

2. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес та психічний розвиток особистості. – К.: Радянська школа, 1989. – 420 с.
3. Загальна психологія: курс лекцій / авт. О. Скрипченко та ін. – К., 1997. – 436 с.

The questions of psychological study of moral qualities are revealed in the article. The author of the article pays attention to the research of constituents of becoming of moral qualities at mentally retarded pupils.

Key words: psychological study, moral qualities, mentally retarded pupils.

Отримано: 05.03.2009

УДК 159.922.762

О.В. Гаврилов

Розумова відсталість як психолого-педагогічна проблема

У статті зроблена коротка характеристика особливостей психічного розвитку розумово відсталих дітей прогресивної та непрогресивної груп.

Ключові слова: розумова відсталість, олігофренія, деменція.

В статье дана краткая характеристика особенностей психического развития умственно отсталых детей прогрессивной и непрогрессивной групп.

Ключевые слова: умственная отсталость, олигофрения, деменция.

Розумово відсталі діти утворюють дві досить різноманітні групи, стійке інтелектуальне порушення яких обумовлюється олігофренією або дементними патологіями.

Під олігофренією (від грецького *oligos* – малий, незначний, *phren* – розум) розуміють групи збірних стійких не прогресуючих патологічних станів з різною етіологією, але які об'єднуються за подібністю основної, головної клінічної картини спадкової, вродженої або набутої розумової відсталості, яка виражається загальним психічним недорозвитком з перевагою інтелек-

туального дефекту і труднощами соціальної адаптації [3, 549]. У дефектології під олігофренією розуміють форму психічної недорозвиненості, що виникла внаслідок ураження центральної нервової системи (насамперед кори головного мозку) у пренатальній (внутрішньочеревній), натальній (під час пологів) або постнатальній (на ранніх етапах прижиттєвого розвитку, як правило до 3-х років) періоди [5, 62].

Недорозвиток інтелекту – найбільш яскравий клінічний прояв олігофреній, але при цьому необхідно розуміти, що низька інтелектуальна здатність у цьому випадку є лише частиною загального психічного недорозвитку особистості, тому для неї притаманні виражені у різному ступені емоційні, вольові, мовленнєві і рухові порушення.

Основний прояв олігофренії – психічний недорозвиток – залежно від її форми може поєднуватись з різними фізичними, неврологічними, психічними, біохімічними, ендокринними та іншими порушеннями. Олігофренії не є хворобою у повному розумінні цього слова. Це не хвороботворний процес, а патологічний стан – результат минулого негативного впливу того чи іншого хвороботворного фактору, який викликав у першу чергу порушення і затримку розумового розвитку [3, 549].

Олігофренія у своїй основі містить дифузне ураження кори півкуль головного мозку. На основі дифузного ураження кори півкуль головного мозку виникає патологічне порушення вищої нервової діяльності. У дітей з цією патологією в більшості випадків порушується сила нервових процесів, причому в першу чергу послаблюється активне, внутрішнє гальмування. При деяких формах олігофреній має місце значне порушення рівноваги між процесами збудження і гальмування, причому у одних дітей переважають процеси збудження, в інших – пасивне зовнішнє гальмування. Але особливо характерною ознакою олігофренії є порушення рухливості нервових процесів, що призводить до того, що виникаючі умовні зв'язки стають інертними, а виникнення нових зв'язків значно утруднюється. Всі ці особливості нейродинаміки і призводять до порушення процесів узагальнень і абстрагувань й різко утруднюють формування складних видів розумової діяльності [4, 39].

Залежно від причин виникнення олігофренії можуть поділятися на декілька форм. Вроджена олігофренія може бути

пов'язана з порушеннями хромосомного набору, білкового обміну в організмі (фенілкетонурія), з несумісністю крові матері та дитини (резус-фактор) тощо.

На перших етапах прижиттєвого розвитку дитини олігофренія виникає внаслідок запальних захворювань головного мозку, які вона перенесла (менінгіти, менінго-енцефаліти при різних вірусних інфекціях, що вражають мозок), а також як результат травматичних пошкоджень головного мозку. Аналізуючи розвиток дитини-олігофрена, враховують, що хворобливі процеси в її головному мозку припинилися й дитина здатна до поступального пізнавального розвитку, хоча і з досить серйозними труднощами, які зумовлені тим, що він відбувається на ушкодженій, патологічній біологічній основі.

У ході клінічних досліджень встановлено, що при олігофренії кора великих півкуль мозку вражена дифузно, тобто анатомічні зміни мають місце не на окремих її ділянках, а поширені на всю кору. Це не виключає поєднання дифузного ураження кори з її локальними пошкодженнями, що в деяких випадках зачіпають і підкіркові зони. Все це зумовлює різноманітні порушення розвитку пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери дітей-олігофренів. Проте загальною ознакою для всіх таких дітей є переважний недорозвиток складних форм вищої нервової діяльності, головним чином таких функцій мислення, як абстрагування (здатність до уявного виділення з усіх ознак, властивостей, зв'язків конкретного предмета, саме тих, які є основними, найзагальнішими, відокремлення їх від інших) та узагальнення (здатність до уявного об'єднання загальних властивостей предметів та явищ).

З цим головним психологічним симптомом олігофренії, фізіологічною основою якої, як ми вже зазначали, є значне порушення динаміки нервових процесів у дифузно ушкодженій корі головного мозку, пов'язані й інші недоліки пізнавальної діяльності – неточність, уповільненість, вузькість сприймання, недорозвиненість різних функцій мовлення, порушення довільної уваги, пам'яті (як механічної, так і логічної та довільної). Все це зумовлює характерне для дітей-олігофренів значне порушення здатності до розуміння та засвоєння інформації. Найбільші труднощі виникають у олігофренів під час передачі інформації у словесній формі, а також у тих

випадках, коли необхідно зробити відносно самостійні висновки, встановити зв'язки між окремими об'єктами та явищами.

Загальна недорозвиненість пізнавальної діяльності в різних категорій дітей-олігофренів може поєднуватись із порушенням працездатності, цілеспрямованості розумової та практичної діяльності, своєрідністю поведінки. Деяким дітям притаманна патологічна збудливість, імпульсивність; іншим навпаки – надмірна загальмованість, інертність, в'ялість. Ці відмінності спричинені неврівноваженістю нервових процесів збудження та гальмування, патологічним переважанням одного над іншим.

Для всіх олігофренів характерна певна недорозвиненість емоційно-вольової сфери, якостей особистості, бідність емоційних переживань (особливо складних вищих, наприклад, етичного, естетичного змісту), слабкість вольових зусиль, зниження критичності та самокритичності, самостійності. Здебільшого ці недоліки є вторинними відхиленнями розвитку, але окремі з них при деяких якісно своєрідних формах олігофренії можуть бути спричинені безпосередньо додатковими локальними ураженнями в тих чи інших кіркових та підкіркових зонах головного мозку. Так, поєднання дифузного ураження кори з підкірковими призводить до таких форм олігофренії, за яких загальна інтелектуальна недорозвиненість ускладнюється психопатичними проявами в поведінці: грубістю, нестриманістю, розгальмованістю потягів, неспроможністю контролювати власну поведінку. А якщо на фоні дифузного ураження кори головного мозку переважно недорозвинені її лобні, долі спостерігається своєрідна картина олігофренічного розвитку з особливо яскравими порушеннями якостей особистості: нестійкістю мотивів поведінки, різким зниженням критичності та самокритичності. Ураження лобних відділів мозку зумовлює й своєрідні грубі порушення моторної сфери – діти дуже незграбні, у них значно утруднене виконання рухів довільно та за інструкцією. Ті або інші порушення моторики та загального фізичного розвитку характерні для більшості дітей-олігофренів.

На підставі якісного аналізу своєрідності порушеного розвитку при різних формах олігофрени М.С. Певзнер розробила чітку класифікацію олігофреній, що має важливе значення для

здійснення диференційованого та індивідуального корекційного підходу до таких дітей у процесі їх навчання та виховання. За цією класифікацією розрізняють чотири форми олігофренії.

1. Основна, неускладнена, яка характеризується дифузним, але відносно поверховим ураженням кори півкуль головного мозку, що призводить до олігофренічної недорозвиненості всієї пізнавальної діяльності; при цьому не спостерігається значних додаткових порушень у діяльності органів чуття, в емоційній, вольовій, моторній, мовленнєвій сферах, немає патологічної неврівноваженості процесів збудження та гальмування.

2. Поєднання недорозвиненості пізнавальної діяльності з вираженими нейродинамічними розладами:

а) з патологічним переважанням збудження над гальмуванням, коли в корекційній роботі особливу увагу слід приділити формуванню в дитини вміння зосереджуватись на завданні, довільно гальмувати свої імпульсивні дії, діяти цілеспрямовано і планомірно, спочатку разом з учителем, а надалі – на основі зразка, самоінструкцій тощо;

б) з патологічним переважанням гальмування над збудженням. Такі діти виявляють млявість, уповільненість у різних видах діяльності та поведінці в цілому, тому їх слід постійно активізувати ззовні, враховуючи також, що темп їхніх дій не збігається з темпом роботи класу чи групи.

3. Поєднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з додатковими порушеннями мовного розвитку (як моторної, так і сенсорної його сфер) або просторового сприймання (що зумовлює, зокрема, значні додаткові утруднення в засвоєнні арифметичного матеріалу, навіть найпростіших лічильних операцій, числових уявлень). У таких випадках слід індивідуалізувати та диференціювати вимоги шкільних програм щодо засвоєння навчального матеріалу з мови або математики та деяких інших предметів, наприклад, географії в старших класах. Необхідно також вести з такими дітьми додаткову спеціальну корекційну роботу, зокрема логопедичну.

4. Поєднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з порушеннями особистості в цілому. Як уже зазначалося, це спостерігається за наявності в дитини-олігофрена локальних ушкоджень лобних відділів головного

мозку, що, крім різкої зміни в системі потреб та мотивів, негативно відбивається на розвитку моторики. Є також олігофрени з явно вираженими психопатичними формами поведінки, патогенетичною основою чого є локальні порушення підкірки [5].

Для олігофреній характерна відсутність прогресивності, що виражається перш за все у тому, що неповноцінна інтелектуальна діяльність олігофренів, як правило, не зростає, не збільшується, не прогресує. Навпаки, деякі дослідники зазначають, що при олігофренії можливий певний прогрес розвитку не лише емоційно-вольової сфери і особистісних якостей, навичок соціалізації і адаптації, а й деякий, хоч і незначний, розвиток інтелектуальних здібностей. У цьому принципова відмінність олігофреній від дементного слабоумства з його прогресивністю і тенденцією до постійного погіршення психічного стану суб'єкта.

Особливу групу складають діти, які мають залишкові явища перенесених парайнфекційних енцефалітів. Із окремих інфекцій частіше всього дають парайнфекційний енцефаліт важкий грип, малярія, скарлатина, кір, запалення легенів, тривалі кишкові захворювання. Залишкові психічні порушення, які зустрічаються після перенесених парайнфекційних енцефалітів, бувають надзвичайно різноманітними. Частіше всього ці порушення характеризуються психопатоподібними станами.

У тих випадках, коли наслідки парайнфекційних енцефалітів призводять до порушення поведінки у поєднанні зі зниженням інтелекту, діти потребують спеціально створених умов навчання і виховання. Ступінь зниження інтелекту при таких патологіях може варіюватись від легкої до глибокої розумової відсталості. При формах розумової відсталості, які виникають внаслідок перенесених парайнфекційних енцефалітів на більш пізніх етапах розвитку дитини, частіше зустрічається своєрідність структури дефекту, де поєднуються різноманітні відхилення, наприклад, порушення працездатності з мовленнєвими патологіями, руховими розладами і порушеннями поведінки.

Своєрідну групу складають і діти з розумовою відсталістю після перенесених травматичних ушкоджень головного мозку. Психічні відхилення після травми головного мозку виникають

як у період загострення, так і у вигляді більш віддалених її наслідків. Характер ушкодження мозку при травмах може бути різноманітний. У одних випадках мова йде про струс мозку, що призводить до змін кровообігу і механічного ушкодження нервових елементів. У інших випадках має місце гематома мозку, тобто більш грубе порушення мозкової тканини.

Віддалені і стійкі порушення, обумовлені травмами, надзвичайно різноманітні. Характерною особливістю травматичної розумової відсталості є поєднання різного ступеня розумового недорозвитку з порушеннями працездатності. Ці діти на найбільш прості та елементарні або доступні для них запитання можуть дати правильну відповідь і тут же абсолютно неправильну; у процесі письма можуть забути вже вивчені ними літери, арифметичні знаки, при читанні перескакують з одного слова на інше, пропускають цілі рядки або абзаци, недописують, подвоюють склади.

Поведінка таких дітей характеризується руховою розгальмованістю, вони неухважні, повільно реагують на зміни оточуючої обстановки. Звикають до постійного розташування предметів і у випадку деяких змін розгублюються. Втрачаючи усвідомлення оточуючої обстановки, збуджуються, у них виникають афективні спалахи. Такі діти страждають на порушення працездатності. Причому потрібно вказати і на те, що такі порушення досить складно прослідкувати і, відповідно, врахувати у процесі проведення корекційної роботи.

У певній категорії дітей розумова відсталість обумовлюється дементними патологіями, які носять не стійкий, а прогресуючий характер. Деменція (від латинського *dementia* – безумство) – це стійке і, як правило, безповоротне послаблення інтелектуальної діяльності у поєднанні з розладами пам'яті і емоційно-вольової сфери. У дитячому віці може виникати внаслідок органічних уражень мозку, викликаних травмами, гематомами, запаленнями, а також при епілепсії і шизофренії. Розмежування деменції і олігофренії у дитячому віці викликає труднощі, тому що будь-яке порушення мозкової діяльності призводить не лише до розпаду сформованих уже функцій, але й до відставання психічного розвитку в цілому.

Специфіка інтелектуального дефекту при деменції полягає у нерівномірності недостатності пізнавальної діяльності. Діти, які страждають на дементні хвороби водночас мають значний

запас знань, накопичених у період нормального розвитку, але вони практично не здатні ними користуватись внаслідок порушення пам'яті, уваги, розумової працездатності. Для них притаманна загальна рухова розгальмованість, крайня недостатність довільності поведінки.

До категорії дітей, які мають прогредієнтну розумову відсталість віднесені й ті з них, які страждають на плинні захворювання, обумовлені спадковим порушенням обміну речовин. Ці діти безупинно деградують, і їхня розумова відсталість з роками стає все більш різко вираженою.

Особливими є випадки, при яких у дитини інтелектуальний недорозвиток поєднується з плинними психічними захворюваннями – епілепсією, шизофренією. Тут поряд з інтелектуальними порушеннями на перший план виходять значні відхилення розвитку емоційно-вольової сфери і особистості дитини в цілому.

Епілепсія – хронічне захворювання, викликане ураженням центральної нервової системи, проявляється різноманітними пароксизмальними станами і досить частими змінами особистості. При несприятливому плинні призводить до так званої епілептичної розумової відсталості. Захворювання може виникнути у будь-якому віці, але найчастіше початок розвитку епілепсії припадає на вік до 20 років. Це досить поширений патологічний стан (за даними різних авторів епілепсією страждають від 1 до 5 осіб на 1000 населення) [2, 354]. Епілепсія є поліетіологічним захворюванням, до її виникнення можуть призвести різноманітні шкідливі фактори, які діють під час внутрішньочеревного розвитку і під час пологів, так і постнатально, особливо у ранні роки життя (травми, інфекції, інтоксикації).

Найбільш характерною ознакою епілепсії є припадок. Під припадком розуміють раптово виникаючий, чітко обмежений у часі хвороботворний стан, який багаторазово повторюється. У спеціальній літературі виділяють малий епілептичний припадок, великий епілептичний припадок і епілептичний статус.

Малі епілептичні припадки (*petit mal*) характеризується короткочасним виключенням свідомості (1-2 секунди) без падіння. У більшості випадків вони супроводжуються вегетативною реакцією і незначним судомним компонентом. Ці малі припадки надзвичайно різноманітні за своїми проявами: у

деяких випадках вони характеризуються заочуванням очей і судомними рухами вік з мимовільною утратою свідомості; іноді супроводжуються лише незначним оглушенням і зупинкою погляду. В окремих випадках зустрічаються так звані абсанси (від французького *absense* – відсутність) – надзвичайно короточасне виключення свідомості без будь-якого судомного компоненту. Також зустрічаються атипові припадки, які проявляються у певних рухових реакціях: діти виконують автоматичні дії, біжать вперед, кружляють на місці тощо [1, 355].

Великий епілептичний припадок (*grand mal*) ділиться на декілька стадій: передвісників, аури, фази тонічних і клонічних судом, постприпадочної коми, яка переходить у сон. Починається він або раптово, або після передвісників: головний біль, відчуття дискомфорту, дратівливість, зниження настрою. Аура – це вже початок самого припадку, але свідомість ще не виключена. Тому найчастіше аура залишається у пам'яті такої людини. Прояви аури різноманітні, але у одного і того ж хворого вона завжди однакова. Аура спостерігається у 38-57% хворих [2, 128].

Потім настають тонічні судоми. Людина втрачає свідомість, падає, відбувається тонічне напруження довільної мускулатури, інколи людина прикушує язик. Під час падіння суб'єкт видає певний крик, обумовлений проходженням повітря через звужену голосову щілину при здавлюванні грудної клітки тонічною судомою. Зупиняється дихання, настає блідість шкіри, яка поступово змінюється ціанозом, у деяких випадках спостерігається неконтрольоване сечовиділення і дефекація. Зіниці не реагують на світло. Тривалість тонічної фази не більше 1 хвилини.

Настає клонічна фаза, яка проявляється у клонічних судомах. Відновлюється дихання, з рота починає виділятися піна, іноді через прикус язика – червоного кольору. Людина згинається, стає подібна до коромисла, опираючись на п'яти і голову, її починає бити судом. Тривалість цієї фази 2-3 хвилини. Поступово судоми затихають, людина переходить до коматозного стану, який трансформується у сон.

Іноді судомні припадки відбувають підряд, ідуть один за одним без прояснення свідомості у період між ними. Цей патологічний стан називається епілептичним статусом (*status epilepticus*), є досить небезпечним для життя (набухання і

набряк мозку, пригнічення дихального центру аж до зупинки діяльності легенів, асфіксія) й вимагає негайного надання медичної допомоги.

Не зважаючи на те, що епілепсія виникає у дитячому віці, досить часто її діагностика, особливо на початку, надзвичайно складна. У дітей через підвищену потребу в кисні, який необхідний мозку, лабільності кальцинованого обміну, підвищеної гідрофільності колоїдів мозку легко виникають судомні стани, які нічого спільного з епілепсією не мають. Так, наприклад, судомні випадки у дітей можуть виникати при глистній інвазії, захворюванні дихальних шляхів, кишкових інтонсикаціях, підвищенні температури тощо.

Дитяча епілепсія важка для діагностики і ще й тому, що рідко починається з типових великих епілептичних випадків. Захворювання частіше всього починається з абсенсів, малих випадків, різного роду атипичних, рудиментних випадків і лише поступово виникає великий випадок.

Епілепсії у дітей характеризуються більш злоякісними проявами і частіше призводять до зниження інтелекту і різноманітних відхилень мовлення.

Інтелектуальні здібності дітей з епілепсією характеризується загальмованістю протіканням всіх психічних процесів. Ці діти апатичні, безініціативні, повільні, важко переключаються з виконання одного завдання на інше. У них поступово збільшується рухова активність, рухова стурбованість, надзвичайно збільшується розсіяність уваги, неможливість навіть нетривалої її концентрації. Мовлення теж уповільнюється. Ці діти важко підбирають потрібні слова, вставляють у своє мовлення слова-паразити (“ну”, “це”, “м-да”, “ну як його”). Особливо чітко проявляються порушення мислення. Вони не розуміють змісту розповіді, не дотримуються навіть елементарних норм спілкування. Через надзвичайну конкретність свого мислення не можуть утворити навіть елементарних зв'язків, провести узагальнення. Не усвідомлюють прихованого змісту казок, розповідей, приказок. Мислення таких дітей стає інертним, все більше набуває рис конкретно-описового, знижується пам'ять, обмежуються словниковий запас, з'являється олігофазія. Дитина оперує лише незначною кількістю слів, стандартними виразами, використовує штамповані фрази.

Розлади настрою частіше всього проявляються у дисфорічних станах. У такі періоди вони всім незадоволені, грубі і дратівливі, у них виникають іпохондричні стани, іноді навіть марення даного напрямку. До пригніченого стану в окремих випадках додається страх, який часто домінує у клінічній картині. Рідше виникають ейфоричні реакції.

Часто у дітей з епілепсією виникають помутніння свідомості у вигляді сутінкових станів свідомості. Свідомість такої дитини немов би концентрично звужується, й із всього багатогранного світу вона сприймає лише частину явищ і предметів, в основому ті з них, які її безпосередньо у цей час турбують. Крім зміни свідомості, у суб'єкта спостерігаються галюцинації і стани марення, які частіше всього мають страшний характер. Виникаючі при цьому ідеї марення і керують поведінкою такої дитини. У такому стані вони бувають надзвичайно агресивні, нападають на оточуючих, можуть наносити важкі каліцтва аж до вбивства, інколи тікають, ховаються, мають схильність до суїциду. Емоції в більшості випадків негативного плану: стан ярості, агресії, панічного страху, відчаю. Такі сутінкові стани свідомості виникають раптово, тривають від декількох годин до декількох днів і так само раптово закінчуються, причому дитина не пам'ятає всього того, що в цей час вона робила.

У дітей поступово формується так званий епілептичний характер, який має свої, притаманні лише цій групі розумово відсталих, риси. Коло інтересів такої дитини звужується, центром її уваги стає власне здоров'я і власні інтереси. Внутрішня холодність до оточуючих часто маскується показною ніжністю і привітністю. Такі діти стають педантичними, люблять повчати, називають себе справедливими, розуміючи її досить однобоко. В характері з'являється полюсність, легкий перехід від однієї крайності до іншої. Найбільш притаманна риса їхнього характеру – це схильність до значних проявів агресії і злоби. Афекти ярості надзвичайно яскраві. Поряд з цим їм властиві інертність, малорухливість емоційних реакцій, що проявляється у злопам'ятстві, “загальмованості” на образах, які є часто ними самими і придумані, мстивості.

Шизофренією (від древньогрецького *schizo* – розщеплення, *phren* – душа) позначають групу подібних психічних розладів незрозумілої етіології, у якої є спільні ендогенні патогенетичні механізми у вигляді спадкової аномалії, яка не проявляється до певного періоду життя. Без лікування характерне прогресує

суюче або приступоподібне протікання, яке завершується типовою картиною зміни особистості з дезорганізуючою складовою психічних функцій (мислення, емоцій, психомоторики – всієї поведінки в цілому) при збереженні пам'яті і набутих раніше знань.

Такий психічний розлад як окреме захворювання було виділено наприкінці ХІХ століття Є. Крапеліном під назвою “рання розумова відсталість”. Сама назва “шизофренія” була дана у 20-х роках швейцарським психіатром Е. Блейлером, який також розширив коло віднесених до неї психічних розладів і вказав на можливість позитивного результату виправлення цього відхилення за умови своєчасного його лікування.

Шизофренія – це захворювання, що призводить до глибоких змін особистості, психіки і в окремих випадках до розумової відсталості. Основним симптомом цієї патології є розщеплення психіки, розірваність асоціацій, зміна поведінки. Ці діти замкнені, з ними важко встановити контакт. Вони здаються для оточуючих незрозумілими, інертними, апатичними, не беруть участі в іграх, спільній дитячій діяльності, відгороджуються від оточуючих. Їхня працездатність різко знижена, часто вони можуть цілий день нічого не робити і це не викликає у них навіть елементарного дискомфорту. Протікання такої патології в дитячому віці різноманітне.

У підлітковому віці хвороба частіше всього протікає у вигляді окремого гострого приступу, який триває від 10 до 15 днів, від 1 до 2-3 місяців і може закінчитись видужуванням. У більш молодшому віці частіше спостерігається хронічна тривалість хвороботворного процесу, що може призвести до розумової відсталості. У цих випадках структура дефекту має ряд особливостей. На фоні загальної інтелектуальної недостатності чітко виступають зміни емоційно-вольової сфери. Діти повільні, інертні, багато з них перебувають у напівсонному стані, розсіяні, пасивні, немов би завжди втомлені. Їм притаманна тривала бездіяльність, вони часто відірвані від дійсності і живуть у світі своїх фантазій. По мірі протікання хвороботворного процесу фантазії стають все більш одноманітними, стереотипними, відірваними від реального світу. Ці діти позбавлені дитячої активності, життєрадісності.

Емоційні порушення починаються з наростанням холодності до рідних і близьких, відсутності реакцій на значущі для

них події, втрати минулих інтересів і захоплень. Прояв емоцій послаблюється і спрощується. Голос стає монотонним, без модуляції. Обличчя набуває гіпомімічності, втрачається тонка виразність міміки, її замінюють грубі викривлення гримас.

На початкових стадіях протікання патології порушення мислення взагалі не є помітними, але їх вдається помітити за допомогою пато психологічних методів дослідження у вигляді викривлення процесу узагальнення, яке відбувається за несуттєвими ознаками. Але поступово починає домінувати формальне порушення мислення, адже воно стосується не змісту думок, а самого мисленнєвого процесу, перш за все логічних зв'язків між думками, а у важких випадках навіть у середині однієї фрази. Коли це досягає крайності, їхнє мовлення стає розірваним, складається із сумбурного набору фраз. У більшості випадків такі порушення менш виразні: у вигляді “зісковзування” (нелогічного переходу від однієї думки до іншої), “неологізмів” (придумування нових, вичурних слів), схильності до пустого говоріння, безпідставних роздумів вголос, вичурності виразів, які раніше такій дитині не були притаманні. Для частини дітей з шизофренічною деменцією притаманні такі патології психіки, як абулія і аутизм.

Абулія (дослівно “відсутність волі”) характеризується падінням активності, бездіяльністю, втратою цікавості до будь-чого. У важких випадках суб'єкти з такою патологією не вміють себе обслужити, не дотримуються навіть елементарних санітарно-гігієнічних норм, можуть цілими днями лежати або сидіти в одній позі. У них відсутні будь-які прагнення до діяльності і в деяких випадках абулію ще називають “падінням енергетичного потенціалу”.

Аутизм – втрата контакту з оточуючими, замкнутість, відмежування від зовнішнього світу. Замкнутість – не завжди включається в число основних симптомів, оскільки може бути і при шизоїдній психопатії. Важливе виявлення цієї ознаки, якщо раніше вона була відсутня.

Отже, ми зробили коротку характеристику особливостей психічного розвитку розумово відсталих осіб, яка дає можливість спеціалістам у процесі проведення роботи враховувати їхній стан і підбирати адекватні заходи корекційного впливу.

Список використаних джерел

1. Дробинская О.А. Диагностика нарушений развития у детей: клинические аспекты. – М.: Школьная пресса, 2006.
2. Голдберг Д., Бенджемин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике. – К.: Сфера, 1999.
3. Коркина В.М., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. – М.: Медицина, 1995.
4. Книга для учителя вспомогательной школы / Под ред. Г.М.Дульнева. – М.: Просвещение, 1959.
5. Синьов В.М., Коберник Г.М. Вступ до спеціальності “Дефектологія”. – К.: Вища школа, 1995.

The article is devoted the short characteristics of features of psychological development children with mental backwardness progredient and no-progredient groups.

Key words: mental backwardness, oligofrenia, dementia.

Отримано: 17.02.2009

УДК 159.922.1

Т.В.Говорун

Соціально-економічні аспекти гендерної асиметрії

У статті представлено статистичні дані, які ілюструють гендерну диференціацію професійно-освітніх інтересів студентської молоді й соціально-економічного статусу чоловіків та жінок в Україні. Аналізується проблема суспільно-психологічних чинників, які стоять на перешкоді досягненню реального рівноправ'я статей.

Ключові слова: гендерна асиметрія, соціально-освітній рівень, суспільно-економічний статус, рівноправ'я статей.

В статье представлены статистические данные, иллюстрирующие гендерную дифференциацию профессионально-образовательных интересов студенческой молодежи и социально-экономического статуса мужчин и женщин в Украине. Анализируется проблема общественно-психологических факторов, которые являются преградой достижения реального равноправия полов.