

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЯК УМОВА ЕФЕКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ

Кількість осіб з обмеженими можливостями постійно зростає, хоча її причини та наслідки можуть бути різними. За даними ООН, кожна четверта сім'я у світі стикається з проблемами інвалідності, загальна кількість людей з обмеженими можливостями на планеті становить 600 млн. осіб, і понад чверть з них – діти (зокрема в Україні налічується понад 160 тис. дітей-інвалідів у віці до 16 років).

Упродовж останніх років у зв'язку зі зміною Концепції інвалідності, реабілітація осіб з інвалідністю стала усвідомленою основою соціальної політики держави. Головним напрямом якої є комплексна (медична, психологічна та соціальна) реабілітація, що повертає особистість до повноцінного й нормального життя. Добре продумана система реабілітаційних заходів здатна практично повністю повернути цю категорію осіб до звичного способу та ритму життя. Але без урахування особистісних особливостей, оцінки їхніх ресурсних можливостей неможливо вибудувати ефективну систему реабілітаційних заходів, здатних повернути людину до повноцінного життя [6, с. 284-285]. Психологічна діагностика осіб з обмеженими можливостями має на меті виявлення та розв'язання проблем, що виникають у процесі їх інтеграції в навколишнє середовище.

У вітчизняній науці розглядаються різні аспекти вивчення зазначеної проблеми. Так, особливості ситуації розвитку особистості з різними хворобами, травмами, дефектами, питання їхньої психологічної готовності прийняти новий статус й інтегруватись у соціум висвітлено в роботах Р. Войтенко [1], І. Левченко, Н. Шабаліна [2] та ін. У дослідженнях Е. Боровіка, В. Коробова, А. Осадчих зазначено, що психологічна діагностика відіграє одну з головних ролей у системі реабілітаційних заходів, оскільки зміна соціальної ситуації розвитку людини, пов'язана з хронічним захворюванням й інвалідністю, призводить до специфічних змін його особистості, що позначається на всіх сферах життєдіяльності людини. Проблема взаємозв'язку соматичного та психічного компонентів, співвідношення між системами тілесної організації й психічними утвореннями індивіда є однією з провідних проблем у психології тілесності.

Предметом самосприйняття та самооцінки індивіда виступає його власне тіло, здібності, соціальні відносини, а також безліч особистісних проявів.

У низці досліджень (О. Соколова, А. Рождественський, М. Пауелл, В. Куніцина, А. Лоуен, Т. Кеш) образ тіла розглядається як складне структурне утворення, що поєднує когнітивну, емоційно-оцінювальну й регулятивну складові [7]. Врахування психологічних чинників повинно відбуватися на всіх етапах лікування та реабілітації хворих й осіб з обмеженими можливостями. Найважливішими психологічними аспектами є ставлення до хвороби й особливості психоемоційної сфери.

Аналіз наукових джерел свідчить про те, що, незважаючи на значну кількість теоретичних досліджень окресленої проблеми, окремої уваги потребує розробка психокорекційних та реабілітаційних технік і методик, які б сприяли психологічній адаптації, більшій результативності й ефективній реабілітації, в основі яких – комплексна психологічна діагностика.

Таким чином, концептуальна нерозробленість цієї проблеми, теоретична й практична значущість діагностики осіб з обмеженими потребами для обґрунтування шляхів реабілітації й адаптації зумовили вибір напряду нашого дослідження.

Мета дослідження випливає з актуальності теми й полягає в необхідності визначення психологічних особливостей осіб з обмеженими можливостями та обґрунтування психологічного аспекту реабілітаційної роботи й адаптації цієї категорії осіб.

У більшості людей з обмеженими можливостями спостерігається соціально-психологічна дезадаптація, яка зумовлена соціальними, і психологічними чинниками (відсутність навичок спілкування, неадекватна самооцінка, егоцентризм, негативне сприйняття оточуючих людей), що, поряд з поглибленням проблеми адаптації до життя в соціумі, ускладнює процес професійної реабілітації (психологічний стан, мотивація, взаємовідносини з оточуючими, все це впливає на засвоєння навчального матеріалу тощо). Розв'язання цього питання, а саме психологічна адаптація до виконання суспільної ролі та повноцінного життя, постає перед соціально-психологічною службою центру реабілітації будь-якого рівня [8].

Для успішного процесу реабілітації необхідна, у першу чергу, детальна психодіагностика, яка б дозволила визначити психологічні проблеми, що потребують корекції та планування реабілітаційних заходів відносно осіб з обмеженими можливостями. Задля розв'язання цієї проблеми психодіагностичне тестування в центрі реабілітації інвалідів має здійснюватися в три етапи.

Перший етап – вступна психодіагностика, яка забезпечує загальну

психологічну діагностику, що дозволяє визначити основні психологічні проблеми (які потребують корекції). На основі психодіагностичних даних здійснюється розподіл за напрямками соціально-психологічної реабілітації: соціально-групова робота – соціальна адаптація, комунікативний тренінг; індивідуальна робота з психологом – підтримуюча терапія, психокорекція, консультативна робота, короткострокова позитивна терапія; індивідуальна робота з психотерапевтом.

Другий етап – визначення психологічних змін та, у разі необхідності, внесення коректив в індивідуальну реабілітаційну програму клієнта.

Третій етап – контрольне тестування: загальна оцінка психологічного стану, аналіз змін, рекомендації.

На початковому етапі обстеження проводиться індивідуальна бесіда, в процесі якої виявляються клініко-демографічні та соціальні характеристики, а також особливості суб'єктивного ставлення до інвалідності. Далі дослідження проводиться за допомогою наступних методик.

Методики вивчення особливостей нервової системи: Методика визначення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі «Прогноз»; багаторівневий особовий опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова і С. Черм'яніна; «Діагностика соціально-психологічної адаптації» (СПА) (Д. Роджерс та Р. Даймонд); «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (УСФ); «Методика, що виявляє переважаючий стан, що породжується сімейними взаєминами» (Е. Ейдеміллер, В. Юстіцкіс).

Методики вивчення психічних процесів: Методики дослідження пам'яті, коректурна проба (тест Бурдона); методика «Таблиці Шульте»; методика вивчення рівня уваги; методика визначення рівня сприйняття (тест Мюнстерберга); методика для оцінки логічного мислення; методика «Інтелектуальна лабільність»; дослідження інтелекту за методикою «Прогресивні матриці Равена» та за методикою вивчення розумових здібностей (Амтхауер).

Методики вивчення особових властивостей: ММРІ; багатофакторне дослідження особи за методикою «Кетела»; «Опитувальник Р. Айзенка» (ЕРІ) (адаптація А. Шмельова); Фрайбурзький особовий опитувальник (FPI); опитувальник «ХОЛП-124»; методика діагностики показників і форм агресії (Басса-Дарки) (Д. Райгородський); вивчення потребо-мотиваційної сфери за допомогою дослідження за методикою «Піраміда Маслоу» й опитувальником мотивації (Елерс); Характерологічний опитувальник (Шмішек); ПДО (Лічко); методика визначення психотипів особи (Прутченков); методика визначення типу особи та ймовірних розладів цього типу (Автопортрет); методика діагностики ціннісних орієнтацій (Рокич), опитувальник експрес-діагностики

рівня емпатії (Юсупов); методика дослідження комунікативних й організаторських схильностей; тест гумористичних фраз.

Методики вивчення психічних станів: «Торонтська Алекситемічна шкала» (TAS); методика діагностики стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге; методика діагностики рівня соціальної фрустрованості (Васерман); шкала реактивної й особової тривожності (Спілбергер); САН; тест Люшера; шкали тривожності (Тейлор); опитувальник депресивності Бека; шкала депресії (Бехтерев); шкала самооцінки тривоги Цунга; методика діагностики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком; методика діагностики самооцінки, оцінка рівня прагнень (Ф. Хоппе), «Індекс життєвого стилю» (life stile index); С-тест (діагностика страхів).

Методики діагностики особливостей активності особи: Опитувальник оцінки засобів поведінки в конфліктній ситуації (Томас); ЛОБІ; рівень суб'єктивного контролю; методика «Q-сортування», методика соціометрії та референтометрії, тест СЖО (Леонтьєв) [4].

Для досягнення зазначеної вище мети використовувався комплекс методів, зумовлених об'єктом і предметом дослідження: методика самооцінки особистості (САН), що характеризує параметри самопочуття, активності й настрою особистості; методика Ч. Спілберга – Ю. Ханіна, яка надає змогу визначити рівень реактивної особистісної тривожності; методика М. Гамільтона, котра характеризує ступінь вираженості депресії й тривоги; методика для оцінки якості життя.

У процесі дослідження нами було вивчено особливості емоційної сфери, найбільш типові для осіб з обмеженими можливостями. Так, у 88,33 % респондентів спостерігається вірогідно високий рівень особистісної тривожності, що виявляється як риса особистості. Пов'язані з хронічною хворобою обмеження свободи дій, здійснення роботи або навчання, активної фізичної діяльності та соціальних контактів, реалізації планів на майбутнє підсилюють фрустрацію особистості, підтримуючи постійну тривогу, зокрема страх перед майбутніми ускладненнями хвороби, і виснажуючи сили через напругу.

За результатами опитування було з'ясовано, що особи з обмеженими можливостями в 72,5 % надають більш низьку оцінку свого здоров'я, попри те, що їх стан не викликає побоювання з боку лікарів і родичів. Більшість (53,4 %) відчувають гостру тривожність, маючи правдивий ризик щодо розвитку депресивних станів. В абсолютній кількості осіб (78,8 %) виявлено високу прихильність до свого дому, при цьому вони відчувають залежність від родичів. У 46,29 % простежуються елементи депресії, що виявляються у вираженій пасивності, відсутності інтересу до навколишнього світу,

низькому ступені соціальної адаптації, схильності до депресивного типу реагування на дистрес, наявності негативних установок на майбутнє. Тому для закріплення ефекту реабілітаційного процесу, запобігаючи загостренню захворювання, необхідно тривало проводити психокорекцію, незалежно від ступеня тяжкості стану хворого. Причому, доцільно її реалізовувати не тільки в клієнта, а й членів його родини.

При взаємовідносинах осіб з обмеженими можливостями з іншими, у багатьох не вистачає соціальних навичок, вміння виявити себе в спілкуванні з колегами, знайомими, адміністрацією, роботодавцями. Ці особи не завжди можуть вловити нюанси людських відносин, сприймають інших загально, оцінюючи їх на підставі лише деяких моральних якостей – доброти, чуйності тощо. Не цілком гармонійно складаються взаємини і між особами з інвалідністю. Належність до групи людей з обмеженими можливостями зовсім не означає, що інші члени цієї групи будуть налаштовані до неї відповідним чином. Досвід роботи засвідчує, що особи з інвалідністю вважають за краще об'єднуватися з людьми, що мають ідентичні захворювання, і негативно ставляться до інших.

Основним показником соціально-психологічної адаптації осіб з обмеженими можливостями є їхнє ставлення до власного життя. Практично половина з них (за результатами досліджень) оцінюють якість свого життя як незадовільну (в основному, це інваліди 1 групи). Близько третини осіб (2-ої та 3-ої групи) характеризують своє життя як цілком прийнятне. Поняття «задоволеність/незадоволеність життям» доволі часто зводиться до поганого або стабільного задоволення матеріальним становищем особистості. Чим нижчими є доходи особистості, тим песимістичнішими виявляються її погляди на своє існування. Одним з факторів ставлення до життя є самооцінка особистості стану свого здоров'я. За результатами досліджень, серед осіб визначають якість свого існування як низька, тільки 3,8 % оцінили своє самопочуття як задовільне.

Важливим елементом психологічного самопочуття осіб з обмеженими можливостями є їх самосприйняття. Тільки кожен десятий інвалід вважає себе щасливим, третина – пасивними, кожен шостий – нетовариським, чверть – сумними. Дані психологічних характеристик людей з інвалідністю істотно різняться в групах, що мають різні доходи. Кількість «щасливих», «добрих», «активних», «товариських» більша серед тих, чий бюджет стійкий, а «нещасних», «злих», «пасивних», «нетовариських» – серед тих, хто постійно потребує коштів. Подібні психологічні самооцінки спостерігається в різних за тяжкістю групах. Найсприятливіша самооцінка в інвалідів 1 групи. Серед них більше «добрих», «товариських», «веселих». Гірше становище в осіб з

інвалідністю 2 групи. Привертає увагу певна особливість: серед інвалідів 3 групи менше «нещасних» і «сумних», але значно більше «злих», що характеризує негаразди в соціально-психологічному плані. Це підтверджується і низкою більш глибоких індивідуально-психологічних досліджень, які виявляють психологічну дезадаптацію, почуття інакшості, значні труднощі в міжособистісних контактах інвалідів 3 групи. Також простежується різниця в самооцінці в чоловіків і жінок: «щасливими» себе вважають 7,4 % чоловіків і 14,3 % жінок, «добримими» – 38,4 % і 62,8 %, «веселими» – 18,8 % і 21,2 %, що вказує на високі адаптаційні можливості жінок.

Помічено відмінність у самооцінці працюючих і безробітних осіб з обмеженими можливостями: в останніх вона значно нижча. Частково це зумовлено матеріальним становищем працюючих, більшою соціальною адаптацією, порівняно з безробітними. Найменш пристосованими є одинокі інваліди. Незважаючи на те, що їхнє матеріальне становище не вирізняється принципово в гіршу сторону, вони становлять групу ризику в плані соціальної адаптації. Ця категорія частіше за інших негативно оцінює своє фінансове становище (31,4 %, а в середньому серед осіб з інвалідністю 26,4 %). Вони вважають себе більш «нещасними» (62,5 %, середній показник серед інших – 44,1 %), «пасивними» (відповідно 57,2 % і 28,5 %), «сумними» (40,9 % і 29 %). 3-поміж цих людей мало осіб, задоволених життям.

Прояви соціально-психологічної дезадаптації одиноких осіб з обмеженими можливостями мають місце попри те, що в заходах щодо соціального захисту вони мають певний пріоритет. Погіршення їхнього морально-психологічного стану пояснюється також складними економічними та політичними умовами в країні. Як і всі люди, особи з інвалідністю відчувають страх перед майбутнім, тривогу та невпевненість у завтрашньому дні, почуття напруженості та дискомфорту. Загальна стурбованість набуває форм, характерних для сучасних політико-економічних і соціально-психологічних умов. Поряд з матеріальними негараздами, це призводить до того, що найменші труднощі викликають у них паніку та сильний стрес.

Одним з критеріїв ефективності реабілітації в соціально-психологічному контексті вважається здатність особи з обмеженими можливостями адаптуватися та жити в суспільстві. Точнішою оцінкою за цих умов будуть досягнення запланованого результату реабілітаційної дії, ступінь поліпшення життєдіяльності та підвищення соціальної активності [3, с. 29-32].

При оцінці ефективності реабілітації важливо користуватися показниками, серед яких можна виокремити: якісні та кількісні. До першої

категорії належить активізація діяльності, відновлення (набуття) комунікативних здібностей, відновлення (набуття) трудових і професійних навичок, інтеграція в суспільство. Серед кількісних показників – тривалість ремісії при хронічному захворюванні, норми виробітку в осіб, які пройшли реабілітаційні заходи, що працюють на підприємствах тощо. [5, с. 139-145].

Основними принципами психологічної реабілітації повинні стати: принцип партнерства; принцип різноплановості зусиль; єдність психологічних, соціально-психологічних і соціальних методів впливу; поступовість і ступеневість реалізації реабілітаційних заходів; досягнення поліпшення й стабілізації психологічного здоров'я особистості.

Сьогодні реабілітаційні проблеми вирішуються ніби у двох площинах: вивчення всього спектра вимог до інвалідності та дослідження можливостей суспільства задовольнити потреби інвалідів. Тому реабілітація – це суспільно необхідне, соціально-трудове відновлення інвалідів, яке передбачає створення оптимальних умов для їхньої активної участі в житті соціуму та повернення до праці [9, с. 107-109].

Незважаючи на відмінності в поглядах на теорію та практику психологічної допомоги, загальним для всіх науковців є виокремлення найважливішої складової психологічного впливу на особистість, як при індивідуальній, так і при груповій формах роботи, – терапевтичного впливу на переживання й уявлення особистості, пов'язані зі ставленням до себе у своїй співвіднесеності з навколишнім світом [2, с. 29-32].

Психологічний аспект індивідуальної програми реабілітації осіб з обмеженими можливостями охоплює комплекс заходів, спрямованих на вивчення характеру та виразність психоемоційних порушень, які доволі часто розвиваються при захворюваннях, та їх лікування. Основним завданням психологічного аспекту цієї програми є підвищення реабілітаційного потенціалу особистості хворого – створення максимальних передумов прийняття реабілітантом оптимальних рішень і дій про досягнення мети, передбаченої індивідуальною програмою реабілітації [10, с. 464-465].

Аналіз соціально-психологічної адаптації осіб з обмеженими можливостями, які знаходяться в процесі реабілітації, засвідчив істотні відмінності соціально-психологічних характеристик. Це підтверджує статистично достовірну різниця в наступних індивідуально-особистісних адаптаційних компонентах, що виявляються: у «фізичній і вербальній агресії», «негативізмі», «дратівливості» «алекситемії», «тенденції до екстернальності», «кризі особистої та соціальної ідентичності», «звуженні потребо-мотиваційної спрямованості особистості», «неадекватній самооцінці

щодо якостей, станів і самоефективності», «незадоволеності сімейними стосунками», «тривожності в сім'ї», «негативному ставленні до майбутнього», у напруженості психологічного захисту («витіснення», «заміщення») і домінуванні емоційно-орієнтованої поведінки («агресивність», «безнадійність», «протест»); а також соціально-середовищних компонентах адаптації, які виявляють дефіцит у таких сферах, як економічна нестабільність (пов'язана зі «зниженням рівня доходу») і соціально-психологічна нестабільність («зміна соціального статусу»).

Отже, можна констатувати, що нині процес соціально-психологічної адаптації осіб з обмеженими можливостями ускладнений, оскільки: задоволеність життям цієї категорії осіб є низькою; самооцінка має негативну динаміку; істотні проблеми постають перед особистістю при взаєминах з оточуючими; емоційний стан характеризується тривожністю та невпевненістю в майбутньому, песимізмом.

Найнесприятливіша в соціально-психологічному сенсі постає група, у якій спостерігається поєднання різних негативних показників (низької самооцінки, настороженості щодо оточуючих, незадоволеності життям тощо). До неї належать особи з поганим фінансовим становищем і житловими умовами, самотні, інваліди 3 групи, особливо безробітні, інваліди з дитинства (наприклад, хворі на ДЦП).

За результатами проведених психологічних досліджень осіб з обмеженими можливостями виявлено основні психологічні проблеми: соціальна дезадаптація, депресія, низький рівень розвитку комунікативних навичок (найчастіше як наслідок соціальної ізоляції), і, з огляду на це, емоційна нестабільність, неадекватна самооцінка, емоційні проблеми.

Спільне використання соціальних і психологічних заходів реабілітації дозволить розробити та впровадити комплексну корекцію психологічного стану осіб з обмеженими можливостями й адаптувати їх до максимально повноцінного життя в соціумі. Розвиток реабілітаційних технологій, орієнтованих на корекцію та формування адаптивних особистісних настанов, доступність різних ресурсно-розвиваючих видів психологічної допомоги та підтримки, забезпечить психологічну готовність особистості до змін. Це можливо за рахунок здобуття психоемоційної стабільності, розуміння нового себе, умов, що змінилися, можливостей і свого місця в житті. Подальший розвиток реабілітаційних технологій сприятиме успішній інтеграції в суспільне соціально-економічне життя значної кількості осіб з обмеженими можливостями.

Список використаних джерел

1. Войтенко Р.М. Основи реабілітології та соціальна медицина: концепція і методологія / Р.М. Войтенко – СПб.: «Медєя», 2007.
2. Добровольская Т.А., Шабаліна Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых / Т.А. Добровольська, Н.Б. Шабаліна // Социологические исследования. – 1993. – № 3. – С. 62-66.
3. Залученова Е.А. Принципи оцінки психологічного компонента реабілітаційного потенціалу / Е.А. Залученова // Медико-соціальна експертиза та реабілітація. – 1998. – № 2. – С. 29-32.
4. Купреева О.І. Методика діагностики ставлення до іншого людей з інвалідністю / О.І. Купреева // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць. – К.: Університет «Україна», 2004. – С. 301-307.
5. Липа В.В. Формування життєвих компетенцій дітей з особливими освітніми проблемами / В.В. Липа, В.О. Липа // Гуманізація навчально-виховного процесу: Збірник наукових праць (Спецвипуск) / За загальною редакцією В.І. Сіпченка. – Слов'янськ, 2006. – С. 139-145.
6. Місяк С.А. Організація освіти осіб з фізичними вадами в Україні / С.А. Місяк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2005. – С. 284-285.
7. Рождественський А.Ю. Тілесність та її потенціал у психологічному просторі життя людини / А.Ю. Рождественський. – К.: Знання, 1999. – 50 с.
8. Терлецька Л.Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу / Л.Г. Терлецька. – К.: ВПЦ «Київ. ун-т», 2003. – 150 с.
9. Тюптя Л.Т. Психокорекційні методи роботи з людьми з особливими потребами / Л.Т. Тюптя, О.В. Тюптя // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції. – К.: Ун-т «Україна», 2003. – С. 107-109.
10. Церклевич В.С. Проблема працевлаштування людей з особливими потребами в сучасних умовах України / В.С. Церклевич // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2005. – С. 464-465.



Тетяна Анатоліївна Каткова

м. Мелітополь

e-mail: katkova963@gmail.com

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Наукові студії впродовж останніх років засвідчують тривожну тенденцію щодо зростання кількості дітей з відхиленнями фізичного та психічного здоров'я, зумовленими біологічними, екологічними, соціально-психологічними та іншими чинниками, а також їх поєднанням. Значну частину серед цих дітей займають особи із затримками психічного розвитку (ЗПР), яких на тлі загального погіршення дитячого здоров'я стає дедалі більше. Посилення громадської тривоги через стан та місце дітей з різними вадами психічного розвитку в школі, визнання необхідності посилення психолого-педагогічного впливу задля покращення та збереження їхнього психічного й фізичного здоров'я окреслюють одне з невідкладних завдань – обґрунтування та створення адекватної системи шкільного навчання та виховання цих дітей.

Проблема ЗПР дітей молодшого шкільного віку гостро постала перед психолого-педагогічною наукою вже давно. Це питання активно вивчалось і в загальному психолого-педагогічному напрямку (Т. Андрющенко, А. Богуш, Т. Карабанова, Н. Максимова, Н. Менчинська, Є. Мілютіна, Л. Носкова, В. Піскун, В. Ямницький), розроблялися методи компенсуючого навчання (Г. Кумаріна, Є. Мастюкова), визначалися засоби реабілітації розумової працездатності дітей (К. Корольова, М. Раттер). Деякі питання корекції вад психічного розвитку дітей розглядалися в контексті проблеми психологічної готовності до школи та труднощів шкільного навчання (І. Агафонова, М. Безруких, С. Громбах, І. Дубровіна, С. Єфімова, Н. Коцур, Б. Круглов, В. Степанов, А. Фурман).

У дитячому віці уповільнений темп психічного розвитку зустрічається значно частіше, ніж психічне недорозвинення. Зазвичай затримка психічного розвитку (ЗПР) діагностується і дітей до закінчення дошкільного віку або при вступі до школи. ЗПР виявляється в зниженні загального запасу знань; в обмеженості уявлень, у незначній інтелектуальній цілеспрямованості.

Причин, які викликають затримку психічного розвитку в дітей, чимало. Це можуть бути несприятливі умови виховання, спадкова схильність, довготривалі хронічні захворювання в ранньому дитинстві, порушення