	8-11	17-20	2		
1	0-2	0-2	0-3	0-1	0-2	0	0-3	0-1	0-6	0-7	0-16	1		
ВЕРБАЛЕН СКОР							МАНИПУЛАТИВЕН СКОР							АС=

ОТПОРНИ ТЕСТОВИ	С.С.	НЕОТПОРНИ ТЕСТОВИ	С.С.	% НА МЕНТАЛНА ДЕТЕРИОРАЦИЈА
Информација / Речник		Броеви		$\% \text{ МД} = 100 \frac{\text{Отпорни} - \text{Неотпорни}}{\text{Отпорни}}$ $100 = \text{ [ ] } \%$ $\% \text{ МД} = \text{ [ ] } \%$
Сфаќање		Аритметика		
Дополнења		Коцки		
Склопување		Шифра		
ВКУПНО		ВКУПНО		

Сума од скалираните скорови <b>IQ</b>
ВЕРБАЛЕН _____ [ ] МАНИПУЛАТИВЕН _____ [ ] ВКУПЕН _____ [ ]

Овој прашањ за броевите и укажувањето до овој формулар ги задржува Сојузот на друштвото на психолозите во СРМ

1. ИНФОРМАЦИИ		МАКСИМАЛНИ СКОР 29
		ВКУПНО
ЗАДАЧА	ОДГОВОР	СКОР 1-0
1.	Бои во знамето	
2.	Тетка	
3.	Месеци	
4.	Термометар	
5.	Главен град на Италија	
6.	Социјалистички држави	
7.	Низјаденско востание	
8.	Соседи на СФРЈ	
9.	Израјла	
10.	А-бомба	
11.	Суецки канал	
12.	Вода	
13.	Хамлет	
14.	Жители на СФРЈ	
15.	Ватикан	
16.	Брани	
17.	Државници	
18.	Правец на светот	
19.	Куран	
20.	Бурма	
21.	Кремљ	
22.	Злосторство и казна	
23.	Етнологија	
24.	Гени	
25.	Вето	
26.	Крвни садови	
27.	Главен град на Јапонија	
28.	Федеративен-Федерализам	
29.	Андриќ	

2. ДОПОЛНЕНИЈА		МАКСИМАЛНИ СКОР 21
		ВКУПНО
ЗАДАЧА	СКОР 1-0	
1.	Врата	
2.	Ситња	
3.	Девојка	
4.	Автомобил	
5.	Бокал	
6.	Човек со очила	
7.	Државен грб	
8.	Карта	
9.	Огледало	
10.	Часовник	
11.	Краба	
12.	Чапец	
13.	Нсжици	
14.	Скјалица	
15.	Виолина	
16.	Сенце	
17.	Ксњ	
18.	Човек и пес	
19.	Маж	
20.	Мапа-СФРЈ	
21.	Куќа	

СЕ ПРЕКИНУВА ПО 5 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ НЕУСПЕСИ

10" ЗА СЕКОЈА СЛИКА  
СЕ ПРЕКИНУВА ПО 5  
ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ НЕУСПЕСИ

3. БРОВИ		МАКСИМАЛНИ СКОР 28	
		ВКУПНО	
БРОВИ НАНАПРЕД	СКОР 2-1-0	БРОВИ НАНАЗАД	СКОР 2-1-0
1.	5-8-2	1.	2-4
	6-9-4		5-8
2.	6-4-8-9	2.	6-2-9
	7-2-8-6		4-1-5
3.	4-2-7-3-1	3.	3-2-7-9
	7-5-8-3-6		4-9-6-8
4.	6-1-9-4-7-3	4.	1-5-2-8-6
	3-9-2-4-8-7		6-1-8-4-3
5.	5-9-1-7-4-2-8	5.	5-3-9-4-1-8
	4-1-7-9-3-8-6		7-2-4-8-5-6
6.	5-8-1-9-2-6-4-7	6.	8-1-2-9-3-6-5
	3-8-2-9-5-1-7-4		4-7-3-9-1-2-8
7.	2-7-5-8-6-2-5-8-4	7.	9-4-3-7-6-2-5-8
	7-1-3-9-4-2-5-6-8		7-2-8-1-9-6-5-3

4. СТРИП				МАКСИМАЛЕН СКОР 16
				ВКУПНО
СЕРИЈА	ДОБИЕН РЕДОСЛЕД	РЕДОСЛЕД ЗА КОЈ СЕ ДОБИВААТ ПОЕНИ	СКОР (ЗАОКРУЖИ)	
КУКА 60"		CAP		
1. ОГРАБУВАЧ 60"		ABCD	0	2
2. РОМЕО 60"		SHADE	0	2
3. ВЛЕЗ 60"		OPENS-OBNSP	0	1 2
4. ЛУЈ 60"		ATOMIC	0	2
5. БРЕГЧЕ 90"		HELPS	0	2
6. РИБА 90"		BFONU-ELFONI-BGFNU	0	1 2
7. БЕГСТВО 90"		HUNT	0	2
8. ФЛЕРТ 60"		JANET-JNAET-AJNET	0	1 2

СЕ ПРЕКИНУВА ПО 4 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ НЕУСПЕСИ

5. РЕЧНИК							МАКСИМАЛЕН СКОР 70
							ВКУПНО
ЗБОР	ОДГОВОР	СКОР 2-1-0	ЗБОР	ОДГОВОР	СКОР 2-1-0		
a. КРЕВЕТ			15. КУПУВАЊЕ				
б. БРОД			16. ОПИШЕЊЕ				
в. ДОКУМЕНТ			17. ПРОЦЕНУВА				
			18. МЕЧТАЕ				
1. ЗИМА			19. ПРИСЕБЕН				
2. ЉУБОПИТЕН			20. НАПРЕДУВА				
3. ТКАНИНА			21. РЕЧЕНИЦА				
4. НАСЕТУВА			22. СИМБОЛ				
5. ОМАЛОВАЖУВА			23. РЕФОРМИРА				
6. РАКОВОДИ			24. ЗАСМЕЈУВА				
7. ИЗОЛИРАН			25. ПРОДАЖБА				
8. АКТИВЕН			26. РЕБУС				
9. ДВОУМВЊЕ			27. КОМПЛЕКСЕН				
10. АПЛАДИРА			28. ГОДИШНИНА				
11. ВОСХИГУВАЊЕ			29. СОЖАЛУВАЊЕ				
12. ОБЈАСНУВА			30. ИДЕАЛ				
13. УСПЕХ			31. ЕЛИТА				
14. КРЕИРА			32. ХУМОРЕСКА				

СЕ ПРЕКИНУВА ПО 5 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ НЕУСПЕСИ

6. КОЦКИ				МАКСИМАЛЕН СКОР 48	
				ВКУПНО	
ЗАДАЧА	ВРЕМЕ	УСПЕХ + НЕУСПЕХ	СКОР (ЗАОКРУЖИ)		
1.	60"	1	0	2	4
		2			
2.	60"	1	0	2	4
		2			
3.	60"		0		4
4.	60"		0		4
5.	60"		0		4
6.	60"		0		4
7.	120"		0	4	31-40" 5
8.	120"		0	4	46-70" 5
9.	120"		0	4	61-80" 5
10.	120"		0	4	61-80" 5

СВ ПРЕКИНУВА ПО 3 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ НЕУСПЕСИ

7. АРИТМЕТИКА				МАКСИМАЛЕН СКОР 19	
				ВКУПНО	
ЗАДАЧА	ОДГОВОР	ВРЕМЕ	СКОР (ЗАОКРУЖИ)		
1.	15"		0	1	
2.	15"		0	1	
3.	15"		0	1	
4.	15"		0	1	
5.	30"		0	1	
6.	30"		0	1	
7.	30"		0	1	
8.	30"		0	1	
9.	30"		0	1	
10.	30"		0	1	
11.	60"		0	11-60" 1	1-10" 2
12.	60"		0	11-60" 1	1-10" 2
13.	60"		0	16-60" 1	1-15" 2
14.	120"		0	16-120" 1	1-15" 2

СВ ПРЕКИНУВА ПО 4 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ НЕУСПЕСИ

8. СКЛОПУВАЊЕ				МАКСИМАЛЕН СКОР 41	
				ВКУПНО	
ФИГУРА	ВРЕМЕ	СКОР (ЗАОКРУЖИ)			
1. МАНЕКЕН	120"	$16-20"$ $11-15"$ $1-10"$ 0 1 2 3 4 5 6 7 8			
2. ПРОФИЛ	120"	$26-35"$ $21-25"$ $1-20"$ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			
3. РАКА	180"	$36-50"$ $36-33"$ $1-25"$ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
4. СЛОН	180"	$3-30"$ $21-30"$ $1-10"$ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11			

СОВРШЕНО СКЛОПЕНОТО Е ОТПЕЧАТЕНО МАСНО

9. СФАКАЊЕ		МАКСИМАЛЕН СКОР 28
		ВКУПНО
ЗАДАЧА	ОДГОВОР	СКОР 2-1-0
1. ПИСМО		
2. ЛОШО ДРУШТВО		
3. МАЛЕ КАКО		
4. ГОТВЕЊЕ ХРАНА		
5. ИЗГУБЕНИ В ШУМА		
6. ЖЕЛЕЗОТО СЕ КОВЕ...		
7. РЕЦЕПТ		
8. ДАНОК		
9. МАТИЧАР		
10. РАБОТА НА ДЕЦА		
11. ЦЕНА НА ЗЕМЛИШТЕ		
12. ГЛУВОНЕМИ		
13. ЗАКОНИ		
14. ЕДНА ЛАСТОВИЧКА...		

СЕ ПРЕКИНУВА ПО 4 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ НЕУСПЕСИ

11. СЛИЧНОСТИ		МАКСИМАЛЕН СКОР 26
		ВКУПНО
ЗАДАЧА	ОДГОВОР	СКОР 2-1-0
1. ПОРТОКАЛ И БАНАНА		
2. ПАЛТО И ФУСТАН		
3. КУЧЕ И ЛАВ		
4. СЕКИРА И ПИЛА		
5. ВОЗДУХ И ВОДА		
6. ОКО И УВО		
7. ЈАЈЦЕ И СЕМЕ		
8. РАБОТА И ИГРА		
9. МАСА И СТОЛИЦА		
10. ПЕСНА И СТАТУА		
11. ПОФАЛБА И КАЗНА		
12. МУВА И ДАБ		
13. ДРВО И АЛКОХОЛ		

СЕ ПРЕКИНУВА ПО 4 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ НЕУСПЕСИ

# 10. ШИФРА

МАКСИМАЛЕН СКОП 90  
ВКУПНО

1	2	3	4	5	6	7	8	9
-	1	□	L	U	○	^	×	=

2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6

СР ПРЕКЛУНУВА ПО 90°

ЗАКЛУЧНА ОЦЕНКА