

12. Прозоров Ю.А. Состояние здравоохранения в Украине и его реформа: взгляды и оценки населения, врачей и экспертов / Ю.А.Прозоров. – Симферополь, 1996. – 184 с.
13. Психология здоровья / Под. ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
14. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины / А.В.Решетников. – М.: REFFL-book, 2000.– 238 с.
15. Рибалка В.В. Теорії особистості у вітчизняній психології та педагогіці: навч. посіб / В.В.Рибалка. – Одеса: Букаєв Вадим Вікторович, 2009. – 575 с.
16. Стоянова Л.В. Социальное здоровье как жизненный ресурс украинского общества // [http://www.sociology.kharkov.ua/rus/chten\\_01.php](http://www.sociology.kharkov.ua/rus/chten_01.php)
17. Хомская Е.Д. Межполушарная организация мозга и субъективная оценка здоровья /Е.Д.Хомская, Е.В.Будыка // Вестник Московского университета. Серия “Психология”. – 1995. – № 2. – С.20-29.
18. Taylor S.E. Health Psychology. – 3-rd edition. – N.-Y.: McGraw-Hill, Inc., 1995. – 781 p.

The article is devoted to the analysis of psychological and social determinants in the formation of attitude toward a health and healthy lifestyle.

**Key words:** attitude toward a health, healthy lifestyle.

*Отримано: 20.07.2010*

**УДК 159.9**

*О.В. Гаврилов*

## **Психолого–педагогічна характеристика легкої, помірної, тяжкої та глибокої розумової відсталості**

У статті подана психолого-педагогічна характеристика розумової відсталості за ступенем інтелектуального порушення: легкий, помірний, тяжкий і глибокий; описані діагнози розумової відсталості відповідно до 10-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб, прийнятого ВООЗ.

**Ключові слова:** легка, помірна, тяжка, глибока розумова відсталість, Міжнародна класифікація хвороб, ступінь інтелектуального порушення.

В статті дана психолого-педагогічна характеристика умовної отсталості за ступенем інтелектуального порушення: легка, умерена, тяжка і глибока; описані діагнози умовної отсталості в відповідності з 10-м переглядом Міжнародної класифікації захворювань, прийнятим ВОЗ.

**Ключевые слова:** легка, умерена, тяжка, глибока умовна отсталість, Міжнародна класифікація захворювань, ступень інтелектуального порушення.

Критерії належності до розумово відсталих осіб, які використовують працівники системи охорони здоров'я, спеціальні педагоги в нашій країні визначені Всесвітньою організацією охорони здоров'я в перегляді Міжнародної класифікації хвороб. До групи розумово відсталих клієнтів належать люди, діагнози яких мають подані далі шифри та назви за вказаним документом [4].

*F – розумова відсталість;*

*F 70 – легка розумова відсталість;*

*F 71 – помірна розумова відсталість;*

*F 72 – важка розумова відсталість;*

*F 73 – глибока розумова відсталість;*

*F 78 – інша розумова відсталість;*

*F 79 – неуточнена розумова відсталість.*

Окрім основного діагнозу, діти можуть мати супутні психіатричні проблеми:

*F 7x.0 – мінімальні поведінкові відхилення або їхня відсутність;*

*F 7x.1 – значні поведінкові відхилення, що потребують уваги або лікувальних заходів;*

*F 7x.8 – інші поведінкові відхилення;*

*F 7x.9 – поведінкові відхилення не визначені.*

Наведемо докладний перелік діагнозів, які використовуються на практиці ПМПК та їхніх шифрів у відповідності з МКХ-10.

**F70.1** Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які вимагають лікування і догляду (+ психопатоподібний синдром) (IQ = 50-70)

**F70.11** Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.

**F70.12** Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом.

**F70.13** Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена фенілкетонурією.

F70.14 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена хромосомними порушеннями.

F70.17 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена недоношеністю

F70.18 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена іншими уточненими причинами.

F70.19 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена неуточненими причинами.

F70.8 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки (+ епілептоформний синдром).

F70.81 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.

F70.82 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом.

F70.83 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена фенілкетанурією.

F70.84 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена хромосомними порушеннями.

F70.87 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена недоношеністю.

F70.88 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена іншими уточненими причинами.

F70.89 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена неуточненими причинами.

F70.9 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки.

F70.91 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.

F70.92 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом.

F70.93 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена фенілкетонурією.

F70.94 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена хромосомними порушеннями.

F70.97 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена недоношеністю.

F70.98 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена іншими уточненими причинами.

F70.99 Розумова відсталість легкого ступеня, обумовлена неуточненими причинами.

F71 Помірна розумова відсталість (IQ = 35-49)

*\* розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення.*

F 72 Важка розумова відсталість (IQ = 20-34)

*\* розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення.*

F 73 Глибока розумова відсталість (IQ = 0-19)

*\* розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення [1].*

Розумова відсталість може поєднуватись з будь-якими іншими психічними або фізичними (соматичними) розладами, причому деякі психоневрологічні синдроми та розлади зустрічаються в суб'єктів з розумовою відсталістю майже у три-чотири рази частіше, аніж у загальній популяції. Крім того, розумово відсталі піддаються великому ризику експлуатації та фізичного і сексуального насилля. Адаптаційні можливості таких людей завжди порушені, проте в суспільстві з високим рівнем соціального захисту, де існує система підтримки осіб з розумовою відсталістю, ці порушення можуть бути зведені до мінімуму.

Британські дослідники Д.Голдберг, С.Бенджемін, Ф.Крід виокремлюють три групи медичних (соматичних) проблем, характерних для розумово відсталих дітей [2]:

1. *Специфічні порушення.* Наприклад, синдром Дауна здебільшого зустрічається з дефектами серцево-судинної системи, ожирінням, інфекційними хворобами органів дихання, кондуктивною глухотою, шкірними висипами, хронічним лімфолейкозом, хворобою Альцгеймера (що призводить до деменції, епілепсії та передчасної смерті), а також з найбільш значущим ураженням – гіпотерозом;

2. *Загальні етіологічні фактори.* Розумова відсталість переважно вказує на те, що головний мозок не функціонує нормально. Ця дисфункція може мати інші прояви, наприклад епілепсія, порушення сенсорної або моторної сфери (церебральний параліч), аутизм, гіперкінетичний синдром. Також підвищеним є ризик розвитку психічного захворювання, частково через порушення функцій головного мозку.

3. *Підвищена вразливість.* Діти цієї групи частіше опиняються в несприятливих обставинах. живуть в умовах, які несприятливо

впливають на здоров'я. Вони частіше стають жертвами злочинів, бувають безробітними, піддаються експлуатації та жорстокому ставленню. Часто вони живуть у великих стаціонарних закладах і піддаються ризику захворіти на туберкульоз, гепатит, інколи не мають повноцінного харчування. Трапляється, що в закладах з гарним харчуванням, доглядом, з позитивними в цілому умовами використовуються неадекватні загалом програми з підвищеними вимогами. Усі перераховані фактори частково впливають і на порушення поведінки та психічні розлади, які часто зустрічаються у клієнтів цієї групи.

Охарактеризуємо чотири ступені розумової відсталості відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

***Легкий ступінь розумової відсталості – F70 (легка розумова субнормальність, легка олігофренія, дебільність).***

За умови використання стандартних тестів визначення коефіцієнта інтелекту (IQ) для легкої розумової відсталості знаходиться у параметрах від 70 до 50 одиниць (на відміну від нормального розвитку, який дорівнює в середньому 100-115 одиницям).

Особи з легким ступенем розумової відсталості засвоюють мову з деякою затримкою, проте вони здатні її використовувати у своєму щоденному спілкуванні, підтримувати розмови на побутову тематику, брати участь у бесіді. Але для їхнього мовлення притаманні фонетичні викривлення, обмеження словникового запасу, недостатність розуміння слів, їхнє неточне розуміння та неадекватне вживання. Слово не використовується повною мірою як засіб спілкування. Спостерігається відставання активного словника від пасивного. Такі діти розуміють значно більше слів, аніж використовують їх у своєму мовленні. Активна лексика не лише обмежена, а й переважана штампами. Порушення граматичної будови пов'язане з нечастим використанням прикметників, прийменників і сполучників, яких не вистачає в активному словнику. Фразове мовлення бідне, односкладове, без використання складних граматичних конструкцій. Відчуваються труднощі під час формулювання своїх думок, при переказі прочитаного або почутого. У деяких випадках спостерігається загальний мовленнєвий недорозвиток.

Відчуття і сприймання – це процеси безпосереднього відображення дійсності. Звуження і уповільнення зорових, слухових, кінестетичних, тактильних, нюхових та смакових відчуттів і сприймань призводять до труднощів орієнтування в оточуючому середовищі. Недостатній розвиток сприймання не дає можливості отримати правильне уявлення про те, що є навкруги розумово відсталі дитини і про те, що вона є сама. Суб'єктами даної групи

недостатньо вловлюється подібність і відмінність між предметами і явищами, які мають лише окремі однакові ознаки (наприклад, колір). Вони часто не відчують відтінки, помилково оцінюють глибину, об'єм різних властивостей предметів, віддаленість від спостерігача, що пояснюється труднощами аналізу і синтезу інформації, яка сприймається.

У сукупності психічних рис особистості найважливішою є воля. Ще Е.Сеген зазначав, що розумово відстала дитина і могла б, і знала б, і оволоділа б, якби вона лише бажала. Вся біда її в тому, що вона, перш за все, не бажає. Характеризуючи розумово відсталих дітей з легким ступенем інтелектуального дефекту необхідно зазначити, що довольна увага нецілеспрямована, необхідна значна напруга під час її концентрування, фіксації, вона нестійка, швидко виснажується. Ці діти характеризуються підвищеною розсіяністю, невмінням утримувати увагу, на будь-якій діяльності тривалий час. Це створює їм підвищені труднощі під час оволодіння шкільною програмою, елементами самообслуговування, трудовими операціями. Характеризуючи увагу необхідно вказати, що несамостійність, безініціативність, невміння керувати своїми діями, небажання долати навіть елементарні перешкоди, протистояти спокусам і впливам поєднуються з протилежними ознаками. У випадку необхідності такі діти проявляють неабияку настирність при досягненні мети, яка викликає у них емоційне задоволення. Потрібно зазначити, що з віком увага розумово відсталих дітей легкого ступеня покращується як в кількісному, так і в якісному відношенні.

Мислення є вища форма відображення оточуючої дійсності, узагальнене і опосередковане словом. У розумово відсталих дітей даної групи мислення конкретне, обмежене безпосереднім досвідом і необхідністю забезпечення нагальних потреб, непослідовне і стереотипне, некритичне. Слабка роль мислення у регулюванні поведінки, здатність до узагальнюючих процесів знижена. Розумово відстала дитина не планує свою активність по етапам і, тим паче, не прагне передбачити наслідки. Під час своєї діяльності не враховує труднощі. Оскільки воно формується в умовах неповноцінного чуттєвого пізнання, мовленнєвого недорозвитку, обмеженої практичної діяльності має певну специфічність. Таким дітям притаманна низька здатність до узагальнень і абстрагувань.

Пам'ять – це вхідні ворота інтелекту. Без пам'яті неможливе формування особистості людини, оскільки саме завдяки їй суб'єкт здатний усвідомлювати минулий досвід і використовувати отримані знання, вміння та навички для планування своєї поведінки та формування певної системи відношень до оточуючого світу. Пам'ять

дітей з легким ступенем стійких інтелектуальних порушень характеризується уповільненістю, нестійкістю, неточністю під час необхідності відтворення певних подій. Найбільш нерозвиненим є логічне опосередковане запам'ятовування. У той же час механічна пам'ять може бути збережена і навіть досить непогано сформована. У більшості випадків цими дітьми запам'ятовуються лише зовнішні ознаки предметів і явищ; викликають значні труднощі пригадування внутрішніх логічних зв'язків і узагальнених мовленнєвих висловлюваннях.

Емоції недостатньо диференційовані, неадекватні. Вони не відповідають значним змінам, які відбуваються навколо і з самою розумово відсталою людиною. Характеризуються нестійкістю, недостатньо диференційовані; часто бувають неадекватними, непропорційні впливам зовнішнього світу за своєю динамікою. Дуже важко і повільно у цієї категорії дітей формуються вищі почуття: гностичні, моральні, естетичні тощо. Слабкість мислення гальмує їхнє формування. Такі почуття, як совість, честь, відчуття відповідальності, патріотизм можуть сформуватись лише шляхом цілеспрямованого виховання.

Не дивлячись на те, що такі діти оволодівають поведінковими нормами, їхні рольові функції у суспільстві досить обмежені. Це особливо чітко видно на сучасному етапі розвитку спільноти, де кількість ролей, якими повинна оволодіти людина, є значною, що в деяких випадках обмежує здатність осіб з легким ступенем стійкого інтелектуального порушення адаптуватись у соціальному середовищі. Несамостійність, підвищена навіюваність і здатність до наслідування часто призводить до того, що поведінка перебуває у значній залежності від прагнень і афектів, від безпосередніх обставин, в яких перебуває розумово відсталий суб'єкт.

Психомоторний недорозвиток проявляється в уповільненні темпу розвитку локомоторних функцій, у непродуктивності і недостатній доцільності рухів, у руховій тривожності, неадекватній руховій активності. Рухи в цілому недостатньо плавні, рухові режими характеризуються бідністю, непластичністю, інертністю. Спостерігається наявність рухових штампів. Значні труднощі виникають під час дрібної моторної активності, а також під час використання жестикуляції і міміки.

Більшість з них досягають цілковитої самостійності в навичках самообслуговування (харчування, одягання, особистої гігієни) навіть якщо темп розвитку цих функцій значно повільніший, ніж у дітей з нормальним психофізичним розвитком. Головні труднощі зазвичай проявляються під час навчання в школі, де в багатьох з них

виникають проблеми з читанням і письмом. Проте за відповідної підтримки та допомоги діти з легким ступенем розумової відсталості можуть оволодіти базовими навичками догляду за собою, їхня відсталість може бути значною мірою компенсована.

Взагалі, в осіб з легким ступенем розумової відсталості поведінкові, емоційні та соціальні проблеми і в зв'язку з ними потреба в терапії і підтримці більше нагадують проблеми людей з нормальним рівнем інтелекту, ніж специфічні проблеми осіб з помірним і важким ступенями розумової відсталості.

**Помірний ступінь розумової відсталості – F71 (помірна розумова субнормальність, помірна олігофренія, імбецильність)**

Коефіцієнт інтелекту (IQ) за стандартними тестами для цієї групи знаходиться в межах від 49 до 35 одиниць. Помірна розумова відсталість – це середній ступінь психічного недорозвитку, що характеризується несформованими пізнавальними процесами. Мислення у таких дітей конкретне, непослідовне, інертне і, як правило, не здатне до утворення абстрактних понять.

Особи з таким ступенем розумової відсталості мають відставання в розвитку розуміння та використання мовлення, їхні можливості у цій сфері обмежені. Мовлення починає формуватись у віці 3-5 років, супроводжується дефектами. Словниковий запас досить бідний, складає приблизно 200-300 слів. Активний словник значно менший, ніж пасивний, але використання з пасивного словника слів дітьми даної групи спостерігається досить рідко. Ці діти краще розуміють звернене мовлення. Самостійно побудувати складну мовленнєву конструкцію не можуть; здатні повторити мовленнєві висловлювання інших.

Розвиток навичок самообслуговування та функцій рухового апарату також відстає, таким людям впродовж всього життя потрібна допомога і контроль. Рухи уповільнені, вайлуваті, що стає перешкодою для формування навичок бігу і не дозволяє декому з них навчитись стрибати. Моторна недостатність спостерігається практично у всіх дітей даної групи. Вони мають значні труднощі при переключенні рухів, швидкої зміни поз і дій. Якщо дитина має значні порушення моторики у вигляді паралічів і парезів – формування навичок самообслуговування, санітарно-гігієнічних навичок вимагає значної затрати енергії з боку педагогів. Найбільш часто виникають труднощі у випадку необхідності виконання дій, які вимагають диференційованих рухів пальців.

Також спостерігаються значні порушення уваги. Вона швидко розсіюється, діти повільно концентруються, часто відволікаються на другорядні ознаки, не вміють довго її утримувати на одній



діяльності. Слабка активна увага перешкоджає досягненню будь-якої поставленої мети, навіть елементарної. Увага зразу ж відволікається, якщо така дитина починає відчувати під час виконання тих чи інших операцій навіть елементарні труднощі. В деяких випадках спостерігаються парадокси – неможливість відволікти дитину на інший подразник. Інколи це зустрічається у випадках, якщо діяльність, якою вона зайнята, викликає у неї емоційно-позитивні реакції.

Описуючи пам'ять дітей цієї категорії, необхідно відмітити, що вона у них формується досить повільно, матеріал запам'ятовується лише після багаторазових повторень, швидко забувається. Знання погано використовуються на практиці. М.І.Соловйов вказує, що причина цього полягає в недосконалої замикаючої функції кори головного мозку, яка обумовлює малий обсяг і уповільненість темпу формування нових умовних зв'язків, їхню недовговічність. Логічна і механічна пам'ять знаходиться на однаково низькому рівні. Діти не можуть запам'ятати назви предметів, пригадати, про що йшлося на попередньому занятті. Але поряд з цим у деяких з них відмічають випадки надзвичайно розвиненої пам'яті на цифри, дати, події, імена тощо (так звана гіпертрофія пам'яті).

Досить яскраво недоліки мислення проявляються у цієї категорії дітей при формуванні у них навичок читання, письма, рахунку. Вихованці не здатні зрозуміти прочитане (хоч інколи навчаються технічно правильно відтворювати текст), допущені помилки ними не помічаються, і, отже, не виправляються. Вони можуть навчитись рахувати у межах 10, інколи в межах 100 на наочному матеріалі, але абстрактний рахунок, навіть у межах першого десятка їм у більшості випадків недоступний.

Поряд з порушеннями абстрагування та узагальнення у цих дітей спостерігаються слабкість регулюючої функції мислення. Вони не вміють своєчасно користуватись вже засвоєними діями, не обдумують свої вчинки, не передбачають результат. У них не виникає сумнівів у правильності своїх дій, вони не думають про те, що їхні вчинки можуть бути неправильними або антисоціальними.

Слабкість регулюючої функції мислення не дозволяє цій категорії дітей виділити у матеріалі суттєве і відкинути другорядне, різко знижує якість пам'яті. Недостатнє орієнтування й усвідомлення матеріалу призводить до того, що він запам'ятовується у суто випадкових співвідношеннях. Ці діти повільно утворюють логічні зв'язки і, як правило, краще запам'ятовують те, що безпосередньо пов'язується з задоволенням їхніх фізіологічних потреб. Вони не вміють цілеспрямовано та усвідомлено пригадувати матеріал. Характеризуючи особливості пам'яті цієї категорії суб'єктів Б.І.

Пінський, І.М. Соловійов, В.А. Сумарокова та інші відмічали, що “інформація так тісно вплітається, включається в наявний, мало впорядкований досвід дітей з важкими інтелектуальними вадами, що виділити, вичленити, дістати сприйняту інформацію їм буває надзвичайно важко, а в деяких випадках і неможливо. Знання і навички не актуалізуються у потрібний час”.

Повністю незалежне проживання дорослої людини з помірною розумовою відсталістю здебільшого неможливе. Проте такі люди цілкомовито мобільні та фізично активні. Більшість з них здатні встановлювати контакти, спілкуватись з іншими людьми, бути залученими до простих соціальних дій.

***Тяжкий ступінь розумової відсталості – F72 (тяжка розумова субнормальність, тяжка олігофренія, тяжка імбецильність)***

Коефіцієнт інтелекту IQ за стандартними тестами для цієї групи у межах від 34 до 20 балів. Ця категорія дітей подібна до групи дітей з помірною розумовою відсталістю за клінічною картиною та ознаками органічного ураження центральної нервової система. Так само, як і для осіб з помірною розумовою відсталістю, для цих суб’єктів характерним є низький рівень засвоєння різних навичок. Для них притаманні низькі рівні функціонування. У більшості з них спостерігаються низький рівень розвитку моторики, порушення координації рухів, наявність інших відхилень, які обумовлені органічними порушеннями головного мозку. Моторна невмілість іноді носить такий характер, що їм потрібно значно більше часу для оволодіння навичками самообслуговування і санітарно-гігієнічними навичками. Частині з них навіть після тривалих тренувань не вдається оволодіти такими дрібними рухами, як застібання гудзиків, шнурування, накладання одного предмета на інший тощо. Оскільки формування навіть елементарних знань з рахунку, письма, читання не дає навіть елементарних просувань у даному напрямку, то робота з ними зводить до розвитку і простого тренування необхідних навичок самообслуговування та санітарно-гігієнічних навичок, навичок соціальної адаптації і виконання елементарних трудових операцій. Частина дітей цієї групи не вміють самостійно пересуватись. Дефекти моторики супроводжуються значними відхилення у будові черепно-мозкової коробки, опорно-рухового апарату, патологічного розвитку кінцівок, порушенням функціонування шкіри та органічними відхиленнями у функціонуванні внутрішніх органів, диспластичною тілобудовою, дисгенетичними ознаками тощо.

Педагоги повинні враховувати і те, що самостійно використати навіть натреновані знання діти цієї категорії в більшості випадків не

зможуть. При формуванні навичок соціалізації необхідно мати на увазі, що у дітей цієї групи не має достатнього для спілкування словникового запасу. У своєму мовленні вони використовують лише найбільш знайомі слова і мовленнєві штампи, заучені граматичні конструкції, часто при цьому не усвідомлюючи їхнього змісту. При спілкуванні використовують додаткові невербальні форми комунікації – жести, міміку, окремі звуки, якими висловлюють свої бажання і потреби. Краще йдуть на контакт зі знайомими людьми, завдяки чому після тривалих тренувань у них вдається сформувати елементи соціалізованих емоцій.

Спостерігається значне порушення вищих психічних функцій. Вони запам'ятовують лише ту діяльність або ті явища чи процеси, які викликають у них позитивні емоційні переживання. Увага не концентрується, вони можуть відволікатись на будь-які, навіть незначні і другорядні подразники. Сконцентрувати увагу надзвичайно складно. У кращому випадку, після тривалих занять можна зацікавити таку дитину якоюсь певною діяльністю на декілька (3-5) хвилин. Абстрактне мислення практично відсутнє. Вони не можуть зробити навіть елементарних висновків або узагальнень. Як правило, інтелектуальні порушення супроводжуються вираженою неврологічною патологією: паралічами, парезами, гіперкінезами.

Принципова відмінність між помірною і тяжкою розумовою відсталістю полягає в тому, що останні страждають на виражені моторні відхилення або інші клінічні прояви, що свідчать про значне органічне ураження. Такі відхилення, які притаманні даній категорії осіб, не дозволяють їм самостійно жити у соціальному середовищі.

***Глибокий ступінь розумової відсталості – F73 (глибока розумова субнормальність, глибока олігофренія, ідіотія)***

Коефіцієнт інтелекту IQ у цієї категорії суб'єктів нижчий від 20, що означає, що такі особи є дуже обмеженими щодо можливостей розуміти або виконувати інструкції. Більшість з них є малорухомими або значно обмеженими в моторних можливостях, страждають на хронічні захворювання внутрішніх органів, енурез, емпокрес тощо. Потреби і дії мають примітивний характер, рухові реакції хаотичні, нецільспрямовані, спостерігаються явища гіперкінезу, інколи виникає моторне збудження без будь-яких причин і наявності зовнішніх подразників.

При даній патології повністю відсутня пізнавальна діяльність. Вони ніяк не реагують на оточуючих, навіть сильним звуком і яскравим світлом не можна привернути їхню увагу і утримувати її хоча б деякий час. Вони не здатні до будь-яких диференціацій. Часто не впізнають рідних, близьких, реагують лише на тих людей, які постійно працюють з ними. Такі глибокі порушення визначаються

як нездатність утворювати, нові зв'язки, робити навіть елементарні висновки й узагальнення.

Вони здатні розуміти лише прості форми невербального спілкування, в основі яких лежать реакції отримання задоволення, не можуть опанувати елементарними навичками самообслуговування, не вміють піклуватись про себе і потребують постійної допомоги, опіки і контролю. Окремі з них можуть навчитись самостійно їсти. Розуміння мовлення в кращому випадку обмежується розумінням і виконанням окремих команд, інструкцій, які дають їм ті люди, що задовольняють їхні потреби, вмінням за допомогою звуків просигналізувати про необхідність нагальної допомоги.

Частина з них може частково навчитись орієнтуватись у навколишньому просторі, адже органи чуттів (зір, слух) у них можуть бути не порушеними. На основі збережених аналізаторних систем вдається у деякого з них сформувати елементарні санітарно-гігієнічні навички і навички самообслуговування, про які вони можуть просигналізувати і при виконанні яких має бути присутність дорослого. При цьому з боку дорослого проводиться постійний контроль і допомога у виконанні необхідних дій.

У них порушені смакові і нюхові відчуття, в результаті чого вони можуть їсти неїстівні предмети і практично не реагувати на різкі запахи. Вони не відрізняють гаряче від холодного, не мають уявлення про глибину і висоту.

Емоційні реакції у них практично відсутні. Емоції не є показником стану такої дитини. Про її стан не можна зрозуміти за виглядом її обличчя, за позою, за рухами. Така дитина може перейти з одного стану в інший (від ейфоричного до дисфонічного, або навпаки) без жодних зовнішніх подразників, які б до цього її стимулювали. Вольові якості у будь-яких проявах відсутні.

У них часто виникають афективні спалахи, які проявляються у прагненні нанести собі рани (аутоагресія). Під час таких спалахів вони можуть битися головою об стіну, кусати собі руки, бити п'ятами об підлогу, викручувати пальці тощо. Через пониженою більшову чутливість такі рани не викликають у них дискомфорту. Одні з них апатичні, повільні, інші, навпаки, злобливі, агресивні, дратівливі.

Привертає увагу таке твердження: 15% випадків розумової відсталості можна попередити [6]. Саме тому реальний масштаб проблеми – важкий тягар, що лягає на плечі сімей осіб з розумовою відсталістю, на медичні установи, ціна медичного забезпечення та соціальної підтримки – усе це потребує зусиль у напрямку розробки та створення ефективної профілактичної програми.

**Список використаних джерел**

1. Дробинская О.А. Диагностика нарушений развития у детей: клинические аспекты / О.А.Дробинская. – М.: Школьная пресса, 2006.
2. Голдберг Д. Психиатрия в медицинской практике / Д.Голдберг, С.Бенджемин, Ф.Крид. – К.: Сфера, 1999.
3. Коркина В.М. Психиатрия / В.М.Коркина, Н.Д.Лакосина, А.Е.Личко. – М.: Медицина, 1995.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. – К.: Факт, 1999.
5. Русских В.В. Олигофрени и смежные формы / В.В.Русских. – М.: Медучпособие, 1969.
6. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. – Geneva: World Health Organization, 1992.

In this paper the psychological-pedagogical characteristics of mental retardation by the degree of intellectual disorders: easy, moderate, severe and profound; described diagnoses of mental retardation in accordance with the 10 th revision of International Classification of Diseases, adopted by WHO.

**Keywords:** light, moderate, severe, profound mental retardation, International Classification of Diseases, the degree of intellectual disorders.

*Отримано: 8.07.2010*

**УДК 159.947**

*Н.М. Гончарук*

## **Психологічні прийоми розвитку волі**

У статті розглянуто проблему формування системних вольових якостей особистості: визначено їх особливості та розкрито основні прийоми самовиховання волі.

**Ключові слова:** базальні та системні вольові якості; інтелектуальна регуляція вольового акту, мотиваційна саморегуляція, організаційні прийоми, фронтальні прийоми.

В статье рассмотрена проблема формирования системных волевых качеств личности: определены их особенности и раскрыты основные приемы самовоспитания воли.