

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «Клінічна психологія»
обов'язкових компонент освітньої програми першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №11: «Розумова відсталість»

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2022 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент, Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А

План лекції:

1. Поняття розумової відсталості.
2. Систематика розумової відсталості.
3. Клініко-психологічна характеристика розумової відсталості..
4. Патопсихологічна діагностика розумової відсталості..

Рекомендована література:**Основна:**

1. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с.
2. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2016, 368 с.
3. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. Для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с

Допоміжна:

1. Бітенський В. С., Горячев П. І., Мельник Е. В. та ін.; За ред. В. С. Бітенського. Психіатрія: курс лекцій: навч. посібник. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2014. 354 с.
2. Гальчук О.Я. Клінічна психологія : навчальний посібник. К.: Атї-ка, 2012. 216 с.
3. Кричківська Т.Д. Психологія аномального розвитку : навч. посіб. Ніжин. держ. ун-т ім. М. Гоголя. Київ : КНТ, 2016. 163с .
4. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.

Текст лекції.**Питання 1. Поняття розумової відсталості.**

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) цей розлад йде у розділі F70-F79 – **розумова відсталість**.

Розумова відсталість (олігофренія - недоумкуватість) - це вроджене або рано придбане (в перші три роки життя) слабоумство, яке виражається в недорозвиненні психіки в цілому, переважно інтелекту, понятійного мислення, внаслідок ураження головного мозку на ранніх етапах його розвитку або обумовлене спадковою неповноцінністю мозку.

У визначенні розумової відсталості входить не тільки субнормальне інтелектуальне функціонування індивіда, але також і субнормальний рівень його адаптивного функціонування. Адаптивне функціонування показує те, наскільки ефективно індивід справляється з вимогами повсякденного життя,

наскільки він здатний жити незалежно і дотримуватися загальноприйнятих суспільних стандартів.

Питання 2. Систематика розумової відсталості.

Підхід до систематики олігофренії є різним в залежності від того, розглядається ця аномалія розвитку з позицій ступеня вираженості дефекту, етіології, патогенезу або якісної клініко-психологічної структури.

За ступенем вираженості інтелектуального дефекту в МКХ-10 виділяються:

- Глибока розумова відсталість;
- Важка розумова відсталість;
- Помірна розумова відсталість;
- Легкий ступінь розумової відсталості.

За етіологією розрізняють:

- ендогенну форму розумової відсталості;
- екзогенну форму розумової відсталості.

Питання 3. Клініко-психологічна характеристика розумової відсталості.

1. Глибока розумова відсталість - F73 .

Являє найбільш важку ступінь розумової відсталості, при якій є грубий недорозвиток навіть функції сприйняття. Мислення, по суті, відсутнє. Власна мова представлена нечленороздільними звуками або набором декількох простих слів, що вживаються без узгодження. У зверненій мові сприймається не сенс, а інтонація. Хворі не впізнають людей, які доглядають за ними, не відрізняють істинного від неістинного, не мають уявлень про просторові відносини (наприклад, про висоту), рідко формуються уявлення про гаряче, гостре та ін. (можуть отримувати пошкодження, опіки). Елементарні емоції пов'язані з фізіологічними потребами (насиченням їжею, відчуттям тепла і т. д.). Форми вираження емоцій примітивні: крик, гримаснічання, рухове збудження, агресія. Все нове часто викликає страх. Однак іноді виявляються певні зачатки симпатичних почуттів. Класичним є опис С. С. Корсаковим хворої, у якої була виразна прихильність до людей, які доглядають за нею, радість при похвалі, невиразне занепокоєння при осудженні. Значно недорозвинені моторні функції хворих, у зв'язку з чим багато хто з них не може самостійно стояти і ходити, пересуваються поповзом. Поведінка в одних випадках відрізняється млявістю, малорухомістю, в інших - схильністю до одноманітного рухового збудження зі стереотипними рухами (розгойдування тулубом, помаху руками, ляскання в долоні), а у деяких хворих з періодичними проявами агресії і аутоагресії (можуть раптово вдарити, вкусити оточуючих, дряпати себе, завдають собі удари і т.п.).

Немає навичок самообслуговування (хворі не можуть одягнутися, умитися, користуватися столовими приборами і ін.), поведінка обмежується імпульсивними реакціями на зовнішній подразник або підпорядковане реаліза-

ції інстинктивних потреб. У більшості випадків мають місце грубі неврологічні порушення і досить важкі соматичні аномалії.

Орієнтовний IQ нижче 20 (в зрілому віці розумовий розвиток нижче розвитку в трирічному віці).

2. Важка розумова відсталість F72

Пізнавальна діяльність обмежена можливістю формувати тільки найпростіші уявлення, абстрактне мислення та узагальнення недоступні. Хворі опановують лише елементарними навичками самообслуговування, їх навчання є неможливим. Обмежений словниковий запас одним-двома десятками слів, достатніх для повідомлення про свої основні потреби. Є виражені дефекти артикуляції. Часто присутні неврологічні розлади, порушення ходи.

Хворі потребують постійного контролю і обслуговування, спеціальної допомоги протягом усього життя. Елементарні навички догляду за собою зазвичай купуються ними лише у віці дев'яти років. Крім інтелектуальних порушень у таких осіб можуть бути проблеми з фізичною рухливістю.

Більшість з них мають, принаймні, одну органічну причину розумової відсталості, наприклад генетичні дефекти, і діагноз розумової відсталості їм ставлять у дуже ранньому віці внаслідок значної затримки розвитку і явних фізичних особливостей або аномалій.

Коефіцієнт розумового розвитку IQ цих пацієнтів знаходиться в межах 20-34. В зрілому віці розумовий розвиток відповідає розвитку у віці 3-6 років. Індивіди, які мають важку розумову відсталість, складають приблизно 3-4% від загального числа олігофренів.

3. Помірна розумова відсталість F71

Ці хворі здатні утворювати більшу кількість і більш складні уявлення, ніж хворі з важкою розумовою відсталістю. Вони оволодівають навичками самообслуговування, можуть бути привчені до найпростішої праці шляхом тренування наслідувальних дій. Їх словниковий запас багатший, вони в змозі висловлюватися простими фразами, підтримувати просту бесіду. Відносна адаптація хворих з помірною розумовою відсталістю можлива лише в добре знайомих їм умовах, будь-яка зміна ситуації може поставити їх в скрутне становище через неможливість переходу від конкретних, отриманих при безпосередньому досвіді уявлень до узагальнень, що дозволяють переносити наявний досвід в нові ситуації.

Зазвичай їх розлад виявляється в дошкільному віці.

Хворі не можуть жити самостійно, потребують постійного керівництва і контролю. Деякі з них можуть виконувати найпростішу роботу в спеціально створених умовах (наприклад, в лікувально-трудовах майстернях).

Багато з тих, хто страждає синдромом Дауна, функціонують саме на помірному рівні розумової відсталості. Одні з них у повсякденному житті можуть потребувати лише в деякій підтримці, іншим же може вимагатися допомогу протягом усього життя.

Коефіцієнт розумового розвитку цих пацієнтів знаходиться в межах 35-49. В зрілому віці розумовий розвиток відповідає розвитку у віці 6-9 років.

Індивіди з помірною розумовою відсталістю становлять близько 10% осіб.

4. Легка розумова відсталість - F70.

Найбільш легка за ступенем і найбільш поширена форма розумової відсталості (80-85% всіх випадків). Пізнавальні розлади у цих хворих полягають в утрудненні формування складних понять і узагальнень, неможливості або утрудненні абстрактного мислення. Мислення у них переважно конкретно-описове, наочно-образне, досить розвинена повсякденна мова, непогана механічна пам'ять. Доступна певна оцінка конкретної ситуації, орієнтація у простих практичних питаннях. Хворі здатні до засвоєння спеціальних програм, заснованих на конкретно-наочному навчанні, яке проводиться в більш повільному темпі. У межах цих програм вони оволодівають навичками читання, письма, рахунку, знаннями про навколишній світ. Здатні до оволодіння нескладними трудовими і професійними навичками, отримують посилену професійну орієнтацію. Бажано, щоб ці діти в майбутньому працювали, бо праця - це потужний фактор адаптації.

Завдяки відносно більш високому, ніж при інших ступенях розумової відсталості, темпу психічного розвитку у цих хворих в багатьох випадках можлива задовільна адаптація до звичайних умов життя. Часто ці хворі виявляють гарну практичну обізнаність («їх вміння більше їх знань» - сказав Е. Крепелін). Багато хворих з легкою розумовою відсталістю закінчують спеціалізовані школи і професійні коледжі, продуктивно працюють, заводять сім'ї, самостійно господарюють.

У дітей з легкою розумовою відсталістю зазвичай спостерігаються невеликі затримки в розвитку в дошкільному віці. Як правило, їх розлад залишається непоміченим до початкової школи, коли починають виникати проблеми з успішністю або поведінкою. Здебільшого діти з легкою розумовою відсталістю формують соціальні та комунікативні навички у дошкільному віці (до 5 років).

У зрілому віці їм може вимагатися керівництво, підтримка і допомога, особливо в умовах соціального або економічного стресу. З відповідною допомогою вони можуть успішно жити у суспільстві, незалежно або ж перебуваючи під чиясь опікою.

У порівнянні з іншими ступенями розумової відсталості риси особистості і характеру хворих відрізняються більшою диференційованістю і індивідуальністю. Однак вони легко переймають чужі погляди, іноді потрапляють під нездоровий вплив оточуючих (наприклад, можуть залучатися до маячних переживань психічно хворих з формуванням індукованого марення, або ставати знаряддям в руках зловмисників, які маніпулюють ними для отримання власної вигоди).

Коефіцієнт розумового розвитку цих пацієнтів знаходиться в межах 50-69. В зрілому віці розумовий розвиток відповідає розвитку у віці 12 років.

За етіологією розрізняють:

- ендогенну форму розумової відсталості;

- екзогенну форму розумової відсталості.

Ендогенна (генетична) форма розвивається в результаті:

- хромосомних аберацій і генних мутацій. Це, наприклад, хвороба Дауна (трисомія по хромосомі 21а), хвороба Шерешевського-Тернера (моносомія по Х хромосомі Х0);
- вроджених порушень обміну амінокислот, металів, солей, жирів і вуглеводів внаслідок вродженої неповноцінності ферментних структур (напр., фенілкетонурія).

Екзогенна форма пов'язана з ураженням мозку інфекціями (під час вагітності); хронічними захворюваннями майбутньої матері (токсоплазмоз); внутрішньоутробною інтоксикацією (алкогольна ембріопатія, лікарськими препаратами); впливом радіоактивного й рентгенівського опромінення на статеві клітини батьків і сам плід; ендокринними захворюваннями матері, недостатністю її серцево-судинної системи та інших органів; внутрішньоутробною гіпоксією (недолік кисню); патологією пологів: родова травма, асфіксія. Але роль останніх невелика, бо виявлено, що неблагополучні пологи частіше бувають при неповноцінному плоді вже всередині.

Г.Є. Сухарєва сформулювала **2 основних «закони» розумової відсталості:**

- тотальність нервово-психічного недорозвитку;
- його ієрархічність.

1. **Закон тотальності** полягає в тому, що у стані недорозвитку знаходяться всі нервово-психічні і у певній мірі соматичні функції, починаючи від вродженої несформованості ряду внутрішніх органів (порок серця, порушення шлунково-кишкового тракту), зростання, м'язової та інших систем, несформованості сенсорики, моторики, елементарних емоцій і закінчуючи недорозвиненням вищих психічних функцій (мови, мислення), формуванням особистості в цілому.

2. **Закон ієрархічності** виражається в тому, що недостатність гнозису, праксису, мови, емоцій, пам'яті проявляється менше, ніж недорозвиток мислення. Тобто, грубіше, важче страждають функції інтелекту, мислення. А при дебільності легкого ступеня можна говорити про відносне збереження більш елементарних процесів при обов'язковому недорозвитку вищих форм мислення. У недорозвитку ж окремих психічних функцій страждає їх вища ланка. Наприклад: сприйняття - максимально страждає аналіз і синтез сприймаемого; пасивна увага більше збережена, ніж активна; механічна пам'ять менш вражена, ніж логічна пам'ять і т.д..

Питання 4. Патопсихологічна діагностика розумової відсталості.

Зазвичай об'єктом патопсихологічного дослідження виявляються особи з розумовою відсталістю в легкого ступеня. Інші спеціальним патопсихологічним дослідженням, як правило, не піддаються.

При обстеженні важливо не тільки встановити факт інтелектуального недорозвинення, а й визначити глибину цього дефекту. Особливо часто цього

потребують питання судової психолого-психіатричної і військової експертизи.

Ступінь розумової відсталості зазвичай оцінюється стандартизованими тестами, що визначають стан пацієнта. Вони можуть бути доповнені шкалами, які оцінюють соціальну адаптацію в навколишньому оточенні. Ці методики забезпечують орієнтовне визначення ступеня розумової відсталості.

Діагноз буде також залежати від загальної оцінки інтелектуального функціонування по виявленому рівню навичок. Інтелектуальні здібності і соціальна адаптація згодом можуть змінитися, однак досить слабо. Це поліпшення може бути результатом тренування і реабілітації. Діагноз повинен базуватися на досягнутому на даний момент рівні розумової діяльності.

Для патопсихологічної діагностики розумової відсталості не можна обмежуватися вербальними методиками, особливо пов'язаними з рівнем загальноосвітніх знань. При такому проведенні дослідження за розумову відсталість можна прийняти випадки педагогічної занедбаності. Дослідження обов'язково має включати невербальні методики, які у значно меншій мірі спираються на загальноосвітню підготовку обстежуваного (кубики Кооса, «цифрові символи», «відсутні деталі», «складання фігур» по Векслеру, проба на комбінаторику О.М. Берштейна).

Розумова відсталість діагностується при $IQ < 70$ (69 і менше). Діапазон від 70 до 79 вважається граничним.

В МКХ-10 запропоновано два критерії розумової відсталості:

1. *Рівень когнітивних здібностей*, який вимірюється за допомогою методик дослідження інтелекту (IQ): легка ступінь розумового дефекту 50-69, помірна 35-49, важка 20-34, глибока до 20 балів. Для патопсихологічної діагностики розумового дефекту в клінічній психології застосовується *метод Векслера*. Про розумовий дефект судимо по загальному інтелектуальному показнику ($IQ < 70$), а також за структурою інтелекту. Остання дозволяє провести диференціальну діагностику розумової відсталості та педагогічної занедбаності.

2. *Рівень соціального функціонування*. У більшості країн європейської та американської культури рекомендується використовувати Шкалу Соціальної Зрілості Вайнленда, якщо вона визнається там в якості адекватної (для використання в інших культуральних умовах слід створювати модифіковані версії або еквівалентні шкали).