

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023
УДК 614.2

Голенков А. В.¹, Шмелева С. В.², Бонкало Т. И.³

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ОБ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ, ЕЁ ПРИЧИНАХ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СПЕЦИАЛИСТОВ

¹ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», 428015, Чебоксары, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления имени К. Г. Разумовского (Первый казачий университет)»,
109004, Москва, Россия;

³ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города
Москвы», 115088, Москва, Россия

Цель исследования — изучить представление взрослого населения об умственной отсталости (УО), ее причинах и эффективности вмешательств специалистов. **Материал и методы.** Опрошено 1119 человек (мужчин — 441, женщин — 678) в возрасте от 18 года до 85 лет (средний возраст — $34,3 \pm 14,5$ года). Городских жителей — 851 человек (76,1%), селян — 268 (23,9%). Каждому респонденту предлагалась одна винетка с описанием больного ребенка 8—10 лет с УО: типичный вариант, дислалический, брадипсихический и дисфорический. Математико-статистическая обработка включала описательную статистику и расчет χ^2 -распределения. **Результаты.** Правильно распознали УО в картинках 49,1% респондентов. Из неправильных ответов преобладали разнообразные психологические характеристики (25,3%) ребёнка; негативные характерологические особенности с пессимистическими оценками (23,2%); болезнь, включая психические расстройства (18,6%); дефекты воспитания и обучения (15,6%). Респонденты чаще всего (38,5%) предлагали помощь психологов, особенно больным с брадипсихическим вариантом УО, логопеды — с дислалическим, учителей — с типичным, психиатров — с дисфорическим. На улучшение в состоянии ребёнка после вмешательств специалистов рассчитывали 85,3%. Вероятными причинами УО были неправильное воспитание и дисгармоничные семейные отношения, чаще — при типичном варианте, наследственная отягощённость и болезни в раннем детстве — при дислалическом, употребляли алкоголь, бедность — при дисфорическом, все вышеперечисленное — при брадипсихическом. **Заключение.** Выявлен не очень высокий уровень осведомлённости населения об УО, отражающий её запоздалую диагностику у детей, особенности «каналов» обращения за помощью к специалистам с чрезмерно высокими ожиданиями улучшения в состоянии.

Ключевые слова: интеллектуальное (психическое) недоразвитие (умственная отсталость); винетки с детьми; осведомленность; население

Для цитирования: Голенков А. В., Шмелева С. В., Бонкало Т. И. Представление населения об умственной отсталости, её причинах и эффективности вмешательств специалистов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 2):1225—1230. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1225-1230>

Для корреспонденции: Бонкало Татьяна Ивановна; e-mail: bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

Golenkov A. V.¹, Shmeleva S. V.², Bonkalo T. I.³

PUBLIC AWARENESS ABOUT INTELLECTUAL DISABILITY, ITS CAUSES AND EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS BY SPECIALISTS

¹I. N. Ulyanov Chuvash State University, 428015, Cheboksary, Russia;

²K. G. Razumovsky Moscow State University of technology and management, 109004, Moscow, Russia;

³Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department,
115088, Moscow, Russia

The **purpose** of the study is to analyze perception of the adult population about intellectual disability (ID), its causes and effectiveness of specialist interventions. **Material and methods.** 1119 people were interviewed (men — 441, women — 678) aged 18 to 85 years (mean age — 34.3 ± 14.5 years). Urban residents — 851 people (76.1%), rural dwellers — 268 (23.9%). Each respondent was offered one vignette describing a sick child aged 8—10 with ID: typical, dyslalic, bradypsychic and dysphoric. Mathematical and statistical processing included descriptive statistics and calculation of the χ^2 distribution. **Results.** 49.1% of the respondents have correctly recognized ID in vignettes. Out of the incorrect answers, various psychological characteristics prevailed (25.3%) of the child; negative character traits with pessimistic assessments (23.2%); illness, including mental disorders (18.6%); defects in education and upbringing (15.6%). The respondents most often (38.5%) suggested assistance by psychologists, especially to patients with a bradypsychic variant of ID, a speech therapist — with a dyslalic one, teachers — with a typical one, psychiatrists — with a dysphoric one. 85.3% of the respondents expected improvement in the child's condition after the specialist intervention. The probable causes of ID included improper upbringing and disharmonious family relations, more often in case of a typical variant, hereditary burden and early childhood diseases — in dyslalic, alcohol consumption, poverty — in dysphoric, all of the above — in case of a bradypsychic variant. **Conclusion.** The study has identified an insufficient level of public awareness of ID, reflecting its delayed diagnosis in children, peculiarities of the “channels” for seeking assistance with excessively high expectations of the condition improvements.

Keywords: intellectual disability; mental retardation; child case vignettes; awareness; population

For citation: Golenkov A. V., Shmeleva S. V., Bonkalo T. I. Public awareness about intellectual disability, its causes and effectiveness of interventions by specialists. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 2):1225–1230 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1225-1230>

For correspondence: Tatyana I. Bonkalo; e-mail: Bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Умственная отсталость (УО) или интеллектуальное недоразвитие довольно распространенное психическое расстройство, которым, по данным ВОЗ, страдает 1—3% населения мира [1]. Подавляющее часть таких больных выявляется в раннем детстве, либо в начальной школе в связи с непреодолимыми трудностями по освоению учебного материала [2, 3].

Существует множество инструментов (опросников, шкал, анкет) для оценки психиатрической грамотности населения, включающих несколько важных областей для изучения: осведомленность о психических расстройствах и их распознавание в разных группах населения и среди медицинских работников (студентов-медиков); отношение окружающих людей к больным и их самовосприятие (так называемые вопросы стигмы и самостигматизации); представление о причинах психических расстройств; вопросы обращения к специалистам за помощью; оценка вмешательств (эффективность лечения) [4]. Работа над этим психометрическим комплексом продолжается с учетом адаптации к той или иной этнической, социально-демографической и клинической (нозологической) группе [5—7].

Исследований по изучению осведомленности населения об УО относительно мало [8], большинство было посвящено вопросам стигмы (дискриминации) таких больных с вопросами интеграции их в общество [9—12]. Что касается психиатрической грамотности, то проводились опросы населения по распознаванию больных с УО между различными этническими группами внутри одной страны [13], сравнение УО с другими психическими расстройствами (шизофренией) [14], УО с больными (инвалидами), имеющими физические дефекты [9, 15], населением разных стран мира [11, 12, 16].

В Российской Федерации репрезентативные исследования по осведомленности населения об УО нам не встретились. Между тем УО является одной из основных, наряду с психозами (шизофренией), психическими расстройствами непсихотического характера статистической (диагностической) группой психических расстройств, учитывающая в показателях психического здоровья населения страны [17].

Цель исследования — изучить представление населения об УО, ее причинах и эффективности вмешательств специалистов среди жителей Чувашской Республики (субъекта России с числом жителей 1173231).

Материалы и методы

Опрошено 1119 жителей российских регионов (мужчин — 441, женщин — 678) в возрасте от 18 года до 85 лет (средний возраст — $34,3 \pm 14,5$ года). Городских жителей было 851 человек (76,1%), селян — 268 (23,9%).

Каждому респонденту предлагалась одна виньетка с описанием больного ребенка 8—10 лет с УО: типичный (уравновешенный) вариант (ТВ), дислали-

ческий или с речевыми нарушениями (РВ), брадипсихический (БВ) и дисфорический (ДВ) (приложение). Клинические «портреты» УО были составлены на основе [2]. В итоге (примеры 1—4 в приложении) с ТВ удалось собрать 219 анкет, РВ — 390, БВ — 197, ДВ — 313.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения — M , стандартного отклонения — SD) и χ^2 -распределения. Когда один или несколько показателей были меньше 5, использовали поправку Йейтса.

Результаты исследования

Правильно распознали УО в картинках 549 чел. (49,1%), достоверно чаще с РВ (67,4% vs 39,2%; $\chi^2=80,872$; $df=3$; $p<0,001$), но реже с ДВ (25,9% vs 58,1%; $\chi^2=93,453$; $df=3$; $p<0,001$). Из неправильных ответов преобладали разнообразные психологические характеристики (25,3%) ребенка: инфантильный, флегматичный, рассеянный (невнимательный), заторможенный, неадекватный, неуравновешенный, неусидчивый, одинокий (замкнутый), с явлениями стресса (психологической травмой) и др.; негативные характерологические особенности с пессимистическими оценками (23,2%): болезнь, включая психические расстройства (шизофрения, психоз, болезнь Дауна) (18,6%); дефекты воспитания и обучения (15,6%). На генетику, экологию, «жаргонные» выражения и др. в сумме пришлось 11,0%, без ответа (не знали, как назвать состояние) было 6,3%.

Ребенок из картинки с ТВ чаще всего характеризовался респондентами как безразличный к учебе, невнимательный и несобранный, которому в первую очередь нужно помощь педагогов, воспитателей и репетиторов в связи с плохой успеваемостью и педагогической запущенностью (5,9%; $\chi^2=43,692$; $df=3$; $p<0,001$). Физически («тяжело, критически») больным опрошенные считали случай РВ: с патологией развития головного мозга, перенесшим психологические травмы, неполноценным, наивным, глупым («дурочкой»). Часто респонденты почему-то называли такое состояние «синдромом Дауна или просто Даун» (2,6%; $\chi^2=11,344$; $df=3$; $p=0,010$). Психически больным, реже умственно отсталым, называли респонденты ребенка с ДВ, подчеркивая его неуравновешенным, неуправляемым, асоциальным, несносным, беспокойным, гиперактивным ($\chi^2=94,663$; $df=3$; $p<0,001$). Эти характеристики чаще провоцировали ответы: «какое-то психическое расстройство, психоз, шизофрения» ($\chi^2=39,400$; $df=3$; $p<0,001$), либо «невроз, неврастения, депрессия» ($\chi^2=12,403$; $df=3$; $p=0,006$). Иногда эта картинка ставила респондентов в тупик, что приводило к отказу от ответа ($\chi^2=83,186$; $df=3$; $p<0,001$).

БВ, естественно ассоциировался с соматической (телесной) болезнью ($\chi^2=51,993$; $df=3$; $p<0,001$), реже — «нерадивостью, ленью» ($\chi^2=16,177$; $df=3$; $p=0,001$), либо заторможенностью, медлительностью, психическим и двигательным недоразвитием

Таблица 1

Нуждаемость в помощи специалистов в группах респондентов, %

Показатель	Всего	УО				χ^2 , df=3*	p
		ТВ	РВ	БВ	ДВ		
Рекомендуемые консультации специалистов (коррекция, лечение)							
Психолог	38,5	43,4	31,8	49,2	37,4	19,313	<0,001
Психиатр	19,2	14,6	17,4	16,8	26,2	14,388	0,002
Логопед	8,9	9,6	16,2	6,1	1,3	49,597	<0,001
Учитель	7,8	14,6	10,5	3,6	2,2	36,641	<0,001
Никто не поможет	3,7	0,5	1,8	0,5	10,2	53,959	<0,001

Здесь и далее: * df (degrees of freedom) — число степеней свободы.

($\chi^2=46,013$; df=3; $p<0,001$). Какой-то ведущий причинный фактор, отличающейся от других виньеток, в данном случае выделить не удалось.

Различий между респондентами по полу, возрастным группам, кто встречал таких людей в жизни или нет, уровню образования выявлено не было. Лишь медики (лица с медицинским образованием) лучше распознали случай с ДВ (48,0% vs 31,5%; $\chi^2=6,931$; df=1; $p=0,008$).

Респонденты чаще всего предлагали помощь психологов, достоверно чаще больным с БВ, логопеда — с РВ, учителей (преподавателей) — с ТВ, психиатров — с ДВ. Все различия между группами УО высоко достоверны (таблица 1).

Как видно из таблицы 2, вероятными причинами УО, по мнению большинства опрошенных (54,7%) были неправильное («уродливое») воспитание и дисгармоничные семейные отношения, которые чаще определялись при ТВ. Наследственная отягощенность и болезни в раннем детстве играли роль при РВ, употребление психоактивных веществ (чаще алкоголь) и бедность — при ДВ. В развитии БВ подразумевался комплекс вышеперечисленных причин.

После оказания помощи специалистов, по мнению респондентов, в 85,3% случаев у ребенка должно наступить полное или частичное восстановление (выздоровление). Достоверно лучшие результаты предсказывались у девочки с БВ ($\chi^2=18,012$; df=4; $p<0,001$), а худшие ($\chi^2=27,758$; df=4; $p<0,001$) — у ДВ (в 6,0% «состояние у нее не изменится после вмешательства специалистов»; $\chi^2=16,867$; df=3; $p<0,001$).

Таблица 2

Вероятные причины УО в группах респондентов, %

Причина	Всего	УО				χ^2 , df=3	p
		ТВ	РВ	БВ	ДВ		
Неправильное воспитание	28,2	43,8	28,0	26,9	18,5	41,036	<0,001
Дисгармоничная семья	26,5	33,8	22,3	28,9	24,9	10,506	0,014
Употребление психоактивных веществ (алкоголя)	18,5	5,5	8,7	21,8	37,7	127,355	<0,001
Генетика	11,7	7,8	17,2	12,2	7,4	20,192	<0,001
Болезни родителей	3,5	2,7	4,6	4,1	2,2	3,488	НД
Болезни детей	2,4	0,4	4,6	1,5	1,6	13,141	0,004
Бедность	2,9	2,3	1,0	3,6	5,1	11,041	0,011

НД — недостоверно.

Обсуждение

Включенное в исследование число респондентов (1119) является репрезентативным и соответствует доверительной вероятности 99,0% и доверительному интервалу $\pm 4\%$.

Метод виньеток является экспериментальным методом, используемым в психологии, социологии и медицине (психиатрии), рекомендуется экспертами в области психического здоровья для изучения широкого круга вопросов [4, 6, 18]. В «картинке» (виньетке) описывается психопатология, а респонденты (участники эксперимента) озвучивают свои реакции, отвечая на вопросы. В нашем случае на семь вопросов: три закрытых («Да» или «Нет»; с вариантами ответов) и четыре открытых с развернутыми ответами, своими словами, в произвольной форме. Использовался этот метод и при исследовании УО [11, 13, 14, 16].

Как показал проведенный опрос, около половины (49,1%) респондентов распознали ребенка с УО в предъявленных картинках. Для сравнения, в аналогичных зарубежных исследованиях показатели идентификации легкой УО колебались от 8,0% до 58,0% [13, 14]. Самые низкие показатели отмечались у студентов из университета Кувейта [16], по сравнению учащимися из Великобритании, у респондентов смешанной расы (монголоидов и негроидов) по сравнению с европеоидами [13], кто не видел и не был знаком с такими больными [8, 12], у жителей немецкоязычных государств (Австрия, Германия) [11]; распознавание УО (28,0%) ничем не отличалось от распознавания шизофрении (25,7%) [14]. Ранее нами проведенное исследование узнавания шизофрении в виньетках показало 18,1% случаев правильной идентификации, без существенной разницы в распознавании острой и хронической форм этого заболевания; достоверно лучше это делали люди с медицинским и высшим образованием [19].

Распознавание клинических вариантов УО подобным нашему не проводилось, хотя некоторые симптомы (к примеру, дислалия) анализировались. Эти отдельные проявления часто отмечались респондентами и помогали идентифицировать УО [5, 8, 13]. Как показало наше исследование, «дисфорическая симптоматика» затрудняла распознавание УО (сильное непрекращающееся двигательное беспокойство, психопатоподобное, асоциальное поведение).

В целом стигматизирующих высказываний в отношении детей с УО среди респондентов наблюдалось значительно меньше, по сравнению с обобщенными оценками больных с психическими расстройствами [20]. В упомянутом социальном опросе большинство респондентов не считали их глупыми, лишь небольшое число отнесло УО к психическим расстройствами, но в 53,4% случаев определило психическую патологию неизлечимой. В настоящем исследовании только виньетка с ДВ достоверно чаще ассоциировалась с психическими расстройствами, а вмешательства специалистов в 20,1% оценивались

как безрезультатными; в данном случае (ДВ) консультации психиатра назывались достоверно чаще (26,2%) других винок с УО. Среди молодежных ярлыков психически больных людей различные проявления УО встречаются, но они составляют незначительную часть среди жаргонных выражений (просторечий) у подростков [21].

Уровни осведомленности об УО коррелировали с показателями стигмы (навешивание ярлыков, социальной дистанцией), интеграцией больных людей в обществе и были различными в анализируемых этнических группах Великобритании [14]. Различия влияют на представления о причинно-следственных связях развития УО и особенностях вмешательств [6, 7]. Это может отражаться на раннем выявлении УО и затруднять лечение (коррекцию), например, эндокринных причин — недоразвития вследствие врожденного гипотиреоза [22]. Препятствовать предупреждению рождению детей с УО в семьях с наследственной отягощенностью, влиять на другие управляемые факторы в развитии психических расстройств [23].

В исследованиях по психическому здоровью, прежде всего, оценивается психиатрическая грамотность и отношение к больным с психическими расстройствами. Они изучают динамические показатели с интервалом наблюдения не менее двух лет и с использованием репрезентативных выборок населения [18]. Как показывают результаты, грамотность в области психического здоровья улучшается, увеличивается число респондентов с приверженностью к биологической модели психических расстройств и признанием необходимости оказания профессиональной помощи специалистов. Отношение населения к психически больным людям в короткой перспективе обычно не меняется [24]. Однако обучение с помощью лекций и сценариев конкретных случаев, контактно-ориентированные вмешательства и ролевые методы являются стратегией по преодолению стигмы в отношении психических расстройств и могут улучшить все эти показатели (сокращение социальной дистанции, уменьшение стигмы в обществе, распространенности и/или выраженности самостигматизации) [6, 10, 25].

Заключение

Проведенное исследование показало не очень высокий уровень осведомленности взрослого населения об умственной отсталости, без существенной разницы в демографических (пол, возраст, уровень образования, место жительства, встречали=знают таких людей или нет) и профессиональных (медики) группах населения. Достоверно лучше распознавались респондентами случаи УО с речевыми нарушениями (дислалией), но существенно хуже — с аффективными разрядами и нарушениями поведения (агрессией). Очень большое место в ответах отводилось отрицательным чертам характера человека, патологическим состояниям психического здоровья, пессимистическим оценкам, дефектам воспитания и обучения. Указанные обстоятельства могут отра-

жать запоздалую диагностику УО у детей в широком возрастном диапазоне (от новорожденности до младшего школьного возраста) и предпочтительные «каналы» обращения за помощью к специалистам с повышенными требованиями к ее итоговому результату. Настоятельно нужны различные программы повышения психиатрической грамотности населения и преодоления стигмы в отношении больных с УО (другими психическими расстройствами) на местном, региональном и федеральном уровнях.

Приложение

Вignetты с описанием вариантов УО [по 2 с сокращениями]

1. Встречали ли Вы таких людей в жизни?
2. Если да, то сколько человек?
3. Как бы Вы назвали ее состояние?
4. Нужна ли ей помощь специалистов?
5. Если да, то каких именно?
6. Если специалисты окажут помощь ей, какой будет результат:
а) полное восстановление;
б) частичное восстановление; в) без изменений; г) ухудшение; д) не знаю.
7. Какие вероятные причины способствуют развитию таких состояний у детей?

1. Наташа, 8 лет. Отец ранее судим, мать здорова. Ходить начала с 1 года 3 месяцев, отдельные слова появились с 1 года, фразовая речь сформировалась с 4 годам. В возрасте 7 лет пошла в школу. По мере усложнения программы стала неусидчивой, беспокойной, перестала делать классные и домашние задания, не всегда отвечала на вопросы учителя. Девочка после первого класса не знает всего алфавита, читает только букварный текст и только по слогам, прочитанное не может пересказать. Пишет с большим количеством ошибок, заменяет и пропускает буквы, не заканчивает слова, пишет одно слово вместо другого. Счетные операции совершает в пределах первого десятка. Не знает названия месяца и дней недели. Плохо ориентируется во временных представлениях. Родители воспитанием девочки практически не занимаются.

2. Ира, 9 лет. Мать здорова, отец — инвалид, с семьей не живет. С 3 лет воспитывалась бабушкой, жила отдельно от матери. Отдельные слова появились после 1 года, ходьба с 1 года 3 мес. Посещала детский сад, где отмечали косноязычие речи; путает произношение букв в словах, пропускает гласные, путает «ш — щ», «л — р», «г — к». В 7 лет пошла в школу. Однако в процессе учебы сталкивалась с трудностями в овладении письмом, не научилась писать диктанты и изложения. Счетными операциями владеет в пределах 1-го десятка. Простейшие задачи в два действия решать не умеет. За весь период учебы не смогла выучить ни одного стихотворения, не знала сказок. Не знает порядка дней недели и месяцев. Чтение замедленное, по слогам. Прочитанный короткий рассказ не запоминает. Повторить предложение из 18—20 слов не может.

3. Маша, 10 лет. Отец лечился от алкоголизма, мать больна туберкулезом, ведет асоциальный образ жизни. В детстве часто болела, несколько раз лечилась в больницах, перенесла воспаление легких в тяжелой форме, была без сознания. Начала ходить и говорить с 1 года. Воспитывалась в яслях и детском саду. Росла спокойной, медлительной, безынициативной. С детьми общалась мало, не любила подвижные игры. В школу пошла с 7 лет, но не была подготовленной к обучению. Дублировала 1 класс, во 2-й класс переведена с недостаточными знаниями, учебный материал не усваивает. В классе работает медленно, не умеет отвечать на задаваемые ей вопросы. Во время беседы отвечает не сразу, после длительной Паузы, односложно, речь замедленная. Читает медленно, пересказывает прочитанное недостаточно полно, примитивно. Счетные операции совершает только в пределах первых двух десятков, очень долго. Не может перечислить по порядку дни недели и месяцы. Поговорки не осмысливает. Уловить сходство между кораблем и автомобилем и разницу между автобусом и троллейбусом не может.

4. Лена, 9 лет. Родилась в многодетной семье алкоголиков, 5-й по счету. До года перенесла пневмонию. Ходить начала в полтора года. Фразовая речь после 3 лет. Воспитывалась в детских учреждениях. Всегда была подвижной и беспокойной. В 7 лет поступила в массовую школу. В классе была суетливой, шумливой неорганизованной. После занятий приставала к детям, хватала за волосы, щипала. Временами была раздраженной, пела, кричала. Несмотря на плохое внимание, освоила чтение, хотя читает недостаточно быстро и воспроизводит прочитанное с ошибками. Содержание сюжетных картинок передает с трудом, не всегда может выделить главное. Может совершать арифметические действия в пределах двух десятков. Переведена во второй класс условно.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1008 с.
2. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков: руководство. СПб.: Речь, 2007. 389 с.
3. Russell P. S. S., Nagaraj S., Vengadavaradan A., Russell S., Mammen P. M., Shankar S. R., Viswanathan S. A., Earnest R., Chikkala S. M., Rebekah G. Prevalence of intellectual disability in India: A meta-analysis. *World J. Clin. Pediatr.* 2022 Mar 9;11(2):206—214. doi: 10.5409/wjcp.v11.i2.206.
4. McLean A., Goodridge D., Stempien J., Harder D., Osgood N. Health Literacy and Serious or Persistent Mental Illness: A Mixed Methods Study. *Health Lit Res Pract.* 2023; 7(1): e2-e1301.
5. Scior K., Furnham A. Development and validation of the Intellectual Disability Literacy Scale for assessment of knowledge, beliefs and attitudes to intellectual disability. *Res. Dev. Disabil.* 2011 Sep-Oct;32(5):1530—1541. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.044.
6. Wei Y., McGrath P. J., Hayden J., Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry.* 2015 Nov 17;15:291. doi: 10.1186/s12888-015-0681-9.
7. Seewooruttun L., Scior K. Interventions aimed at increasing knowledge and improving attitudes towards people with intellectual disabilities among lay people. *Res. Dev. Disabil.* 2014 Dec;35(12):3482—3495. doi: 10.1016/j.ridd.2014.07.028.
8. Scior K. Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: a systematic review. *Res. Dev. Disabil.* 2011 Nov-Dec;32(6):2164—2182. doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.005.
9. Wilson M. C., Scior K. Attitudes towards individuals with disabilities as measured by the implicit association test: a literature review. *Res. Dev. Disabil.* 2014 Feb;35(2):294—321. doi: 10.1016/j.ridd.2013.11.003.
10. Blundell R., Das R., Potts H., Scior K. The association between contact and intellectual disability literacy, causal attributions and stigma. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2016 Mar;60(3):218—227. doi: 10.1111/jir.12241.
11. Zeilinger E. L., Stiehl K. A. M., Bagnall H., Scior K. Intellectual disability literacy and its connection to stigma: A multinational comparison study in three European countries. *PLoS One.* 2020 Oct 15;15(10):e0239936. doi: 10.1371/journal.pone.0239936.
12. Hamad Alnahdi G. The interaction between knowledge and quality of contact to predict Saudi university students' attitudes toward people with intellectual disability. *Int. J. Dev. Disabil.* 2019 Jul 14;67(3):202—208. doi: 10.1080/20473869.2019.1638582.
13. Scior K., Addai-Davis J., Kenyon M., Sheridan J. C. Stigma, public awareness about intellectual disability and attitudes to inclusion among different ethnic groups. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2013 Nov;57(11):1014—1026. doi: 10.1111/j.1365—2788.2012.01597.x.
14. Scior K., Potts H. W., Furnham A. F. Awareness of schizophrenia and intellectual disability and stigma across ethnic groups in the UK. *Psychiatry Res.* 2013 Jul;208 (2):125—130. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.059.
15. Werner S. Public stigma and the perception of rights: differences between intellectual and physical disabilities. *Res. Dev. Disabil.* 2015 Mar;38:262—271. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.030.
16. Scior K., Hamid A., Mahfoudhi A., Abdalla F. The relationship between awareness of intellectual disability, causal and intervention beliefs and social distance in Kuwait and the UK. *Res. Dev. Disabil.* 2013 Nov;34(11):3896—3905. doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.030.
17. Макушкина О. А., Казаковцев Б. А., Яздовская А. В., Сидорук О. В. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2011—2021 гг.: Информационно-аналитический справочник. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2023. 231 с.
18. Fusar-Poli P., Salazar de Pablo G., De Micheli A., Nieman D. H., Correll C. U., Kessing L. V., Pfennig A., Bechdolf A., Borgwardt S., Arango C., van Amelsvoort T. What is good mental health? A scoping review. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2020 Feb;31:33—46. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.12.105.
19. Голенков А. В. Уровень распознавания населением описанных в картинках случаев шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2013; 23, № 3: 68—71.
20. Голенков А. В. Общественные предубеждения к психиатрии в Чувашии. *Психическое здоровье.* 2010; 8, № 4 (47): 42—46.
21. Rose D., Thornicroft G., Pinfold V., Kassam A. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Public Health.* 2007; 7:97. doi:10.1186/1472-6963-7-97.
22. Pramono L. A., Yuwono A. Late Diagnosis of Congenital Hypothyroidism in Young Adult. *Acta Med. Indones.* 2019 Jul;51(3):272—274.
23. Голенков А. В. Современные возможности первичной профилактики психических расстройств. *Социальная и клиническая психиатрия.* 1998; 8, № 3: 109—114.
24. Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan P. W., Graebe H. J., Carta M. G., Angermeyer M. C. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr. Scand.* 2012 Jun;125(6):440—452. doi: 10.1111/j.1600—0447.2012.01826.x.
25. Waqas A., Malik S., Fida A., Abbas N., Mian N., Miryala S., Amray A. N., Shah Z., Naveed S. Interventions to Reduce Stigma Related to Mental Illnesses in Educational Institutes: a Systematic Review. *Psychiatr. Q.* 2020 Sep;91(3):887—903. doi: 10.1007/s11126-020-09751-4.

Поступила 30.06.2023
Принята в печать 05.09.2023

REFERENCES

1. Psihiatrija: nacional'noe rukovodstvo / gl. red.: Ju. A. Aleksandrovskij, N. G. Neznanov. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: GJeOTAR-Media, 2022. 1008 s. [Psychiatry: national guidelines / ch. editor: Yu. A. Aleksandrovsky, N. G. Neznanov. 2nd ed., revised. and additional M.: GEOTAR-Media, 2022. 1008 p.] (in Russian)
2. Isaev D. N. Umstvennaja otstalost' u detej i podrostkov: rukovodstvo. Saint Petersburg: Rech', 2007. 389 s. [Isaev D. N. Mental retardation in children and adolescents: a guide. St. Petersburg: Rech, 2007. 389 p.] (in Russian)
3. Russell P. S. S., Nagaraj S., Vengadavaradan A., Russell S., Mammen P. M., Shankar S. R., Viswanathan S. A., Earnest R., Chikkala S. M., Rebekah G. Prevalence of intellectual disability in India: A meta-analysis. *World J. Clin. Pediatr.* 2022 Mar 9;11(2):206—214. doi: 10.5409/wjcp.v11.i2.206.
4. McLean A., Goodridge D., Stempien J., Harder D., Osgood N. Health Literacy and Serious or Persistent Mental Illness: A Mixed Methods Study. *Health Lit Res Pract.* 2023; 7(1): e2-e1301.
5. Scior K., Furnham A. Development and validation of the Intellectual Disability Literacy Scale for assessment of knowledge, beliefs and attitudes to intellectual disability. *Res. Dev. Disabil.* 2011 Sep-Oct;32(5):1530—1541. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.044.
6. Wei Y., McGrath P. J., Hayden J., Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry.* 2015 Nov 17;15:291. doi: 10.1186/s12888-015-0681-9.
7. Seewooruttun L., Scior K. Interventions aimed at increasing knowledge and improving attitudes towards people with intellectual disabilities among lay people. *Res. Dev. Disabil.* 2014 Dec;35(12):3482—3495. doi: 10.1016/j.ridd.2014.07.028.
8. Scior K. Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: a systematic review. *Res. Dev. Disabil.* 2011 Nov-Dec;32(6):2164—2182. doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.005.
9. Wilson M. C., Scior K. Attitudes towards individuals with disabilities as measured by the implicit association test: a literature review. *Res. Dev. Disabil.* 2014 Feb;35(2):294—321. doi: 10.1016/j.ridd.2013.11.003.
10. Blundell R., Das R., Potts H., Scior K. The association between contact and intellectual disability literacy, causal attributions and stigma. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2016 Mar;60(3):218—227. doi: 10.1111/jir.12241.
11. Zeilinger E. L., Stiehl K. A. M., Bagnall H., Scior K. Intellectual disability literacy and its connection to stigma: A multinational comparison study in three European countries. *PLoS One.* 2020 Oct 15;15(10):e0239936. doi: 10.1371/journal.pone.0239936.
12. Hamad Alnahdi G. The interaction between knowledge and quality of contact to predict Saudi university students' attitudes toward people with intellectual disability. *Int. J. Dev. Disabil.* 2019 Jul 14;67(3):202—208. doi: 10.1080/20473869.2019.1638582.
13. Scior K., Addai-Davis J., Kenyon M., Sheridan J. C. Stigma, public awareness about intellectual disability and attitudes to inclusion among different ethnic groups. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2013 Nov;57(11):1014—1026. doi: 10.1111/j.1365—2788.2012.01597.x.
14. Scior K., Potts H. W., Furnham A. F. Awareness of schizophrenia and intellectual disability and stigma across ethnic groups in the

- UK. Psychiatry Res. 2013 Jul 30;208(2):125—130. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.059.
15. Werner S. Public stigma and the perception of rights: differences between intellectual and physical disabilities. Res. Dev. Disabil. 2015 Mar;38:262—271. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.030.
 16. Scior K., Hamid A., Mahfoudhi A., Abdalla F. The relationship between awareness of intellectual disability, causal and intervention beliefs and social distance in Kuwait and the UK. Res. Dev. Disabil. 2013 Nov;34(11):3896—3905. doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.030.
 17. Makushkina O. A., Kazakovcev B. A., Jazdovskaja A. V., Sidoryuk O. V. Psihiatricheskaja pomoshh' naseleniju Rossijskoj Federacii v 2011—2021 gg.: Informacionno-analiticheskij spravocnik. Moscow: FGBU "NMIC PN im. V. P. Serbskogo" Minzdrava Rossii, 2023. 231 s. [Makushkina O. A., Kazakovtsev B. A., Jazdovskaja A. V., Sidoryuk O. V. Psychiatric care for the population of the Russian Federation in 2011—2021: Information and analytical guide. M.: FGBU "NMIC PN im. V. P. Serbian" of the Ministry of Health of Russia, 2023. 231 p.] (in Russian)
 18. Fusar-Poli P., Salazar de Pablo G., De Micheli A., Nieman D. H., Correll C. U., Kessing L. V., Pfennig A., Bechdolf A., Borgwardt S., Arango C., van Amelsvoort T. What is good mental health? A scoping review. Eur. Neuropsychopharmacol. 2020 Feb;31:33—46. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.12.105.
 19. Golenkov A. V. Uroven' raspoznavanija naseleniem opisannyh v kartinkah sluchaev shizofrenii. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2013; 23, № 3: 68—71. [Golenkov A. V. The level of recognition by the population of the cases of schizophrenia described in the pictures. Social and clinical psychiatry. 2013; 23, no. 3: 68—71] (in Russian)
 20. Golenkov A. V. Obshhestvennye predubezhdenija k psihiatrii v Chuvashii. Psihicheskoe zdorov'e. 2010; 8, № 4 (47): 42—46. [Golenkov A. V. Public prejudices towards psychiatry in Chuvashia. mental health. 2010; 8, no. 4 (47): 42—46] (in Russian)
 21. Rose D., Thornicroft G., Pinfold V., Kassam A. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. BMC Public Health. 2007; 7:97. doi:10.1186/1472-6963-7-97.
 22. Pramono L. A., Yuwono A. Late Diagnosis of Congenital Hypothyroidism in Young Adult. Acta Med. Indones. 2019 Jul;51(3):272—274.
 23. Golenkov A. V. Sovremennye vozmozhnosti pervichnoj profilaktiki psihicheskikh rasstrojstv. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 1998; 8, № 3: 109—114. [Golenkov A. V. Modern possibilities of primary prevention of mental disorders. Social and clinical psychiatry. 1998; 8, no. 3: 109—114] (in Russian)
 24. Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan P. W., Graebe H. J., Carta M. G., Angermeyer M. C. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr. Scand. 2012 Jun;125(6):440—452. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x.
 25. Waqas A., Malik S., Fida A., Abbas N., Mian N., Miryala S., Amray A. N., Shah Z., Naveed S. Interventions to Reduce Stigma Related to Mental Illnesses in Educational Institutes: a Systematic Review. Psychiatr. Q. 2020 Sep;91(3):887—903. doi: 10.1007/s11126-020-09751-4.