Методична розробка з

практичного заняття з спеціальної психології та дефектології

для студентів 5 курсу медичного факультету №2 (спеціальність – медична психологія).

**ТЕМА 4. Затримка психічного розвитку. Розумова відсталість.**

 **І.Актуальність теми:**

Про затримку психічного розвитку дітей, як про особливе порушення загального розвитку, в нашій  кpaїні стало відомо порівняно недавно, на початку восьмидесятих років минулого століття, відтоді почали запроваджувати спеціальне навчання для такої категорії школярів.

На це порушення здебільшого звертають увагу лише тоді, коли дитина починає відвідувати школу, i раптом стає очевидним, що вона не може успішно засвоювати шкільну програму. Звичайно, це не означає, що у дошкільному віці відставання дитини від вікової норми розвитку не може бути виявленим. Через те, що до пізнавальної діяльності i регуляції поведінки дошкільника вимоги ліберальніші, певним порушенням під час щоденного спілкування не надається надежного значения. Усе це i зумовлює те, що виявлення i корекція затримки психічного розвитку дітей в кращому разі починається в школі. Тим часом успішність дитини великою мірою залежить від раннього виявлення цієївади. Можна з певністю сказати, що якби діти із затримкою психічного розвитку могли отримати необхідну корекційну допомогу в дошкільному віці, то велика частина з них змогла б подолати цей недолік ще до вступу до школи i потім успішно навчатися.

Проблема розумової відсталості в спеціальній психології розглядається з медичної точки зору, яка визначає розумову відсталість як поняття, яке характеризує стан і особливості розвитку різнорідних в клінічному відношенні груп дітей. Загальним для них є наявність незворотнього вираженого недорозвитку пізнавальної діяльності, яке виникає на основі раннього органічного ураження центральної нервової системи. Поряд з інтелектуальним недорозвитком у розумово відсталих дітей нерідко відмічаються відхилення в емоційно-вольовій сфері і поведінці, дефекти в фізичному розвитку.

**ІІ. Навчальні цілі заняття.**

**Мати уявлення (α – І**): про систему сучасного навчання і проблеми шкільної неуспішності, про відмінність затримки психічного розвитку від розумової відсталості.

**Ознайомитись (α – І):** з клініко-психологічною класифікацією затримки психічного розвитку, з клініко-психологічною класифікацією олігофреній.

**Знати (α – ІІ):** особливості діяльності і пізнавальних функцій особистості з затримкою психічного розвитку і дитини з розумовою відсталістю. Особливості затримки психічного розвитку по типу гармонійного інфантилізму, затримки психічного розвитку соматогенного походження і психогенного походження, затримки психічного розвитку церебрально-органічного генезу. Ступені вираженості слабоумства: ідіотія, імбецільність, дебільність. Причини виникнення деменції.

**Оволодіти (α – ІІІ):** навичками діагностики ступеню розумової відсталості. Методикою визначення коефіцієнта інтелекту Векслера.

**Вміти (α – ІІІ)** аналізувати і диференціювати різні види затримки психічного розвитку, різні види розумової відсталості

**ІІІ. Цілі розвитку особистості:** розуміти проблему соціалізації розумово відсталої дитини. Плюси і мінуси допоміжної школи. Розуміти проблему сирітства, яка породжує формування "синдрому дитячого госпіталізму".

**ІV. Міждисциплінарна інтеграція.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дисципліни | Знати |  Вміти |
| 1*. Попередні (забезпечуючі) дисципліни*: Загальна психологія Соціальна психологія Медична психологія  | Основні психічні процеси, розвиток психіки в онтогенезі |  |
| 2.*Наступні дисципліни, ті, що забезпечуються* Психотерапія Психотренінг | Особливості діяльності і пізнавальних функцій особистості з затримкою психічного розвитку і розумовою відсталістю. | Визначати рівень коефіціенту інтелекта за методикою Векслера. |
| 3. *Внутрішньопредметна інтеграція (між темами одної дисципліни)*Діти з порушенням мови і синдромом РДА.Діти з порушенням опорно-рухового апарату. Діти з порушенням зору і слуху.Дисгармонійний розвиток особистості дитини. |  | Диференціювати різні види затримки психічного розвитку, різні види розумової відсталості |

**V. Зміст теми заняття.**

**Затримка психічного розвитку** - це поняття, яке говорить не про стійкий і, по суті, незворотній психічний недорозвиток, а про уповільнення його темпу, яке частіше виявляється під час вступу до школи і виражається в недостатності загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, малій інтелектуальній цілеспрямованості, переважанні ігрових інтересів, швидкою перенасичення в інтелектуальній діяльності. На відміну від дітей, страждаючих олігофренією, ці діти достатньо кмітливі в межах наявних знань, значно продуктивніші у використанні допомоги. При цьому в одних випадках на перший план виступатиме затримка розвитку емоційної сфери (різні види інфантилізму), а порушення в інтелектуальній сфері будуть виражені не різко. У інших випадках, навпаки, переважатиме уповільнення розвитку інтелектуальної сфери.
Незрілість емоційної сфери і недорозвинення пізнавальної діяльності матимуть і свої якісні особливості, обумовлені типом даної аномалії розвитку.
У етіології затримки психічного розвитку грають роль конституціональні чинники, хронічні соматичні захворювання, тривалі несприятливі умови виховання, і головним чином, органічна недостатність нервової системи.
При систематизації затримки психічного розвитку **Т. А. Власова і М. С. Певзнер** **розрізняють дві її основні форми**:

1) затримку психічного розвитку, обумовлену психічним і психофізичним інфантилізмом (неускладненим і ускладненим недорозвиненням пізнавальної діяльності і мови, де основне місце займає недорозвинення емоційно-вольової сфери), і

2) затримку психічного розвитку, обумовлену тривалими астенічними і церебрастенічними станами.
 **С. Лебединська**, виходячи з етіологічного принципу**, розрізняє чотири основні варіанти затримки психічного розвитку:**

1) затримка психічного розвитку конституційного (гармонійного)психічного і психофізичного інфантилізму;
2) затримка психічного розвитку соматогенного походження;
3) затримка психічного розвитку психогенного походження;
4) затримка психічного розвитку церебрально-органічного генезу.

У клініко-психологічній структурі кожного з перерахованих варіантів затримки психічного розвитку є специфічне поєднання незрілості емоційної і інтелектуальної сфери.

***При затримці психічного розвитку конституційного походження*** (гармонійний психічний і психофізичний інфантилізм, за визначенням Лорена і Ласега) інфантильності психіки часто відповідає інфантильний тип статури з дитячою пластичністю міміки і моторики. Емоційна сфера цих дітей як би знаходиться на ранішньому ступені розвитку, відповідаючи психічному складу дитини більш молодшого віку: з яскравістю і жвавістю емоцій, переважанням емоційних реакцій в поведінці ігрових інтересів, навіюваності і недостатньої самостійності. Ці діти невтомні в грі, в якій проявляють багато творчості і вигадка і в той же час швидко втомлюються від інтелектуальної діяльності. Тому, в першому класі школи у них іноді виникають труднощі, пов'язані як з малою спрямованістю на тривалу інтелектуальну діяльність (на заняттях вони мають бажання грати), так і невмінням підкорятися правилам дисципліни (Т. А. Власова, М. С. Певзнер). Ця "гармонійність" психічної зовнішності іноді порушується в шкільному і дорослому віці, оскільки незрілість емоційної сфери утрудняє соціальну адаптацію. Несприятливі умови життя можуть сприяти патологічному формуванню особи за нестійким типом (Р. Е. Сухарева, Р. Штутте, В. У. Ковальов).

 ***Затримка психічного розвитку соматогенного походження*** обумовлена тривалими, нерідко хронічними захворюваннями, пороками розвитку серця і т.і. Хронічна фізична і психічна астенія гальмують розвиток активних форм діяльності, сприяють формуванню таких рис особи, як боязкість, боязлива, невпевненість в їх силах. Ці ж властивості в значній стіні обумовлюються створенням для хворого або фізично ослабленої дитини режиму обмежень і заборон. Таким чином, до явищ, обумовлених хворобою, додається штучна інфантилізація, викликана умовами гіперопіки.

***Затримка психічного розвитку психогенного походження*** пов'язана з несприятливими умовами виховання. Соціальний генез цієї аномалії розвитку не виключає її патологічного характеру. Як відомо, при ранньому виникненні і тривалій дії психотравмуючого чинника можуть виникнути стійкі зрушення нервово-психічної сфери дитини, що обумовлюють патологічний розвиток її особистості.
Так, в умовах бездоглядності може формуватися патологічний розвиток особистості із затримкою психічного розвитку за типом психічної нестійкості: невмінням гальмувати свої емоції і бажання, імпульсивністю, відсутністю відчуття довга і відповідальності.
В умовах гіперопіки психогенна затримка емоційного розвитку виявляється у формуванні егоцентричних установок, нездатності до вольового зусилля, праці.
У психотравмуючих умовах виховання, де переважають жорстокість або груба авторитарність нерідко формується невротичний розвиток особистості, при якому затримка психічного розвитку виявляється у відсутності ініціативи і самостійності, боязкості, боязливої.

***Затримка психічного розвитку церебрально-органічного генезу*** має найбільшу значущість для спеціальної психології, зважаючи на вираженість проявів і частої необхідності спеціальних мір психолого-педагогічної корекції.
Причини церебрально-органічних форм затримки психічного розвитку (патологія вагітності і пологів, інфекції, інтоксикації, травми нервової системи в перші роки життя), як видно, до певної міри схожі з причинами олігофренії. Ця схожість визначається органічною поразкою центральної нервової системи на ранніх етапах онтогенезу. Чи піде мова про виражене і необоротне психічне недорозвинення у вигляді олігофренії або тільки про уповільнення темпу психічного дозрівання залежатиме в першу чергу від масивності поразки. Іншим чинником є *час поразки*. Затримка психічного розвитку значно частіше пов'язана з пізнішими, екзогенними пошкодженнями мозку, що впливають в період, коли диференціація основних мозкових систем вже значною мірою просунута і немає небезпеки їх грубого недорозвинення. Проте, Л. Тарнополь і ін. припускають і можливість генетичної етіології.
Ознаки уповільнення темпу дозрівання часто виявляються вже в ранньому розвитку цих дітей і стосуються майже всіх сфер, в значній частині випадків аж до соматичної. Слідує, проте, відзначити, що запізнювання а формуванні цих функцій виражено менше, ніж олігофренії. У випадках виникнення затримки психічного розвитку у зв'язку з постнатальними інфекціями, інтоксикаціями і травмами, перенесеними вперше 3-4 року життя, можна спостерігати наявність тимчасового регресу придбаних навиків і їх подальшу нестійку.
Переважання пізніших термінів поразки обумовлює разом з явищами незрілості майже постійну наявність і ознак пошкодження нервової системи. Тому на відміну від олігофренії, яка часто зустрічається у вигляді неускладнених форм, в структурі затримки психічного розвитку церебрально-органічного генезу майже завжди є набір енцефалопатичних розладів (церебрастенічних, неврозоподібних, психопатоподібних, епілептиформних, апатико-адинамічних), що свідчать про пошкодження нервової системи.

**Психолого-педагогічна характеристика дітей із затримкою психічного розвитку.**

Для дітей цієї групи характерна значна неоднорідність порушених і підлягаючих зберіганню ланок психічної діяльності, а так само яскраво виражена нерівномірність формування різних сторін психічної діяльності.
У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається ***низький*** (в порівнянні з однолітками, що нормально розвиваються) ***рівень розвитку сприйняття***. Це виявляється в необхідності тривалішого часу для прийому і переробки сенсорної інформації; у недостатності, фрагментарності знань цих дітей про навколишній світ; у утрудненнях при пізнаванні предметів, що знаходяться в незвичному положенні, контурних і схематичних зображень. Схожі якості цих предметів сприймаються ними зазвичай як однакові. Ці діти не завжди вирізняють і часто змішують схожі по зображенню букви і їх окремі елементи; часто помилково сприймають поєднання букв і т.д.
У дітей цієї групи ***недостатньо сформовані і просторові уявлення***: орієнтування в напрямах простору протягом задоволеного тривалого періоду здійснюється на рівні практичних дій; часто виникають труднощі при просторовому аналізі і синтезі ситуації.

Оскільки розвиток просторових уявлень тісно пов'язаний із становленням ***конструктивного мислення,*** то і формування уявлень даного вигляду у дітей із ЗПР також має свої особливості. Наприклад, при складанні складних геометричних фігур і узорів діти із ЗПР часто не можуть здійснити повноцінний аналіз форми, встановити симетричність, тотожність частин конструйованих фігур, розташувати конструкцію на площині, з'єднати її в єдине ціле. В той же час, на відміну від розумово відсталих, діти даної категорії відносно прості узори виконують правильно.
Як найбільш характерний для дітей із ЗПР ***є особливості уваги***: дослідниками наголошуються її нестійкість, неуважність, низька концентрація, труднощі перемикання.
Зниження здатності розподіляти і концентрувати увагу особливо виявляється в умовах, коли виконання завдання здійснюється за наявності мовних подразників, що одночасно діють, мають для дітей значний смисловий і емоційний зміст.

Ще однією характерною ознакою затримки психічного розвитку є ***відхилення в розвитку пам'яті.*** Наголошуються зниження продуктивності запам'ятовування і його нестійкість; велике збереження мимовільної пам'яті в порівнянні з довільним; помітне переважання наочної пам'яті над словесною; низький рівень самоконтролю в процесі заучування і відтворення, невміння організовувати свою роботу; недостатня пізнавальна активність і цілеспрямованість при запам'ятовуванні і відтворенні; слабке уміння використовувати раціональні прийоми запам'ятовування; недостатній об'єм і точність запам'ятовування; низький рівень опосередкованого запам'ятовування; переважання механічного запам'ятовування над словесно-логічним. Серед порушень короткочасної пам'яті — підвищена пригальмованість під впливом перешкод і внутрішньої інтерференції (взаємовплив різних мнемічних слідів один на одного); швидке забуває матеріалу і низька швидкість запам'ятовування.
Виражене ***відставання і своєрідність*** виявляється і ***в розвитку пізнавальної діяльності цих дітей***, починаючи з ранніх форм мислення — наочно-дієвого і наочно-образного. Діти можуть успішно класифікувати предмети за такими наочними ознаками, як кольору і формі, проте насилу виділяють як загальні ознаки матеріал і величину предметів.

Ще однією особливістю мислення дітей із затримкою психічного розвитку ***є зниження пізнавальної активності***. Одні діти практично не ставлять питань про предмети і явища навколишній дійсності. Це повільні, пасивні, із сповільненою мовою діти. Інші діти ставлять питання, що стосуються в основному зовнішніх властивостей навколишніх предметів. Зазвичай вони декілька розгальмовані, багатослівні.
У дітей даної категорії ***порушений і необхідний поетапний контроль*** над виконуваною діяльністю, вони часто не помічають невідповідності своєї роботи запропонованому зразку, не завжди знаходять допущені помилки, навіть після прохання дорослого перевірити виконану роботу. Ці діти дуже рідко можуть адекватно оцінити свою роботу і правильно мотивувати свою оцінку, яка часто завищена.
Ще у дітей із затримкою психічного розвитку ***знижена потреба в спілкуванні*** як з однолітками, так і з дорослими. У більшості з них виявляється підвищена тривожність по відношенню до дорослих, від яких вони залежать. Діти майже не прагнуть отримати від дорослих оцінку своїх якостей в розгорненій формі, зазвичай їх задовольняє оцінка у вигляді недиференційованих визначень («хороший хлопчик»), а так само безпосереднє емоційне схвалення (усмішка, погладжування і т. д.). Необхідно відзначити, що хоча діти за власною ініціативою украй рідко звертаються за схваленням, але в більшості своїй вони дуже чутливі до ласки, співчуття, доброзичливого відношення. У дітей даної категорії спостерігаються зниження потреби в спілкуванні з однолітками, а так само низька ефективність їх спілкування один з одним у всіх видах діяльності.
У дошкільників із ЗПР виділяється ***слабка емоційна стійкість,*** порушення самоконтролю у всіх видах діяльності, агресивність поведінки і його провокуючий характер, труднощі пристосування до дитячого колективу під час гри і занять, метушливість, часту зміну настрою, невпевненість, відчуття страху, фамільярність по відношенню до дорослого. Наголошується велика кількість реакцій, направлених проти волі батьків, часту відсутність правильного розуміння своєї соціальної ролі і положення, недостатню диференціацію осіб і речей, яскраво виражені труднощі в розрізненні найважливіших рис міжособових відносин. Все це свідчить про ***недорозвинення у дітей даної категорії соціальної зрілості.***
Однією з діагностичних ознак затримки психічного розвитку у дітей даної групи виступає ***несформованість ігрової діяльності***. У дітей виявляються несформованими всі компоненти сюжетно-ролевої гри: сюжет гри зазвичай не виходить за межі побутової тематики; зміст ігор, способи спілкування і дії і самі ігрові ролі бідні. Діапазон етичних норм і правил спілкування, відбиваний дітьми в іграх, дуже невеликий, бідний за змістом, а отже, недостатній в плані підготовки їх до навчання в школі.
Окремо зупинимося на ***особливостях мови дітей із ЗПР***. Клінічні і нейропсихологічні дослідження виявили відставання в становленні мови дітей із ЗПР, низьку мовну активність, недостатність динамічної організації мови. У цих дітей наголошується обмеженість словника, неповноцінність понять, низький рівень практичних узагальнень, недостатність словесної регуляції дій. Спостерігається відставання в розвитку контекстної мови; істотно запізнюється розвиток внутрішньої мови, що утрудняє формування прогнозування, саморегуляції в діяльності.
У дітей із ЗПР виявляється бідний, недиференційований словниковий запас. При використанні навіть наявних в словнику слів діти часто припускаються помилок, пов'язаних з неточним, а іноді і неправильним розумінням їх сенсу. Одним словом діти часто позначають не тільки схожі, але і такі, що відносяться до різних смислових груп поняття.

**Формування загальної здібності до навчання у дітей із затримкою психічного розвитку**.
Принциповий шлях допомоги дітям із ЗПР при формуванні загальної здібності до навчання — це допомога в оволодінні власною інтелектуальною діяльністю, основними її структурними компонентами (мотиваційно-орієнтуванням, регуляцією). У основі оволодіння будь-яким структурним компонентом інтелектуальної діяльності лежать ті ж психологічні механізми, що і в основі формування будь-якої розумової дії. Це організація зовнішніх дій на спеціально організованій орієнтовній підставі і поступовий її переклад у внутрішній план.

**До розумово відсталих** відносять дітей зі стійкими, незворотніми порушеннями переважно пізнавальної сфери, які виникають внаслідок органічного ураження кори головного мозку, яке має дифузний характер. Характерною особливістю дефекта при розумовій відсталості являється порушення вищіх психічних функцій. Це виражається в порушенні пізнавальних процесів, страждають емоційно-вольова сфера, моторика, особистість в цілому.

Розумово відсталі діти - це різнорідна по своєму складц група. В неї входять діти, у яких ураження мозку виникло внутрішньоутробно, в період пологів або після пологів в період до трьох років, тобто до становлення мови. Ураження може бути результатом запального захворювання (енцефалітів і менінго-енцефалітів), інтоксикації (ендокринної, обмінної), забою головного мозку (родових і битових травм), а також успадкованих генетичних аномалій.

Глибокий недорозвитко пізнавальних процесів - найбільш яскраво виражена особливість розумово відсталих дітей. Для розумово відсталих дітей характерно наявніть патологічних рис в емоційно-вольовій сфері: підвищена збудливість, або, навпаки, інертність, труднощі формування інтересів і соціальної мотивації діяльності. У багатьох таки дітей спостерігаються відхилення в фізичному розвитку: аномалії зросту, порушення обміну речовин, дизкоординація моторики, труднощі формування рухових робочих навичок.

**Олігофренія** складає основну групу захворювань, які призводять до розумової відсталоті. Олігофре́нія - стан загального недорозвитку [психіки](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D1%96%D0%BA%D0%B0) в результаті спадкової обумовленості або внутрішньоутробного ураження [головного мозку](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%BE%D0%BA).

Олігофренія — вроджене або виражене в ранньому віці (у перші 3 роки життя) [слабоумство](http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%BB%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%83%D0%BC%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE&action=edit&redlink=1), виражається в недорозитку всієї психіки, але переважно [інтелекту](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%86%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82). Вроджене слабоумство з ознаками недорозвитку (олігофренію) прийнято відрізняти від [деменції](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%8F) — набутого слабоумства з розладом психічної діяльності.

В залежності від ступеню інтелектуального недорозвитку розрізняють 3 ступеню олігофренії: ***ідіотія, імбецильність* і *дебільність***. Однак, між ними немає чітких меж, і існують проміжні стани.

[**Ідіотія**](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%86%D0%B4%D1%96%D0%BE%D1%82%D1%96%D1%8F) - найважче слабоумство (глибока розумова відсталість) з майже повною відсутністю мови і мислення, потребою в постійному догляді; IQ<20.

У хворих або немає реакції на звичайні подразники, або вона неадекватна. Сприйняття осіб з ідіотією, очевидно, неповноцінні, увага відсутня або вкрай хитка. Мова нерозвинута, обмежується звуками, окремими словами, немає розуміння зверненої до них мови. Діти, що страждають ідіотією, або зовсім не опановують статичні і локомоторні навички, або здобувають їх дуже пізно. Нерідко вони не можуть жувати і проковтують їжу непрожованою, можуть харчуватися тільки рідкою їжею. Будь-яка осмислена діяльність при ідіотії недоступна. Хворі не володіють навіть простими навичками самообслуговування, неохайні. Залишені без догляду, залишаються нерухомими або впадають у безперервне неусвідомлене збудження з одноманітними рухами, автоматичним розгойдуванням, стереотипним розмахуванням руками, ляскотом у долоні і т.п. Особи з ідіотією нерідко не відрізняють рідних від сторонніх. Емоції елементарні і пов'язані тільки із вдоволенням або невдоволенням, що виражається найпримітивнішим способом у вигляді збудження або лементу. Дуже легко виникає [афект](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82) озлоблення, що виявляється в сліпій люті й агресивних тенденціях, нерідко спрямованих на себе (кусають, дряпають себе, наносять удари). Часто хворі поїдають нечистоти, жують і ссуть усе, що потрапляється під руку, завзято мастурбують. Глибокому недорозвиненню психіки нерідко відповідають грубі дефекти фізичного розвитку. Зустрічаються і відносно більш легкі форми ідіотії.

[**Імбецильність**](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%86%D0%BC%D0%B1%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) - середній ступінь слабоумства. Мова й інші психічні функції розвиті більше, ніж при ідіотії, однак особи з імбецильністю не здатні до навчання, непрацездатні, їм доступні лише елементарні акти самообслуговування. IQ = 20-50. Імбецили виявляють досить диференційовані і різноманітні реакції на навколишнє середовище. Їхня мова недорікувата й аграматична. Вони можуть вимовляти нескладні фрази, словниковий запас досягає іноді 200 — 300 слів. Хоча розвиток статичних і локомоторних функцій відбувається при імбецильності з великою затримкою, хворі засвоюють навички охайності, самостійно їдять, здатні себе обслуговувати. Особам з імбецильністю доступні нескладні узагальнення, вони мають деякий запас зведень, непогано орієнтуються в звичайному життєвому оточенні. Внаслідок відносно гарної механічної пам'яті і пасивній увазі, вони можуть засвоїти елементарні знання, якими користуються, як штампами. Деякі особи з імбецильністю володіють порядковим рахунком, знають окремі букви, але засвоюють тільки прості трудові процеси (збирання, прання, миття посуду, окремі елементарні виробничі функції). При цьому відзначаються крайня несамостійність, погане перемикання на різні процеси. Емоції бідні, одноманітні, усі психічні процеси тугорухові й інертні. На зміну обставин вони дають своєрідну негативну реакцію. Їхня особистість розвиненіша, ніж при ідіотії, вони вразливі, соромляться своїх недоліків, адекватно реагують на осуд або схвалення. Не володіючи ініціативою і самостійністю, особи з імбецильністю легко губляться в незвичних умовах і мають потребу в постійному нагляді й опіці. Варто враховувати також підвищену [сугестивність](http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D1%83%D0%B3%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C&action=edit&redlink=1) імбецилів і схильність до сліпого наслідування. Імбецильність розділяється на різко виражену розумову відсталість (IQ = 20 — 34) і розумову відсталість середньої тяжкості (IQ = 35 — 49).

[**Дебільність**](http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%B5%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C&action=edit&redlink=1) - легкий ступінь слабоумства. Дебіли здатні до навчання, опановують нескладні трудові процеси, можливе їхнє соціальне пристосування у відомих межах (IQ = 50 — 70). Легку дебільність важко відрізнити від психіки на нижній межі норми. На відміну від імбецилів, дебіли нерідко виявляють досить високий розвиток мови; їхнє поводження більш адекватне і самостійне, що деякою мірою маскує слабкість мислення. Цьому сприяють гарна механічна пам'ять, наслідування. Однак, спостереження і спеціальні дослідження виявляють у дебілів слабкість абстрактного мислення, перевага конкретних асоціацій. Перехід від простих до складніших відвернених узагальнень для них ускладнений. На відміну від імбецильності, при дебільності можливе навчання в школі, але при цьому виявляються відсутність ініціативи в самостійності в навчанні, повільність та інертність. Особи з дебільністю опановують переважно конкретні знання, засвоєння теорії їм не вдається. [Емоції](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BC%D0%BE%D1%86%D1%96%D1%97), [воля](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D0%BB%D1%8F) і вся [особистість](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C) при дебільності більш розвинуті, ніж при імбецильності. [Характерологічні](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) особливості представлені набагато ширше, тому простий поділ осіб з дебільністю на торпідних (загальмованих, млявих, апатичних) і еретичних (збудливих, дратівливих, злісних) недостатній й умовний. При дебільності завжди можна відзначити слабкість самовладання, нездатність придушувати свої потяги, недостатнє обмірковування своїх вчинків, деяку імпульсивність поводження, підвищену суґестивність. Попри це, особи з дебільністю непогано пристосовуються до життя. З роками, особливо при помірковано вираженій дебільності, відставання стає менш вираженим і виступає не так виразно. Багато практикуючих лікарів і [дефектологи](http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3&action=edit&redlink=1), з огляду на широкий діапазон відставання і темпу психічного розвитку, розрізняють виражену, середню і легку (майже невідокремлювана від нижньої межі нормального інтелекту) дебільність.

**М.С. Певзнер** запропонувала 5 основних форм олігофреній, виходячи з клініко-етіопатичних принципів:

1. Неускладнена;

2. Олігофренія, ускладнена порушенням нейродинаміки (збудливі і гальмівні).

3. Олігофренія в поєднані з порушеннями різних аналізаторів.

4. Олігофренія з психопатоподібними формами поведінки.

5. Олігофренія з вираженою лобною недостатністю.

 **Психологічна характеристика дітей з розумовою відсталістю**

Соматично дитина-олігофрен практично здорова, і олігофренія - це не хвороба, але стан дитини, при якому спостерігається стійке недорозвинення всієї його психіки.

Недорозвинення пізнавальної та емоційно-вольової сфери у олігофренів проявляється не тільки у відставанні від норми, але і в глибокій своєрідності. Вони здатні до розвитку, хоча він і здійснюється уповільнено, атипово, іноді з різкими відхиленнями. Однак це справжній розвиток, в ході якого відбуваються і кількісні, і якісні зміни всієї психічної діяльності дитини.

Розумова відсталість, яка виникає після того, як мова дитини вже сформувалася, зустрічається відносно рідко. Однією з її різновидів є деменція - слабоумство. Як правило, інтелектуальний дефект при деменції незворотній, оскільки відбувається прогресування захворювання, яке іноді може призвести до повного розпаду психіки. Особливими є випадки, коли наявна у дитини розумова відсталість супроводжується поточним психічним захворюванням (епілепсією, шизофренією), що посилює основний дефект, і прогноз розвитку таких дітей буває дуже несприятливим.

У вітчизняній дефектології розумово відсталих дітей зазвичай ділять на три групи: [дебіли](http://znaimo.com.ua/%D0%94%D0%B5%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C), [імбеціли](http://znaimo.com.ua/%D0%86%D0%BC%D0%B1%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C), [ідіоти](http://znaimo.com.ua/%D0%86%D0%B4%D1%96%D0%BE%D1%82%D1%96%D1%8F). Дебіли - це діти з легкими ступенями розумової відсталості. Вони є основним контингентом спеціальних дитячих садків і спеціальних шкіл для розумово відсталих учнів. Діти з середньою і глибоко вираженою відсталістю (відповідно, імбецили і ідіоти) живуть і виховуються в сім'ях або поміщаються в інтернатні установи соціального захисту, де знаходяться довічно.

Діти з органічними ураженнями кори головного мозку (олігофрени) ростуть зазвичай ослабленими, нервовими, дратівливими. Багато хто з них страждають енурезом. Їм властива патологічна інертність основних нервових процесів, відсутність інтересу до навколишнього і тому емоційний контакт з дорослими, потреба спілкування з ними у дитини в дошкільному віці часто не виникає. Діти не вміють спілкуватися і з своїми однолітками. Спонтанність засвоєння суспільного досвіду у них різко знижена. Діти не вміють правильно діяти ні по словесній інструкції, ні навіть по наслідуванню і зразком. У розумово відсталих дошкільнят ситуативне розуміння мови може зберігатися аж до вступу до школи.

Для засвоєння способів орієнтування в навколишньому світі, для наділення і фіксування яскраво позначених властивостей і найпростіших відносин між предметами, для розуміння важливості того чи іншого дії розумово відсталому дошкільнику потрібно набагато більше варіативних повторень, ніж для нормально розвивається дитини.

У розумово відсталих дітей-дошкільнят, позбавлених спеціального корекційно-спрямованого навчання, відзначається істотне недорозвинення специфічних для цього віку видів діяльності - гри, малювання, конструювання, елементарного побутової праці.

Розумово відстала дитина проявляє вкрай слабкий інтерес до навколишнього, довго не тягнеться до іграшок, не наближає їх до себе і не намагається ними маніпулювати. У віці 3-4 років, коли нормально розвиваються діти активно і цілеспрямовано наслідують діям дорослих, розумово відсталі дошкільники тільки починають знайомитися з іграшками. Перші предметно-ігрові дії з'являються у них (без спеціального навчання) лише до середини дошкільного віку.

У більшості розумово відсталих дітей, які не відвідують спеціальний дитячий сад, що не мають вдома контактів з фахівцями-дефектологами або турботливими і розумними батьками, графічна діяльність до кінця дошкільного віку знаходиться на рівні безцільного, короткочасного, хаотичного черкания. У розумово відсталих дітей у великій мірі страждає довільна увага. Неможливим виявляється для них скільки тривало концентрувати увагу, одночасно виконувати різні види діяльності.

Сенсорний розвиток в передшкільний та шкільному віці у цих дітей значно відстає за термінами формування. Вони діють або хаотично, не враховуючи властивості предметів, або раніше засвоєним способом, не адекватним в новій ситуації. Сприйняття олігофренів характеризується недифференцированностью, вузькістю. У всіх розумово відсталих дітей спостерігаються відхилення в мовній діяльності, які в тій чи іншій мірі піддаються корекції.

Розвиток мовного слуху відбувається у розумово відсталих дітей з великим запізненням і відхиленнями. Внаслідок цього у них спостерігається відсутність чи пізніше поява лепету. Для олігофренів характерна затримка становлення мови, яка виявляється в більш пізньому (ніж у нормі) розумінні зверненої до них мови і в дефектах самостійного користування нею. У деяких розумово відсталих дітей спостерігається відсутність мови навіть до 4-5 років.

Великі труднощі виникають у розумово відсталої дитини при вирішенні завдань, що вимагають наочно-образного мислення, тобто діяти в розумі, оперуючи образами уявлень. Розумово відсталі дошкільники часто сприймають зображення на зображенні як реальну ситуацію, в якій намагаються діяти. Їх пам'ять характеризується малим обсягом, малою точністю і міцністю запам'ятовується словесного і наочного матеріалу. Розумово відсталі діти зазвичай користуються мимовільним запам'ятовуванням, тобто запам'ятовують яскраве, незвичайне, те, що їх приваблює. Довільне запам'ятовування формується у них значно пізніше - наприкінці дошкільного, на початку шкільного періоду життя.

Відзначається слабкість розвитку вольових процесів. Ці діти часто бувають безініціативні, несамостійні, імпульсивні, їм важко протистояти волі іншої людини. Їм властива емоційна незрілість, недостатня диференційованість і нестабільність почуттів, обмеженість діапазону переживань, крайній характер проявів радості, засмучення, веселощів.

 **Соціальна адаптація**

У суспільстві існує система відділення "особливих дітей" від "нормальних". Діти з відносно легкими порушеннями досить швидко можуть перетворитися на інвалідів, нездатних до самостійного життя. Діти з діагнозом "олігофренія" при такому підході змушені жити в замкнутому світі, вони не бачать своїх здорових однолітків, не спілкуються з ними, їм чужі інтереси, захоплення звичайних дітей. У свою чергу, здорові діти теж не бачать тих, хто не відповідає "стандарту", і, зустрівши на вулиці людину з обмеженими можливостями, не знають, як до нього ставитися, як реагувати на його появу в "здоровому" світі.

Традиція розділяти дітей за ступенем розумової відсталості і "відбраковувати" тих, хто не вписується в певні рамки (ставити клеймо "нездібних", поміщати в інтернат, спеціальну школу), застаріла і не приводить до позитивного результату. Якщо дитина з подібною патологією живе вдома, то сама ситуація стимулює його освоювати різні навички, він прагне спілкуватися з однолітками, грати, вчитися. Однак на практиці відбувається так, що дитину з діагнозом "олігофренія" відмовляються приймати в дитячий садок або школу і пропонують навчання у спеціалізованому закладі або лікування.

З 1970-1980-х років намітилася тенденція виховувати дітей з різними порушеннями розвитку вдома, в сім'ї. До цього мати зазвичай ще в пологовому будинку вмовляли залишити "неповноцінного" дитини, здати його в спеціальну установу, то з цього часу все більше дітей-олігофренів виявляється під опікою батьків, готових боротися за їх розвиток і адаптацію в суспільстві. За допомогою близьких людей така дитина має можливість претендувати на освіту, лікування, спілкування з однолітками.

[Практика](http://znaimo.com.ua/%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0) показує, що навіть самі "важкі" діти за умови правильного поводження з ними прагнуть до спілкування і активності. Діти, які не вміють говорити, погано розуміють мову навколишніх, з цікавістю дивляться на дітей і дорослих навколо, починають цікавитися іграшками, в які грають їх однолітки. Через прості, доступні їм гри починається взаємодія з педагогом, а потім - навчання дитини тим навичкам, які згодом виявляться для нього необхідними (їсти ложкою, пити з чашки, одягатися).

**VІ. План та організаційна структура завдання.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | Основні етапи заняття, їх функції та зміст | Навчальні цілі в рівнях засвоєння | Методи контролю і навчання | Матеріали методичного забезпечення(контролю, наочності, інструктивні) | Розподіл часу у хв. |
| 1.2.3. | *Підготовчий етап:*Організаційні заходиПостановка навчальних цілей та мотивація.Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:1)дати визначення поняттям затримка психічного розвитку і розумова відсталість;2) висвітити проблему шкільної неуспішності в системі сучасного навчання;3) дати клініко-психологічну класифікацію затримки психічного розвитку;4) дати клініко-психологічну класифікацію олігофреній. | ІІ | Індивідуаль-на теоретична співбесіда,опитування. | Питання ІІ рівня | 1-3хв.10-25% |
| 4. | *Основний етап*Формування професійних вмінь та навичок:1)оволодіти навичками діагностики інтелекту;2)провести дослідження рівня інтелекту дитини і навчитися визначати ступінь розумової відсталості. | ІІ | Метод формування вмінь:практичний тренінг | Методика для визначення рівня інтелекту: "тест Векслера"Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми | 60-90% |
| 5.6.7. | *Заключний етап*Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичокПідведення підсумків заняття .**Домашнє завдання**. |  ІІІ | Методи контролю навичок: індивідуальний контроль навичок або їх результатів;Методи контролю вмінь: тестовий контроль. |  Професійні алгоритми (інструкції) щодо формування практичних навичок та професійних вмінь.Таблиці, учбові альбомиТекстові ситуаційні нетипові задачі.Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературоюРекомендована література, питання. | 10-25% |

 **VІІ.** **Матеріали методичного забезпечення заняття:**

 **Контрольні питання.**

1. Дайте психологічну характеристику розумово відсталих дітей.

 2. Чи відрізняються поняття "аномальний", "розумово відсталий", "олігофрен"?

 3. На чому основується класифікація олігофренії і які форми виділяються?

 **Задача.**

Хлопчик Ваня (6р.2 міс.) прийшов з мамою записуватись до школи.Найперше ж завдання, де потрібно було намалювати фігуру людини, а потім змалювати два взірця, він виконував дуже неохоче.Він вставав з-за столу, бігав по кімнаті. Хлопчику не вдалося справитись ні з одним завданням: всі вони викликали в нього негативні емоції. Дослідження показало, що Ваня абсолютно не готовий до школи ні в мотиваційному, ні в вольовому, ні в інтелектуальному відношенні.Психолог запропонував почекати зі школою ще один рік, а в цому році необхідно зайнятися розвитком дитини. Мати відповіла, що вона розуміє, що її син дуже неуважний і непосидючий, що він погано розвинутий так як ним ніхто ніколи не займався ні в сімї, ні в садку. І саме тому вона хоче, щоб він пішов до школи в цьому році.

***Питання:*** *В чому, як ви думаєте, полягають причини неготовності хлопчика до школи? Які труднощі очікують на нього в першому класі? Смоделюйте подальшу розмову з матірю, яка наполягає на свому, підберіть аргументи в захист власної точки зору.*

**VІІІ. Література:**

Виноградова А.Д. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка. – М., 1985.

Забрамная С.Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. – Саратов, 1990.

Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М., 1995.

Коломинский Н.Л. Развитие личности учащихся вспомогательной школы. – Киев, 1978.

Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1986.

Бгажнокова И.М. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1987.

Вопросы комплексной диагностики умственно отсталых детей / Под ред. М.С. Певзнер. – Иркутск, 1988.

Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. – М., 1995.

Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М., 1995.

Исследование личности и познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы / Под ред. В.Г. Петровой. – М., 1980.

Пинский Б.И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. – М., 1982.

Підготувала: Романова У.В..

Затверджено на засіданні кафедри, прот.№\_ від «\_\_»\_\_ 201 р.

##  Особливості міжособистісних взаємин.

Дитина з проблемами в інтелектуальному розвитку знаходиться в специфічній залежності від комунікативної допомоги та підтримки. Він відчуває труднощі в розумінні того, що його оточує, і часто люди не можуть у розумінні його. Оскільки він більш слабкий партнер по комунікації, небезпека полягає в тому, що він або віддаляється від будь-якого контакту, впадає в комунікативний негативізм, крайній прояв, яке можна бачити в аутоагресії, або через своїх проблем з поведінкою сковує страх, занепокоєнням, агресією. Незнання цих процесів дозволяє з зайвою легкістю міркувати про те, що діти з інтелектуальним недорозвитком не здатні до спілкування.

Вивчення соціального розвитку, соціальної поведінки і пов'язаних з цим специфічних проблем дітей з недорозвиненням інтелекту тільки починається. Безпосередньо педагогічний інтерес представляють дослідження розвитку та умов міжособистісних (двосторонніх) стосунків.

Для розвитку дітей, що мають відставання в розумовому розвитку, якість міжособистісних відносин набуває основне значення. Небайдуже: розмовляють з ним чи ні; що про нього говорять; звертаються до нього і як; намагаються чи його зрозуміти і як це роблять; вважають Чи, що з ним потрібно обходитися виключно як з неподдающимся і нездатним до навчання об'єктом і їм слід маніпулювати , або ж, незважаючи на всі комунікативні труднощі, сприймають всерйоз і поважають як партнера по комунікації; в якому емоційному кліматі відбувається це взаємне зближення, довірче спілкування та взаємна оцінка.

Для [олигофренопедагогики](http://znaimo.com.ua/%D0%9E%D0%BB%D1%96%D0%B3%D0%BE%D1%84%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B3%D1%96%D0%BA%D0%B0) центральним об'єктом обговорення та досліджень мають бути соціальні взаємодії, проблеми розвитку дітей з інтелектуальною недостатністю в аспекті "соціального навчання". У невирішене стані ці проблеми призводять до втрати взаємодії і спілкування і тим самим до соціальної ізоляції.

Імовірність такої ізоляції довгий час тільки посилювалася, внаслідок помилкового, вихідного від підкреслено дистанційного громадської думки, що "недоумкуватий потребує тільки в догляді". Беручи до уваги цей фатальний історичний досвід, в якості постулату слід визнати, що жодна людина не потребує тільки в догляді. Кожен усвідомлено чи ні "таємно і боязко шукає схвалення його буття, яке може бути висловлено лише від особи до особи".

Перший і елементарний інтерактивний досвід дитина набуває в спілкуванні з матір'ю і батьком як найбільш близькими людьми. Їх дії та поводження з дитиною драматичним чином зумовлені почуттями й установками, які у них виникають при виявленні у дитини розумової відсталості. В емоційній сфері у них блокується або утрудняється спонтанне увагу і тим самим зменшується спілкування, оскільки раннє спілкування, по суті, будується на чувствуемое і пережитому. Подальші комунікативні проблеми виникають через те, що дитина не реагує з очікуваною жвавістю, яка зазвичай посилює увагу до нього матері. І, в свою чергу, через меншої уваги у дитини не виникає достатня мотивація до спілкування, отже, утрудняється оволодіння мовою.

Відсутність очікуваної дитячої активності, відставання в розвитку, можлива загальна слабкість дитини можуть також призвести до того, що про нього почнуть проявляти надмірну турботу, заважаючи його самостійним становленню. У будь-якому випадку дитина з порушенням інтелекту потребує, як мінімум, в такій же мірі соціальної уваги, теплоти і стимуляції до навчання, як і нормальна дитина, щоб змогли розвиватися його заблоковані комунікативні здібності.

Крім сімейної групи важливе соціальне значення має входження в групу однолітків: невелику ігрову групу, дитсадівського групу, шкільний клас. При цьому мова йде не тільки про розширення радіусу соціальної активності та області орієнтації, але також про можливості у спілкуванні з іншими і через їх реакцію пізнавати самого себе і тим самим формувати власну особистість. Дитина з проблемами в інтелектуальному розвитку, якому загрожує небезпека неприйняття, гостро потребує захисту групи, де його соціальні потреби не наштовхуються каждодневно на нерозуміння і ворожість, а зустрінуть підтримку. Індивідуальні специфічні труднощі комунікативного розуміння роблять для нього необхідної соціальну і виховну допомогу.

У відповідності з індивідуальним генезисом, в поведінці спостерігаються більші чи менші відмінності. Є діти з недорозвиненням інтелекту з невтомною і нерозбірливою тягою до суспільства; тобто такі, які здаються "зануреними в ізольоване буття".

За результатами дослідження Вільямса та інших учених встановлено, що соціальний коефіцієнт у дітей з інтелектуальною недостатністю трохи вище, ніж коефіцієнт інтелекту. Ці результати зокрема, свідчать про те, що оволодіння соціальними навичками в значній мірі залежить від навколишнього світу, особливо від виховання. Відмінності в оволодінні соціальними навичками простягаються від повної безпорадності до далекосяжної незалежності і свободи в спілкуванні, від агресії до прояву любові і довіри.

О. Шпек вказує, що деякі діти користуються особливою любов'ю; інших дітей взагалі відкидають, очевидно, через їх малу товариськість; здатність до контактів дуже сильно залежить від фізичного стану; спроби встановити контакт можуть сприйматися як дуже нав'язливі і докучливі - дітям бракує уміння уявити себе на місці іншого і зрозуміти його реакцію; можлива затяжна взаємна ворожість і агресивність, які дуже важко подолати; боязкі і невпевнені діти прагнуть до більш тісного контакту з вихователем.

З віком соціальні відносини в групі стабілізуються і у підлітків вже відрізняються значним сталістю. Симпатії і неприязнь, по суті, визначаються емоційно-особистісними мотивами і в набагато меншому ступені рівнем здібностей дитини.

Таким чином, взаємодію з навколишнім світом не є процесом, ефект якого визначений заздалегідь, і що індивідуальна реакція не завжди стає прямим результатом соціальних впливів. А діти з проблемами в інтелектуальному розвитку успішніше оволодівають навичками соціальної поведінки під керівництвом і при навчанні.