

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

кафедра фізичної реабілітації, спортивної
медицини,
фізичного виховання і здоров'я

Лекція 6: Характеристика відхилень розумового розвитку.

Паповалова І. В. канд. пед. н., доц.

Запоріжжя 2020



ПЛАН

1. Поняття відхилення розумового розвитку.
2. Причини виникнення відхилень розумового розвитку.
3. Ступені зниження інтелекту.
4. Затримка психічного розвитку.
5. Діти з розладами спектру аутизму. Синдром Рета. Синдром Аспергера.
6. Завдання адаптивного фізичного виховання при відхиленнях розумового розвитку.

1. Відхилення розумового розвитку

широке поняття, що означає будь-яку інтелектуальну недостатність, яка виникла у період формування психіки. За визначенням ВООЗ, це значне зниження основних інтелектуальних функцій.

До недавнього часу відхилення розумового розвитку визначали такими термінами, як олігофренія, ідіотія, імбецильність, дебільність, але у зв'язку з негативним забарвленням цих термінів від них відмовилися. З етичних міркувань у медицині діагнози психічних порушень шифруються цифровими кодами.

2. Причини виникнення відхилень розумового розвитку.

Сьогодні виділяють більше 100 факторів, які призводять до відхилення розумового розвитку: інфекційні захворювання, отруєння, радіаційні ураження, біологічна несумісність тканин матері і плода, неправильне харчування матері під час вагітності, гіпоксія мозку (в тому числі під час клінічної смерті), спадкові порушення обміну речовин, хромосомні захворювання, травми дитини під час пологів.

Так одних тільки хромосомних захворювань відомо кілька сотень, хвороб, пов'язаних із порушенням обміну речовин, нараховують більше 2000.

З них близько 200 проявляються у вигляді порушень діяльності центральної нервової системи, серед яких і відхилення розумового розвитку. Наприклад, хвороба Дауна – потроєння 21 пари хромосом – зустрічається з частотою 1:700 новонароджених, відмічається типовою зовнішністю хворих, розумовою відсталістю із супутніми проявами (гіпотонія м'язів, пороки серця і травної системи).



Для визначення рівня розвитку інтелекту в сучасній психіатрії використовується IQ — коефіцієнт інтелектуального розвитку. Визначення проводиться експериментально-психологічно за методиками Біне—Симона, Пробста, Векслера. Нормальні значення IQ знаходяться у межах 85—100 %. Проте слід пам'ятати, що інтерпретація даних методики вимагає великого досвіду і здатна на помилки відносно рівня розвитку обстежуваного.

3.Ступені зниження інтелекту.

Виділяють чотири ступені зниження інтелекту, %:

Глибокий ступінь (нижче 20–25%) – це найбільш глибокий ступінь психічного недорозвинення який характеризується відсутністю або зародковим станом пізнавальних функцій. Життєва активність обмежується у цьому випадку інтенсивними діями, часто спотвореними реакціями на смак їжі, біль, радість або засмучення тощо. У моториці мають перевагу стереотипні дії. Такі люди ледве оволодівають ходьбою, соціально не пристосовані навіть на рівні самообслуговування.

Важкий ступінь (від 20–25% до 35–40%) відмічається недорозвиненістю психіки, що характеризується рудиментарним мисленням (в уявленнях); наявність недорозвиненого різною мірою мовлення; відносна соціальна адаптація на рівні самообслуговування або елементарних трудових процесів, що, проте, вдається тільки при постійному опікуванні; деяке орієнтування у конкретній ситуації; впізнавання близьких; адекватне реагування на звичні повсякденні слова і фрази; використання окремих слів з 3–5 років з комунікативними цілями; можливе навчання елементарних навичок охайності.

Помірний ступінь (від 35%–40% до 50–55%) характеризуються недорозвиненим дефектним мовленням у вигляді фраз із 2-3 слів, що має ситуаційний характер, надзвичайною бідністю уявлень, можливістю розвитку лише навичок самообслуговування. Це також стан при яких людину можна буде навчити простим трудовим умінням, має фразове мовлення та іноді може оволодіти читанням, писанням. Емоції недиференційовані, примітивні.

У легкому ступені (від 50%–55 % до 70%) має місце конкретноописовий тип мислення (без абстрагування), знижене формування понять і допитливість, разом з тим користуються шаблонами і, виходячи з них, люблять повчати інших; добре розвинені механічна пам'ять, слух, здатність до математичних розрахунків; мають добру практичну (конкретну) обізнаність і високу переконливість.

Окремо виділяють категорію неуточненої розумової відсталості — якщо є достатньо підстав передбачити відхилення розумового розвитку у людини, але вона не може бути обстежена за допомогою стандартних тестів. Наприклад, при наявності тяжких порушень, а також у немовлят при наявності клінічних проявів затримки психічного розвитку, оскільки тести дослідження дітей у віці до одного року такі, як Bayley, Cattell та ін., не дають кількісної оцінки 10. У ранньому віці таким дітям властива мала допитливість, відсутність творчості у діяльності, пізній розвиток мовлення, значна бідність жестикуляції та міміки.

У дошкільному віці у них відсутній інтерес до сутності речей, явищ. У грі ці діти погано засвоюють правила, погано визначають свою рольову позицію.

У ранньому віці таким дітям властива мала допитливість, відсутність творчості у діяльності, пізній розвиток мовлення, значна бідність жестикуляції та міміки. У дошкільному віці у них відсутній інтерес до сутності речей, явищ. У грі ці діти погано засвоюють правила, погано визначають свою рольову позицію.

У них ледве формуються відносні кількісні, просторові й часові поняття, різко знижена логічна пам'ять, бідні емоційні сприйняття. У молодшому шкільному віці має місце нечіткість таких понять, як ім'я, прізвище. Відсутні задуми в іграх. Проблематичними є осмислення простого сюжету, рахунку. При цьому підказки дорослих малоефективні.

Діти слабо реагують на власні успіхи або помилки. Має місце надмірна збудженість або загальмованість. У старшому віці відмічається недостатність абстрагування й осмислення суттєвості навіть знайомих явищ, невміння виділити суттєві ознаки, надмірна конкретність, шаблонність мислення та вчинків, відсутність критичного ставлення до власних вчинків.

4. Затримка психічного розвитку.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – прояв незрілості психомоторних реакцій у результаті уповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку під дією різних негативних факторів. Закінчується, як правило, недорозвиненістю функції або її компенсацією іншими функціями. Може мати тимчасовий зворотний характер. У таких випадках можливе її повна ліквідація при затримці розвитку або шляхом стимуляції психічного розвитку.

При ЗПР найбільшу роль відіграє недорозвиненість сприйняття і відчуттів. Аналізатори працюють нормально, але порушена обробка інформації, що надходить від них, існують труднощі з перетворенням цієї інформації у руховий акт і, як наслідок, проблеми зі сприйняттям розмірів, форм, відстані. Недостатня кількість чуттєвих вражень призводить до відставання розвитку мислення до соціальних, а не до медичних, належить проблема затримки інтелектуального розвитку внаслідок педагогічної занедбаності.

Вона виникає у дітей, що знаходилися з раннього дитинства у несприятливих умовах виховання, які до шкільного віку виявилися не готовими до засвоєння шкільної програми. Індивідуальні заняття дозволяють за кілька місяців ліквідувати результати педагогічної занедбаності.

5. Діти з розладами спектру аутизму. Синдром Рета. Синдром Аспергера.

С початку 20-х років до 40-х ряд вчених займалися формуванням поняття про аутизм дітей.

Вперше термін «аутизм» запропонував Е. Блейлер в психіатрії (1911, 1922). Автор назвав аутизмом відрив від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу мрій та фантазій при шизофренії. Через значний проміжок часу він визнавав можливість присутності аутизму в клінічній картині таких хвороб, як маніакально-депресивний психоз (МДП), а також шизоидная психопатія, при істеричних і афективних розладах.

На думку автора, в основі аутизму лежать афективні комплекси, як, безсумнівно, і порушення мислення.

Значних складнощів надає той факт, що такі нерівнозначні поняття, як «аутизм», «Аутистичний розлад», «аутистичний синдром», «аутистичне мислення», «аутистична поведінка», нерідко вживаються як синоніми; що призводить до серйозних кваліфікаційних та діагностичних труднощів.

Загалом, науковці визначають *дитячий аутизм* як розлад, що виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку й характеризується вираженим і всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування, а також обмеженими інтересами та повторюваними діями.

Основними визначальними його ознаками є аутистичні форми контактів, розлад мови, її комунікативної функції, порушення соціальної адаптації, розлади моторики, стереотипна діяльність, порушення розвитку.

Всі вказані ознаки починають проявлятися у віці до трьох років. Схожі стани, при яких відзначаються м'якші ознаки й симптоми, відносять до розладів аутистичного спектру.

На сьогоднішній день висуваються різні теорії, що пояснюють походження дитячого аутизму. Говорити про походження аутизму у дітей можна тільки стосовно до окреслених його форм. Визначення різних видів аутизму — завдання досі незавершене. В останні роки допускається можливість виникнення аутистичноподібних розладів при хромосомних, обмінних і органічних захворюваннях. Найбільш поширеним є припущення про спадковість (шизофренічного спектру) походження дитячого аутизму.

Передбачається, що спадково обумовлене ендогенне порушення ембріонального розвитку при дитячому аутизмі компенсується під впливом вікових кризових періодів, інфекцій, травм, пологів. Генетична концепція до теперішнього часу поширюється на основні форми дитячого аутизму: синдром Каннера, дитячий аутизм процесуального генезу при ранній дитячій шизофренії (інфантильному і атиповому психозах), а також синдром Аспергера.

Ранній дитячий аутизм (класичний аутизм або синдром Каннера) — відхилення в психічному розвитку дитини, яке включає не одну дисфункцію.

Поняття аутизму являє собою комплексне порушення, в більшій мірі, ніж епілепсія і розумова відсталість. Головним проявом аутизму є порушення спілкування дитини з навколишнім світом. Причини виникнення аутизму різноманітні. Найчастіше це патологія так званого «шизофренія спектра» рідше – особлива органічна недостатність центральної нервової системи (хромосомна, спадково-обмінна, можливо і внутрішньоутробна). Не виключено, що РДА може виникнути і як самотійна аномалія психічної конструкції, обумовлена спадковістю.

Походження аутистичноподібних розладів (атипового аутизму) у хворих з синдромом ламкої Х-хромосоми, хворобою Дауна, фенілкетонурією та іншими обмінними і хромосомними захворюваннями зв'язується з генезом цих захворювань.

Генна теорія походження пов'язує РДА з генетичними дефектами. Відомо, що 2-3% нащадків аутистів також страждають цим розладом; ймовірність народження другої дитини-аутиста в сім'ї становить 8,7%, що в багато разів перевищує середню популяційної частоту. У дітей з РДА частіше виявляються інші генетичні порушення — фенілкетонурія, синдром ламкої Х-хромосоми та ін.

Згідно з іншою теорією виникнення РДА пов'язано з різними екзогенними та середовищними факторами, що впливають на організм вагітної на ранніх термінах, можуть викликати біологічні пошкодження ЦНС плода і надалі призводити до порушення загального розвитку дитини. Такими екзогенними факторами можуть виступати компоненти продуктів харчування (консерванти, стабілізатори, нітрати), алкоголь, нікотин, наркотики, лікарські препарати, внутрішньоутробні інфекції, стреси, фактори середовища (радіація, вихлопні гази, солі важких металів, фенол та ін.). Крім цього, часта зв'язок РДА з епілепсією (приблизно у 20-30% хворих) вказує на наявність перинатальної енцефалопатії, яка може розвинутися внаслідок токсикозів вагітності, гіпоксії плода, внутрішньочерепних пологових травм тощо.

Альтернативні теорії пов'язують походження РДА з грибковою інфекцією, метаболічними, імунними та гормональними порушеннями, старшим віком батьків. В останні роки з'явилися повідомлення про зв'язок раннього дитячого аутизму з профілактичною вакцинацією дітей проти кору, паротиту та краснухи, проте останні дослідження переконливо спростували наявність причинно-наслідкового зв'язку між щепленням і захворюванням.

Проаналізовані нами літературні джерела надали змогу визначити наявність різних видів аутизму в залежності від ендогенного, хромосомного, органічного і екзогенного його походження.

У безперервній сукупності особистісної патології розвитку - від конструкційних, шизоїдних до проміжних типів синдрому Каннера і від останнього до процесуальних найшизофренічнішим типом розвитку - може бути розглянуто весь спектр дізонтогеній так званого шизофренічного кола. Автору вдалося показати, що найважливішою особливістю цих форм дитячого аутизму є особливий асинхронний тип затримки розвитку. Ознаки асинхронії розвитку виявлялися в порушенні ієрархії психічного, мовного, моторного, емоційного дозрівання, власне в порушенні фізіологічного феномена витіснення примітивних функцій складними, як це властиво для нормального розвитку дітей. Було виділено синдром «перешарування» примітивних функцій складними.

Таким чином, при дитячому аутизмі ендогенного генезу порушення розвитку може розглядатися як дисоційований дизонтогенез. У встановленому феномені асинхронії розвитку і була його головна відмінність від всіх інших видів порушеного розвитку з аутистичними симптомами іншого походження.

При різних видах дитячого аутизму ендогенного генезу дизонтогенез може розглядатися як конституційний, еволютивно-процесуальний і процесуальний. При ранній дитячій шизофренії з початком процесу після 3 років (атиповому психозі) формується аутизм у зв'язку з нападами хвороби. Він виникає як дефектний стан, і його патогенез можна розглядати як процесуальний дисоційований дизонтогенез, придбаний постнатально.

До розуміння особливостей патогенезу при різних формах аутизму можна спробувати підійти, спираючись на нейроморфологічні, нейрофізіологічні та біохімічні дослідження останніх років, проведені в групах здорових дітей і дітей з аутистичними розладами. За даними ряду авторів, для нормального онтогенезу характерно існування критичних періодів онтогенезу, в які відбуваються структурно-функціональні перебудови, що забезпечують становлення нових фізіологічних функцій.

Нейрофізіологічні дослідження, проведені у здорових дітей, показали, що виділяються кілька критичних періодів, в які відбуваються найбільш інтенсивні зміни: I – в 14-15 міс II етап перетворень припадає на вік 5-7 років.

Дослідження нейроморфогенезу показали, що значні перетворення в мозку людини відбуваються в постнатальному періоді.

Найбільш виражені структурні зміни неокортикальних формацій великого мозку відбуваються в періоди від народження до 1 року, від 1 року до 3 років і від 3 до 6 років. Це дозволяє виділити основні етапи вдосконалення морфологічної основи вищих регуляторних механізмів.

Синдром Аспергера.

Важливими особливостями осіб із синдромом Аспергера є порушення соціальних взаємодій, порушення спілкування, також незвичайні захоплення та поведінка. У дітей з синдромом Аспергера не спостерігається затримки початку розвитку мови, а також відсутність існуючих порушень в розвитку когнітивних навичок або навиків самообслуговування.

Такі відхилення сильно проявляються в соціальних ситуаціях.

Особи з синдромом Аспергера не дотримуються правил соціальної взаємодії. Вони можуть прагнути завести друзів або стати частиною групи, але через відсутність здібностей дотримуватись соціальних норм поведінки (зорового контакту, кивання головою під час розмови) вони рідко досягають успіху в спілкуванні.



Вони можуть бути дуже правдиві та казати недоречні речі, не усвідомлюючи, що ображають людину. Здається що вони здатні зрозуміти відчуття та точку зору інших людей. Особам із синдромом Аспергера важко поставити себе на місце іншого, вони не мають здібності до співчуття та не завжди розуміють, чому оточуючих засмучують їх слова та дії.

У таких дітей може сформуватись прихильність до членів сім'ї, тих хто про них піклується, але їм достатньо важко налагодити контакти з однолітками.

Для дітей із синдромом Аспергера характерна швидка мова, іноді у віці 2-3 роки. Вони мають широкий словниковий запас, хоча і може здатися, що це обдаровані діти, їх манера використання мови відрізняється від нормальної. Вони говорять про речі які їх цікавлять не помічаючи незацікавленості в цьому співрозмовника. Вони говорять або занадто гучно або занадто тихо. Особи з синдромом Аспергера майже буквально розуміють те, що говорять, тому їм важко зрозуміти жаргон та сарказм.

У них спостерігається схильність до формування стійкого інтересу до речей, які іншим здаються незвичними, наприклад до сталеливарного виробництва, класифікація рослин та інш.

Вони можуть із готовністю поділитись своїми знаннями з іншими, але не завжди можуть скласти загальну картину. Хоча дитина може знати багато даних, наприклад назвати площу кожного сталеливарного виробництва, але якщо спитати, яке з них саме велике, таке питання може поставити в тупик.

Синдром Ретта.

Подібно аутизм та синдрому Аспергера, синдром Ретта виявляється на ранніх стадіях розвитку та призводить до нетипової поведінки. Синдром Ретта зустрічається дуже рідко та тільки у дівчат. У дитини спочатку спостерігається нормальний розвиток, хоча б у перші 5- 48 місяців життя. Після чого за рахунок уповільнення розвитку головного мозку, розмір голови збільшується повільніше, ніж звичайно, спостерігається також втрата набутих раніше рухових та соціальних навичок. Дитині для пересування стає потрібен інвалідний візок.

Одним з визначаючих ознак синдрому Ретта є неадекватне використання рук, замість того, щоб використовувати їх для взаємодії з оточуючими предметами, дівчата безперервно крутять, згинають, зжимають або трут руки, що перешкоджає виконанню більшості завдань. Передбачається, що такі рухливі дії можуть бути не самотимуляцією, а скоріше не вимушеними діями, так як у дітей із важкими формами аутизму спостерігаються значні порушення мови або глибока розумова відсталість.

Під час аналізу літературних джерел часто можна зустріти термін «спектр ознак», який набагато легше допомагає зрозуміти всю широту можливих сценаріїв хвороби.

Особливості РСА можна описати наступним чином:

— діти з синдромом Аспергера відрізняються досить високим інтелектом при наявності розвиненої спонтанної мови. Більшість таких пацієнтів здатні до активної комунікації і соціального життя, в тому числі з використанням мови;

— діти з класичний аутизм (синдром Каннера) відрізняються повнотою клінічної картини, коли присутні виразні ознаки аномалій в трьох сферах вищої нервової діяльності (соціальна взаємодія, комунікація, поведінка), за ступенем тяжкості даний вид значно коливається — від легкої до максимально важкою;

— неспецифічне первазивне порушення розвитку (атиповий аутизм): порушення виявляє себе далеко не всіма типовими аутистичними рисами, аномальні прояви можуть охоплювати тільки 2 з 3-х основних вразливих сфер;

— синдромом Ретта: зазвичай хворіють дівчатка, синдром протікає нелегко, часто з'являється в молодшому дитячому віці, може призводити до низької функціональності до періоду остаточного дорослішання (навіть при повній корекційній допомозі).

— дитячий дезінтегративний розлад: перші ознаки з'являються до 1,5-2 років і аж до школи. Клінічно часто виглядає як регрес вже освоєних навичок (розділена увага, мова, моторика).

Відповідно до опису Л. Каннера, клінічну картину РДА характеризують:

1) неможливістю встановлювати відносини з людьми з початку життя;

2) крайня відчуженість від зовнішнього світу с ігноруванням подразників до тих пір, поки вони не стають болючими;

3) недостатність прийняття пози готовності при взятті на руки; 4) недостатність комунікативного користування промовою;

5) блискуча механічна пам'ять;

6) ехолалії;

оторика).

- 7) крайня буквальність у використанні слів;
- 8) перекручене використання особистих займенників;
- 9) порушене травлення на першому році життя;
- 10) різкий страх певних гучних звуків і рухомих об'єктів;
- 11) монотонне повторення звуків і рухів;
- 12) страх змін в обстановці;
- 13) одноманітність спонтанної активності;
- 14) монотонні механічні ігри з неігровими предметами;

15) враження хорошого інтелекту завдяки успішності в окремих навичках і розумному виразу обличчя;

16) серйозний вираз обличчя, напружене в присутності людей і задоволене при їх відсутності;

17) хороше фізичне здоров'я.

Необхідною умовою діагностики РДА вважається виникнення симптоматики не пізніше 2-4 років. Особливості періоду дитинства, зазвичай встановлювались ретроспективно, розглядаються як вікові модифікації клінічної картини. В поле зору лікаря дитина потрапляє, як правило, не раніше 2-3-року життя.

Але і тоді батьки не можуть описати його стан і розвиток, вдаючись до загальних оціночних категорій. Вік першого звернення до лікаря пов'язують з особливостями мовного розвитку, позасімейною соціалізацією. Дитина з аутизмом не вступає в звичайне для його віку спілкування. Вже на 1-му році життя при спробі взяти його на руки виявляється недостатність прийняття пози готовності, ригідність або пасивність.

Зорова увага частіше є вибірковою або фрагментарною. Характерні непереносимість погляду в очі, «периферичний зір», «блукаючий погляд». Очі бачать правильно, але дитина не приділяє цьому уваги, дивиться крізь людей, ходить повз людей і ставиться до них як до неживих носіїв окремих цікавих йому властивостей.

Відсутність або недостатність реакцій на зорові і слухові подразники роблять дітей з РДА настільки схожими на сліпих і глухих, що багато хто з них спочатку так і розцінюються.

6. Завдання адаптивного фізичного виховання при відхиленнях розумового розвитку.

Завдання навчального процесу: «формувати позитивну мотивацію до навчального процесу; сприйняття; здатність концентрувати й утримувати увагу; нормалізувати співвідношення збудження й гальмування нервових процесів; логічне й образне мислення; алгоритм виконання дії (розвити такі вміння, як усвідомлення й самостійна постановка мети, вибір засобів її вирішення, аналіз: оцінка результатів); достатній запас практичних умінь і навичок; мовлення.

Вирішуючи ці та інші завдання у роботі з людьми з відхиленнями розумового розвитку, викладач буде змушений долати такі проблеми, як страх перед новими завданнями та відмова від їх виконання, нездатність до зосередженості та психічних навантажень, відсутність позитивного досвіду, низька працездатність, швидка стомлюваність.

Засоби вирішення цих завдань: шикування і перешикування, ритмічні зправи, а також, вправи які розвивають пластичність, хвилеподібні рухи, вправи з предметами, сюжетні ігри, заняття у воді.

Особливість методики – її доступність. Сприйняття розвивається адекватними діями на усі сенсорні системи. Оскільки зір забезпечує 90 % усієї зовнішньої інформації, особливу увагу потрібно приділити розвитку зорового сприйняття. При відхиленнях у розумовому розвитку слід враховувати наявність мотивації до сприйняття. Один із прийомів її розвитку – напрям мотивації учня від його власних інтересів до завдань уроку.

Методами формування мотивації також можуть бути:

- завдання нової дії в обсязі попередньої;
- використання результату попередньої дії для реалізації наступної;
- застосування прийомів стимулювання (заохочення).

При відхиленнях у розумовому розвитку проблематичним стає спостереження за предметом або дією.

Цей процес можна полегшити, перетворивши предмет спостереження на мету. Для полегшення навчального процесу намагаються максимально сконцентрувати увагу учня в логічній послідовності:

- 1) на викладачеві;
- 2) на завданні;
- 3) на предметі;
- 4) на дії з предметом.

Виключають усі фактори, що відволікають увагу учня. Поступово переходять від одного предмета і дії до двох і т. д. При формуванні понять, спираючись на конкретність мислення дитини з відхиленнями розумового розвитку, розвивають абстрактне мислення. Поняття (предмети і дії) повинні бути дуже простими, доступними. Аналіз сприйняття є процесом формування понять про власні відчуття.

Цьому допомагає контрастність стимулів (дій). Уявлення створюється виділенням змісту (або форми) речі або дії.

Одну з найбільших проблем являє мотивація до аналізу умови завдання і сам аналіз, який проводиться у такій послідовності:

- визначення понять;
- звернення до аналогічних прикладів попереднього досвіду;
- прогнозування очікуваного результату;
- по можливості необхідне мовленнєве відтворення учнем дії та його власні висновки.

Аналіз безпосередньо рухів зводиться до визначення положення і напрямку тіла у просторі; диференціація рухів за якістю, кількістю; визначення положення різних частин тіла (за їх розташуванням відносно одна одної); здійсненню дій у просторі; повне відтворення рухів.

Дякую за увагу!