



УДК 159.922.76-056.36:616.891

ФАКТОРИ НЕВРОТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Орлов О.В., науковий співробітник
відділу психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами
Інститут спеціальної педагогіки
Національної академії педагогічних наук України

У статті проаналізовано останні дослідження факторів підвищення рівня невротизації підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку. Узагальнено біологічні, психологічні та соціальні фактори невротизації особистості цих підлітків та описано їх специфіку.

Ключові слова: невроз, невротизація, невротичний розлад, особистість, порушення інтелекту, підлітковий вік.

В статье проанализированы последние исследования факторов повышения уровня невротизации личности подростков с нарушениями интеллектуального развития. Обобщены биологические, психологические и социальные факторы невротизации личности этих подростков, а также описана их специфика.

Ключевые слова: невроз, невротизация, невротическое расстройство, личность, нарушение интеллекта, подростковый возраст.

Orlov O.V. FACTORS OF PERSONALITY NEUROTIZATION IN ADOLESCENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

The article analyzes recent research on the factors of neuroticism in adolescents with intellectual disability. We treat neuroticism widely, as a psychological predisposition for mental disorders, which were formerly called "neuroses". We call this special understanding of neuroticism 'neurotization' to separate it from the former term. We think using the neurosis-psychosis dichotomy as a framework is still theoretically relevant in the context of special psychology as it drives attention to the overall level of personality functioning in adolescents with intellectual disability, which is underresearched.

Attention is paid to biological, psychological and social factors of neurotization in the abovementioned category of adolescents.

Rare studies of biological predisposition to mental disorders in individuals with intellectual disability report that these individuals have a lower level of serotonin, GABA, taurine and dopamine; and a smaller number of neural connections between brain structures responsible for social skills, emotional regulation and assessment of danger (fusiform gyrus, superior temporal sulcus and amygdala). As a result, the corresponding functions are harder to execute for adolescents with intellectual disability.

Among psychological factors of neurotization in such adolescents there are lower level of social intelligence and communicative skills; alexithymia; difficulties in critical and predictive thinking.

Among social factors there are lack of social support; stigmatization and social isolation; hard living conditions.

Key words: neurosis, neuroticism, neurotization, mental disorder, personality, intellectual disability, adolescence.

Реалії сучасної України є джерелом хронічного стресу для її громадян, який своєю чергою детермінує підвищення ризику виникнення або загострення розладів психічного функціонування (зокрема невротичного спектра). Тож особливого науково-практичного значення набуває вивчення невротизації як особистісної схильності до виникнення цих розладів, її своєчасна психологічна діагностика. В цьому контексті підлітки з порушеннями інтелектуального розвитку виступають особливою групою ризику.

Так, за даними епідеміологічних досліджень (В. Ковальов, Г. Марінчева та Л. Єрмоліна), близько 70% розумово відсталих

учнів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів були хоча б одноразово направлені до психіатричних установ у зв'язку з необхідністю у корекції поведінки, в тому числі через невротизацію [3]. С. Деб, М. Томас та С. Брайт за результатами проведеного дослідження стверджують, що 60,4% осіб з порушеннями інтелекту мають розлади поведінки [7]. М. Деккер, Г. Кут, Дж. Ван Дер Енде та Ф. Вергулст виявили відхилення поведінки підлітків з порушеннями інтелекту від норми у 50% випадків, порівняно з 18% у нормативній групі [8]. Згідно з даними Т. Коскентауста, М. Ліванайнен та Ф. Алмквіст, у 43% осіб з порушеннями інтелекту наявні психічні розлади [13].

Варто зазначити, що в сучасних класифікаторах психічних порушень – ICD (МКХ) та DSM – термін «невроз» поступово виходить з ужитку з економічних та етичних причин. Як наслідок, у сучасній науковій літературі цей термін вживається все рідше. Проте результати порівняльного аналізу цих класифікаторів (Табл. 1) свідчать, що істотних змін у змісті відповідних діагностичних категорій поширених класифікаторів не відбулось.

Так, наприклад, таку категоріальну одиницю DSM-II, як «обсесивно-компульсивний невроз» у DSM-V розбито на дві категорії: обсесивно-компульсивний розлад та розлад накопичення; фобічний невроз – на три категорії: специфічні фобії, агорафобію та розлад соціальної тривоги; депресивний невроз став називатись стійким депресивним розладом і так далі [5]. Аналогічну си-

туацію бачимо, порівнюючи ICD дев'ятої та десятої редакцій [2]. Одинадцята редакція цього класифікатора (на момент написання цієї статті вона все ще готується, проте вже є доступною в мережі Інтернет) є аналогічною DSM-V.

Невротизація особистості в її крайніх ступенях вираженості у цих системах класифікації відповідає класифікації невротичних розладів, але з тією відмінністю, що невротизація має більш первазивний (тобто такий, що поширюється на особистість в цілому) вплив на функціонування особистості та є більш стійкою у часовій динаміці.

Невротизація особистості осіб з порушеннями інтелектуального розвитку – це комплексна проблема, що дотепер лишається недостатньо розробленою. Ґрунтовні самостійні дослідження проблеми невротизації зазначеної категорії осіб, нажаль, нами

Таблиця 1

Порівняльний аналіз систем класифікації невротичних розладів

ICD-9	ICD-10	DSM-II	DSM V
Невротичні розлади (300)	Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 – F48)	Неврози (300)	–
Стани тривоги (300.0)	Інші тривожні розлади (F41)	Невроз тривоги (300.0)	Панічний розлад (208) Генералізований тривожний розлад (222)
Істерія (300.1)	Дисоціативні (конверсійні) розлади (F44)	Істеричний невроз (300.1)	Дисоціативні розлади (291), крім Розладу деперсоналізації/дереалізації (302) Конверсійний розлад (318)
Іпохондрія (300.7)	Соматоформні розлади (F45)	Іпохондричний невроз (300.7)	Дизморфофобія (242) Розлад тривоги за здоров'я (315)
Фобічний стан (300.2)	Тривожно-фобічні розлади (F40)	Фобічний невроз (300.2)	Специфічні фобії (197) Розлад соціальної тривоги (202) Агорафобія (217)
Обсесивно-компульсивні розлади (300.3)	Обсесивно-компульсивні розлади (F42)	Обсесивно-компульсивний невроз (300.3)	Обсесивно-компульсивний розлад (237) Розлад накопичення (247)
Невротична депресія (300.4)	–	Депресивний невроз (300.4)	Стійкий депресивний розлад (дистимія) (168)
–	Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації (F43)	–	Посттравматичний стресовий розлад (271) Гострий стресовий розлад (280)
Неврастенія (300.5)	Інші невротичні розлади (F48)	Неврастенічний невроз (300.5)	–
Синдром деперсоналізації (300.6)		Деперсоналізаційний невроз (300.6)	Розлад деперсоналізації/дереалізації (302)
Інші невротичні розлади (300.8)		Інший невроз (300.8)	–



виявлені не були. Більш розповсюдженими є дослідження окремих невротичних розладів в осіб з порушеннями інтелекту.

Найпоширенішими невротичними розладами в таких осіб є депресія, генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад та різні види фобій.

Дж. Мак Гіллврей та М. Мак Кейб виявили ознаки депресії у 39,1% опитаних ними осіб з порушеннями інтелекту [15]. Мосс та Проссер з колегами діагностували тривожні розлади у 7,8% та obsесивно-компульсивний розлад – у 1,1% таких осіб [12]; С. Деб, М. Томас та С. Брайт – фобічні розлади у 4,4% [7], а Рейд, Смайлі та Купер – агорафобію у 0,7 % таких осіб [12].

Таким чином, наявність невротичної симптоматики в осіб з порушеннями інтелекту є досить поширеним явищем. Втім, автори розглянутих праць вказують на те, що отримані ними дані мають характер лише наукової розвідки, а отже ця проблема потребує подальшого розроблення.

Для сучасної психології характерно розглядати психічні явища комплексно – з біологічної, психологічної та соціальної точок зору. Саме такий підхід знаходимо у сучасних дослідженнях невротичних розладів в осіб з порушеннями інтелекту.

Біологічні фактори невротизації особистості таких осіб є найменш вивченими. В поодиноких дослідженнях цієї проблеми в зазначеній категорії осіб виявлено знижений рівень серотоніну, ГАМК, тауріну та допаміну. Відзначається менша кількість нейронних зв'язків між мозковими структурами, що відповідають за соціальні навички, емоційну регуляцію та оцінку небезпеки (веретеноподібною звивиною, верхню скроневою борозною та мигдалевидним тілом). Як наслідок, відповідні функції підліткам з порушеннями інтелектуального розвитку даються важче, ніж їхнім одноліткам з типовим інтелектуальним розвитком. Вочевидь, такі підлітки мають біологічно обумовлену схильність до підвищення невротизації [12].

Доволі популярними також є диференціальні психогенетичні дослідження осіб з тим чи іншим синдромом, який має у своєму симптоматичному складі порушення інтелекту (наприклад, синдром Дауна, синдром ламкої Х хромосоми, синдром Прадера-Віллі і такі інші). Їхні автори (В. Брюм, Д. Білдер, С. Вайсбрэн, П. Прасер, П. ДеВріє, Дж. Вокер, А. Доусен, Дж. Бьютілер, Дж. Дженсінг та інші) відзначають схильність осіб із синдромом Дауна до депресії, obsесивно-компульсивних розладів та тривоги; осіб з ламкою Х хромосомою – до тривожних розладів; осіб із синдромом

Ді Георга – до obsесивно-компульсивного розладу, тривоги, депресії тощо. У більшості таких досліджень надаються лише відомості щодо кореляції того чи іншого генетичного синдрому із тим чи іншим психічним розладом. Хоча в окремих роботах знаходимо і більш детальне розкриття механізмів впливу особливостей нервової системи осіб з тим чи іншим генетичним синдромом на їхню схильність до невротизації [12].

Так, наприклад, Дж. Вокер, А. Доусен, Дж. Буйтелар та Дж. Дженсінг зазначають, що особи із синдромом Дауна мають менший об'єм гіпокампу та певні зміни у функціонуванні нейротрансмітерів, що є факторами підвищення ризику виникнення в цих осіб депресії. Особи із синдромом Ді Георга мають порушення функціонування Катехол-О-метилтрансферази – ферменту, що відіграє роль у розпаді допаміну, адреналіну та норадреналіну – та пов'язану із ним схильність до психічних розладів, в тому числі – obsесивно-компульсивного розладу, тривоги та депресії [16].

Зауважимо, що ці автори зазначають, що детальне пояснення впливу біологічних факторів на схильність до тих чи інших порушень психічного функціонування є надто складним і подібні дослідження наразі тільки зароджуються.

Психологічні фактори невротизації підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку, окрім загальної слабкості усіх психічних процесів, складаються з таких компонентів, як: низька самооцінка, слабодиференційована Я-концепція, недостатня сформованість адаптивних навичок копіювання та соціальних навичок. В окремих дослідженнях відзначається схильність осіб зазначеної категорії до негативних автоматичних думок.

М. Гарайгордобіл та Х. Перез було досліджено взаємозв'язок Я-концепції та самооцінки осіб з порушеннями інтелекту із рівнем вираженості в них невротичної симптоматики [11]. Вони стверджують, що такі особи мають менш позитивну самооцінку та Я-концепцію, ніж їхні однолітки з типовим інтелектуальним розвитком, а низька самооцінка позитивно корелює із вираженістю усіх невротичних симптомів, окрім соматизації. Аналогічні результати отримали також Р. Фачіні, Ц. Лонг, Г. Масі, М. Муччі, Л. Фавіллі та П. Полі, а також С. Шивоз та Е. Гріффітс. Втім, Е. Лі, А. Там, Д. Мен, а також Е. Репетто та М. Сіфуентес отримали протилежні результати [11]. Тож в дослідженнях даної проблеми спостерігаються суперечності.

Як стверджує О. Єгорова, згідно з результатами проведеного дослідження,

підлітки з порушеннями інтелектуального розвитку мають значні труднощі в розумінні невербальних засобів комунікації (мови тіла, поглядів та жестів). Через це у спілкуванні такі підлітки більшою мірою орієнтуються на вербальний зміст повідомлення, не враховуючи невербального контексту, що часто призводить до неправильного розуміння співбесідника.

Зміст мовної експресії підлітками з порушеннями інтелекту також часто трактується помилково, особливо коли одні й ті самі вербальні повідомлення можуть мати різний зміст залежно від контексту ситуації або характеру стосунків між суб'єктами комунікації. Також підлітки вищезазначеної категорії мають знижену здатність до розуміння логіки розвитку ситуації, значення поведінки людей в цій ситуації.

Таким чином, підлітки з порушеннями інтелектуального розвитку мають низький рівень соціального інтелекту, їм важко відбирати значиму інформацію про людей, формувати оцінні судження про події, що відбуваються, передбачувати наслідки власних вчинків, висловлювати свої думки та почуття. Отже ці підлітки мають знижений потенціал соціальної адаптації [1].

У поєднанні зі зниженим інтелектом та зі зниженою здатністю до моделювання та прогнозування діяльності, ці психологічні особливості підлітків з порушеннями інтелекту становлять сприятливий для підвищення невротизації психологічний фон [5].

Соціальні фактори у працях переважної більшості авторів, що звертались до цієї проблематики, фігурують як найбільш вагома група чинників невротизації осіб з порушеннями інтелекту.

Серед цих факторів головна роль належить дисфункційному впливу родини, браку соціальної підтримки, стигматизації, неприйняттю однолітками, низькій кількості різноманітних позитивних активностей та позитивного соціального досвіду, а також психотравмуючим подіям [2].

Досить часто діти та підлітки зазначеної категорії ростуть в неповних сім'ях або виховуються поза шлюбом, зазнають емоційної депривації, хронічної фрустрації, гіперопіки чи навпаки – надмірної вимогливості та нереалістичних очікувань з боку їхніх родин [2].

Дж. Дональдсон та Ф. Меноласціно вважають, що неспроможність дітей з порушеннями інтелекту засвоювати та використовувати соціально очікувані форми поведінки, а також постійні невдачі в навчанні є для цих дітей джерелом хронічної тривоги. Як наслідок, на момент досягнення підліткового віку такі діти мають глибоко

вкорінене почуття власної неповноцінності та ненормальності. Водночас досить часто таке бачення себе цими дітьми не зазнає компенсуючого або коригуючого впливу з боку їхніх родин [10].

Також поширеними в житті осіб з порушеннями інтелекту є психотравмуючі події. 75% досліджених А. Марторелл, Е. Тсаканікос, А. Переда, П. Гутієррез-Рекача та Дж. Айюсо-Матеос осіб з розумовою відсталістю пережили хоча б одну психотравмуючу подію, 50% – щонайменше одну психотравмуючу подію протягом останніх 12 місяців, що передували опитуванню [14].

Брак соціальної підтримки та обумовлені недостатнім розвитком комунікативних навичок труднощі в отриманні такої підтримки, на думку дослідників, призводять до неадаптивних форм пошуку комунікації – агресивної та самопошкоджуючої поведінки, а також до підвищення рівня невротизації [10].

Отже можна зробити наступні **ВИСНОВКИ**:

– в осіб з порушеннями інтелекту є схильність до підвищеного рівня невротизації і, як наслідок, невротичних розладів, зокрема депресії, генералізованого тривожного розладу, обсесивно-компульсивного розладу та фобій;

– основними факторами невротизації таких осіб, поряд з біологічною схильністю, постають низька самооцінка, недостатня розвинутість навичок коупінгу та соціальних навичок, а також відсутність достатньої кількості соціальної підтримки, стигматизація та соціальна ізоляція, складні життєві умови.

Як наслідок, подальших досліджень потребують такі проблеми, як психологічна діагностика невротизації осіб з порушеннями інтелекту; психологічна корекція невротизації; превенція та профілактика невротизації; навчання осіб з порушеннями інтелектуального розвитку навичок коупінгу та соціальних навичок подолання стигматизації та сегрегації цих осіб.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Егорова О. Особенности социального интеллекта подростков с легкой степенью умственной отсталости с девиантным поведением. Современные проблемы науки и образования. 2014. № 4. С. 1–8
2. Исаев Д. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство / Д.Н. Исаев – СПб.: Речь, 2003. – 391 с., илл.
3. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями). Сост. Дж. Э. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера. Пер. с англ. Д. Полтавца. К.: Сфера, 2000. 416 с.



4. Ковалев В., Маринчева Г., Ермолина Л. Нарушения поведения у детей с умственной отсталостью. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1986. № 10. С. 1511.
5. Менделевич В., Соловьева С. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
7. Chess, S. Emotional problems in mentally retarded children. In F. J. Menolascino (Ed.), 1970, *ibid*.
8. Deb S., Thomas M., Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*. 45 pp. 495–505
9. Dekker M., Koot H., van der Ende J., Verhulst F. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002 Nov;43(8), pp. 1087–1098.
10. Donaldson J., Menolascino F. Emotional disorders in the retarded. *Int. J. Ment. Health*, Vol. 6, 1977, No. 1, pp. 73–95
11. Garaigordobil M., Perez J. Self-Concept, Self-Esteem and Psychopathological Symptoms in Persons with Intellectual Disability. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 10, 2007, No. 1, pp. 141–150
12. Hassiotis A. Mood and Anxiety Disorders. A. Hassiotis, K. Stueber, B. Thomas, L. Chariot. *Handbook of Psychopathology in Intellectual disability: Research, Practice and Policy*. E. Tsakanikos and J. McCarthy (eds.). New York: Springer Science, 2014
13. Koskentausta T., Iivanainen M., Almqvist F. Risk factors for psychiatric disturbance in children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*, 51(Pt 1), 2007, pp. 43–53.
14. Martorell A., Tsakanikos E., Pereda A., Gutierrez-Recacha P., Bouras N., Ayuso-Mateos J., *Mental Health in Adults with Mild and Moderate Intellectual Disabilities: The Role of Recent Life Events and Traumatic Experiences Across the Life Span. The Journal of Nervous and Mental Disease*, Volume 197, Number 3, 2009, pp. 182–186
15. McGillivray J., McCabe M. Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Res Dev Disabil.*, 28(1), 2007, pp. 59–70
16. Walker J., Dosen A., Buitelaar J., Janzing J. Depression in Down syndrome: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, No. 32, 2011, pp. 1432–1440.

УДК 373.015:159.922.7

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ШКОЛЯРІВ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА В АСПЕКТІ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ

Соколова Г.Б., к. психол. н.,
старший викладач кафедри дефектології та фізичної реабілітації
ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет
імені К.Д. Ушинського»

У статті розглянуто сучасні наукові погляди на питання психологічного супроводу школярів із синдромом Дауна з позиції особистісно-орієнтованого підходу. Проаналізовано стан висвітлення проблеми, що досліджується в спеціальній психолого-педагогічній літературі.

Ключові слова: школярі із синдромом Дауна, особистість, психологічний супровід, особистісно-орієнтований підхід.

В статье рассмотрены современные научные взгляды на вопросы психологического сопровождения школьников с синдромом Дауна с позиции личностно-ориентированного подхода. Проанализировано состояние освещенности исследуемой проблемы в специальной психолого-педагогической литературе.

Ключевые слова: школьники с синдромом Дауна, личность, психологическое сопровождение, личностно-ориентированный подход.

Sokolova A.B. PSYCHOLOGICAL SUPPLY OF SCHOOLS WITH DAUNA SYNDROME IN THE ASPECTS OF PERSONALIZED-ORIENTED APPROACH

In the article modern scientific viewson the questions of psychological support of school children with Downsyndrome from the stand point of personality-oriented approach areconsidered. The state of illumination of the problem studiedin the special psychological and pedagogical literature isanalyzed.

Key words: school children with Downsyndrome, personality, psychological support, personality-oriented approach.

Постановка проблеми. Стрижневим поняттям моделі психологічного супроводу виступає питання взаємозв'язку особистості та її психологічного простору (О.П. Саннікова, О.Я. Чебикін та ін.), яке охоплює всю повноту індивідуальних про-