

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

## РЕФЕРАТ

Тема: «Умственная отсталость»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Серебренников М.А

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М. А

Красноярск 2023

## Оглавление

|   |         |
|---|---------|
| Актуальность .....                      | 3стр.   |
| Определение .....                       | 3стр.   |
| Диагностика умственной отсталости ..... | 7стр    |
| Клинические критерии .....              | 9стр    |
| Инструментальные исследования<br>.....  | 12стр.  |
| Показание к госпитализации<br>.....     | 13стр.  |
| Прогноз .....                           | 15 стр. |
| Заключение .....                        | 16 стр  |
| Список литературы .....                 | 17стр   |

## **Актуальность**

Умственная отсталость (интеллектуальная недоразвитость) является одним из наиболее распространенных нарушений развития у детей и взрослых. Она характеризуется ограниченными возможностями в усвоении новой информации, в понимании и использовании рационального мышления, а также в социальных и адаптивных навыках.

Причины умственной отсталости могут быть разнообразными и включать генетические аномалии, биологические или хромосомные нарушения, токсические воздействия на плод во время беременности, инфекции и травмы мозга ребенка. Более половины случаев умственной отсталости происходят без определенной причины.

Умственная отсталость классифицируется по уровню и степени недоразвития интеллекта на тяжелую, умеренную, легкую и граничащую. Пациенты с тяжелой формой обычно имеют серьезные проблемы в общении и усвоении новой информации, а также нуждаются в постоянной помощи и уходе. В то время как люди с легкой формой умственной отсталости могут достичь самостоятельности во многих областях жизни.

Важно отметить, что умственная отсталость не является показателем личной ценности или потенциала. Люди с этим состоянием могут иметь свои специфические сильные стороны и способности, которые следует развивать и признавать.

При подходящей и своевременной поддержке и реабилитации, люди с умственной отсталостью могут достичь определенного уровня самостоятельной жизни и социальной интеграции. Образовательные и реабилитационные программы могут сыграть важную роль в развитии и адаптации пациентов с умственной отсталостью.

В обществе также необходима осведомленность и понимание о том, что умственная отсталость является несовершенством, а не преступлением или недостатком. Важно создавать дружелюбную и инклюзивную среду, где люди с умственной отсталостью могут жить полноценную жизнь, со своими правами и возможностями.

## **Определение**

Умственная отсталость – группа различных наследственных, врожденных или рано приобретенных состояний общего психического недоразвития. Согласно МКБ-10, умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то



есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Для кодировки диагноза умственной отсталости в МКБ-10 предложено использование раздела F7 (F70 – 79) с уточняющими после точки цифрами в зависимости от этиологии, а также наличием или отсутствием сопутствующих значительных нарушений поведения. Синонимами умственной отсталости являются такие понятия как «общее психическое недоразвитие», «психическое недоразвитие», «олигофрения». По мнению некоторых современных авторов, понятие «умственная отсталость» более широкое, чем часто использовавшийся ранее термин «олигофрения». Под олигофренией обычно понимают дефект, ограниченный в первую очередь сферой интеллекта. Термин «умственная отсталость» стал все более общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, постепенно заменив термин «олигофрения». На наш взгляд, традиционный в том числе и для нашей страны термин «олигофрения» все-таки не должен быть утрачен и вполне может использоваться, когда речь не идет, например, о пограничной умственной отсталости или о деменции.

Шифры умственной отсталости по МКБ-10: F 70-79.

### **Эпидемиология.**

По данным Всемирной организации здравоохранения, а также ряда отечественных и зарубежных авторов, показатели распространенности умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1 до 3 % населения. В регионах, где имеет место воздействие экопатогенных факторов, а также наблюдаются изолированные социальные группы, распространенность данной патологии может достигать 7 %. Среди лиц мужского пола умственная отсталость встречается примерно в 1,5 раза чаще, чем среди женщин. Подобное соотношение наиболее заметно при легкой степени психического недоразвития, а при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, как правило, количественной разницы между мальчиками и девочками не наблюдается.

### **Классификация**

В большинстве классификаций в качестве основного критерия группировки умственной отсталости используется степень глубины



интеллектуального дефекта.

В МКБ-10 выделяется умственная отсталость легкой степени (F70), умеренная (F71), тяжелая (F72) и глубокая (F73). Выделяются также разделы F78 (другая умственная отсталость) и F79 (неуточненная умственная отсталость). В настоящее время при постановке официального диагноза и при принятии решения о типе (форме) обучения ребенка, о предоставлении ему инвалидности и решении многих других вопросов рекомендовано использование этой классификации. Следует заметить, что придерживаться только данной классификации, особенно при проведении научных исследований, не всегда оправданно. Так, в МКБ-10, адаптированной к использованию в Российской Федерации, специально подчеркивалось, что МКБ-10 предназначена, прежде всего, для статистических целей и не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для науки и практики. Это замечание в полной мере относится и к типологии олигофрений.

В отечественной литературе ранее чаще всего выделялось три степени общего психического недоразвития: идиотия (глубокая умственная отсталость), имбецильность (резко выраженная и среднетяжелая умственная отсталость) и дебильность (легкая умственная отсталость). Данная классификация удобна при практическом использовании и наиболее распространена.

Важным с клинической точки зрения вариантом типологии является клинико-физиологическая классификация психического недоразвития, предложенная С.С. Мнухиным и дополненная в дальнейшем Д.Н. Исаевым. Согласно этой классификации, умственная отсталость подразделяется на четыре формы: астеническую, атоническую, стеническую и дисфорическую (будут рассмотрены в разделе диагностики).

## Диагностика умственной отсталости

При диагностике умственной отсталости нельзя ограничиваться только установлением факта общего психического недоразвития ребенка, поэтому целью становится формулирование исчерпывающего диагноза, отражающего в первую очередь:

1. оценку выраженности интеллектуального дефекта и его особенностей;
2. клиническую и психологическую характеристику структуры дефекта;
3. наличие коморбидных нарушений;
4. этиологические факторы;
5. степень адаптации к среде;
6. социально-психологические факторы, участвующие в формировании клиники заболевания и его социальной адаптации (абилитации, по Д.Н. Исаеву).

При проведении диагностики умственной отсталости целесообразными являются следующие исследования:

1. изучение семейного анамнеза и пренатального развития, течения родов, периода новорожденности и последующего развития;
2. клиническое обследование больного;
3. генетические исследования;
4. пренатальные диагностические процедуры (амниоцентез, УЗИ и др.);
5. параклинические исследования;
6. использование психологических и педагогических методик.

**Анамнез.** Умение распознать в анамнестических сведениях наиболее важные данные является основой, наряду с клинической диагностикой, правильной постановки диагноза. В ряде случаев необходим расспрос не только одного родственника, но и других близких ребенка, что значительно объективизирует картину заболевания. При сборе анамнестических сведений в первую очередь уточняются данные, касающиеся семейной генеалогии, отягощенности различными наследственными, в том числе психическими, неврологическими,



эндокринными заболеваниями, отставанием в психическом развитии других родственников, странностях в их поведении, употреблении ими алкоголя и иных психоактивных веществ, работа на вредном производстве членов семьи ребенка. Необходимым является также получение сведений о протекании беременности у матери с выявлением возможных патогенных воздействий на плод, наличие информации о предыдущих беременностях (наличие самопроизвольных выкидышей, здоровье других детей, осложнения периода беременности). При сборе анамнеза обязательно затрагивается и процесс течения родов, и постнатальное развитие ребенка в течение первых месяцев и лет жизни.

**Клиническое обследование.** Является наиболее важным для окончательной диагностики умственной отсталости. Включает в себя диагностическую беседу с пациентом и физикальное исследование.

При проведении диагностической беседы бывают получены основные данные, характеризующие психический статус ребенка. У многих детей с умственной отсталостью наиболее успешно диагностика проводится при сочетании игры и беседы. В этом случае то, что не удастся выявить в ходе разговора с больным (понимание метафорической речи, содержания сюжетных картинок, их пересказ, оценка уровня знаний об окружающем мире и мн. др.), можно заметить в процессе игры или обсуждения его рисунков. Не существует единой для всех пациентов с умственной отсталостью схемы проведения диагностической беседы, так как это зависит от возраста пациента, уровня его умственного развития и многих других факторов (например, наличие речи вообще, тугоухость или иные сопутствующие заболевания). Однако именно полученные в результате беседы психопатологические характеристики становятся фундаментом окончательного подтверждения или неподтверждения умственной отсталости.

**Физикальное исследование.** При проведении физикального обследования ребенка важно оценить как неврологические симптомы (собственно



неврологическое обследование), так и наличие возможных соматических аномалий, пороков развития, стигм дизэмбриогенеза. В некоторых случаях выявленная соматическая симптоматика позволяет уточнить время воздействия той или иной вредности, наличие специфических для ряда дифференцированных форм умственной отсталости соматических аномалий. В целом дети с олигофренией отличаются более низким ростом и массой тела, чем их здоровые сверстники. Обычно также у детей с умственной отсталостью наблюдаются многочисленные стигмы дизэмбриогенеза, такие как неправильная форма ушных раковин, высокое («готическое») нёбо, низкий рост волос, гипертелоризм, неправильный рост зубов и мн. др. При выраженной умственной отсталости часто выявляются и множественные аномалии и пороки развития, среди которых чаще всего отмечаются глазные дефекты, пороки сердца, дополнительные пальцы, глухота, укорочение конечностей, а также увеличение печени и селезенки.

### **Клинические критерии по МКБ-10. Умственная отсталость легкой степени ( раздел F70).**

Для легкой умственной отсталости характерна в целом относительно хорошая механическая память. В ряде случаев эти дети способны приобрести значительный запас сведений и элементарные навыки чтения, письма и счета. Иногда хорошая механическая память и относительно богатая по запасу слов речь могут маскировать слабость мыслительной деятельности и неспособность к образованию абстрактных понятий. Эти больные не проявляют самостоятельности и инициативы в работе (учебе), основную трудность составляет переход к мыслительным задачам, решение которых требует замены привычного способа деятельности новым и еще неизвестным. Эмоциональная и волевая стороны личности при дебильности достаточно разнообразны, однако общими чертами являются недостаточная способность к

самообладанию и подавлению влечений, импульсивность на фоне повышенной внушаемости и склонности к подражательству. При правильном воспитании и обучении, осуществлении психолого-педагогической коррекции с привитием больным трудовых навыков они могут овладевать целым рядом неквалифицированных профессий, прежде всего, ручного труда, проявляют хорошую бытовую приспособленность к жизни. Таким образом, эти больные в большинстве своем обучаемы (вспомогательная программа школы) и в дальнейшем могут жить самостоятельно. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики дебильности является возраст от 6 до 8 лет. В МКБ-10 при характеристике этой группы пациентов отмечается, что в целом у большинства лиц с легкой умственной отсталостью поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминает проблемы у людей с нормальным уровнем интеллекта, чем специфические проблемы у больных с более глубокими степенями психического недоразвития.

Согласно МКБ-10, при клинико-психологическом обследовании с использованием надлежащих стандартизованных тестов больных с легкой умственной отсталостью коэффициент умственного развития (IQ) ориентировочно составляет от 50 до 69.

**Умственная отсталость умеренная раздел F71).** Эти дети способны накопить некоторый запас сведений, механическая память у многих из них достаточна развита. Такие больные овладевают также и речью, хотя запас слов у них невелик, речь аграмматична, а понимание и использование речи ограничено. При легкой имбецильности сознание своего «Я» более или менее развито. Многие из больных эгоцентричны, требуют к себе повышенного внимания, проявляют радость при положительной оценке их действий и обиду, когда их ругают. При беседе с этими больными можно заметить, что на вопросы, требующие напряжения, они отвечают «не могу», «не знаю», «не хочу». Специальные образовательные программы могут дать возможность детям с умеренной умственной отсталостью определенные возможности для приобретения ряда основных навыков и умений, однако объем усваиваемого материала



крайне низок. При достаточном моторном развитии пациенты с умеренной умственной отсталостью могут овладевать простыми видами труда, но их работа носит механический характер, они не в состоянии изменить свою деятельность согласно изменившейся обстановке. К самостоятельной жизни эти больные, как правило, не приспособлены и нуждаются в постоянной опеке и в уходе за ними. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики является возраст от 3 до 5 лет.

По МКБ-10, при психологическом обследовании с использованием стандартизованных тестов больных с умеренной умственной отсталостью коэффициент их умственного развития ориентировочно составляет 35 – 49.

**Умственная отсталость тяжелая ( раздел F72).** Клиническая картина тяжелой умственной отсталости сходна, прежде всего, с симптоматологией легкой имбецильности. Отмечается низкий уровень социального функционирования, что проявляется в практически полной невозможности усвоить элементарные школьные знания, бытовые умения и навыки. Обычно эти дети выводятся из системы обучения, в дальнейшем на протяжении всей жизни нуждаются в опеке и постоянном уходе за ними. В отличие от пациентов с умеренной умственной отсталостью, у этих больных наблюдаются выраженные расстройства моторной сферы, что также затрудняет даже их простую социальную адаптацию. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики легкой имбецильности является возраст от 3 до 5 лет.

Согласно МКБ-10, коэффициент умственного развития пациентов с тяжелой умственной отсталостью колеблется в пределах от 20 до 34.

**Умственная отсталость глубокая ( раздел F73).** Для детей, характерным является резкое снижение реакции на окружающее. Больные либо совершенно не реагируют на все происходящее вокруг, либо дают неадекватные реакции, откликаясь на любой раздражитель, ни на одном из них не задерживаясь. Членораздельная речь отсутствует, в



обращенной к ним речи больные воспринимают интонацию, но не понимают смысла. Предоставленные самим себе, многие из них остаются неподвижными, другие находятся в бесцельном постоянном движении, ползают, хватают предметы, могут быть агрессивны или же отмечается аутоагрессия. Состояния двигательного возбуждения возникают периодически и часто без всяких видимых причин. Проявления удовольствия или неудовольствия примитивны. Соматическое благополучие, ощущение сытости приводят к благодушию и спокойствию, а чувство голода или иные неприятные ощущения выражаются в криках с выражением неудовольствия, в ажитации или других сходных проявлениях. В ответ на неизвестное может наблюдаться страх, плач. Часто отмечаются извращенные или измененные влечения: булимия или же извращения пищевого влечения, гиперсексуальность, например, сопровождающаяся упорной мастурбацией, и др. С глубоким недоразвитием всей психической деятельности коррелируют и различные, в том числе грубые, дефекты физического развития: диспластичность, деформации черепа, пороки и аномалии развития. Нередко наблюдаются и неврологические симптомы, в том числе парезы и параличи. Оптимальным возрастом для диагностики идиотии, особенно с точки зрения прогноза и социальных последствий заболевания, являются первые месяцы (первый год) жизни. В любом случае глубокая умственная отсталость должна диагностироваться до 3 лет.

По МКБ-10, коэффициент умственного развития пациентов с глубокой умственной отсталостью составляет менее 20

### **Другие диагностические рубрики умственной отсталости (F78, F79).**

Категория F78 – другая умственная отсталость - рекомендована к использованию только в тех случаях, когда оценка уровня интеллектуального развития крайне затруднена или невозможна в связи

с сопутствующими сенсорными или соматическими нарушениями (слепота, глухонмота и др.). Категория F79 – нуточненная умственная отсталость – используется только при отсутствии достаточной информации о больном, что не позволяет отнести его к какой-либо другой диагностической рубрике.

**Лабораторные исследования.** Для исследования форм умственной отсталости, обусловленных нарушениями обмена, используются различные биохимические методы, описанные в разделе, посвященном скринингу детей с целью выявления заболеваний, сопровождающихся умственной отсталостью. В случае подозрения на фенилкетонурию проводится также измерение уровня фенилаланина в крови ребенка.

Важным исследованием является в целом ряде случаев пренатальная диагностика умственной отсталости. Эти методы позволяют предупредить рождение неполноценного ребенка, например, в случае хромосомной патологии. Для пренатальной диагностики используется амниотическая жидкость, которая исследуется на содержание альфа-фетопротеина, для культивирования имеющихся в ней клеток и биохимического анализа. Раннему амниоцентезу (между 14-й и 16-й нед. беременности) должно предшествовать УЗИ, определяющее внутриутробное положение плода. Подобное исследование позволяет обнаружить, например, двойню или аномалии плода. Если в крови матери обнаруживается увеличение уровня альфа-фетопротеина, или если предшествующий ребенок был с анэнцефалией, гидроцефалией, то это является показанием для исследования амниотической жидкости на содержание в ней альфа-фетопротеина. Существуют показания для обязательного исследования культур клеток, содержащихся в околоплодной жидкости:

1. предшествующий ребенок с синдромом Дауна;
2. мать старше 40 лет;
3. предыдущий ребенок имеет дефект, связанный с половой хромосомой;
4. предыдущий ребенок страдает болезнью Тея – Сакса



**Инструментальные исследования.** У большинства детей с умственной отсталостью выявляются различные структурные изменения головного мозга, иногда – и костей черепа. Проведение инструментальных исследований дает возможность уточнения этих изменений, в некоторых случаях используется и при проведении дифференциальной диагностики умственной отсталости.

Рентгенография черепа позволяет выявить костную гипертрофию или уточнить диагноз гидроцефалии, при которой имеются утончение костей, расхождение швов. В качестве более тонких методов исследования черепа и головного мозга больного могут использоваться эхоэнцефалография, реоэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография. Хотя бы однократно умственно отсталому пациенту необходимо проведение электроэнцефалографического исследования. Приводим перечень рекомендованных лабораторных и инструментальных методов обследования больного с умственной отсталостью:

общие анализы крови и мочи (кратность – по показаниям)

ЭЭГ (при наличии судорожных или иных приступов – частота обследования по показаниям; в остальных случаях – 1 раз в 2-3 года)

компьютерная томография или МРТ головного мозга (по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни)

- ЭхоЭГ (по показаниям, особенно при невозможности проведения МРТ или КТ)
- рентгенограмма черепа (по показаниям, особенно при невозможности проведения МРТ, КТ или ЭхоЭГ)
- исключение наследственного дефекта обмена (ФКУ) - обязательно
- цитогенетическое исследование – по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни
- аудиограмма – по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни при возможности ее проведения
- Реоэнцефалография

### **Лечение умственной отсталости**

- **Цели лечения.** Основными целями терапии умственной



отсталости являются:

- воздействие на этиологические факторы заболевания, когда это возможно;
- воздействие на патогенетические механизмы развития заболевания;
- активация существующих у больного компенсаторных механизмов;
- устранение сопутствующих психических и соматоневрологических нарушений.

### **Показания к госпитализации.**

Показаниями к госпитализации в психиатрический стационар или дневной стационар умственно отсталого пациента являются, прежде всего, грубые расстройства поведения, а также различные сопутствующие нарушения – психозы, выраженная невротоподобная или невротическая симптоматика, депрессии, учащение эпилептиформных приступов и др. В любом случае вопрос о госпитализации больного решается положительно лишь в том случае, когда нет возможности оказать необходимую помощь амбулаторно или в том учреждении, в котором находится пациент. В некоторых случаях госпитализация может быть осуществлена с целью проведения экспертизы. У детей с умственной отсталостью в этом случае обычно речь идет о проведении комплексного медико-психолого-педагогического обследования, когда именно стационарная экспертиза позволяет осуществить дифференциальную диагностику, например, между олигофренией и задержкой темпа психического развития или другим расстройством, требующем отграничения от умственной отсталости. Пребывание в стационаре не должно превышать в большинстве случаев 1-2 месяцев.

**Медикаментозное лечение<sup>1</sup>.** При возможности повлиять на этиологические факторы умственной отсталости проводят

этиологическое лечение заболевания. Например, при врождённом гипотиреозе раннее начало (в первые месяцы жизни) заместительной терапии тиреоидными гормонами способствует предотвращению психического недоразвития. Своевременно начатая диетотерапия вполне эффективна при многих синдромах, связанных с ферментным наследственным блоком. Так, у больных фенилкетонурией удаётся предотвратить развитие умственной отсталости в случае применения диеты, бедной фенилаланином (ограничение натурального белка с заменой его на гидролизат казеина), у детей с гомоцистинурией необходимо исключение продуктов, содержащих метионин, при галактоземии и фруктозурии из пищи необходимо исключить соответствующие углеводы. Несомненно, этиологическое лечение умственной отсталости эффективно лишь в случае, когда ещё не произошло необратимого поражения головного мозга больного в результате воздействия того или иного этиологического фактора.

В большинстве случаев умственной отсталости проводят патогенетическое лечение. Одно из ведущих мест в терапии занимает использование ноотропных средств. Применение ноотропов у многих больных умственной отсталостью позволяет добиться улучшения памяти, внимания, ускорить процесс восприятия нового материала. Ноотропные средства рекомендуют использовать в средних или высоких возрастных дозировках с учётом индивидуальной переносимости. Применяют такие препараты, как пирацетам, гопантеновая кислота, аминокислота фенилмасляная кислота, пиритинол, никотиноил гамма-аминомасляная кислота, деанола ацеглумат (особенно при явлениях астении) и др. По клиническому эффекту к ноотропам близок холина альфосцерат, инстенон и мемантин эти препараты применяют в последние годы и при терапии умственной отсталости

Симптоматическое лечение больных с умственной отсталостью проводят в случае, когда сопутствующие психопатологические



синдромы препятствуют оптимальной адаптации пациента, утяжеляют его состояние (например, эпилептиформные приступы, психозы, выраженные нарушения поведения, аффективные расстройства). С этой целью, прежде всего, используют антидепрессанты, в том числе амитриптилин, флувоксамин, кломипрами и некоторые другие; малые транквилизаторы: феназепам, диазепам, тофизолам, гидроксизин и др.; антипсихотики, в том числе: рisperидон, галоперидол, хлорпромазин; противо- эпилептические средства: вальпроаты, карбамазепины, окскарбамазепин, топирамат, леветирацетам, ламотриджин и некоторые другие.

**Прогноз.** Прогноз относительно благоприятен в случае легкой умственной отсталости без сопутствующих психопатологических или выраженных соматоневрологических расстройств. Эти дети оканчивают специализированную школу, могут успешно осваивать неквалифицированные или полуквалифицированные виды профессий, вполне способны к дальнейшему самостоятельному проживанию, созданию семьи. Пациенты с умеренной умственной отсталостью могут быть приспособлены к помощи родным и близким при ведении домашнего хозяйства, простых видов труда в условиях дома или специальных мастерских, однако требуют постоянного контроля над их деятельностью, самостоятельно проживать не в состоянии. Неблагоприятен прогноз в случае тяжелой и глубокой умственной отсталости, так как эти пациенты нуждаются в ежедневной всесторонней опеке и постоянном уходе.

#### Заключение

В заключение можно сказать, что умственная отсталость является серьезным нарушением развития, которое влияет на способности человека в освоении новых знаний, мышлении и адаптации в обществе. Причины умственной отсталости могут быть разнообразными, включая генетические или биологические факторы, а также травмы или



инфекции мозга. Важно помнить, что умственная отсталость не определяет личную ценность или потенциал человека. Люди с этим состоянием имеют свои уникальные способности и сильные стороны, которые следует развивать и признавать. С помощью подходящей поддержки и реабилитации, люди с умственной отсталостью могут достичь определенного уровня самостоятельной жизни и социальной интеграции. Образовательные и реабилитационные программы играют важную роль в помощи этим людям развиваться и адаптироваться.

Однако, для полноценной интеграции людей с умственной отсталостью в общество, необходимо создать дружелюбную и инклюзивную среду, где они могут чувствовать себя принятыми и уважаемыми. Важно продвигать осведомленность и понимание о том, что умственная отсталость - это не преступление или недостаток, а несовершенство, с которым многие люди успешно справляются и преуспевают.

Более того, стоит подчеркнуть важность оказания поддержки и сочувствия семьям, которые имеют членов с умственной отсталостью. У них необходима поддержка и ресурсы, чтобы эффективно заботиться о своих близких и помогать им достичь наибольшего потенциала.

В итоге, умственная отсталость - это сложное состояние, которое требует широкого применения мер поддержки и понимания со стороны общества. Справедливое, осведомленное и инклюзивное общество приводит к тому, что люди с умственной отсталостью смогут жить полноценную, счастливую и достойную жизнь.

### **Список использованной литературы**

Вроно М.Ш. Задержки психического развития // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского.- В 2-х т. Т. 2.- М.: Медицина, 2020.- С. 442-508.

Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство.- СПб.: Речь, 2023.- 391 с.

В.В., Маринчева Г.С. Олигофрении // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова.- В 2-х т. Т. 2.- М.: Медицина, 2018.- С. 349-400.

Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста.- СПб.: Наука и Техника, 2019.- С. 217-289.

Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии.- СПб.: Речь, 2007.- С. 126-146.

Маринчева Г.С., Вроно М.Ш. Умственная отсталость // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова.- В 2-х т. Т. 2.- М.: Медицина, 2018.- С. 612-680