

Клиника интеллектуальных нарушений

Сознание есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям.

Сознание – высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщённом виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека.

Воля - способность человека действовать в направлении сознательно поставленной **цели**, преодолевая при этом внутренние препятствия (т. е. свои непосредственные желания и стремления).

Эмоции – это психические процессы, протекающие в форме переживаний и отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека.

Признаки эмоций: 1. Эмоции выражают состояния субъекта и его отношение к объекту; 2. Эмоции отличаются полярностью, т.е. обладают положительным или отрицательным знаком (оба

Мышление

Мышлением называется процесс опосредованного и обобщенного познания объективной реальности.

Виды мышления:

- а) Предметно-действенное
- б) Наглядно-образное
- в) Абстрактное или теоретическое

Формы мышления: а) понятие; б) суждение; в) умозаключение.

Основные мыслительные операции

1. Анализ.
2. Синтез.
3. Сравнение.
4. Обобщение.
5. Абстракция.
6. Конкретизация.

Интеллект

Интеллект в психологии называется система всех познавательных способностей индивида и, в частности, способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности. Выделяются три формы интеллектуального поведения:

- вербальный интеллект, включающий запас слов, эрудицию, умение понимать прочитанное;
- способность решать проблемы;
- практический интеллект, составными частями которого является умение адаптироваться к окружающей обстановке.

Выделяют три формы организации интеллекта: *здравый смысл, рассудок и разум*. Они отражают различные способы познания объективной реальности в частности, в сфере, межличностных контактов и методы её преобразования на основе полученных знаний.

Под **здравым смыслом** подразумевают процесс адекватного отражения реальной действительности, базирующийся на анализе сущностных мотивов поведения окружающих людей и использующий рациональный способ мышления. Здравый смысл позволяет человеку избегать логических ошибок при оценке и интерпретации внешних ситуаций и в соответствии с этим выбирать наиболее адекватный способ взаимодействий с окружающими.

Рассудком обозначается процесс познания реальности и способ деятельности, основанный на использовании формализованных знаний, трактовок, мотивов деятельности участников коммуникации.

Разум – это высшая форма организации интеллекта, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических знаний и творческого преобразования действительности. По другому, разумом обозначается наивысшая ступень логичности, проявление «чистой» рациональности, отграниченной от каких бы то ни было моментов спонтанности, произвола, фантазии, интуитивных прозрений.

Интеллектуальное познание может *использовать рациональный и иррациональный* способы. Рациональное близко к научному подходу в оценке событий и явлений, т.е. оно требует применения формально-логических законов, выдвижения гипотез и их подтверждение. Иррациональное опирается в познании на неосознаваемые факторы, не имеет строго заданной последовательности и не требует использовать для доказательства истинности логических законов.

Интеллект

Психофизиологическая система приема (внимание, восприятие), хранения (память), переработки (мышление) и использования информации (знания, умения, навыки).

1. Предпосылки к развитию интеллекта (ясность сознания, память, внимание, мышление и др.).
2. Духовный инвентарь (запас знаний, умений, навыков).
3. Собственно интеллект - умение использовать знания, умения. Способность к образованию новых идей, гипотез, схватыванию различных точек зрения, адаптация к новым ситуациям.

Качества интеллекта:

1. Любознательность. 2. Пытливость. 3. Глубина. 4. Живость. 5.

Патология интеллекта

Врожденная - умственное недоразвитие или олигофрения.

Приобретенная - деменция: порциальная, тотальная.

Псевдодеменция - психогенно обусловленное расстройство интеллекта, мнимая утрата интеллектуальных функций.

Наиболее яркими симптомами и синдромами расстройств интеллектуальной деятельности являются признаки *деменции и умственной отсталости*.

Деменция – психопатологический синдром, включающий снижение интеллекта в силу нарушения высших корковых функций, памяти, внимания, мышления и проявляющийся нарушениями ориентировки, способности к обучению.

Умственная отсталость – состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушениями способностей обеспечивающих общий уровень интеллектуальности (когнитивных, речевых, моторных и социальных).

Исследование мышления и интеллекта у детей

1. Способность к простым и сложным аналогиям и обобщениям.
2. Классификация понятий (методика «четвертый лишний»).
3. Сюжетные картинки: а) с последовательностью событий; б) с незавершенным концом; в) «нелепицы».
4. Понимание скрытого смысла пословиц, поговорок, «крылатых» выражений, синонимов, омонимов.
5. Использование специальных методик Векслера, Бине-Симона, Айзенка, Амтхауэра.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Умственная отсталость, или ретардация (старый термин - «олигофрения»), - это состояние задержанного или неполного развития психики врождённого или приобретённого в раннем детстве (до 3 лет) характера, проявляющееся нарушением способностей (когнитивных, речевых, моторных и социальных), обеспечивающих общий уровень интеллектуальности.

Наиболее частое проявление умственной отсталости является равномерно низкий уровень результатов по всем видам тестов для оценки интеллекта, включая задания на усвоение новой информации, краткосрочную память, использование понятий и решение проблем.

Однако, очень важны и социальные критерии, поскольку необходимо проводить различие между теми, кто в состоянии вести нормальную или почти нормальную жизнь, и теми, для кого это невозможно.

Умственная отсталость: принципы диагностики

Основное проявление: интеллектуальный дефект, приводящий к социальной дезадаптации. Для умственно отсталых характерно недоразвитие, недостаточность понятийного, абстрактного мышления.

В основе диагностики умственной отсталости, по Г.Е.Сухаревой (1891-1981), должен быть положен клинико-психопатологический принцип:

- диффузный (тотальный) характер слабоумия, при котором страдают не отдельные навыки и способности, а личность в целом: способность к образованию абстрактных понятий, умение выделить главное и второстепенное в получаемой информации, развитие речи, уровень активного внимания, характер поведенческих и эмоциональных реакций. Олигофрения – это сложный психопатологический синдром, включающий симптомы умственной отсталости.
- непрогредиентный (стабильный) характер интеллектуальной недостаточности. Идёт лишь медленное накопление знаний и навыков, интеллект при этом не прогрессирует.

Этиология (причины)

- **Наследование.** Заболевания, сопровождающиеся отклонениями интеллекта, могут передаваться по доминантному и рецессивному типу. Примерами наследственной патологии могут служить синдром Дауна, синдром Клайнфелтера, синдром Тернера-Шерешевского, нейрофиброматоз, фенилкетонурия, галактоземия.
- **Инфекция.** Причиной умственной неполноценности может быть заражение (инфицирование) плода во время беременности матери, например, при краснухе, цитомегаловирусной инфекции, сифилисе, токсоплазмозе. Это может привести к рождению ребёнка с врождёнными дефектами, повреждением мозга, глухотой, слепотой, деформацией конечностей.
- **Отравление токсическими веществами** (напр., свинцом) при попадании их в организм матери в первые три месяца беременности. Отравление плода может произойти вследствие чрезмерного курения матери в начале беременности. Повреждение могут вызывать аномальные процессы распада продуктов жизнедеятельности у детей, имеющих резус-фактор, не совместимый с резус-фактором матери.

- **Травма.** Затянувшиеся роды или асфиксия в родах в результате неправильного положения плода могут приводить к повреждению мозга умеренной степени тяжести.
- **Недоразвитость.** Причиной умственной неполноценности может быть недоразвитость структуры черепа, кровеносных сосудов или самой центральной нервной системы, что мешает полноценному развитию коры мозга.
- **Эндокринные аномалии,** напр., кретинизм (нарушение функции щитовидной железы).
- **Окружающая среда.** Тяжёлая степень эмоциональной депривации. Сенсорная депривация вследствие изолированности ребёнка и отсутствия адекватной материнской заботы, особенно у детей с дефектами слуха и зрения.

В практической деятельности выделяют:

- 1) наследственно-эндогенные формы умственной отсталости: метаболические расстройства, такие, например, как фенилкетонурия, галактоземия, синдром Шерешевского-Тернера болезнь Крузона;
- 2) эмбриофетопатии, пр которых интеллектуальная недостаточность обусловлена перенесёнными женщиной во время беременности инфекционными заболеваниями, например, коревой краснухой, токсоплазмозом, сифилисом;
- 3) формы умственной отсталости, связанные с повреждениями головного мозга (родовые травмы, асфиксии, перенесённый в раннем возрасте энцефалит, отравления).

Классификация по степени умственного недоразвития

Легкая умственная отсталость: IQ от 50-55 до 70 %.

Умеренная умственная отсталость: IQ от 35-40 до 50-55 %.

Выраженная умственная отсталость: IQ от 20-25 до 35-40 %

Глубокая умственная отсталость: IQ ниже 20 или до 25 %.

Клинические признаки врожденных расстройств (элементарные морфологические дефекты развития)

Череп: брахицефалический, долихоцефалический, микроцефалический

Глаза: эпикантус (третье веко), неправильное расположение и асимметрия формы глазниц, косоглазие, колобома, неодинаковая окраска радужек, врожденный птоз.

Уши: дефект ушной раковины, выраженный дарвиновский бугорок, глухота, «волчьи» ушки и т.д.

Область рта: готическое небо, расщепление язычка, волчья пасть, аномальные зубы, географический язык, асимметрия его половин.

Нос: недоразвитие носовых костей, гротескная курносость, чрезмерная длина носа, аномалии носовой перегородки.

Лицо: врожденная асимметрия лица, преобладание лицевого черепа над головным, развитие морщин в детском возрасте.

Кожа: альбинизм, ихтиоз, обилие родимых пятен, складчатость кожи, кератоз, разная величина молочных желез.

Скелет: карликовость, аномалия пальцев, полидактилия, синдактилия, арахнодактилия, косолапость, плоскостопие, врожденное искривление позвоночника.

Мышечная система: врожденные дефекты мышц, аплазия ядер III, VI, VII пары ЧМН, дефект большой грудной мышцы.

Половые органы: крипторхизм, эписпадия, гипоспадия.

Соматические нарушения при умственной отсталости

- Наиболее важными соматическими нарушениями, наблюдаемыми среди умственно отсталых, являются сенсорные и двигательные нарушения, эпилепсия и недержание. Только $\frac{1}{3}$ из них не страдают недержанием, способны самостоятельно передвигаться и не имеют серьёзных поведенческих проблем; $\frac{1}{4}$ находятся в крайней степени зависимости от окружающих. У детей с умственной отсталостью также часто встречаются дефекты зрения или слуха, двигательные нарушения, включающие в себя мышечный спазм, атаксию и атетоз.

В основу разграничения возможностей детей с лёгкой (F-70), умеренной (F-71), тяжёлой (F-72) умственной отсталостью могут лечь следующие параметры:

1. Физическое развитие. Соответствие физического развития возрастной нормы. Наличие и характер отклонений в развитии.
2. Двигательная сфера. Состояние крупной моторики (осанка, походка, способность к передвижению, координированность, темп, быстрота и ловкость движений); мелкой моторики (захват предметов, мышечные усилия, сочетания моторных движений и разных частей тела).
3. Бытовые навыки. Овладение навыками самообслуживания (гигиенические навыки, одевание, еда и др.)
4. Социальный опыт. Сведения о себе (собственном теле), семье (способность выделить членов семьи). Ориентировка в окружении (пространстве, во времени, узнавание людей из ближайшего окружения, умение войти в ситуацию (автономность, зависимость). Владение правилами поведения в быту.

5. Способность к общению. Контакт со взрослыми, сверстниками, способность к взаимодействию, характер взаимодействия (речевой, невербальный с помощью жестов, мимики, пантомимики, наглядных средств).
6. Способность к деятельности. Принятие инструкции к заданию. Манипуляции, предметные действия, орудийные. Способность к самостоятельной деятельности (целенаправленность, последовательность и логичность действий, продолжительность), проявление интереса (устойчивость); самоконтроль, завершённость процесса.
7. Сформированность высших психических функций, обеспечивающих познавательную деятельность.
Состояние восприятия, памяти, мышления, речи.

Легкая умственная отсталость (дебильность). F-70.

1. Дети приобретают основные навыки с некоторой задержкой: ходить начинают не ранее 2х лет, говорить — не раньше 3х лет. Часто наблюдаются нарушения со стороны органов чувств: пониженное зрение, слух. Примерно у 2/3 детей обнаруживают признаки моторной недостаточности.
2. Способны пользоваться речью как средством общения.
3. Неплохо ориентируются в бытовой сфере. Имеют навыки по самообслуживанию (умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря).
4. Основные затруднения в школьной успеваемости (недостаточность отвлечённого словесно-логического мышления при относительной сохранности наглядно-образного мышления). Способны к образованию простых понятий, но их мышление остаётся преимущественно конкретным, привязанным к данной ситуации. Они пользуются усвоенными трафаретами, прописными истинами без глубокого их понимания. Способность ориентироваться в новой для них обстановке снижена. Круг представлений о внешнем мире сужен и искажён.
5. Поведение зависит от индивидуальных особенностей. Имеют дефекты,

Умеренная умственная отсталость. F-71.

1. Овладение устной и письменной речью ограничено. Могут произносить короткие, простые фразы. Запас знаний очень ограничен, накопление его идёт крайне медленно.
2. Отстают в развитии навыков самообслуживания и моторики.
3. Часты неврологические и соматические нарушения.
4. Нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни.
5. Способны к простой практической работе, элементарным видам труда.
6. Испытывают привязанность к близким, у них развито чувство стыда, обидчивость и злопамятность, они способны реагировать на похвалу и порицание.

Тяжелая умственная отсталость (имбецильность). F-72.

1. Выраженная степень умственного и моторного нарушения. Речью овладевают с 3, иногда с 5 лет. В речи преобладают существительные и глаголы, отмечаются шепелявость, картавость, неправильная артикуляция. Могут высказывать простейшие суждения, но мышление их остаётся сугубо конкретным. Обычно правильно реагируют на мимику, жестикуляцию собеседника. Моторика их неполноценна, особенно отчётливо это обнаруживается при выполнении тонких движений. Могут выполнять простейшую работу, требующую лишь нескольких шаблонных операций.
2. У них преобладают влечения низшего порядка: пищевое половое.
3. Эмоции возможны, но вызываются непосредственными наличными раздражителями, недолговременны и примитивны. Чаще преобладает добродушно-безразличное настроение, но бывают злые, агрессивные больные. Обычно правильно реагируют на мимику, жестикуляцию собеседника.
4. Не овладевают навыками по самообслуживанию и часто гигиеническими. Нуждаются в уходе за ними.

Глубокая умственная отсталость (идиотия). F-73.

1. Психическая деятельность отсутствует. Речь и мышление полностью неразвиты. Ориентировочный рефлекс («пассивное внимание») или отсутствует, или выражен недостаточно: такой ребёнок не реагирует на изменения во внешней среде, не следит взором за действиями окружающих лиц. Прогресс в интеллектуальном развитии невозможен.
2. Инстинкты извращены. Отсутствует реакция на болевые раздражения, едят несъедобное — могут жевать тряпки, грызть деревянные спинки и подлокотники стульев, имеют патологические отклонения в половой сфере, что проявляется чаще всего в форме упорного онанизма.
3. Не владеют навыками самообслуживания. Очень значительны нарушения в области моторики. Движения их мало координированы, для них характерны стереотипные движения, чаще всего — раскачивания туловища взад и вперёд или из стороны в сторону.
4. Эмоциональные проявления, если они имеются, отличаются чрезвычайной элементарностью. У детей с глубокой умственной отсталостью преобладает безразличное, тупо-апатичное или нелепо-весёлое настроение. Обычные проявления радости, печали, страха им недоступны. Иногда они издают нечленораздельные звуки, не зависящие от вызвавшей их причины.
5. У детей не удаётся выработать элементарных навыков опрятности

Сравнительные психолого-педагогические характеристики степеней умственной отсталости

1. Физическое развитие.

Лёгкая умственная отсталость. F-70.

Общее физическое развитие, масса тела, рост могут иметь незначительные отклонения от возрастной нормы.

Умеренная и тяжёлая умственная отсталость. F-71, F-72.

Отклонения в физическом развитии могут быть более выражены

2. Двигательная сфера

Лёгкая УО. Прослеживается неловкость крупных движений, недостаточная координированность и ловкость при выполнении тех или иных действий (в статическом положении, при выполнении динамических и силовых проб, при совместных действиях обеих рук, ног и т.д.). Недостаточно сформированы тонкие движения пальцев рук. Отмечаются недостатки произвольных движений.

Умеренная УО. Недостаточная четкость основных движений. Неловкая походка. Слабая регуляция мышечных усилий. Трудности зрительно-двигательной координации. Трудности самостоятельного выполнения двигательных упражнений.

Недоразвитие дифференцированных движений пальцев рук. Недостатки произвольных движений более выражены

Тяжёлая УО. Походка детей неустойчива, движения хаотичны, плохо координированы, слабо регулируются мышечные усилия. Грубые нарушения зрительно-двигательной координации. Невозможность выполнения двигательных упражнений даже по подражанию взрослому.

Грубое недоразвитие дифференцированных движений пальцев рук.

Недостатки произвольных движений носят выраженный стойкий характер

3. Бытовые навыки

Лёгкая УО. Владеют элементарными навыками самообслуживания и выполняют несложные бытовые действия. Способны контролировать свои физиологические потребности, соблюдая гигиену (принимать пищу, пережевывая и не проливая, пользоваться носовым платком, туалетной бумагой, чистить зубы и т.д.), а также одеваться, сложить одежду. В случаях затруднения используют помощь.

Умеренная УО. Трудности самостоятельного выполнения действий по самообслуживанию и овладения различными бытовыми навыками. При выполнении гигиенических процедур, при одевании, приеме пищи испытывают трудности в установлении правильной последовательности действий. Нуждаются в постоянной стимуляции и совместных действиях с взрослым.

Тяжёлая УО. При обслуживании себя полная зависимость от других. Затруднен самоконтроль физиологических потребностей. Не выполняют самостоятельно действий по личной гигиене. При обслуживании себя зависят от взрослого.

4. Социальный опыт

Лёгкая УО. Испытывают трудности при самостоятельной ориентировке в окружающем: знание дороги в школу, местонахождение класса, туалета, столовой и.т.д.; различение средств передвижения, соблюдение правил перехода улицы с учетом сигнала светофора; -использование предметов одежды, бытовых предметов и др. учетом сезона; ситуаций (дома, в школе, театре и др.), Трудности в установлении временных отношений (времена года, дни недели, части суток), определении времени по часам, последовательности событий. Ограничены знания о себе, семье, ближайшем окружении.

Умеренная УО. Низкий уровень ориентировки в окружающем, даже при сопровождающей помощи взрослого.

Тяжёлая УО. Не ориентируются в окружающем. Помощь взрослого малоэффективна. Частичное знание предметов обихода.

5. Способность к общению

Лёгкая УО. Способны самостоятельно устанавливать взаимоотношения с взрослыми и детьми на вербальном уровне. Могут длительное время поддерживать контакт со взрослыми, проявляя интерес к взаимодействию. У некоторых детей возникают трудности при налаживании контакта, у других проявляется в ходе общения недостаточно адекватное реагирование, несоблюдение дистанции, не критичность. Проявляется потребность в одобрении со стороны окружающих.

Умеренная УО. Первичный контакт бывает затруднен из-за ограниченного понимания обращенной речи. Требуется мимическое и жестовое подкрепление. Установление контакта возможно, но ненадолго. Для его поддержания требуется положительная стимуляция (доброжелательная улыбка, знаки одобрения, поглаживание и т.п.). Некоторые дети привлекают внимание к своим нуждам (еда, туалет, боль и др.). Имитируют действия других в ходе взаимодействия. Интерес вызывает не сама деятельность, а отдельные признаки предметов (звучание, цвет). Интерес нестойкий

Выраженная УО. Контакт крайне затруднен из-за непонимания обращенной речи. Необходимо многократное жестовое и мимическое повторение. Самостоятельно контакт не иницируют. Иногда проявляют негативизм. Характерно пассивное подчинение. Положительно реагируют на ласку

6. Способность к деятельности

Лёгкая УО. Проявляют интерес к предлагаемой деятельности, но он носит неустойчивый характер.

Легче понимают инструкцию невербального характера.

Способны действовать по образцу, пошаговой инструкции. Возможны простейшие самостоятельные действия. В процессе деятельности требуется организующая и направляющая помощь. Самоконтроль при выполнении задания отсутствует. Волевые усилия недостаточно сформированы.

Эмоционально реагируют на оценку их деятельности

Умеренная УО. Интерес к деятельности взрослого слабо выражен и неустойчив. Требуется многократное повторение инструкции с показом того, что следует сделать.

В процессе работы предлагаемая программа действий не удерживается

Способны к подражанию и совместным действиям с взрослым.. Наступает быстрое пресыщение деятельностью. Волевых усилий не проявляют.

Эмоциональное реагирование в процессе работы не всегда адекватно.

Тяжёлая УО. Интерес к действиям взрослого активно не проявляется. Пассивны в принятии предлагаемого взрослым задания.. Простейшие действия при совместной пошаговой помощи взрослого выполняются лишь частично. Не удерживают внимание при выполнении действий. Не сформированы регуляторные механизмы. Организующая направляющая

7. Сформированность высших психических функций

Восприятие

Лёгкая УО. При восприятии различают знакомых и незнакомых людей. Восприятие знакомых и незнакомых людей менее дифференцировано. Способны к восприятию знакомых предметов, объектов. Самостоятельно узнают их изображения.

Трудности при дифференцировке **сходных** зрительных, слуховых сигналов, тактильных и обонятельных раздражителей. Затрудняются при словесном обозначении основных признаков предметов, но способны к их группировке с учетом формы, величины, цвета.

Умеренная УО. Требуется организация самого процесса восприятия окружающего и его сопровождение со стороны взрослых. Дифференцировка зрительных, слуховых сигналов, тактильных и обонятельных раздражителей возможна только с помощью взрослого. Нет словесного обозначения основных признаков предметов. При группировке предметов с учетом формы, цвета, величины требуется организующая и направляющая помощь.

Тяжёлая УО. Восприятие знакомых предметов возможно при условии

Память

Лёгкая УО. На этапе запоминания и воспроизведения предлагаемого материала необходимы различные наглядные, звуковые, тактильные и другие опоры. Самостоятельно использовать приемы запоминания не могут, необходима помощь взрослого.

Умеренная УО. Не соотносят запоминаемый материал с предлагаемыми опорами. Помощь взрослого мало эффективна

.

Тяжёлая УО. Опосредованное запоминание недоступно.

Мышление

Лёгкая УО. Операции обобщения возможны только на самом элементарном уровне. Испытывают трудности при решении проблемных ситуаций, требующих установления причинно-следственных связей. Задания словесно-логического характера требуют помощи взрослого. Трудности переноса усвоенного способа действия на новое задание и в новую ситуацию.

Умеренная УО. Операции обобщения возможны только при постоянной организующей и сопровождающей помощи взрослого.

Предлагаемые задания могут выполняться только при активном взаимодействии со взрослым. Перенос показанного способа действия при решении новых задач вызывает те же трудности.

Тяжёлая УО. Обобщение, абстрагирование недоступны. Не понимают простейшие ситуации. С большим трудом формируется опыт. Понимание причинно-следственных зависимостей, проблемных ситуаций недоступны

Речь

Лёгкая УО. Понимание обращенной речи ограничено понятиями ближайшего окружения. Преобладание пассивного словаря. Активный словарь беден. Трудности в построении фразы. Речь может служить средством коммуникации, побуждения к действию..

Умеренная УО. Большие трудности в понимании обращенной речи. Крайне ограничен как активный, так и пассивный словарный запас.

Предпочтение отдается невербальным средствам коммуникации.

Тяжёлая УО. Доступно пониманию небольшое количество слов бытового характера.

Необходимо побуждение мимикой, жестами, многократный показ и совместные действия.

Систематика олигофрении (по Г. Е. Сухаревой)

1-я группа: Олигофрении эндогенной природы (поражение генеративных клеток родителей):

а) болезнь Лангдон-Дауна (1864 г.);

б) истинная микроцефалия;

в) энзимопатические формы олигофрении с наследственным нарушением различных видов обмена (белкового, углеводного, липоидного):

фенилпировиноградная олигофрения;

олигофрения, связанная с галактоземией, фруктоземией;

другие энзимопатические формы олигофрении;

г) клинические формы олигофрении, характеризующиеся сочетанием слабоумия с заболеваниями костей, кожи:

дизостозическая олигофрения;

ксеродермическая олигофрения (ихтиоз).

2 -я группа: Эмбрио- и фетопатии

(возникают и в возрасте от 4-х недель и от 4-х месяцев до окончания беременности -возникают под влиянием вредностей, действующих во внутриутробном периоде):

1. Олигофения, обусловленная краснухой, перенесенной матерью во время беременности (рубеолярная эмбриопатия).
2. Олигофрения, обусловленная другими вирусами (грипп, паротит, инфекционный гепатит).
3. Олигофрения, обусловленная токсоплазмозом и листериозом.
4. Олигофрения, возникшая на почве врожденного сифилиса.
5. Клинические формы олигофрении, обусловленные гормональными нарушениями матери и токсическими факторами (экзотоксическими агентами).
6. Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных.

3-я группа: Олигофрении, возникающие в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве:

1. Олигофрения, связанная с родовой травмой и асфиксией.
2. Олигофрения, вызванная черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде (в раннем детстве).
3. Олигофрения, обусловленная перенесенными в раннем детстве энцефалитами, менинго-энцефалитами и менингитами.

Умственная отсталость при хромосомных болезнях

Нарушение числа или структуры хромосом.

Наиболее часто изменение модального числа хромосом.

Отсутствие в хромосомном наборе какой-либо хромосомы (моносомия) или появление добавочной хромосомы (трисомия, тетрасомия и т.д.)

Другие хромосомные aberrации: общее число хромосом может оставаться нормальным, а изменяется структура самой хромосомы: транслокации (обмен сегментами между хромосомами, делеции (отсутствие части хромосомы), кольцевые хромосомы и т.д.

Факторы, способствующие возникновению хромосомных aberrаций: ионизирующая радиация, тяжёлые инфекции и интоксикации, эндокринные нарушения, психические травмы, воздействие ряда химиопрепаратов. Возраст матерей.

Синдром Дауна

Английский учёный Даун , 1866 год. Трисомия по 21 паре, т.е. во всех клетках организма этих детей есть лишняя, 47-я хромосома. Большинство из них имеют тяжёлую степень умственной отсталости – имбецильность.

На 1000 родов приходится 2-3 ребёнка с синдромом Дауна.

Умственная отсталость в 75% случаев достигает степени дебильности, в 20 % - идиотии и только в 5 % - дебильности.

Патогенез заболевания неясен. Некоторое уменьшение размера и массы мозга, недостаточная дифференциация борозд и извилин, иногда недоразвитие лобных долей, мозжечка и диэнцефальных отделов мозга.

Клинические проявления

Специфические симптомы: косо поставленные глаза, эпикант (третье веко), ушные раковины сформированы неправильно, на щеках, на кончике носа и подбородке красные пятна – “лицо клоуна”. Нос короткий с широкой уплощённой переносицей. Часто – недоразвитие верхней челюсти, неправильный рост зубов, высокое "готическое" нёбо. Язык вследствие гипертрофии сосочков увеличен, имеет складчатую поверхность. Сверхподвижность во всех суставах. Короткая шея, широкие кисти с короткими пальцами и укороченными искривлёнными мизинцами, расширенные промежутки между 1 и 2 пальцами стоп. Поперечная борозда на одной или обеих ладонях, встречаются скелетные аномалии – синдактилии, деформации грудины – воронкообразная, или "куриная" грудь. Низкий хриплый голос. Рост больных ниже среднего, осанка нарушена. Короткие конечности при относительно длинном туловище. Выпячивание живота, недоразвитие половых органов. Неловкие движения. Косоглазие, пучеглазие, нистагм. Светлые пятна на радужке. После 6 лет – образование точечной катаракты. Врождённые пороки сердца. Нарушения эндокринной

Патопсихологическая характеристика детей с синдромом Дауна

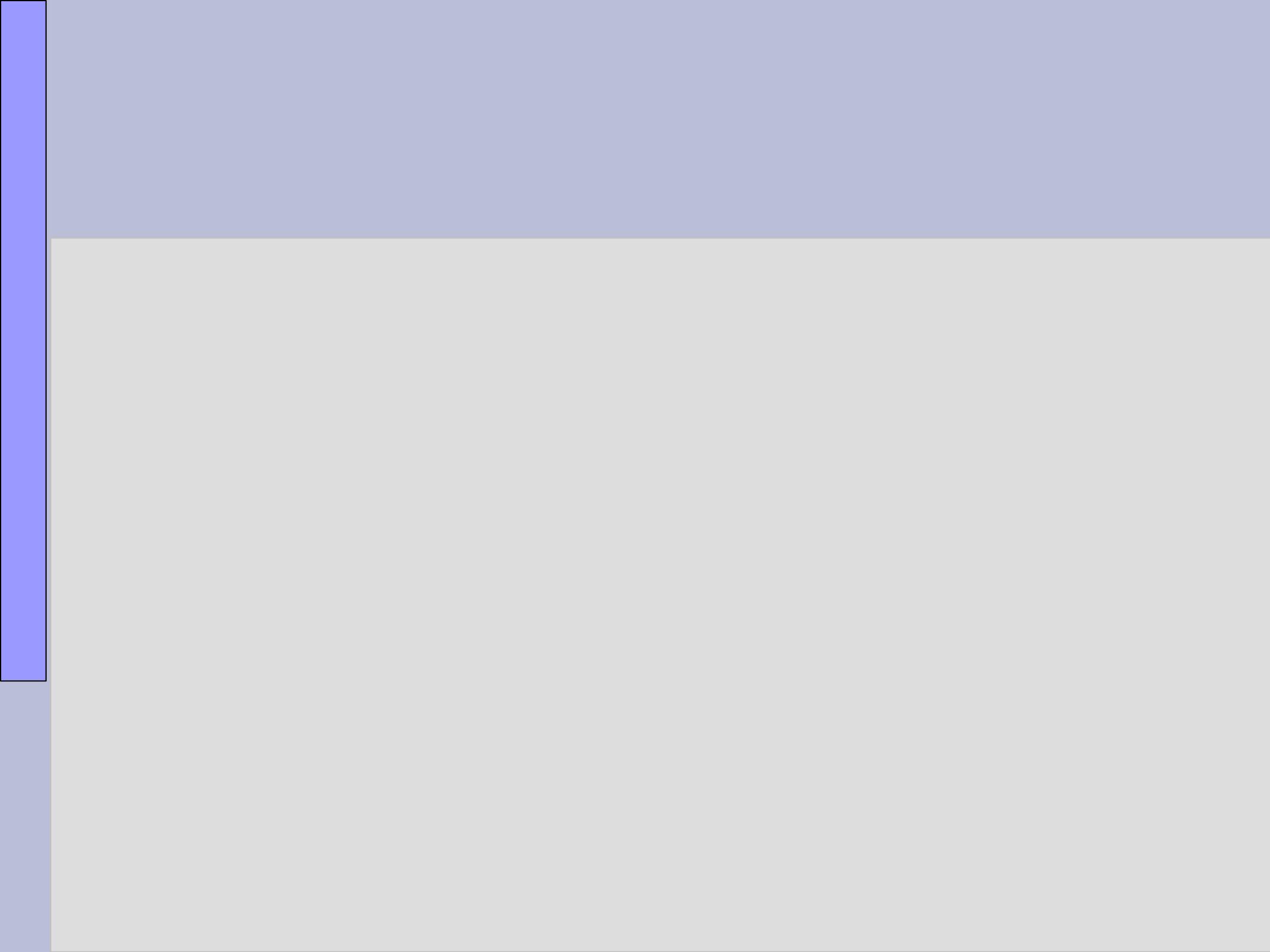
Ходить начинают не ранее 2х лет. Мышечная гипотония. В то же время обнаруживается повышенная подвижность, беспокойство, раздражение окружающим.

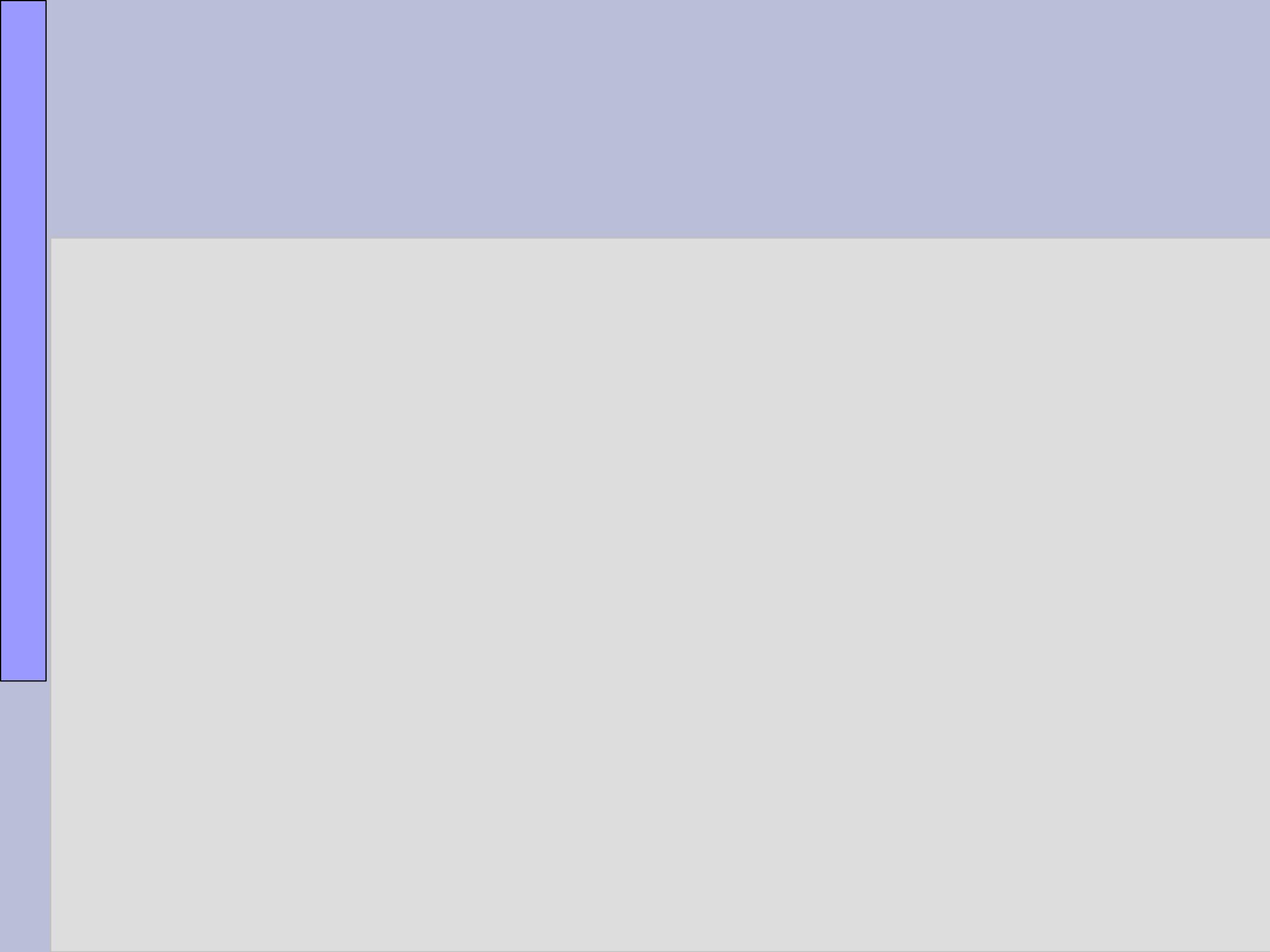
Недоразвитие интеллекта тотальное. Мышление тугоподвижно, они с трудом переключаются на новый вид деятельности. Повышенно внушаемы.

Речь скудна, невнятна или отсутствует. Обычно дополняется жестами.

Эмоциональная сфера недоразвита. Эмоции поверхностны, однообразны. Нередко – вспышки гневливости, немотивированного упрямства, негативизма. Настроение обычно слегка повышенное, эйфоричное. Нередко проявляют интерес ко всему новому, подражают поведению других.

Большая сохранность эмоциональных и личностных проявлений по сравнению с глубиной интеллектуального дефекта. Дети как правило ласковы, добродушны, привязчивы. Им не чужды









План психологического обследования при умственной отсталости и ЗПР

1. Исследование внимания с помощью таблиц Пьерона-Рузера, Бурдона корректурной пробы и тд.
2. Знание геометрических форм, цвета
3. Исследование памяти (запоминание 10 слов, повторение чисел, прямой и обратный счет, исследование слуховой, моторной, зрительной памяти)
4. Исследование координации мелких и крупных движений
5. Смысловое запоминание текста
6. Исследование мышления (классификация предметов, простые и сложные аналогии и обобщения, отвлеченные понятия, методика Эбингауза и др.)

7. Понимание переносного смысла пословиц, поговорок, «крылатых выражений»
8. «Нелепицы»
9. Сюжетные картинки с несколькими вариантами сюжета
10. Проективные методики исследования личности (рисунок «семьи», рисунок «дом-дерево-человек», тест Розенцвейга и др.)

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (В. В. Ковалёв, 1973)

I. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности.

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:

- а) при простом психическом инфантилизме;
- б) при осложненном психическом инфантилизме;
- при сочетании психического инфантилизма с психоорганическим синдромом (органический инфантилизм, по Г. Е. Сухаревой);
- при сочетании психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;
- при сочетании психического инфантилизма с нейропатическими состояниями;
- при сочетании психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:
 - а) при задержках развития речи;
 - б) при отставании развития так называемых школьных навыков (чтения, письма, счета);
 - в) при отставании развития психомоторики.

3. Искажённое психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

II. Энцефалопатические формы

1. Церебрастенический синдром с запаздыванием развития школьных навыков.
2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций.
3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах.
4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдром алалии).

III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств.

1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости.
2. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (микросоциальная запущенность).

Психический инфантилизм

1. Незрелость психики.
2. Чрезмерная наивность, доверчивость.
3. Детскость в поведении.
4. Ярко выраженные игровые интересы.
5. Социальная незрелость (отсутствие интереса к учебе).
6. Невыраженность высших эмоций (чувства долга, ответственности), преобладание мотива удовольствия.

Задержка психического развития

- **Задержка психического развития (ЗПР)** — это незрелость психических функций, вызванная замедленным созреванием головного мозга под влиянием неблагоприятных факторов.
- Понятие ЗПР употребляется по отношению к детям с минимальными органическими повреждениями или функциональной недостаточностью центральной нервной системы, а также длительно находившимся в условиях депривации. Патогенетической основой ЗПР является замедление темпа созревания лобных отделов головного мозга, в норме обеспечивающих уровень развития личности и формирование целенаправленной деятельности.

Причины ЗПР.

Нарушение темпа развития чаще всего обусловлено:

- 1) расстройством питания при рано перенесенной дизентерии, при длительной диспепсии и дистрофиях (тяжелых желудочно-кишечных заболеваниях на ранних этапах жизни);
 - 2) внутриутробной патологией;
 - 3) близнецовостью (многоплодием);
 - 4) природовой патологией (асфиксиями, легкими родовыми травмами);
 - 5) недоношенностью;
 - 6) эндокринными, хромосомными нарушениями.
- Причиной ЗПР также может стать длительная депривация, в частности пребывание с момента рождения в условиях неблагополучной семьи, дома ребенка, педагогическая запущенность детей с сенсорными дефектами.

Основные различия олигофрении и ЗПР

Олигофрения

- Общее недоразвитие познавательной деятельности.
- Слабая ориентировка в окружающем
- Часто множественные признаки дизонтогенеза
- Малый запас знаний
- Отсутствие критики
- Не использует помощь.

ЗПР

- Парциальное недоразвитие (письмо, чтение, счёт)
- Достаточная ориентировка
- Единичные стигмы
- Достаточный запас сведений
- Снижение критики
- Использует помощь при обучении

Характеристика психических особенностей детей с ЗПР

Физические и моторные особенности. Дети с ЗПР характеризуются малым ростом и весом, по своим физическим особенностям напоминают детей младшего возраста, позже начинают ходить. Характерны недостатки моторики, особенно мелкой, затруднения в координации движений, проявления гиперактивности.

Инфантильные психические особенности. Инфантилизм — первичное нарушение темпа созревания поздно формирующихся мозговых систем (лобных) в результате нарушения трофики. В первую очередь это замедление развития эмоционально-волевой сферы и личности: эмоциональная незрелость, слабость мотивации поведения, игровой характер интересов, неспособность к волевому усилию, низкий уровень самоконтроля, неумение планировать свою деятельность.

Особенности познавательных процессов.

Познавательная деятельность характеризуется низким уровнем активности и замедлением приема и переработки информации. Дети с ЗПР не имеют нарушения отдельных анализаторов, не нарушены абсолютные пороги чувствительности. Тем не менее **восприятие** детей с ЗПР отличается крайне ограниченным объемом.

Память ограничена в объеме и непрочна. Непосредственное запоминание относительно легкого материала такое же, как и у здоровых детей. При отсроченном воспроизведении дети с ЗПР быстро забывают то, что ими было выучено. Основным приемом заучивания является многократное механическое повторение, зазубривание. Отстает запоминание сложного материала, требующего понимания, логических приемов переработки (классификации, выделения смысловых опор). Слабее у детей с ЗПР и произвольное запоминание (по сравнению с нормально развивающимися сверстниками).

Внимание характеризуется крайней неустойчивостью, слабой концентрацией и распределяемостью, легко отвлекаемо. Поэтому дети быстро утомляются на уроке.

Мышление и речь особенно отстают в развитии. Наглядно-действенное мышление развито лучше, чем наглядно-образное и особенно словесно-логическое. К моменту поступления в школу не сформированы элементарные логические операции: анализ, синтез, сравнение, обобщение. Дети с ЗПР с трудом решают мыслительные задачи, особенно в словесно-логическом плане. Дети с ЗПР затрудняются в определении причинно-следственных отношений между явлениями, выделении их существенных признаков.

Речь бедна, примитивна. Дети с ЗПР позже, чем здоровые дети, начинают говорить. Ребенку требуется много усилий, чтобы пополнить свой активный словарь.

Особенности обучения в школе

- Дети стойко не успевают в массовой школе: не усваивают знаний, предусмотренных программой, т. к. не достигли того уровня развития, на который она рассчитана. Не формируется учебная мотивация — дети не хотят учиться. Наблюдается преобладание игровых мотивов и несформированность произвольного поведения. Ведущий вид деятельности — игра. Самоконтроль низкий, дети не умеют планировать деятельность, ориентироваться в задаче, не воспринимают и не выполняют школьных заданий.
- У них складывается отрицательное отношение к школе, учению, что еще больше усугубляет отставание. Формируется чувство неполноценности, т. к. их преследует постоянный неуспех, несмотря на старание.

Задержки психического развития (К. С. Лебединская, 1982 г.)

ЗПР конституционального происхождения (гармонический, психический и психофизиологический инфантилизм). Эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития. Игровая мотивация поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, лёгкая внушаемость.

Этиология: врождённо-конституциональная, негрубые обменно-трофические расстройства.

ЗПР соматогенного происхождения (длительные, в т.ч. хронические заболевания- хронически еинфекции и аллергические состояния, врождённые и приобретённые пороки развития соматической сферы, в первую очередь сердца). Хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию робости, неуверенности в своих силах, капризности.

ЗПР психогенного происхождения (психотравмирующий фактор, неблагоприятные условия воспитания). Безнадзорность, гиперопека (воспитание по типу «кумира семьи» - не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности, у детей формируется эгоцентризм, установка на постоянную помощь и опеку)

ЗПР церебрально-органического происхождения

ЗПР церебрально-органического происхождения (органическое поражение ЦНС на ранних этапах онтогенеза). Отличие от олигофрении: массивность поражения, время. Встречается чаще других типов, обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений.

Причина: негрубая органическая недостаточность нервной системы. Лёгкая дисфункция головного мозга (незрелость коры, наиб. выраженную в её лобных отделах).

Соматические состояния: задержка физического развития.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. Отсутствует живость и яркость эмоций, внушаемость имеет грубый оттенок. Игровая деятельность: бедность воображения и творчества, монотонность и однообразие. Игра — способ ухода от затруднений в заданиях.

Нарушения познавательной деятельности: недостаточность памяти, внимания, инертность психических процессов, их медлительность и пониженная переключаемость, дефицитарность отдельных корковых функций (неустойчивость внимания, недостаток. Развития фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, памяти, зрительно-моторной координации и т.д.).

- 2 основных вида органического инфантилизма:
- Неустойчивый — психомоторная расторможенность, эйфорический оттенок настроения и импульсивностью. Малая способность к волевому усилию и систематической деятельности.
- Тормозимый — с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью, безинициативностью, часто

Энцефалопатические расстройства при ЗПР церебрально-органического генеза.

- Церебрастенические явления — повышенная истощаемость ЦНС. Повышенная утомляемость, истощаемость. Неравномерная, колеблющаяся работоспособность, замедленный темп психической деятельности, низкая продуктивность, нарушения внимания и памяти. Достаточная способность к абстрактному мышлению. Эмоц. расстройства с феноменом «раздражительной слабости».
- Неврозоподобные явления: тревожность, боязливость, склонность к страхам темноты, одиночества, ипохондрическим, тикозные гиперкинезы, неврозоподобное заикание, неврозоподобный энурез.
- Синдром психомоторной возбудимости
- Аффективные нарушения: дисфорически и эйфорически состояния.
- Психопатоподобные нарушения.
- Эпилептиформные нарушения.
- Апатико-адинамические расстройства.

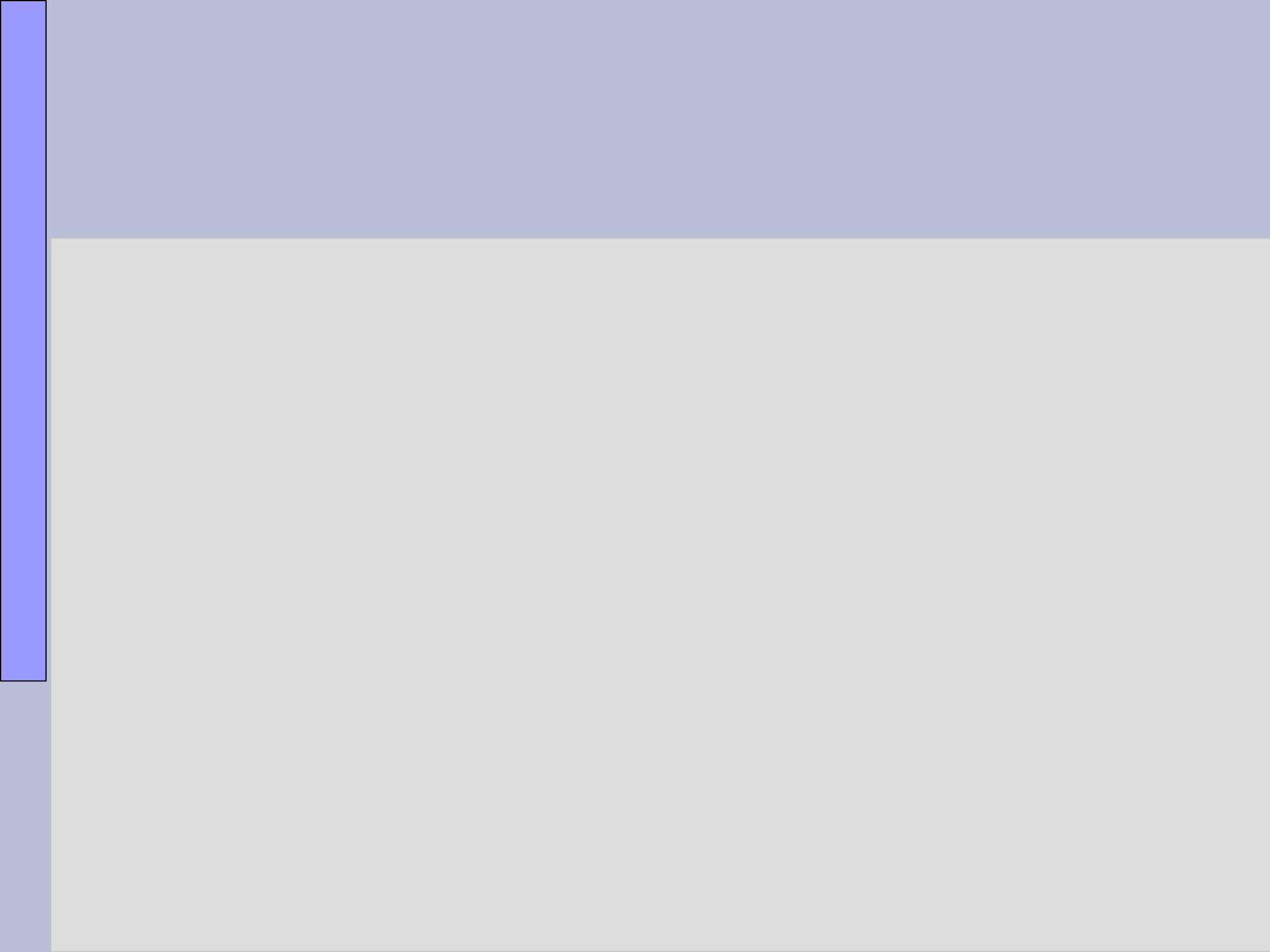
Формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития по Г.Е.Сухаревой (1965).

- 1) интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями.
- 3) нарушения при различных формах инфантилизма
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма.
- 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдалённом периоде инфекций и травм ЦНС.

План психологического обследования при умственной отсталости и ЗПР

1. Исследование внимания с помощью таблиц Пьерона-Рузера, Бурдона корректурной пробы и тд.
2. Знание геометрических форм, цвета
3. Исследование памяти (запоминание 10 слов, повторение чисел, прямой и обратный счет, исследование слуховой, моторной, зрительной памяти)
4. Исследование координации мелких и крупных движений
5. Смысловое запоминание текста
6. Исследование мышления (классификация предметов, простые и сложные аналогии и обобщения, отвлеченные понятия, методика Эбингауза и др.)

7. Понимание переносного смысла пословиц, поговорок, «крылатых выражений»
8. «Нелепицы»
9. Сюжетные картинки с несколькими вариантами сюжета
10. Проективные методики исследования личности (рисунок «семьи», рисунок «дом-дерево-человек», тест Розенцвейга и др.)



Типы детей с ЗПР

Систематика Т.Д. Власовой - М.С. Певзнер.

- 1. Психический и психофизический инфантилизм.** Это эмоционально незрелые дети. Они приветливы, общительны, повышено оживлены, крайне внушаемы, подражательны, но эмоции поверхностны и неустойчивы. В данном случае ЗПР первична и связана с вредным воздействием на ЦНС в период беременности.
 - Во время школьных занятий дети вялы, апатичны, непродуктивны. Могут выполнять лишь те задания, которые связаны с их интересами и игрой. Зато в игре оживлены, инициативны, эмоционально заинтересованы. С трудом формируется чувство долга, ответственности, критичности к своему поведению.
 - Для них характерна интеллектуальная сохранность: понимают смысл доступной их возрасту сказки или рассказа, сюжет картинки, могут составить рассказ. Умеют использовать помощь взрослого при выполнении того или иного смыслового задания. Иногда отмечается раздражительность, повышенная возбудимость, двигательное