



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Кызыл
2023

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ТУВИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**«КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ»**
Учебно-методическое пособие

КЫЗЫЛ - 2023 г.

УДК 376.11075.8/
ББК 74.50 я73
К 49

Печатается по решению Учебно-методического Совета
Тувинского государственного университета

Рецензенты

Ондар А.О., кандидат биологических наук, ст. преподаватель кафедры анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности ТувГУ, г. Кызыл;
Монгуш Х.Д., доктор медицинских наук, руководитель Регионального сосудистого центра, главный внештатный невролог МЗ Тувы, г. Кызыл;

«Клинические основы интеллектуальных нарушений»:
учебно-методическое пособие / составители: к.м.н., Харрасов А.Ф., Сарыг С.К. – ФГБОУ ВО «Тувинский государственный университет». – Кызыл : Издательство ТувГУ, 2023. – 90 с. – Текст : непосредственный.

Учебно-методическое пособие предназначено для изучения дисциплины «Клинические основы интеллектуальных нарушений» студентами следующих направлений подготовки: 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование, профили «Дошкольная дефектология», «Логопедия», и предназначено для проведения с ними практически-семинарских занятий. Учебно-методическое пособие включает теоретический и практический материал: задания, тесты и контрольные вопросы по изучаемым темам.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Тема. Понятие об интеллекте и интеллектуальных нарушениях	5
Тема. Классификации интеллектуальных нарушений	13
Тема. Генетические, инфекционные и другие факторы – как причины нарушения интеллекта у детей	20
Тема. Олигофрения (умственная отсталость)	33
Тема. Деменция.....	49
Тема. Методы оценки интеллектуального развития	59
Тема. Методика психолого-педагогического исследования детей с нарушениями интеллектуального развития.....	68
Тема. Коррекция поведения детей с нарушениями интеллекта	79
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	88

ВВЕДЕНИЕ

Учебно-методическое пособие *«Клинические основы интеллектуальных нарушений»* подготовлено на основе лекций по дисциплине клинические основы интеллектуальных нарушений - для студентов следующих направлений подготовки: 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование, профили «Дошкольная дефектология», «Логопедия» - Тувинского государственного университета.

Назначение данного учебно-методического пособия – обучение студентов основам диагностики проявлений снижения интеллекта у детей, а также методам и способам оказания необходимого коррекционного педагогического воздействия при работе с детьми с проявлениями умственной отсталости различной степени. Направлено на формирование у студентов компетенций в области распознавания проявлений отставания ребёнка в умственном развитии - как необходимой медико-биологической основы коррекционно-развивающей работы с детьми с нарушениями интеллектуального развития.

Уровень образованности современного педагога-воспитателя должен включать профессиональное умение разобраться во влиянии на детское интеллектуальное развитие: генетических факторов, медицинских, социальных и иных проблем, способных привести к отставанию в умственном развитии и возникновению расстройств интеллекта у детей.

От умений и навыков, будущих педагогов-дефектологов, которым предстоит заниматься с детьми, имеющих отклонения в умственном развитии, во многом зависит их профессиональная подготовка и эффективность педагогического воспитательного процесса, - для последующей успешной социализации таких детей.

Учебно-методическое пособие предназначено для обучения студентов основам знаний клиники интеллектуальных нарушений и проведению тематических семинарских занятий по этой дисциплине. Представленный учебный материал включает как теоретические материалы, так и практические задания.

Тема. Понятие об интеллекте и интеллектуальных нарушениях.

Цель: закрепить знания студентов о понятиях - «интеллект», «интеллектуальные нарушения».

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие определения понятия «интеллект» описаны в отечественной и зарубежной литературе.
2. Охарактеризуйте основные концепции и теории, объясняющие природу интеллекта и механизмы его проявления.
3. Какие определения понятию «интеллект» даёт современная психиатрическая наука и представители различных психологических школ.
4. Дайте определение понятию «коэффициент интеллекта».
5. Что такое «психометрический интеллект»?
6. Что означает понятие «социальный уровень интеллекта»?
7. Тория интеллекта Жана Пиаже.
8. Как соотносятся понятия «интеллект» и «обучаемость»?
9. Дайте сравнительную характеристику различных подходов к определению понятия интеллект с точки зрения педагогики, социологии и психологии и клинической медицины.
10. Дайте определите понятию «интеллектуальные нарушения».

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Интеллект (от лат. intellectus, понимание) - рассматривают как «относительно устойчивую структуру умственных способностей индивида».

Интеллект – это качественный показатель работы мышления. Он характеризуется способностью решать задачи на основе осмысленного сопоставления новой ситуации с приобретенными в прошлом опытом данными. Известен т.н. коэффициент интеллектуальности – IQ (количественное выражение в процентах уровня интеллекта данного человека по отношению к средне - возрастным показателям). Условной нижней границей нормы считают **IQ** - 70 %. Ниже 70 % –

расценивается как умственная отсталость, выше 100 % – как интеллектуальная одаренность.

В более широком понимании: **интеллект** - это общая способность субъекта, определяющая успешность выполнения любых задач (когнитивных, социальных). В свою очередь, под способностью понимают:

1) когнитивные способности, с разной степенью специфичности для конкретной деятельности;

2) способность к системной организации целого, с быстрым выделением главного противоречия в исходной проблемной ситуации;

3) личную способность к самостоятельному овладению новыми знаниями;

4) способность к адаптации в новых обстоятельствах жизни.

Под интеллектом – уже, как объектом измерения, понимается общая врожденная способность, определяющая успешность выполнения любых задач. Показателем интеллектуального развития, здесь, выступает, как раз, коэффициент интеллектуальности - **IQ**, ну, а интеллект, измеряемый с помощью системы тестовых заданий, получил наименование «тестового» или «психометрического» интеллекта. Созданы следующие модели измерения интеллекта:

Факторные модели интеллекта (Дж. Гилфорд, Л. Терстоун, Т. Келли) выделяют до 12 независимых факторов, среди которых словесное понимание, пространственный фактор, ассоциативная память, скорость восприятия и др.

Иерархические модели (Ч. Спирмен, Ф. Вернон, П. Хамфрейс, Д. Векслер, Р. Б. Кэттелл) - являются многоуровневыми, объединяя факторы интеллекта разного уровня обобщенности умственных способностей. Они включают: уровень общего интеллекта, уровень «групповых» факторов – невербального и вербального интеллекта и уровень специфических факторов (соответствующих отдельным субтестам).

Однако, отделить в тестовых оценках **IQ**, влияние степени обученности индивида от его врожденных

способностей – не представлялось возможным, в связи с чем, психолог **Г. Ю. Айзенк** предложил в структуре интеллекта различать *биологический, психометрический и социальный уровни*. Фундаментальным для психологии является, генетически обусловленный, **биологический интеллект**, который связан со скоростью процесса переработки информации, т.е. с *нейрофизиологическими факторами* (т.н. - "**ментальная скорость**").

Психометрический интеллект, измеряемый уровнем IQ, зависит как от средовых факторов, так и от *генотипа*, влияние которого является преимущественным.

Социальный уровень интеллекта определяется способностью индивида использовать психометрический интеллект - *в целях адаптации к требованиям общества*.

Таким образом, в структуре интеллекта различают *врожденные способности*, независимые от степени приобщенности к культуре, и *приобретенные* (в ходе социализации) *знания и умственные навыки*. **Врожденные способности** – сводятся к *психофизиологическим свойствам ЦНС*.

Приобретенные знания и умственные навыки - являются мерой овладения культурой того общества, к которому принадлежит индивид.

Подход к интеллекту как *системе познавательных процессов*, разрабатывается в **когнитивной психологии**.

Знание в когнитивной психологии рассматривается - как **информированность**, а человек - как **активный преобразователь информации**.

На основе изучения организации активных познавательных действий разработаны *модели интеллекта* - **Б. Г. Ананьева, Б. М. Величковского**. В рамках этих моделей **интеллект** – *интегрированная система познавательных процессов* (выделено 6 его уровней – А, В, С, D, E, F).

В рамках культурно-исторической теории формирования высших психических функций, **Л. С. Выготский**, интеллектуальное развитие связал с формированием в сознании ребенка **системы понятий**.

По мнению **Жана Пиаже**: **интеллект** – это наиболее

совершенная форма адаптации субъекта с внешним миром. Согласно теории **Пиаже**, центральным понятием интеллекта является **равновесие**.

Адаптация - достигнутое **равновесие**, состояние скомпенсированных субъектно-объектных взаимодействий.

Равновесие - полностью осуществляется с формированием **операционального интеллекта** (к 14-15 годам), так как «мышление становится свободным по отношению к реальному миру» и может предвосхищать возможные изменения в постоянно меняющейся среде.

Представление об **интеллекте** - как **предпосылке обучения** разрабатывается в контексте психолого-педагогической **проблемы обучаемости** (**Н. А. Менчинская, З. И. Калмыкова**).

В работах **К. М. Гуревича, Е. И. Горбачевой, Н. С. Лейтеса, М. К. Акимовой** говорится о необходимости разделения понятий «**интеллект**», «**обучаемость**» и «**уровень умственного развития**».

«**Образовательный подход**» к природе интеллекта представлен в **теориях когнитивного научения** (**А. Стаатс, К. Фишер, Р. Фейерштейн**). Согласно этим теориям, **интеллект** – это совокупность приобретенных в процессе обучения когнитивных навыков, («базовый поведенческий репертуар»). Критерием развития интеллекта является **гибкость, пластичность индивидуального поведения**.

С.Л. Рубинштейн и его учениками, разработан **процессуальный подход**, При котором, **мышление** – это непрерывный процесс анализа, синтеза, обобщения условий и требований решаемых задач и способов их решения. В этом непрерывном процессе образуются прерывные умственные операции, которые мышление порождает, но к которым не сводится.

Анализ процессуально-динамической основы интеллектуальной деятельности в детском возрасте позволил **Л. А. Венгеру** выделить **критерий развития познавательных способностей дошкольника**. Сформировавшиеся умственные способности выступают внутренними условиями, через которые оказываются, преломляются внешние воздействия. Таким

образом, интеллектуальные способности одновременно являются и результатом, и предпосылкой обучения.

Умственные способности – сформировавшаяся в процессе мышления совокупность умственных операций, которые мышление порождает, но к которым не сводится.

При анализе **интеллектуальных нарушений** на первый план выступает - нарушение способности образовывать адекватные действительности понятия, суждения, умозаключения (**В. М. Банщиков, В. В. Ковалев**).

В процессе мышления умственные способности реализуются через образование адекватных действительности: **понятий, суждений и умозаключений**.

Понятия, суждения, умозаключения и образуют, собственно, **интеллект**.

Понятие - являет собой опосредованное и обобщенное знание о предмете, основанное на раскрытии его существенных объективных связей и отношений. Это отражением наиболее существенных признаков предмета или явления и образуется на основе *представлений* путем различной степени *абстракции*.

Суждение - утверждение или отрицание какого-либо положения. Суждение раскрывает содержание *понятия*.

Умозаключение - общий или частный логический вывод, к которому приходит человек на основании сопоставления и анализа различных суждений.

Нарушение интеллекта – состояние, обусловленное нарушениями структуры и функций мозга и его реакциями на эти нарушения.

Оно может быть обусловлено, с одной стороны, недоразвитием или распадом собственно умственной способности образовывать адекватные действительности *понятия, суждения, умозаключения*. С другой стороны, интеллектуальная недостаточность может возникнуть в результате нарушения т.н. «предпосылок интеллекта» (**К. Jaspers**): *памяти, внимания, работоспособности, речи, эмоционально-волевой сферы*.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Задание 1. Составьте глоссарий для терминов, характеризующих интеллект человека, таких как: *развитие, интеллект, интеллектуальная деятельность, понятия, суждения, речь, память* и др.

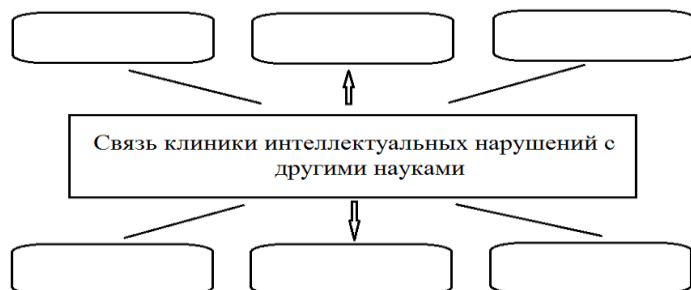
Задание 2. Что объединяет понятия, образующие каждый из представленных рядов? Дайте краткий ответ и запишите его в строке для ответа, дайте пояснения.

Понятие		
Суждение		
Умозаключение		

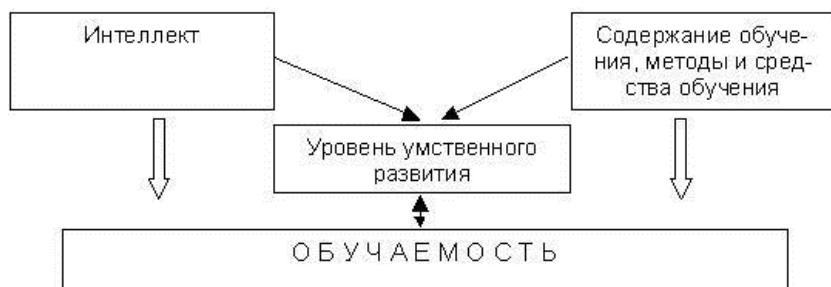
Задание 3. Заполните таблицу. Вклад учёных в развитии теории и концепции интеллекта.

№	Ученый	Описание научной области
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Задание 4. С какими науками связана дисциплина «Клиника интеллектуальных нарушений». Дайте пояснение.



Задание 5. Поясните схему «Взаимосвязь умственного развития, интеллекта и обучаемости». От каких факторов зависит способность усваивать новые знания и умения. Дайте пояснение.



Задание 6. Заполните схему «Факторы риска, обуславливающие развития нарушения интеллекта».



Задание 7. Подготовьте мультимедийные презентации по истории развития интеллектуальных нарушений.

Задание 8. Выполните тестовое задание. Выберите один правильный ответ.

1. *«Клиника интеллектуальных нарушений» рассматривается как:*

- а) одна из научных дисциплин;
- б) самостоятельная учебная дисциплина;
- в) один из разделов психологии.

2. *Предмет «Клиника интеллектуальных нарушений» рассматривает:*

- а) неврологические нарушения;
- б) психологические проблемы детей;
- в) дефекты интеллекта.

3. *Базисная подготовка будущих специалистов в области специального образования включает в себя изучение:*

- а) всех дисциплин медико-педагогического комплекса;
- б) общемедицинских и клинических дисциплин;
- в) общепедагогических и общепсихологических дисциплин.

4. *Интеллект (по Амасьянцу Р.А. и Амасьянцу Э.А.) - это:*

- а) основная форма познания человеком действительности;
- б) интегральная деятельность высших психических функций в сочетании;
- в) система живых и действующих операций.

5. *Какая из трактовок интеллекта принадлежит Р. Стенбергу:*

- а) целенаправленное адаптационное поведение;
- б) совокупность всех познавательных функций индивида;
- в) проявление наследственности.

6. *Гнозис, как одна из психических функций, определяется как:*

- а) высшая форма познавательной деятельности;
- б) функция, обеспечивающая общение между людьми;
- в) способность узнавать предметы - через органы чувств и систему анализаторов.

7. *Праксис определяется как:*

- а) целенаправленное привычное действие, движение;
- б) мысленное установление в сознании явлений окружающего мира;
- в) любой двигательный акт.

8. Энергетический блок — это:

- а) блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации;
- б) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности;
- в) блок регуляции тонуса-активности человеческого мозга.

9. Активность познавательных процессов — это:

- а) фактор интеллектуального развития;
- б) одна из предпосылок интеллекта;
- в) уровень интеллекта.

10. Нарушение адаптации (расстройство приспособительных реакции) — фактор риска нарушений интеллекта:

- а) наследственный;
- б) психосоциальный;
- в) экзогенный.

Тема: Классификации интеллектуальных нарушений.

Цель: расширить представление студентов о многообразии подходов к классификации умственной отсталости.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите основные подходы в классификации умственной отсталости.

2. Классификация интеллектуальных нарушений в МКБ 10 (адаптированный вариант).

3. Назовите принятые на сегодняшний день критерии клинической классификации типов нарушения интеллекта.

4. Что включает в себя понятие «временное ослабление интеллекта»?

5. Назовите критерии стойкого нарушения интеллекта и дайте ему характеристику.

6. Назовите основное отличие олигофрении от деменции.
7. Охарактеризуйте поведение детей с умственной отсталостью с точки зрения педагога и психолога.
8. В каких случаях говорят о «пограничной умственной отсталости»?
9. Охарактеризуйте понятие «врождённая субдебилльность».
10. Дайте объяснение термину «ЗПР», предложенному Г.Е. Сухаревой.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Изъяны познавательной деятельности человека, связанные с неполным и ущербным развитием нервной системы в целом, лежат в основе психического недоразвития, получившим общее название **умственная отсталость (УО)**.

В Международной классификации болезней дается следующее определение умственной отсталости:

«Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей».

По мнению **Выготского Л.С., Лурии А.Р., Лебединской К.С., Певзнер М.С., Сухаревой Г.Е.** - к признакам умственной отсталости относятся:

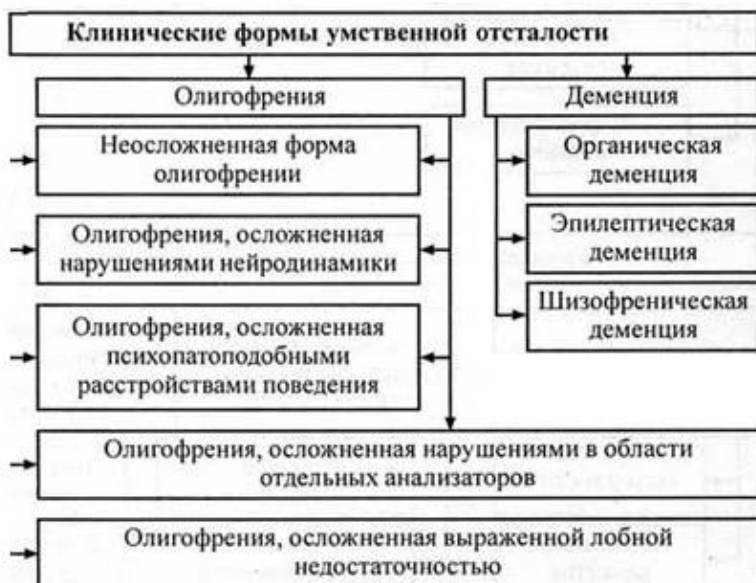
1. *Органическая обусловленность нарушений психического развития.*
2. *Стойкость нарушений, их необратимость к норме.*
3. *Нарушение преимущественно познавательной сферы.*

В клинической психиатрии принято выделять две основные формы интеллектуальных нарушений:

1. **умственную отсталость** или **олигофрению** (как разновидность дизонтогенеза);
2. **деменцию**.

Олигофрения - достаточно стабильное состояние уровня умственного недоразвития (отсутствует нарастание интеллектуального дефекта).

Деменция - представляет собой распад уже сформированных интеллектуальных функций с дальнейшей прогрессией процесса.



При разделении этих двух форм УО, нужно иметь в виду, что *деменции* (в отличие от *олигофрении*), всегда предшествует **период нормального интеллектуального развития**. Кроме того, при деменции, структура интеллектуальной недостаточности имеет *свои характерные особенности*, например - *неравномерная недостаточность различных познавательных функций* (об этом подробнее в теме «Деменция»).

В раннем возрасте разграничить *деменцию* и *олигофрению* достаточно сложно. Это связано с тем, что повреждение мозга или его заболевание, приводящее к утрате ранее сложившихся навыков и нарушению сформированных к этому времени

интеллектуальных функций, всегда сопровождается задержкой всего психического развития. Поэтому, в раннем возрасте очень сложно отличить **приобретенную** интеллектуальную недостаточность от **врожденной**. В связи с чем, любой приобретенный интеллектуальный дефект, связанный с *эпилепсией, шизофренией, или прогрессирующими органическими заболеваниями мозга*, начавшимися в первые годы жизни ребенка, имеет довольно сложную структуру, включающую какие-то черты - как *деменции*, так и *олигофрении*. Если преобладают признаки олигофрении, то говорят об **олигофреноподобных состояниях**. Если признаки деменции обнаруживаются у *детей старше трех лет*, то отграничить её от олигофрении становится гораздо проще.

Наряду с основными формами интеллектуальных нарушений (**олигофренией** и **деменцией**) выделяют т.н. **пограничную умственную отсталость**.

К данной группе расстройств относятся состояния **легкой интеллектуальной недостаточности**, занимающее промежуточное положение между *интеллектуальной нормой* и *олигофренией*. Часть таких состояний по степени выраженности и структуре нарушений интеллектуальной деятельности примыкает к олигофрении *в степени легкой дебильности* и получило название - **субдебильность**.

К категории **врожденной субдебильности** относят и группу **конституционально глупых личностей**. Таким людям свойственна не столько бедность ассоциаций, сколько - **неясность понятий**.

П.Б. Ганнушкин писал, что **конституционально глупые** – «это люди *врожденно ограниченные, от рождения неумные, сливающиеся с группой врожденной отсталости*». Клиническое изучение семейных форм умственной отсталости (потомство олигофренов) подтвердило наличие первичных нарушений у этих детей. В процессе развития решающую роль играет патогенное влияние социальных и ситуативных факторов (*бедность, соматические заболевания, недостаточное медицинское обслуживание, педагогическая запущенность, психосоциальная депривация* и т.д.). Все это, вкуче, по-видимому, может способствовать передаче легкой степени

умственной отсталости из поколения в поколение. (т.е. наследственно).

В отечественной литературе распространён, также, термин «задержка психического развития» (**ЗПР**), предложенный **Г. Е. Сухаревой**. Состояния, относимые к ЗПР, являются составной частью, отмеченного выше, более широкого понятия – «пограничная интеллектуальная недостаточность». Они характеризуются: *замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности*, по структуре и количественным показателям отличаются от олигофрении, и **(это важно!) – имеют тенденцию к компенсации и обратному развитию.**

В международной классификации болезней (МКБ-10) отмечены общие ориентиры для адекватной оценки состояния этих больных (табл. 1).

Таблица 1

Классификации болезней (МКБ-10)

Степень	Шифр	IQ	Умственный возраст
Легкая	F70	50-69	9-12 лет
Умеренная	F71	35-49	6-9 лет
Тяжелая	F72	20-34	3-6 лет
Глубокая	F73	ниже 20	до 3 лет

Принятые в этой классификации разграничения по градации тяжести интеллектуальных расстройств основаны, в первую очередь, на уровне *социального приспособления* достигаемого больными.

Расстройство возникает в результате различных дисфункций ЦНС на ранних этапах развития (обычно до 3 лет), которые могут иметь разные причины. В большинстве случаев, за некоторыми исключением, конкретные и явные этиологические факторы так и остаются неизвестными, в связи, с чем их принято называть *идиопатическими*. Это относится, в первую очередь, к легким формам УО, встречающимися чаще всего, и обычно распознаваемыми не ранее школьного возраста. Достаточно обычно их обнаружение в семьях УО родителей,

отчего идиопатический вариант часто обозначают также - как «семейный».

Формы **приобретенного слабоумия** (деменции) различают с одной стороны - в зависимости от характера поражения головного мозга, а во-вторых, от вида болезни, в результате которой оно возникло.

Характерными признаками деменции являются выраженные нарушения: **умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации**. Кроме того, характерны *личностные и эмоциональные расстройства*: дети часто некритичны, расторможены.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, у ребенка трех лет прежде всего, пропадает речь, теряются начальные навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и другие ранее приобретенные навыки (может разучиться ходить, узнавать близких).

У определенной части детей **пограничная интеллектуальная недостаточность** является *вторичной*, обусловленной нарушениями так называемых предпосылок интеллекта: *памяти, внимания, работоспособности, речи, эмоционально-волевых и других компонентов формирующейся личности*.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

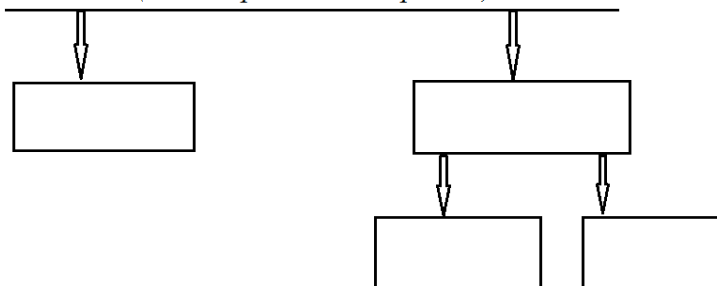
Задание 1. Заполните таблицу «Классификация интеллектуальных нарушений».

Автор / источник, год	Основа классификации	Классификация

Задание 2. Перечислите и дайте характеристику основным типам классификаций УО, которые были предложены по мере развития науки психиатрии_____

Задание 3. Заполните схему «Классификация интеллектуальных нарушений». Поясните каждый из вариантов ответов.

Классификация интеллектуальных нарушений
(адаптированный вариант)



Задание 4. На основе анализа научной литературы представьте характеристику степени тяжести нарушения интеллекта, заполните таблицу «Степени нарушения интеллекта и их характеристика».

Критерии оценки	Легкая умственная отсталость	Умеренная умственная отсталость	Тяжелая умственная отсталость	Глубокая умственная отсталость
<i>Шифр</i>				
<i>Количественный показатель IQ</i>				
<i>Нарушение познавательного развития</i>				
<i>Нарушение</i>				

<i>личностного и эмоционально-волевого развития</i>				
<i>Нарушения деятельности</i>				
<i>Возможности социализации</i>				

Задание 5. Подготовьте реферат на одну из следующих тем:

1. «Классификация слабоумия **Ф. Пинеля**».
2. «Классификация интеллектуальных нарушений **Э. Крепелина**».
3. «Пограничная умственная отсталость».
4. «Задержка психического развития».
5. «Врождённая субдебилность».
6. «Временное ослабление интеллекта».

Тема. Генетические, инфекционные и другие факторы – как причины нарушения интеллекта у детей.

Цель: Знать основные причины (факторы) приводящие к нарушениям интеллекта или задержкам его развития у детей.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите экзогенные факторы, приводящие к нарушениям умственного развития детей или ведущие к отставанию в развитии интеллекта.
2. Какие фармпрепараты могут стать причиной рождения ребёнка с дефектами интеллекта.
3. Эндогенные факторы, обуславливающие развитие УО у детей.
4. Наследственные болезни – как один из факторов, приводящих к рождению детей с дефектами интеллекта.
5. Перечислите известные патологии метаболизма сопровождающихся нарушениями интеллекта
6. Назовите типичные нарушения хромосомного аппарата, ведущих к рождению детей с дефектами интеллекта.

7. Особенности повреждения интеллекта у детей с синдромом Дауна.

8. Опишите ребёнка с синдромом **Шерешевского-Тернера**. Обозначьте хромосомный дефект.

9. Назовите наиболее опасные инфекции, приводящие к нарушениям умственного развития ребёнка.

10. В чём опасность инфекционных поражений ЦНС (энцефалитов и менингитов) – для умственного развития детей.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Нарушения интеллекта могут вызвать **физические факторы** (травмы), **химические** (фармпрепараты, некоторые кислоты), **биологические** (болезнетворные микроорганизмы, нарушения в выработке гормонов), немаловажное значение имеет воздействие **психологических** и **социальных** факторов.

Нарушения умственного развития и дефекты интеллекта могут быть вызваны различными нарушениями метаболизма, приводящих к недостатку синтеза тех или иных необходимых для здоровой жизнедеятельности организма веществ (факторов), или их нехваткой в окружающей среде (*приводящей также к их дефициту и в итоге – болезни*).

Нарушения структуры наследственного аппарата, на уровне повреждения отдельных генов или структуры собственно ДНК, также, являются причиной наследственных болезней, сопровождающихся нарушениями интеллекта разной степени тяжести.

Итак, в самом общем виде, органическое повреждение мозга (его участков, структур) может возникнуть - как под воздействием неких *внешних* факторов (называемых - **экзогенные**), так и *внутренних* (или иначе - **эндогенных**) факторов.

В то же время, нередко случаи воздействия сразу нескольких факторов, в этом случае говорят об их смешанном или комбинированном действии.

Эндогенные (наследственно-обусловленные) причины нарушения интеллекта

Клинические исследования и собранный клинический опыт показали, что случаи **рецессивного типа наследования**

заболевания, как правило, сопровождаются умственной отсталостью в тяжёлых формах, тогда как **доминантный тип наследования** (или иные полигенные наследственные факторы) могут быть причиной олигофрении с незначительными дефектами интеллекта.

Большая часть *аутосомно-рецессивных форм УО* - известны как *метаболические заболевания*.

Метаболические заболевания

Они вызваны **нарушениями обмена веществ** (белкового, жирового, углеводного и др.). Наиболее известны такие заболевания, как: **фенилкетонурия, галактоземия, гаргоизм, синдром Корнелии де Ланге** и др.

Хромосомные болезни

К ним относят, группу генетически обусловленных патологических процессов, сопровождающихся значительными внутриутробными нарушениями дифференцировки тканей, приводящим к развитию нескольких клинических форм **УО**, обусловленные:

1. аномалиями *половых хромосом*; и
2. аномалиями *соматических хромосом (аутосом)*, наиболее известная из которых - **болезнь Дауна** (рис. 1), встречается с одинаковой частотой у детей обоего пола.

В 1959 г **J. Lejeune, R. Turpin, M. Gautier**. обнаружили у детей с синдромом Дауна **трисомию по 21-й хромосоме**, т.е., в кариотипе больного ребёнка выявляется 47 хромосом (вместо 46), при этом кариотип родителей больных детей - нормальный.

Значительную роль в появлении феномена «не расхождении хромосом» при **болезни Дауна**, играет **пожилой возраст матери (!)**: вероятность рождения больного ребенка резко возрастает у женщин старше 35 лет, и это связывают с возрастными изменениями материнского организма.

К экзогенным факторам, ведущих к патологии хромосом, также относят: *ионизирующую радиацию, токсические химические вещества, вирусные инфекции*. Клинические проявления болезни Дауна характеризуются **врожденной УО**, сочетающейся с рядом аномалий строения, настолько типичных

- что делают больных поразительно похожими (как братья и сёстры) друг на друга. Заболевание распознается сразу же, при рождении. Дети рождаются со сниженной массой тела.

Наиболее частые нарушения: низкий рост, непропорционально короткие конечностей относительно длинного туловища. Череп характерной микробрахиоцефальной конфигурации со скошенным затылком. Ушные раковины небольших размеров, деформированные, низко расположенные. Характерны косой разрез глаз с кожной складкой во внутреннем углу (третье веко, эпикант), наличие участков депигментации на периферии радужки. Нос короткий с широкой уплощенной переносицей. Часто отмечаются недоразвитие верхней челюсти, неправильный рост зубов, высокое («готическое») небо. Язык увеличен, складчатый («географический»). Типичны аномалии конечностей: кисть плоская, пальцы широкие, короткие, резко укороченный искривленный внутри мизинец.

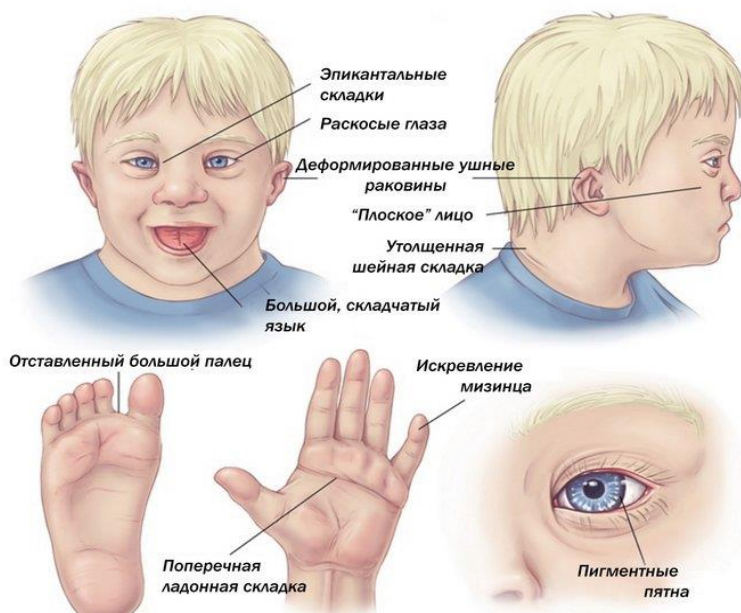


Рис. 1. Синдром Дауна

Часто выражена непрерывная поперечная складка ладони. На стопах увеличен промежуток между 1-м и 2-м пальцами, иногда отмечается синдактилия. Признаки психического недоразвития присутствуют всегда. Умственная отсталость в 75% случаев достигает степени **имбецильности**, в 20% — **идиотии** и только в 5% — **дебильности** (Г. Е. Сухарева). **Мышление:** тугоподвижное, конкретное. Абстрактные понятия, счетные операции, как правило, недоступны. Резко страдает активное внимание, смысловая память, дети иногда монотонно читают, но полное понимание для них недоступно. Дети с.б. Дауна большей частью не способны к обучению даже по программе вспомогательной школы. У большинства - резкое недоразвитие речи: недостаточное понимание, бедный запас слов, дефекты звукопроизношения. Особенностью психического дефекта являются относительная живость и сохранность эмоциональной сферы. Эти дети - ласковые, добродушные, послушные. Им не чужды чувства симпатии, смущения, стыда, обиды. Однако, некоторые из них бывают раздражительными и упрямыми. Большинство из них любопытны и обладают хорошей подражательной способностью, что способствует привитию некоторых навыков самообслуживания и несложных трудовых процессов. Однако, как правило, **дети с болезнью Дауна не достигают полной социальной адаптации и нуждаются в постоянной опеке (!).**

Синдром Шерешевского-Тернера

(встречается только у девочек)

Впервые описан **Н. А. Шерешевским** в 1925 г. и **Н. Turner** в 1938 г. Эта врожденная аномалия придает больным девочкам своеобразный вид: эпикантус, низкое расположение ушей, короткая и широкая шея с низким уровнем роста волос придают им старческий вид. Отмечается **нарушение строения скелета:** деформация грудной клетки, широкая ладонь, клинодактилия мизинцев, укорочение пальцев с поперечной исчерченностью ногтей, вальгусное положение коленных суставов, деформация стоп, реже синдактилия и полидактилия. С возрастом появляется значительное отставание в росте,

который не превышает 150 см. Характерны диспропорции телосложения: шея короткая с избыточной кожей на заднебоковой поверхности, которая примерно у половины больных выступает в виде шейной складки, преобладание верхней части туловища, широкие плечи, узкий таз, укорочение нижних конечностей. Конституция строения девочек близка к мужской. В период полового созревания проявляются признаки полового инфантилизма. Ведущими признаками являются аномалии строения внутренних половых органов, сопровождающиеся первичной аменореей (рис. 2).

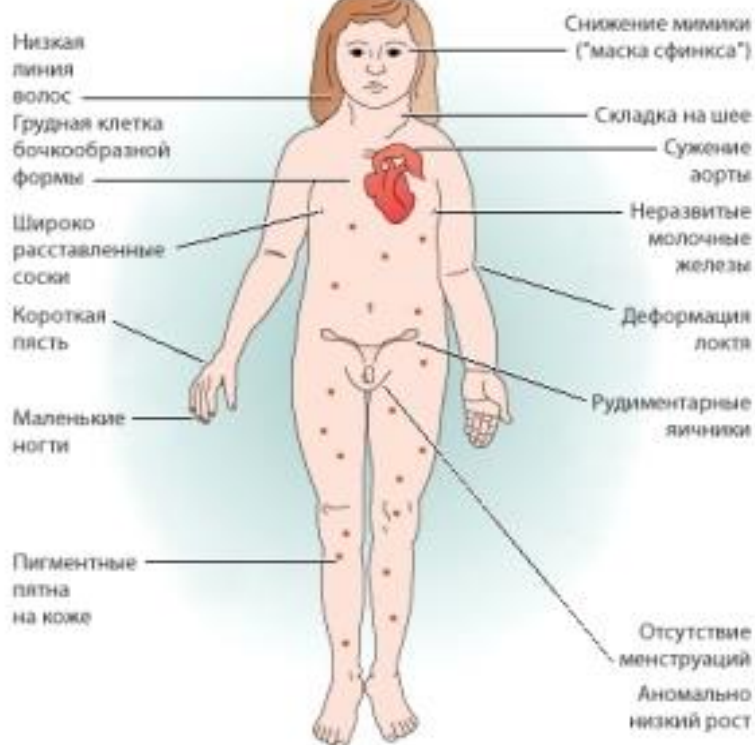


Рис. 2. Синдром Шерешевского-Тернера

Умственное недоразвитие чаще выражено нерезко. У многих больных с возрастом может появиться критика к своему состоянию. Тем не менее, в отдельных случаях, умственное

недоразвитие может достигнуть даже степени *идиотии*. В кариотипе этих девочек всего 45 хромосом (45/XO) — 22 пары аутомосом и только одна X-хромосома. Диагноз ставится на основании клиники и лабораторных данных (*изменения полового хроматина и аномалии половых хромосом*).

Синдром Клайнфелтера

Синдром Клайнфелтера (кариотип 47, XXY) описан **Н. F. Klinefelter, E. C. Reifenstein, F. J. Albright** в 1942г. Это патология мужского пола. Его частота среди умственно отсталых составляет **1 -2 %**. Внешние изменения мальчиков достаточно типичны, встречается, в основном, два типа телосложения: 1. - для этих больных характерен высокий рост с астеническими чертами телосложения; 2 - для других — *евнухоидные пропорции и гинекомастия*. Ведущими признаками **синдрома Клайнфелтера** являются *недоразвитие половых органов и бесплодие*.

В качестве особенностей структуры интеллектуального дефекта в детском возрасте у большинства больных можно отметить - ***сочетание интеллектуальной недостаточности с относительно более глубокой незрелостью эмоционально-волевой сферы, которая по своим проявлениям приближается к психическому инфантилизму.***

У этих детей, наряду с недостаточностью внимания, восприятия, памяти и абстрактного мышления, более резко и рельефно обнаруживаются: *чрезмерная внушаемость, подражательность, подчиняемость, недостаточность самостоятельности, чрезмерная привязанность к близким, нередко с элементом назойливости. Настроение обычно повышенное, с эйфорическим оттенком, имеет тенденцию к беспричинным колебаниям, иногда отмечается склонность к эксплозивным аффективным вспышкам.*

У таких больных рано проявляется недостаточное чувство долга, ответственности, активности и неспособность к длительному волевому усилению и напряженной деятельности. Эти особенности эмоционально-волевой сферы как бы выступают на первый план в структуре олигофренического дефекта и утяжеляют общую клиническую картину

психического недоразвития при **синдроме Клайнфелтера** (рис. 3).

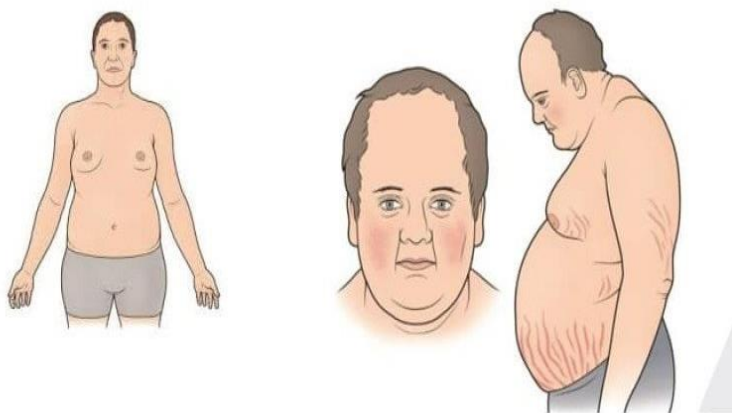


Рис. 3. Проявление синдрома Клайнфельтера (2 тип).

У мальчиков с легкой формой психического недоразвития, с началом обучения в школе и, особенно, в подростковом возрасте возникает осознание своей неполноценности, у этих детей начинает преобладать *гипотимический* фон настроения, нередко с раздражительностью, легко возникают *невротические реакции*.

Кариотип, в основном, составляют 47 хромосом (47, XXУ), но встречаются и варианты с кариотипом 48, XXXУ и 49, XXXXX. Отмечено, что степень интеллектуального недоразвития выражена тем глубже, чем больше дополнительных половых хромосом в кариотипе.

Экзогенные причины нарушения интеллекта.

Родовые травмы и болезни матери

Большую группу этиологических факторов олигофрении составляют **экзогенные вредности** - действующие на развивающийся эмбрион через плаценту матери - во время вынашивания плода или повреждающие головной мозг ребенка в первые годы после его рождения. Определенное значение в

генезе недоразвития мозга и врожденного слабоумия придаётся **гипоксии плода** и **родовой травме**. Кислородное голодание может быть вызвано тяжелыми хроническими заболеваниями матери во время беременности, такими как: **сердечно-сосудистая недостаточность, болезни крови, почек, эндокринопатии** и др. (Г. Э. Аль, Л. С. Персианинов, В. И. Бодяжина, М. А. Петров-Маслаков, И. И. Климец и др.).

Инфекции

Одно из важных мест среди патогенных факторов, приводящих к нарушениям развития мозга во внутриутробном периоде развития, занимают инфекции. Наиболее опасными для развития плода считаются **вирусные инфекции** (**коревая краснуха, грипп, инфекционный гепатит, листериоз, цитомегалия** и др.), так как, им свойственно **избирательное нейротропное действие** (Г. Флам, С. М. Беккер и др.).

Имеются факты, подтверждающие роль **токсоплазмоза** в возникновении дефектов интеллекта (Д. Н. Засухин, А. М. Налецкий, Т. Е. Ивановская, F. Vamatter, O. Thalhammer, и др.).

Сифилис родителей, также, является одной из причин. возникновения умственной отсталости у потомства. (Н. И. Озерецкий, О. Е. Фрейеров, Н. Н. Боднянская, W. Macferlane, C. Shofield, и др.)

После рождения (в раннем детском возрасте) в качестве этиологических факторов олигофрении часто выступают воспалительные заболевания мозга (**менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты**), которые могут вызвать поражение мозга и последующие аномалии его развития (Г. Б. Абрамович, М. О. Гуревич, И. И. Озерецкий, С. Я. Рабинович, E. Feuchtwanger, C. H. Carter и др.).

Химические вещества и лекарственные препараты

В возникновении олигофрений могут играть роль некоторые **фармакологические препараты**, принимаемые матерью во время беременности (**антибиотики, сульфаниламидные препараты, барбитураты** и др.), а также

плодоизгоняющие средства (В. И. Бодяжина, А. П. Белкина и др.).

Определенную роль в возникновении олигофрений у потомства некоторые авторы отводят ***хроническому алкоголизму*** родителей (Е. А. Осипова, В. Д. Дульнев, В. Ф. Шалимов, J. Tizard, J. Grad и др.). Не исключается и прямое токсическое влияние на плод больших доз алкоголя, употребляемого матерью во время беременности.

Таким образом, в одних случаях УО возникает в результате влияния одного из перечисленных факторов, в других - в результате взаимодействия сразу нескольких патогенных факторов. В каждом конкретном случае, важно установить основной этиологический фактор, это необходимо для профилактики различных форм УО выбора правильной терапии и средств коррективных воздействий для воспитания и последующей социализации каждого конкретного ребёнка.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Задание 1. Дать определение понятиям:

Вирусные инфекции: (*рубеолярная эмбриопатия*) – _____

Истинная микроцефалия – _____

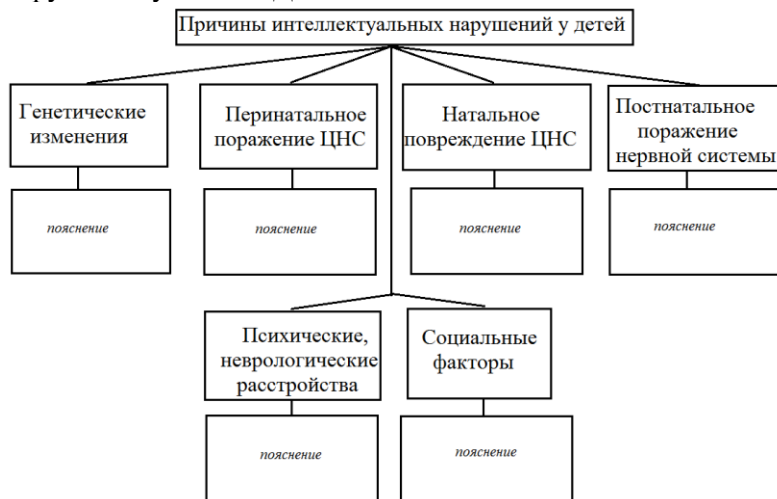
Фенилкетонурия – _____

Гаргоилизм – _____

Синдром Корнелии де Ланге – _____

Атипичные олигофрении – _____

Задание 2. Заполните схему «Причины интеллектуальных нарушений у детей». Дайте пояснения.



Задание 3. Определите интеллектуальный дефект у ребёнка:

Девочка Л., возраст 11 лет. Ученица 3-го класса школы-интерната для детей с нарушением интеллекта. Родилась недоношенной. Уже с раннего детства у девочки отмечалась значительная задержка в развитии. Первые слова стал говорить только к трем годам. Всегда была криклива, плаксива и чересчур подвижна. С детьми играть не получалось - отнимала у младших игрушки, обижала. Импульсивна, может быть развязной и истеричной. Учёбу начала с 7 лет. За год обучения не смогла овладеть грамотой и обычными школьными навыками. Во время уроков ведёт себя беспокойно, гримасничает, что-то выкрикивает, расхаживает по классу, задевая других учеников. На перемене ведёт себя крайне расторможено.

Психологическое исследование показало очень ограниченный запас знаний. Знает всего лишь несколько букв, отсутствует понятие о числах, часто соскальзывает с задания, легко отвлекается, бурно реагирует на случайные раздражители.

Задание 4. Дайте квалификацию интеллектуального дефекта у ребёнка:

Мальчик Б., возраст 8 лет, ученик 1-го класса средней школы. Привели на консультацию к детскому психологу. Родители жаловались на отсутствие интереса Бори к школьным занятиям, отметили его заметные трудности в обучении, мальчик ведёт себя беспокойно и недисциплинированно. Мать, рассказала, что ребёнок родился недоношенным (7 мес.), вскармливался искусственно, у него был диатез, была отмечена некоторая задержка развития речи и моторики в целом. В раннем возрасте мальчик перенес ветрянку и коклюш.

В детском саду были жалобы на его излишнюю подвижность, отмечали его склонность к фантазированию. Он хорошо запоминал стихи, сказки, легко включался в игру и воспитатели считали мальчика вполне развитым ребёнком. В этот период у Бори уже не было проблем с речью, но все же мальчик не любил и плохо выполнял задания связанные с мелкой ручной моторикой. Ковремени начала занятий в школе, родители начали отмечать излишнюю инфантильность ребёнка и его проблемы с обучением: мальчик, уже с первых дней в школе не понимал где он находится, мог ходить во время урока, задавать неуместные вопросы. К обучению интереса не проявлял и школьную программу не усваивал. На перемене отдавал предпочтение шумным и подвижным играм - с удовольствием играл. Отмечается некоторое отставание в физическом развитии: внешне мальчик больше похож на дошкольника,

Задание 5. Выполните тестовые задания. Выберите один правильный ответ.

1. Хромосомы в ядре клетки являются собой:

- а) общность всех признаков организма;
- б) биологические единицы наследственности;
- в) специальные элементы клеточного ядра, содержащие гены.

2. Кариотип здорового человека насчитывает:

- а) 48 хромосом
- б) 46 хромосом
- в) 44 хромосомы

3. Генетически здоровые мужчины имеют следующий набор половых хромосом:

- а) XY;
- б) XX;
- в) YY.

4. «Алкогольный синдром плода» является собой следствие:

- а) генетических расстройств эмбриона;
- б) случайные хромосомные нарушения;
- в) следствие предшествующей алкогольной интоксикации родителей

5. Повреждающий экзогенный фактор является собой:

- а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной микросоциальной средой;
- б) этиологический фактор, вызванный предшествующей инфекцией, интоксикацией, травмой;
- в) этиологический фактор, связанный с соматическим заболеванием.

6. Психосоциальный повреждающий фактор является собой:

- а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной микросоциальной средой;

- б) этиологический фактор, передающийся генетически по наследству;
- в) этиологический фактор, вызванный психическим заболеванием.

7. Наследственный повреждающий фактор являет собой:

- а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием какого-либо другого экзогенного воздействия;
- б) этиологический фактор, передающийся по наследству;
- в) этиологический фактор, возникший в следствие предшествующей инфекции или травмы.

8. Характерные признаки всех наследственных патологий:

- а) это, как правило, проявление врожденных аномалий;
- б) всегда связаны с интеллектуальными нарушениями;
- в) имеют многообразие клинических форм и, всегда, индивидуальное течение.

9. К понятию «дизонтогенез» принято относить:

- а) специфическое единичное нарушение индивидуального развития организма на каком-либо этапе онтогенеза;
- б) любой патологический процесс имеющий свои внутренние закономерности;
- в) нарушение в организме гармоничного единства биологического и социального начала - в процессе формирования целостной личности.

10. К понятию «степень умственной отсталости» принято относить:

- а) общую характеристику типа интеллектуального недоразвития;
- б) определённый показатель выраженности врожденного слабоумия: легкая, умеренная, тяжелая или глубокая УО;
- в) специальный показатель фактора риска развития УО.

Тема. Олигофрения (умственная отсталость).

Цель: углубить знания студентов о видах, формах и причинах умственной отсталости, а также о необходимости ранней диагностики умственной отсталости у детей.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое умственная отсталость (УО), назовите её признаки и причины возникновения.
2. Определение олигофрении и её классификация предложенные **Э. Креплиным**.
3. Дайте объяснение понятиям «прогредиентных» и «непрогредиентных» процессов в психиатрии.
4. Клиническая картина УО и степени её тяжести (симптомы).
5. Какие формы олигофрении выделены в классификации **М.С. Певзнер**?
6. Перечислите формы олигофрении по классификации **Г.Е. Сухаревой**.
7. Назовите основные формы олигофрении по международной классификации МКБ-10.
8. Современная, принятая педагогами, систематика детей с УО.
9. Ранняя диагностика умственной отсталости.
10. Опишите перспективы социальной адаптации детей с УО.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Олигофрения — группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3-х лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Несмотря на то, что термин «олигофрения» (малоумие) применил впервые **Э. Крепelin** еще в 1915 году, объединив в ней состояния, имеющие патогенетическую основу – тотальную задержку психического развития, – все же, до настоящего времени единого мнения о границах олигофрении нет.

В зарубежной литературе (**A. Tredgold, L. S. Penrose, K. Adachi**) имеется **тенденция к расширению понятия олигофрении**, под которым понимается - нарушение умственного развития, обусловленное поражением ЦНС, включая различные наследственные заболевания, сопровождающиеся синдромом слабоумия с **прогредиентным течением**.

D. Jervis относит к олигофрении - все психические заболевания, где имеются признаки слабоумия (*эпилептическое и травматическое слабоумие, исходы шизофрении и др.*). Одновременно, к олигофренам относятся и дети с низким уровнем интеллекта, без каких бы то ни было органических изменений ЦНС.

Это приводит к нечеткости понимания и к трудности изучения проблемы олигофрении.

М. С. Певзнер, Г. Е. Сухарева и др. понимают под олигофренией только те виды недоразвития сложных форм психической деятельности, которые не сопровождаются ***прогредиентным течением.***

М. С. Певзнер: *олигофрения - это особый вид аномального развития, возникающего в результате наследственной патологии, либо поражения зачатка плода во время внутриутробного развития, или поражения ЦНС на самых ранних этапах развития ребенка, и характеризующегося недоразвитием всей познавательной деятельности и, в особенности, мышления.*

Отклонения от нормы отмечаются и в физическом развитии олигофренов, для которых характерны: *отставание в росте, диспластичность телосложения, задержка полового развития.* Нередки пороки развития внутренних органов и органов чувств (зрения и слуха). Недоразвита двигательная сфера: нарушены темп, плавность, ритмичность и точность движений. Все эти признаки недоразвития имеют различную степень выраженности, и зависят от формы олигофрении.

Исследования **В. И. Лубовского, Е. Н. Марциновской, А. И. Мещерякова** показывают, что у олигофренов на фоне недоразвития всей высшей нервной деятельности наибольшую роль играет ***нарушение подвижности нервных процессов.*** Именно инертность нервных процессов, особенно инертность, отмечающаяся на уровне словесной системы, выявляется при всех формах олигофрении, вне зависимости от варианта дефекта (**М. С. Певзнер, В. И. Лубовский**).

Общим в клинической картине различных форм олигофрении является *диффузное обширное «тотальное» недоразвитие всей познавательной деятельности.* Признаки

недоразвития обнаруживаются: в особенностях речи, моторики. Страдает также восприятие, память и внимание, имеются эмоционально-волевые нарушения. Ведущий симптом при олигофрении - **недоразвитие способности к отвлечению и обобщению**.

Главные критерии олигофрении:

1. своеобразная психопатологическая структура слабоумия с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы;

2. *непрогрессирующая интеллектуальная недостаточность*, являющейся следствием нарушения онтогенетического развития;

3. замедленный темп психического развития индивида.

Вспомогательное, но важное значение имеет - *критерий нарушения социальной адаптации в детском возрасте, в частности критерий невозможности усвоения программы обучения в массовой школе*.

Все этиологические факторы олигофрений принято подразделять на **эндогенно-наследственные** и **экзогенные** (органические и социально-средовые) воздействия, при этом, в клинической практике часто наблюдаются случаи, в которых наследственные и экзогенные факторы находятся в сложном взаимодействии.

Большинство генетически обусловленных аутосомно-рецессивных форм умственной отсталости представляет собой метаболические заболевания, в патогенезе которых главную роль играют **нарушения обмена веществ** (белкового, жирового, углеводного и др.), такие заболевания как: *фенилкетонурия, галактоземия, гарголизм, синдром Корнелии де Ланге и др.*

Большое значение в этиологии олигофрений отводится **хромосомной патологии**. Числовое или структурное изменение хромосомного комплекса человека относительно часто становится причиной возникновения олигофрений.

Другую группу этиологических факторов олигофрении составляют экзогенные вредности, либо действующие на

развивающийся плод через организм матери во время беременности, либо повреждающие головной мозг ребенка в первые годы постнатальной жизни. Определенное значение в генезе недоразвития мозга и врожденного слабоумия придается гипоксии плода и родовой травме. К кислородному голоданию и нарушению развития плода могут вести тяжелые хронические заболевания матери во время беременности, такие, как сердечно-сосудистая недостаточность, болезни крови, почек, эндокринопатии и др. (Г. Э. Аль, Л. С. Персианинов, В. И. Бодяжина, М. А. Петров-Маслаков, И. И. Климец и др.).

В числе патогенных факторов, которые могут вести к нарушениям развития мозга во внутриутробном периоде развития, важное место принадлежит инфекциям. Наиболее опасными для плода считаются вирусные инфекции (*коревая краснуха, грипп, инфекционный гепатит, листериоз, цитомегалия* и др.), которые обладают избирательным нейротропным действием (Г. Флам, С. М. Беккер и др.). Отмечается роль токсоплазмоза (Д. Н. Засухин, А. М. Налецкий, Т. Е. Ивановская, F. Vamatter, O. Thalhammer, и др.) и сифилис родителей (Н. И. Озерецкий, О. Е. Фрейеров, Н. Н. Боднянская, W. Macferlane, C. Shofield, и др.).

В развитии олигофрений могут играть роль некоторые лекарственные препараты, принимаемые матерью во время беременности (*антибиотики, сульфаниламидные препараты, барбитураты* и др.), а также плодотонизирующие средства (В. И. Бодяжина, А. П. Белкина и др.).

Определенная роль в происхождении олигофрений отводится хроническому алкоголизму родителей (Е. А. Осипова, В. Д. Дульнев, В. Ф. Шалимов, J. Tizard, J. Grad и др.). В то же время, не исключается и токсическое влияние на плод алкоголя, употребляемого матерью во время беременности,

В постнатальном периоде причиной часто выступают *нейроинфекции* (менингиты, энцефалиты, менигоэнцефалиты), дистрофические заболевания, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы, а также другие вредности, перенесенные в первые годы жизни, которые могут обусловить поражение мозга и аномалии его развития (Г. Б.

Абрамович, М. О. Гуревич, И. И. Озерецкий, С. Я. Рабинович, Е. Feuchtwanger, С. Н. Carter и др.) (рис. 4).

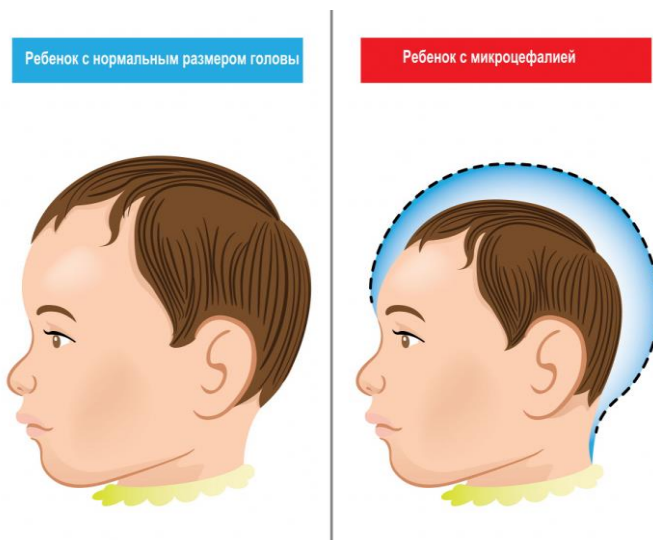


Рис. 4. Увеличение количества жидкости в полостях мозга с изменением нейродинамики мозговых процессов

В зарубежной литературе широко обсуждается этиологическая роль **культуральных и социальных факторов в возникновении умственной отсталости**. В отечественной психиатрии факторы социальной депривации чаще рассматриваются, только - как одно из условий, которое может оказывать дополнительное влияние на формирование олигофрении.

Кроме того, *социо-культуральная депривация* может быть причиной возникновения одного из вариантов **пограничной интеллектуальной недостаточности** при так называемой **микросоциально-педагогической запущенности** (В. В. Ковалев).

Умственное недоразвитие может быть обусловлено рядом наследственных, экзогенно-органических и микро-социально-средовых факторов. В одних случаях заболевание возникает в результате влияния одного из этих факторов, в других - в результате сложного взаимодействия многих патогенных

вредностей. Это привело к созданию **значительного числа классификаций олигофрений**, построенных на основе определения коэффициента умственных способностей (IQ) и служащих узкопрактическим целям, вследствие чего не могут быть полностью использованы для целенаправленного и дифференцированного воспитания и обучения. Из исторически известных, можно отметить классификацию душевных болезней **Филипа Пинеля**, на основании которой *тупоумие* и *идиотия* - стали рассматриваться как **две особые формы психозов**.

Ф. Пинель рассматривал *идиотию* - как такое психическое заболевание, при котором наблюдается остановка в развитии интеллектуальных или аффективных способностей. **Ф. Пинель** различал 4 вида идиотии:

1) *состояние, близкое к животному*, характеризуется полной дикостью, отсутствием всех чувств, вплоть до физических потребностей;

2) *состояние, при котором имеются некоторые понятия и физические потребности*;

3) *глупость* – состояние, при котором в какой-то степени имеются разум и речь;

4) *имбецилизм* – состояние, при котором у субъекта наблюдается постепенное ухудшение некогда имевшегося разума.

Таким образом **Ф. Пинель**, хотя и нечетко, но различал две клинические формы слабоумия – *врожденную* и *приобретенную*.

Известны, также, классификации: **М. С. Певзнер** (выделяет пять клинических форм олигофрений, **С. С. Мнухина** (выделяет *астеническую, стеническую и атоническую* формы олигофрений).

Но, наиболее распространенной в отечественной психиатрии является классификация олигофрений, предложенная **Г. Е. Сухаревой**, которая к группе олигофрений относит только те формы психического недоразвития, которые характеризуются **двумя основными признаками**:

1) *наличием стойкого дефекта познавательной деятельности*;

2) *отсутствием прогрессивности*.

Все клинические формы олигофрении **Г. Е. Сухарева** делит на **три группы** в зависимости от времени воздействия этиологического фактора (табл. 2).

Таблица 2

Клинические формы олигофрении Г. Е. Сухарева

№	Формы	Группы болезней
1.	<i>Олигофрения эндогенной природы</i> (в связи с поражением генеративных клеток родителей)	а) болезнь Дауна; б) истинная микроцефалия; в) энзимопатические формы олигофрении с наследственными нарушениями различных видов обмена, включая фенилпировиноградную олигофрению, олигофрению, связанную с галактоземией, сукрозурией, и другие энзимопатические формы олигофрений; г) клинические формы олигофрении, характеризующиеся сочетанием слабоумия с нарушением развития костной системы и кожи (дизостозическая олигофрения, ксеродермическая олигофрения).
2.	<i>Эмбрио фетопатии</i> и	а) олигофрения, обусловленная коревой краснухой, перенесенной матерью во время беременности (рубеолярная эмбриопатия); б) олигофрения, обусловленная другими вирусами (грипп, паротит, инфекционный гепатит, цитомегалия); в) олигофрения, обусловленная

		токсоплазмозом и листериозом; г) олигофрения, возникшая на почве врожденного сифилиса; д) клинические формы олигофрении, обусловленные гормональными нарушениями матери и токсическими факторами (экзо- и эндо-токсическими агентами); е) олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных.
3.	<i>Олигофрения, возникающая в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве</i>	а) олигофрения, связанная с родовой травмой и асфиксией; б) олигофрения, вызванная черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде (в раннем детстве); в) олигофрения, обусловленная перенесенными в раннем детстве энцефалитами, менингоэнцефалитами и менингитами.

Г. Е. Сухарева к выделенным группам, добавляет ***атипичные формы олигофрении (связанные с гидроцефалией, локальными дефектами развития головного мозга, эндокринными нарушениями и др.***

Известна также классификация Э. Крепелина: степени выраженности олигофрении традиционно подразделяются на

I. ***дебильность*** – наиболее слабо выраженная.

II. ***имбецильность*** – средне выраженная.

III. ***идиотию*** – крайне выраженная.

Дебильность – наиболее слабо выраженная степень УО, связанная с задержкой развития ребёнка или вызванная органическим поражением мозга плода. Эту форму из числа

остальных форм УО, впервые выделил в 1890 году - **Валантен Маньян**.

Выделяют следующие формы дебильности:

1. *Лёгкая форма*, IQ 65-69.
2. *Умеренно выраженная форма*, IQ 60-64
3. *Тяжёлая форма*, IQ 50-59

Для определения формы дебильности используется полное клиническое обследование.

Имбецильность - средняя степень олигофрении, слабоумия, умственного недоразвития, обусловленная задержкой развития мозга плода или ребёнка в первые годы жизни. В **МКБ-10** имбецильность подразделяется на *умеренную* и *тяжёлую УО*. При IQ 35-49 и психическом возрасте 6-9 лет у взрослых ставится диагноз *умеренной умственной отсталости* (F71), а при IQ 20-34 и психическом возрасте 3-6 лет — *тяжёлой умственной отсталости* (F72).

При тяжёлой умственной отсталости (*идиотии*) отмечается возможность приобретения только навыков самообслуживания и крайне слабое развитие речи.

Более подробная характеристика УО:

1. *При легкой степени расстройства (дебильность)*, даже при видимой задержке развития, дети - в дошкольном возрасте зачастую неотличимы от здоровых, они могут усваивать навыки самообслуживания общения и, отставание развития сенсомоторики у них - минимально.

Характерны: *тугоподвижность мышления, нарушена находчивость, сообразительность*. Иногда возможна даже некоторая компенсация УО - за счет использования таким ребёнком *механической памяти*. В результате упорного труда и усидчивости эти дети способны приобрести определённый круг знаний, который дает им возможность в последующей взрослой жизни освоить какие-то рабочие специальности, не требующие творческого подхода.

Поведение: отличается стандартностью - им труднодоступен анализ взаимоотношений людей, высказывания их часто неуместны. К себе мало критичны, склонны переоценивать свои возможности, поэтому часто возникают конфликты с окружающими. Нередко совершают асоциальные

поступки. Иногда проявляются способности к музыке, хореографии, к художественным занятиям и т. п. Речь внешне (формально) не нарушена, но абстрактное мышление не развито. К позднему подростковому возрасту, при некоторых благоприятных условиях, они способны освоить программу 5-6 классов обычной средней школы, и, в дальнейшем, могут справиться с посильной для них работой (не требующей навыков абстрактного мышления), жить и вести хозяйство вполне самостоятельно, нуждаясь в наблюдении и руководстве лишь в ситуациях серьезного социального или экономического стресса. Но, в целом, достаточно *низкая социальная компетенция*, резко ограничивает их выбор в социальной адаптации.

2. При умеренной степени (*имбецильность*) речевые навыки и возможности самообслуживания, в своём развитии, никогда не достигают среднего уровня. Заметное отставание социального интеллекта, обязывает общество вводить их опеку, то есть, ***необходимо постоянное умеренное наблюдение (!)***.

Мышление: весьма примитивное, используемый в речи словарный запас слов состоит, главным образом, из существительных и глаголов. Абстрактно мыслить эти дети - не способны.

Поведение: можно сказать, определяется, в основном, инстинктами (пищевым и половым). Возможна выработка у них элементарных навыков самообслуживания и иногда простейших трудовых операций. Самостоятельную жизнь вести не могут - ***нуждаются в надзоре и уходе (!)***. Школьное обучение, даже в минимальном объеме, весьма маловероятно. Возможно освоение социальных и ручных навыков, самостоятельные покупки, поездки по знакомым местам. В дальнейшем больные могут избирательно общаться и устойчиво справляться с неквалифицированным или несложным трудом, но - в *специализированных условиях*.

3. При тяжелой форме (***тяжелая олигофрения***), развитие речевых навыков и моторики минимально, в дошкольном периоде больные, как правило, неспособны к самообслуживанию и общению. Только в подростковом возрасте при систематическом обучении оказывается

возможным ограниченное речевое и невербальное общение, освоение элементарных навыков самообслуживания.

Приобретение ручных навыков невозможно. В дальнейшем при постоянном наблюдении и контроле возможно достижение автономности существования на резко сниженном уровне.

4. При глубокой умственной отсталости (идиотии), минимальное развитие сенсомоторики позволяет в некоторых случаях при систематической тренировке добиться резко ограниченных навыков самообслуживания лишь в подростковом возрасте, что делает необходимым постоянных уход за больными. **Большинство пациентов остаются неподвижными и неспособными контролировать физиологические отправления.** Элементарное общение возможно лишь на невербальном уровне.

Чем более выражено расстройство, тем раньше оно обращает на себя внимание. Выявление резко усиливается с началом обучения в школе, достигая пика в 10-15 лет, после чего постепенно снижается до 1% популяции.

Умеренные и более тяжелые формы расстройства равномерно представлены во всех социальных слоях общества, тогда как легкие формы значительно доминируют в малообеспеченных семьях, где число таких детей достигает 10-30 %.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Задание 1. Опираясь на точки зрения исследователей клинко физиологического и этио-патогенетического подходов в систематике олигофрений, выделите их сильные и слабые позиции.

Форма олигофрении	Патогенез и патофизиология	Характеристика развития детей	Возможности коррекции
Неосложненная			
Осложненная нарушениями в системе анализаторов			

Осложненная нейродинамическими нарушениями			
Осложненная нарушениями лобных долей мозга			
Осложненная психопатоподобными расстройствами			

Задание 2. Обозначьте главные критерии УО, которые легли в основу классификации олигофрении, представленной **Г.Е. Сухаревой**

Задание 3. Поясните причины возникновения групп в классификации **Г.Е. Сухаревой**.

Группа	Причины
<i>Олигофрения, обусловленная внутренними факторами</i>	
<i>Олигофрения, вызванная воздействием опасных факторов при родах или в возрасте от 1 до 3 лет</i>	

<i>Слабоумие, вызванное поражением зародыша или плода</i>	
---	--

Задание 4. Назовите основные формы УО представленные в международной классификации МКБ -10

Задание 5. Проведите сравнительный анализ классификаций **С.С. Мнухина** и **Д.Н. Исаева**, сопоставив стеническую, астеническую, атоническую и дисфорическую формы олигофрении _____

Задание 6. Перечислите наиболее известные классификации УО, и назовите наиболее практичную и удобную (по Вашему мнению). Свой выбор - обоснуйте.

Задание 7. Проведите небольшой исторический анализ и назовите главные причины, которые заставили психиатров проклассифицировать и систематизировать все многообразные формы умственной отсталости.

Задание 8. Заполните таблицу «Сравнительная оценка степеней тяжести олигофрении».

Показатели	Идиотия	Имбецильность	Дебильность
<i>Навыки</i>			
<i>Речь</i>			
<i>Мышление</i>			
<i>Способности</i>			
<i>Особенности</i>			

Задание 9. Проведите анализ клинического случая для определения степени дефекта умственного развития у школьника.

Саша Д., ученик 4 класса средней городской школы, был направлен на обследование к психиатру в связи с возникшими проблемами в его обучении. Мать мальчика рассказала, что страдала токсикозом во время вынашивания своего ребёнка и в целом очень плохо перенесла эту беременность. Роды проходили очень тяжело, плод пришлось вытягивать. Уже после рождения, у мальчика отмечалась задержка с развитием речи, он поздно начал ходить. Также

знакомые и родственники начали обращать внимание матери на то, что её ребёнок, в сравнении со своими сверстниками - заметно отстаёт в развитии. Мальчик не проявлял, свойственной его возрасту, активности в детских играх, не мог заучивать стихи, не проявлял интереса к чтению книг, не проявлял инициативы к общению с другими детьми или взрослыми. После начала школьного обучения отставание в развитии ребёнка стали особенно заметным: мальчик механически выполнял простые счётные упражнения во втором классе, но решать арифметические задачи так и не научился. Он с трудом закончил 3 класс в ранге двоечника, а к 4 классу стало абсолютно ясно, что этот ребёнок со школьной программой просто не справляется.

Задание 10.

Сделайте заключение о развитии интеллекта у ребёнка.

Девочка А., в возрасте 10 лет. Беременность и роды матери проходили без осложнений. Развитие ребёнка в раннем возрасте протекало также без особенностей, в пределах нормы. В возрасте 6 лет переболела корью. Заболевание протекало в тяжёлой форме, были осложнения этой инфекции: судороги с рвотой, потеря сознания. Отмечались симптомы Кернига и Брудзинского, ригидность затылочных мышц. Девочка после выздоровления была истощена, спала беспокойно, жаловалась на головную боль. Изменилось её поведение – она стала капризна и раздражительна, перестала слушаться родителей. В школу её отвели в 8 лет, так как, она не проявляла интереса к домашним занятиям навыкам чтения, отмечалось ухудшение памяти, пропал интерес к прослушиванию детских рассказов и сказок. В школе отметили низкую обучаемость ребёнка, постоянное не успевание и невыполнение школьной программы. Дайте оценку развития интеллекта этой девочки.

Задание 11. Подготовьте реферат на одну из следующих тем:

1. «Классификация слабоумия **Ф. Пинеля**».
2. «Классификация интеллектуальных нарушений **Э. Крепелина**».
3. «Значение исследований соматической патологии при дифференциальной диагностике ЗПР и олигофрений».
4. «Значение исследований неврологической патологии в дифференциальной диагностике».
5. «Исследования **М.С. Певзнер** в области олигофрении»
6. «Классификация интеллектуальных нарушений **С. С. Мнухина**»

Тема. Деменция.

Цель: расширить представление студентов о деменции, сформировать представление о различных формах деменции, научить обоснованно, выделять признаки различных форм деменции.

Вопросы для самоконтроля:

1. Раскройте понятие «деменция» и структуру интеллектуального дефекта при деменции.
2. Назовите основные формы деменции.
3. Охарактеризуйте основные клинические проявления деменции у взрослых и детей.
4. Выделите основные причины, обуславливающие

прогредиентный тип течения патологических процессов.

5. Назовите клинические проявления деменций вследствие травмы черепа и энцефалитов.
6. Назовите особенности деменции при эпилепсии.
7. Назовите особенности деменции при шизофрении.
8. Назовите основные стадии проявления симптомов деменции.
9. Охарактеризуйте состояние тотального слабоумия.
10. Какие случаи деменции относят к наследственным.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Деменция - приобретенное слабоумие или стойкое труднообратимое обеднение психической деятельности с утратой ранее приобретенных знаний, умений и навыков и затруднение формирования новых. Возникает в возрасте - после трех лет.

Этот вид слабоумия, возникает – при органическом поражении головного мозга и характеризуется серьезными нарушениями в когнитивной сфере (*восприятие, внимание, узнавание, память, интеллект, речь, способность выполнять целенаправленные действия*). Развитие и **прогрессирование** данного синдрома приводит к нарушениям в повседневной (бытовой) и трудовой деятельности. Деменцию различают по стадии и глубине поражения мозга:

Тотальное слабоумие (паралитическое) – характеризуется выраженной слабостью суждений, резким снижением критики, заторможенностью психических процессов, обычно стойкой эйфорией, индивидуальность личности полностью утрачивается.

Дисмнестическое слабоумие (парциальное) – относится к слабоумию, возникающему на почве грубого органического поражения головного мозга. Главным признаком его являются различные проявления ослабления памяти, часто с преобладанием расстройства памяти прошлого над запоминанием текущих событий.

Для него свойственны: *эмоциональное недержание, слезливая беспомощность, легко возникающая растерянность.*

Расстройство критики выражено слабее, значительно меньше затронута его психическая индивидуальность

Для разграничения двух главных форм интеллектуальных нарушений важно иметь в виду, что при деменции, в отличие от олигофрении, имеет место **период нормального интеллектуального развития**. Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности различных познавательных функций, например, может наблюдаться заметное несоответствие между запасом знаний и возможностями их реализации.

Характерными признаками деменции являются выраженные нарушения:

умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения и мотивации. Характерны личностные и эмоциональные расстройства: *дети часто некритичны, расторможены*.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка трех лет, то: теряется речь, пропадают приобретённые ранее навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и другие приобретенные навыки (ребёнок утрачивает способность ходить), перестаёт испытывать чувство привязанности к близким членам семьи и т.п.

Формы деменции

1. **Органическая** (после некоторых форм энцефалитов, черепно-мозговых травм).

2. **Специфическая** (в результате перенесенного сифилиса).

3. **Деменция, обусловленная прогрессирующими психическими заболеваниями** (шизофреническая, эпилептическая).

4. **Старческая (сенильная)**.

5. **Деменции наследственного генеза** (амавротическое слабоумие, гаргоилизм, туберозный склероз, болезнь Лоуренса-Муна-Бидли-Барде).

Деменции наследственного генеза:

Туберозный склероз (*не путать с туберкулёзом!*) – это генетически обусловленное, прогрессирующее слабоумие, которое сочетается с поражением кожи и эпилептическими припадками. У больных на коже наблюдаются опухоли, видны характерны образования (на лице, спине) в виде небольших узелков - **тубером**. Эти дети нередко погибают в состоянии эпилептического припадка. Наличие эпилептических припадков при этой патологии - усиливает деменцию.

Амавротическое слабоумие (амавроз). Представляет собой - сочетание умственной отсталости с постепенно развивающейся слепотой. В его основе лежит нарушение жирового обмена. Жировой обмен нарушен - в связи с генетически обусловленной недостаточностью деятельности фермента, расщепляющего жиры. Наблюдается: дегенерация нервной системы, грубое повреждение нервных клеток и нервных волокон. Эта болезнь может проявляться в детском или юношеском возрасте. Проявляется быстро прогрессирующей слепотой - в сочетании с умственной отсталостью. У больных, также, могут проявляться другие различные повреждения: параличи, гиперкинезы, эпилептические припадки. Эти дети довольно быстро погибают.

Гарголизм. Развивается, также, в результате, наследственно обусловленного, нарушения метаболизма *кислых мукополисахаридов*. Недорасщеплённые вещества накапливаются в печени, костях, головном мозге. Нарушается физическое состояние, наблюдается уродливое телосложение: отставание роста костей, деформация черепа, укороченное туловище, искривление позвоночника, укорочение конечностей, пальцев.

Первые признаки могут проявиться уже в первые 4 года жизни. Характерен облик этих детей: широкое лицо, скошенный затылок, большой язык, редкие зубы, патологии сердца, печени, селезенки. Отмечается прогрессирующее нарушение слуха, нарушение моторики. Движения мелкие, неловкие, походка нарушена. Вначале отмечается замедление развития речи, а затем наступает её полный распад. Происходит нарастание слабоумия, которое достигает глубокой степени. Защитные

силы организма ослаблены, дети обычно не доживают до зрелого возраста.

Болезнь Лоуренса-Муна-Бидли-Барде. В основе болезни - нарушения жирового обмена, из-за неполноценной структуры хромосом. Это генетическое заболевание. Проявляется приступами психомоторного возбуждения, к которым постепенно присоединяется нарастающее слабоумие. Характерны: диспластическое телосложение, ожирение, недоразвитие половой системы, нарастающая слепота, наличие шести пальцев (*полидактилия*).

Посттравматическая деменция

Причины: сотрясение мозга, ушиб, сдавление мозга.

Симптомы: потеря сознания, головная боль, рвота. При ушибах присоединяются очаговые симптомы: *парезы, параличи, афазия, нарушение зрения, чувствительности*. Повреждение мозга возникает при его сдавлении в течение длительного времени. При закрытой черепно-мозговой травме отмечают 4 стадии:

1. потеря сознания до 3 суток
2. острая стадия черепно-мозговой травмы: нарушение сознания, оглушение.
3. поздняя стадия: неустойчивое состояние вплоть до психоза, психогенная реакция.
4. стадия остаточных явлений (*резидуальная*).

Посттравматическая деменция - сопровождается повышенной психической и физической истощаемостью: наблюдается заметная неустойчивость в выполнении заданий и *агнозии* (нарушение узнавания предметов).

Различают, в основном, 2 варианта посттравматической деменции:

1. ***церебрастения*** – характерны: *слабость, головные боли, утомляемость, истощаемость, нарушение учебной деятельности*.

2. ***посттравматическая энцефалопатия*** – отмечается *грубость, раздражительность, лживость*.

Детское слабоумие (деменция) развивается после воздействия на организм ребенка физических и биологических факторов, нарушающих работу структур мозга.

Причинами болезни могут быть:

Нейроинфекции. Нередко, органическая деменция возникает как следствие осложнения: *менингитов, энцефалитов, церебрального арахноидита.*

Черепно-мозговые травмы. Органическое повреждение мозговой ткани возникает в следствие *ушиба головного мозга, открытых и закрытых черепно-мозговых травм.*

Инфицирование ВИЧ. ВИЧ-инфекция, протекающая с клиническими проявлениями (СПИД), способна поражать центральную нервную систему. Поражение головного мозга приводит к развитию энцефалопатии, проявляющейся слабоумием.

Токсическое поражение ЦНС. У детей повреждение структур головного мозга наблюдается при токсическом воздействии фармакологических препаратов: *блокаторами ДНК-гиразы, антихолинэргическими веществами, кортизоном, тяжелыми металлами (свинцом, алюминием).* У подростков выявляются случаи алкогольной и наркотической деменции.

Патогенез. В основе патогенеза органической **деменции детского возраста** лежит повреждение тканей головного мозга. Причинами являются: интоксикации, инфекционно-воспалительные и травматические экзогенные воздействия - провоцирующие дегенеративные изменения мозгового субстрата. В итоге развивается дефектное состояние, которое сопровождается деградацией психической деятельности: познавательных функций, практических умений, эмоциональных реакций, нивелированием личностных черт. С точки зрения патогенеза, *органическая форма деменции* представляют собой проявление остаточных явления поражений головного мозга. Она характеризуется стабильным снижением умственных функций без последующего усугубления.

Классификация. Органическая деменция у детей подразделяется по этиологическому фактору: *интоксикационная, инфекционная* и т.д.

Другим критерием для классификации является *степень тяжести патологии*:

Легкая: Симптомы сглажены, у дошкольников зачастую долго не обнаруживаются, бытовые навыки остаются сохранными. У школьников нарастает учебная неуспеваемость, снижается социальная активность.

Умеренная: Ребенок нуждается в уходе, поддержке со стороны взрослого.

Тяжелая: Необходим постоянный надзор, нарушается речь, навыки самообслуживания.

Отличия деменции от олигофрении представлено в таблице 3.

Таблица 3

Отличия деменций от олигофрений

Критерий	Олигофрения	Деменция
Поражение мозга	тотальное	локальное,
Слабоумие	диффузное	очаговое
Структура интеллектуального дефекта	врожденное	приобретенное
Время поражения мозга	до трех лет	после трех лет
Прогрессиентность, прогрессирование	–	+
Психическая сфера, личность	недоразвитие	неравномерность, дисгармоничность

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Задание 1. Уточните по материалам лекций (учебнику) и выпишите себе в словарь (гlossарий) определение следующих терминов: *органическая деменция, аффективная деменция, деменция инфантильная, ревматическое поражение головного мозга, прогрессивный паралич, гаргоилизм, эпилепсия, припадок, эпилептические реакции, шизофрения, аутизм, расщепление мышления, эмоциональная тупость, негативные симптомы, продуктивные симптомы.*

Задание 2. Заполните таблицу «Стадии развития деменции».

№	Стадия	Описание
---	--------	----------

1.	Лёгкая	
2.	Умеренная	
3.	Тяжелая	

Задание 3. Заполните схему «Классификация приобретенного слабоумия - деменции». Дайте подробное пояснение каждой представленной классификации.



Задание 4. На основе анализа учебной и научной литературы представьте сравнительную характеристику олигофрении и деменции и заполните таблицу.

Олигофрения	Критерии сравнения	Деменция
	<i>Вид дизонтогенеза</i>	
	<i>Время нарушения развития</i>	
	<i>Характер нарушения ЦНС</i>	
	<i>Прогрессиентность/непрогрессиентность</i>	
	<i>Тотальность/парциональность расстройств</i>	
	<i>Характер отставания в развитии всех функций</i>	

Задание 5. Выделите черты сходства и различия двух вариантов деменции: травматической и текущей. Результаты занесите в обобщенную таблицу.

Деменция	
Травматический	Текущий

Задание 6. Составьте индивидуальную программу коррекции ребенка, имеющего текущее заболевание центральной нервной системы

Задание 7. Каковы современные тенденции в изучении клиники деменции?

Задание 8. Сопоставьте динамику развития УО при олигофрении и деменции.

Задание 9. Выполните тестовое задание. Выберите один правильный ответ.

1. Коэффициент интеллектуальности – IQ, означает:

- а) общий показатель уровня имеющихся на момент обследования знаний;
- б) специальный количественный показатель уровня интеллектуального развития;
- в) критерий оценки навыков и умений, полученных в процессе учебы.

2. *Принятый в психологии и педагогике термин «умственная отсталость» определяет:*

- а) врожденное слабоумие;
- б) временного состояние ослабления интеллекта;
- в) приобретенное слабоумие.

3. *Термин «деменция» означает:*

- а) приобретённое слабоумие
- б) тяжёлое нарушение психических свойств личности;
- в) тяжелое нарушение памяти.

4. *Структуру психического дефекта определяет:*

- а) незрелость психических свойств личности;
- б) недостаточность психических функций вызванная психотравмой.
- в) вполне определённую недостаточность наиболее высших форм познавательной деятельности;

5. *В структуре патологических изменений в случае деменции определяется:*

- а) только патологическое изменение личности при сохранении интеллекта;
- б) тяжёлое нарушение интеллектуальной деятельности и патологическое изменение личности.
- в) заметное нарушение интеллектуальной деятельности без нарушения личностных характеристик больного;

6. *Термин маразм означает:*

- а) постепенная прогрессирующая деградация психической деятельности;
- б) видимый прогрессирующий распад психической деятельности в сочетании с физическим истощением.
- в) непрогредиентное стабильное состояние ослабления интеллекта.

7. *В состоянии «деменция» принято различать степени:*

- а) промежуточная деменция, постоянная деменция.

- б) дебильность, имбецильность, идиотия;
- в) тотальная деменция, парциальная деменция;

8. Клинически, «синдром Дауна» означает:

- а) патологическое состояние, вызванное предшествующей асфиксией плода;
- б) наследственное заболевание, обусловленное хромосомными нарушениями.
- в) патология, вызванная предшествующей инфекцией

9. ДЦП (детский церебральный паралич) представляет собой:

- а) врождённое заболевание, вызванное генными мутациями;
- б) неврологическое заболевание, обусловленное механической родовой травмой головы.
- в) ранняя детская патология, обусловленная инфекцией, перенесенной ребёнком после рождения;

10. К аментивилму синдрому относят:

- а) один из признаков помрачённого сознания;
- б) один из признаков врожденного слабоумия;
- в) одно из признаков приобретенного слабоумия.

Тема: Методы оценки интеллектуального развития.

Цель: Ознакомить студентов и сформировать представление о современных методах оценки интеллектуального развития детей. Научить их практическому применению тестирования для выявления признаков и степени тяжести различных форм УО.

Вопросы для самоконтроля:

1. Опишите историю развития методик тестирования интеллекта.
2. Назовите методы количественной и качественной оценки интеллектуального развития.
3. Опишите методы диагностики возникновения интеллектуальных нарушений.
4. Дайте свой анализ и оценку влияния различных теорий интеллекта на педагогические приёмы воспитания и методы обучения детей с УО.
5. Назовите тесты, используемые для проверки речевых функций.

6. Перечислите тесты на проверку абстрактного мышления.
7. Дайте характеристику «шкалы Векслера» как оценочного теста.
8. С чем связана, по Вашему мнению, популярность «теста Айзенка» для оценки детского интеллекта.
9. Опишите особенности «шкалы Вайленда».
10. Назовите преимущества «шкалы оценки интеллекта Стенфорда-Бине».

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Для оценки уровня умственного развития ребёнка или выявления степени его умственной отсталости (если признаки УО уже дают о себе знать) проводятся исследования интеллекта, различного уровня сложности, в зависимости от возраста обследуемого и ожидаемых потенциальных компетенций тестируемого воспитанника (связанных с тяжестью имеющегося у него дефекта интеллекта).

Методологией оценки уровня умственного развития, тестирование интеллекта принято проводить у детей старше трех лет.

Тестов на сегодняшний день разработано очень много. Однако, чаще всего применяется шкала **Векслера**, которая наиболее удобна для оценки умственного развития детей в возрасте от трех и до семи лет. Эта шкала содержит перечень определенных тестов, позволяющих оценить развитие речи ребёнка и определить уровень развития приобретённых навыков для выполнения разнообразных действий. В случае обнаружения какой-либо патологии у испытуемого - конечные показатели всех тестов, как правило, оказываются существенно ниже средних значений.

Для школьников чаще используется шкала оценки интеллекта **Стенфорда-Бине**. Эта шкала содержит пятнадцать тестов, позволяющих достаточно объективно оценить четыре области интеллекта. Она включает проверку: осмысленного восприятия зрительной информации учеником (с одновременной оценкой кратковременной памяти), способности к запоминанию в целом, даёт возможность оценить речевые возможности ребёнка и его способность (умение) оперировать

цифрами. Этот тест позволяет оценить сильные и слабые стороны интеллекта у обследуемого ребёнка. Педагогами эту шкалу для оценки интеллекта у дошкольников использовать не принято.

Для исследования адаптивных функций предпочтительно использование *шкалы Вайнленда*. Она интересна тем, что задания этого теста включают также опрос преподавателей, опекунов и родителей. Подобный подход помогает протестировать, главным образом, четыре стороны адаптивного поведения: определить **двигательные навыки, степень социализации, повседневные жизненные навыки, уровень общения с окружающими**.

Кроме всего прочего, при исследовании *адаптивного поведения* применяется, в том числе, *шкала независимого поведения Вудкока-Джонсона* и множество других методов. Немаловажно, что показатели адаптивных человеческих возможностей в определенной степени зависят от непосредственных причин УО ребёнка, а также от ожиданий взрослых, ухаживающих за больными детьми.

По мере поступательного развития *специальной психологии* были разработаны необходимые методологические положения для подробной диагностики умственной патологии.

Результаты непосредственной диагностики, где достоверно показаны: педагогическая категория нарушенного развития (со степенью выраженности нарушений), обнаруженный недостаток развития (включая психические особенности конкретного ребенка с УО), дают практическую возможность для подбора и предложения индивидуальных рекомендаций с целью применения определенной и строго адресной коррекционной программы. Для выбора метода исследования используются следующие принципы:

1. онтогенетический;
2. системно-структурный подход;
3. принцип гуманности;
4. принцип уровневого анализа;
5. принцип динамического изучения
6. принцип индивидуального подхода.

Целевым итогом такой диагностической работы является: признание факта психического недоразвития у ребёнка - с правильной и объективной исчерпывающей формулировкой диагноза.

Таким образом, окончательный диагноз, в полной мере, должен отражать точную оценку и степень выраженности интеллектуального дефекта ребёнка, включая: клиническую и психологическую составляющие УО, уровень социальной адаптации обследуемого (или её прогностические возможности в будущем).

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Задание 1. Выполните методику «Интеллектуальная лабильность» (для детей в возрасте 12 – 15 лет) в модификации С.Н. Костроминой.

Цель исследования: изучение (проверка) способности быстрого переключения внимания (лабильности), умения (не допуская ошибок) достаточно быстро переходить с выполнения одних задач на решение других.

Материалы: специальный отпечатанный бланк для ответов (каждый испытуемый получает перед заданием).

Описание: этот тест включает выполнение ряда нескольких не особенно сложных заданий, которые зачитывает экспериментатор. Для решения каждого задания даётся от 3 до 5 секунд. На специальном бланке фиксируются ответы испытуемого. Эта методика предназначена для школьников старших классов или взрослых испытуемых лиц.

Инструкция выполнения: «Прослушайте внимательно задание и запомните названный номер квадрата. Не переспрашивайте, это запрещено условиями теста. Прочитывается задание один раз и больше не повторяется. Работать надо максимально быстро. Итак, внимание! Начали!».

Содержание методики:

1. (Квадрат № 1). Напишите первую букву имени Сергей и последнюю букву первого месяца.
2. (Квадрат № 2). Напишите цифры 1, 6, 3. Нечетные обведите.
3. (Квадрат № 4). Напишите слово «пар» наоборот.
4. (Квадрат № 5). Нарисуйте прямоугольник. Разделите его двумя горизонтальными и двумя вертикальными линиями.
5. (Квадрат № 6). Нарисуйте четыре круга. Первый круг зачеркните, а третий подчеркните.
6. (Квадрат № 7). Нарисуйте треугольник и квадрат так, чтобы они пересекались.
7. (Квадрат № 8). Напишите слово «мел». Под согласными буквами поставьте стрелку, направленную вниз, а под гласными - стрелку, направленную влево.
8. (Квадрат № 10). Если сегодня не среда, то напишите предпоследнюю букву слова «книга».
9. (Квадрат № 12). Нарисуйте прямоугольник, а рядом ромб. В прямоугольнике напишите сумму чисел 5 и 2, а в ромбе - разность этих чисел.
10. (Квадрат № 13). Нарисуйте три точки так, чтобы при их соединении получился треугольник.
11. (Квадрат № 15). Напишите слово «ручка». Гласные зачеркните.
12. (Квадрат № 17). Разделите квадрат двумя диагональными линиями. Точку пересечения обозначьте последней буквой названия нашего города.
13. (Квадрат № 18). Если в слове «синоним» шестая буква гласная, то поставьте цифру 1.
14. (Квадрат № 20). Нарисуйте треугольник, а в нем окружность.
15. (Квадрат № 21). Напишите число 82365. Нечетные цифры зачеркните.
16. (Квадрат № 22). Если число 54 делится на 9, поставьте галочку.
17. (Квадрат № 19). Если в слове «подарок» третья буква не «и», напишите сумму чисел 6 и 3.
18. (Квадрат № 23). Если слова «дом» и «дуб» начинаются на одну и ту же букву, поставьте тире.

19. (Квадрат № 24). Напишите буквы «М», «К», «О». Букву «М» заключите в квадрат, букву «О» - в треугольник.
20. (Квадрат № 25). Напишите слово «салют». Обведите в круг согласные буквы.

Бланк для ответов к методике «Интеллектуальная лабильность»

1.	2.	3.	4.	5.
6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.
16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.

Обработка результатов и интерпретация: Оценка производится по количеству ошибок. Ошибкой считается любое пропущенное, невыполненное или выполненное с ошибкой задание.

Нормы выполнения:

0 – 2 ошибки – высокая лабильность, хорошая способность к обучению;

3 – 4 – средняя лабильность;

5 – 7 – низкая обучаемость, трудности в переобучении;

больше 7 ошибок – малоуспешен в любой деятельности.

Вывод: _____

Задание 2. Выполните методику «Тест Айзенка».

Ход выполнения теста: «Вам необходимо ответить на ряд вопросов раскрывающие особенности Вашего поведения. При утвердительном ответе («Да»), поставьте знак +, если ответ

отрицательный («Нет»), то ставите знак – . Ответать нужно быстро, не обдумывая ответ, так как для объективной оценки очень важна Ваша первая реакция».

Опросный лист

Фамилия, имя, отчество _____

Инструкция: “На предлагаемые вопросы нужно отвечать “да” или “нет”, не раздумывая”.

Вопросы	Ответ: «Да»	Ответ: «Нет»
1. Любишь ли ты шум и суету вокруг себя?		
2. Часто ли ты нуждаешься в друзьях, которые могли бы тебя поддержать?		
3. Ты всегда находишь быстрый ответ, когда тебя о чем-нибудь просят?		
4. Бывает ли так, что ты раздражен чем-нибудь?		
5. Часто ли у тебя меняется настроение?		
6. Верно ли, что тебе легче и приятнее с книгами, чем с ребятами?		
7. Часто ли тебе мешают уснуть разные мысли?		
8. Ты всегда делаешь так, как тебе говорят?		
9. Любишь ли ты подшучивать над кем-нибудь?		
10. Ты когда-нибудь чувствовал себя несчастным, хотя для этого не было настоящей причины?		
11. Можешь ли ты сказать о себе, что ты веселый, живой человек?		
12. Ты когда-нибудь нарушал правила поведения в школе?		
13. Верно ли, что ты часто раздражен чем-нибудь?		
14. Нравится ли тебе все делать в быстром темпе (если же наоборот, склонен к неторопливости, ответь “нет”),		
15. Ты переживаешь из-за всяких страшных событий, которые чуть было не произошли, хотя все кончилось хорошо?		
16. Тебе можно доверить любую тайну?		
17. Можешь ли ты без особого труда внести оживление в скучную компанию сверстников?		
18. Бывает ли так, что у тебя без всякой причины		

(физические нагрузки) сильно бьется сердце?		
19. Делаешь ли ты обычно первый шаг для того, чтобы подружиться с кем-нибудь?		
20. Ты когда-нибудь говорил неправду?		
21. Ты легко расстраиваешься, когда критикуют тебя и твою работу?		
22. Ты часто шутишь и рассказываешь смешные истории своим друзьям?		
23. Ты часто чувствуешь себя усталым?		
24. Ты всегда сначала делаешь уроки, а все остальное потом?		
25. Ты обычно весел и всем доволен?		
26. Обидчив ли ты?		
27. Ты очень любишь общаться с другими ребятами?		
28. Всегда ли ты выполняешь просьбы родных о помощи по хозяйству?		
29. У тебя бывают головокружения?		
30. Бывает ли так, что твои действия и поступки ставят других людей в неловкое положение?		
31. Ты часто чувствуешь, что тебе что-нибудь надоело?		
32. Любишь ли ты иногда похвастаться?		
33. Ты чаще всего сидишь и молчишь, когда попадаешь в общество незнакомых людей?		
34. Волнуешься ли ты иногда так, что не можешь усидеть на месте?		
35. Ты обычно быстро принимаешь решения?		
36. Ты никогда не шумишь в классе, даже когда нет учителя?		
37. Тебе часто снятся страшные сны?		
38. Можешь ли ты дать волю чувствам и повеселиться в обществе друзей?		
39. Тебя легко огорчить?		
40. Случалось ли тебе плохо говорить о ком-нибудь?		
41. Верно ли, что ты обычно говоришь и действуешь быстро, не задерживаясь особенно на обдумывание?		
42. Если оказываешься в глупом положении, то		

потом долго переживаешь?		
43. Тебе очень нравятся шумные и веселые игры?		
44. Ты всегда ешь то, что тебе подают?		
45. Тебе трудно ответить “нет”, когда тебя о чем-нибудь просят?		
46. Ты любишь часто ходить в гости?		
47. Бывают ли такие моменты, когда тебе не хочется жить?		
48. Был ли ты когда-нибудь груб с родителями?		
49. Считают ли тебя ребята веселым и живым человеком?		
50. Ты часто отвлекаешься, когда делаешь уроки?		
51. Ты чаще сидишь и смотришь, чем принимаешь активное участие в общем веселье?		
52. Тебе обычно бывает трудно уснуть из-за разных мыслей?		
53. Бываешь ли ты совершенно уверен, что сможешь справиться с делом, которое должен выполнить?		
54. Бывает ли, что ты чувствуешь себя одиноким?		
55. Ты стесняешься заговорить первым с новыми людьми?		
56. Ты часто спохватываешься, когда уже поздно что-нибудь исправить?		
57. Когда кто-нибудь из ребят кричит на тебя, ты тоже кричишь в ответ?		
58. Бывает ли так, что ты иногда чувствуешь себя веселым или печальным без всякой причины?		
59. Ты считаешь, что трудно получить настоящее удовольствие от оживленной компании сверстников?		
60. Тебе часто приходится волноваться из-за того, что ты сделал что-нибудь не подумав?		

Обработка результатов и интерпретация:

I. Экстраверсия (Э):

“Да”: 1, 3, 9, 11, 14, 17, 19, 22, 25, 27, 30, 35, 38, 41, 43, 46, 49, 53, 57.

“Нет”: 6, 33, 51, 55, 59.

II. Нейротизм (Н):

“Да”: 2, 5, 7, 10, 13, 15, 18, 21, 23, 26, 29, 31, 34, 37, 39, 42, 45, 47, 50, 52, 54, 56, 58, 60.

III. “Ложь”:

“Да”: 8, 16, 24, 28, 36, 44.

“Нет”: 4, 12, 20, 32, 40, 48.

Нормативы для подростков 12-17 лет: экстраверсия (Э)- 11-14 баллов, “ложь” - 4-5 баллов, нейротизм (Н) - 10-15 баллов.

Выводы: _____

Тема. Методика психолого-педагогического исследования детей с нарушениями интеллектуального развития.

Цель: сформировать систему знаний об особенностях психотерапевтического консультирования и подходах к психокоррекционной работе при интеллектуальных нарушениях.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Основные методологические подходы для психолого-педагогического исследования детей
2. История развития методов педагогического тестирования детей
3. Раскройте содержание психологического исследования интеллектуального развития ребёнка.
4. Обоснуйте практическую необходимость психолого-педагогического обследования детей.
5. Объясните необходимость сугубо индивидуального подхода при постановке психолого-педагогического диагноза.
6. Перечислите основные тесты, применяемые для постановки психолого-педагогического диагноза.
7. Что следует учитывать при подборе заданий для обследования детей?

8. Какие методы изучения интеллекта детей используются в МПК и ПМПК?
9. Что следует учитывать при оценке умственной работы детей?
10. В чем проявляется ограниченность метода тестов?

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

По мере развития специальной психологии для педагогов-дефектологов были разработаны определенные методологические установки диагностики УО.

Установление психолого-педагогического диагноза - это объективная и сугубо предметная оценка психического и умственного развития ребёнка, при которой должны быть определены: точные педагогические категории нарушенного развития, конкретный недостаток развития (с указанием степени выраженности нарушений), представлены особенности данного ребенка (с его дефектом интеллекта), и, как итоговый результат - предложение конкретных и определённых рекомендаций в разработке индивидуальной коррекционной программы.

Итак, в целом, психолого-педагогическая диагностика направлена на выявление проблем, трудностей в обучении и воспитании *отдельных учащихся, изучение особенностей их развития, интересов, способностей, зрелости и сформированности личностных образований.*

Психолого-педагогическая диагностика неразрывно связана с предметными областями психологической науки: общей психологией, медицинской, возрастной, социальной и др. Явления, свойства и особенности, изучаемые перечисленными науками, измеряют с помощью специальных диагностических методов.

Результаты диагностических измерений показывают наличие того или иного свойства психики и интеллекта, степень его выраженности, уровень развития. Информация, получаемая психологом в процессе психодиагностического исследования, может быть использована также и учителями, воспитателями, родителями.

Наиважнейшая задача психолого-педагогической диагностики – помочь специалисту определиться с выбором

оптимального пути педагогического воздействия, создать условия для психолого-педагогической коррекции.

Таким образом, психолого-педагогическую диагностику можно рассматривать как некое начало и основу предстоящей коррекционной работы с конкретным ребёнком с признаками УО.

Выделяют различные виды и уровни психолого-педагогической диагностики.

Скрининговая диагностика осуществляет обследование *группы детей*. Этот вид диагностики направлен на выявление детей с отклонениями в психическом развитии (*не ставит задачу точной квалификации отклонения - это реализуется уже в процессе дифференциальной диагностики*), и их отделение от нормально развивающихся сверстников. Также, достаточно широко применяется **динамическая диагностика**.

Задача психолога в этом виде диагностики - наблюдение за *динамикой развития ребенка с психофизическими отклонениями*.

Динамическая диагностика, которую осуществляет учитель дефектолог, направлена на *определение эффективности* предпринятого коррекционно-развивающего обучения.

Итоговая диагностика - оценивает состояние ребенка с особыми образовательными потребностями - в конце этапа обучения или *комплекса коррекционных мероприятий*.

Дифференциальная диагностика решает следующие задачи:

1) **уточнение диагноза** и определение типа учреждения, в котором необходимо проводить коррекционно-педагогическое обучение ребенка, программу его обучения и воспитания;

2) **отграничение сходных состояний при различных психофизических нарушениях**, уточнение клинического, психолого-педагогического и функционального диагноза (данная задача реализуется психолого-медико-педагогическими комиссиями);

3) **прогнозирование возможностей развития и обучения ребенка** на основе выявленных особенностей развития, а также

определение путей и средств развивающе-коррекционной работы.

При проведении обследования ребенка необходимо учитывать следующие показатели (табл. 3).

Таблица 3

Важные показатели обследования детей

№	Показатель	Описание
1	Эмоциональная реакция ребенка на сам факт обследования	Волнение — естественная реакция на новую обстановку, на незнакомых людей. При этом должна настораживать чрезмерная веселость, фамильярность в обращении с членами консультации, неадекватность поведения.
2	Понимание инструкции и цели задания.	Выслушивает ли ребенок инструкцию до конца, делает ли попытки понять ее прежде, чем приступить к работе? Какого типа инструкция понятна детям: устная или устная с наглядным показом?
3	Характер деятельности	Необходимо обратить внимание на наличие и стойкость, интереса к заданию, целенаправленность деятельности ребенка, умение доводить дело до конца, рациональность и адекватность способов действий, на сосредоточенность в процессе работы. Учитывается общая работоспособность ребенка. Очень важным качеством деятельности ребенка является наличие самоконтроля, саморегуляции. Одним из главных показателей является возможность использовать помощь. Чем выраженнее эта способность, тем выше обучаемость ребенка. Важно учесть меру и характер оказываемой помощи. Показателем обучаемости является перенос показанного ребенку способа деятельности на аналогичное задание.
4	Реакция на результат работы	Правильная оценка своей деятельности, адекватная эмоциональная реакция (радость при успехе, огорчение при неудаче) свидетельствуют о понимании ребенком ситуации.

Пример комплексной диагностической методики

Методика 1. Что исчезло? (модиф. методика С.Д. Забрамной)

Этот тест предназначен для детей дошкольников.

Цель: исследование особенностей произвольного внимания детей и способности узнавания на зрительном уровне (на основе воспроизведения увиденных объектов *стимульного материала*)

Стимульный материал содержит две серии картинок с изображением определённых предметов. При этом, изображенные предметы (объекты) должны быть очень хорошо знакомы ребенку по жизненному опыту, и часто встречаться при их восприятии в процессе его жизнедеятельности.

Картинки, представленные ребёнку для запоминания, должны содержать предметы (объекты) не принадлежащие к одному классу, или группе предметов, т.е. не должны иметь никакого внешнего сходства. Вместе с тем, каждая серия должна содержать не только картинки, относящиеся к *стимульному ряду* (те, которые нужно ему запомнить), но, также, и другие картинки (которые к стимульному ряду не принадлежат), однако предъявляются ребенку вместе с «исчезнувшей» картинкой, чтобы он нашел среди них ту, которая была удалена экспериментатором в процессе этого теста.

Первая серия. Четыре картинки стимульного ряда: бабочка, курица, карандаш, яблоко; две картинки, не принадлежащие ряду: ножницы, кукла (рис. 1.).

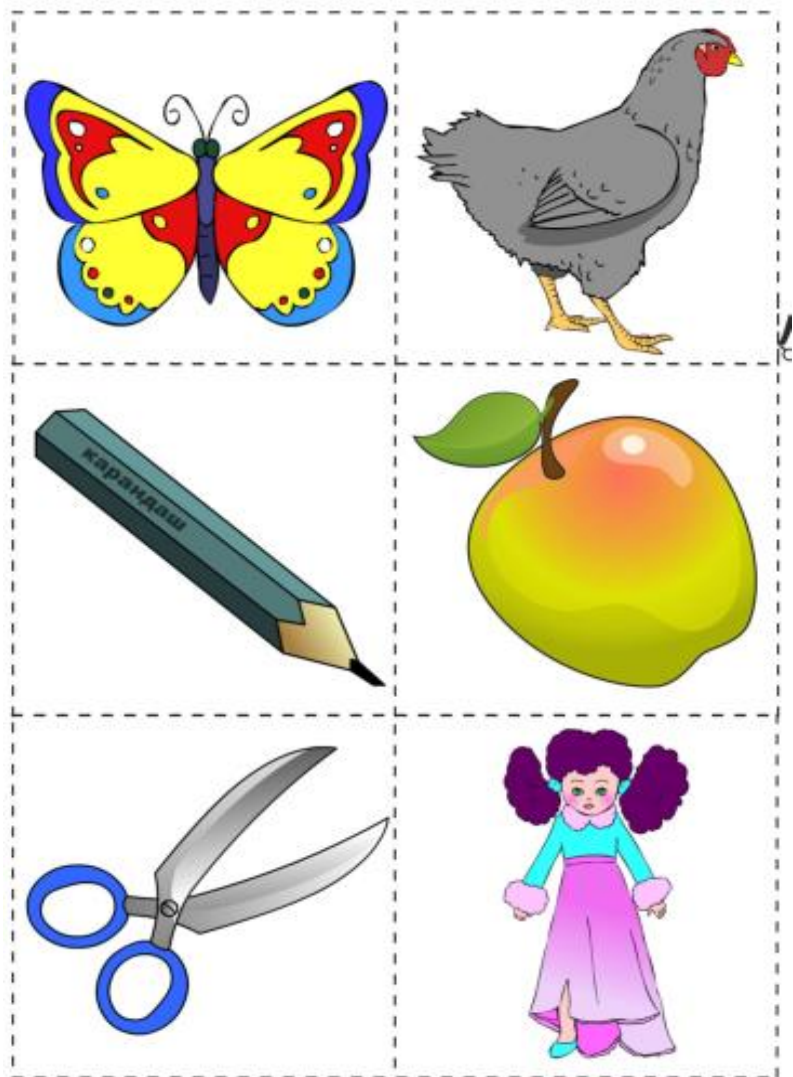


Рис. 1. Четыре картинки стимульного ряда

Вторая серия. Пять картинок стимульного ряда: булка, кошка, лопата, гриб, цветок; две дополнительные картинки: корова, диван (рис. 2).

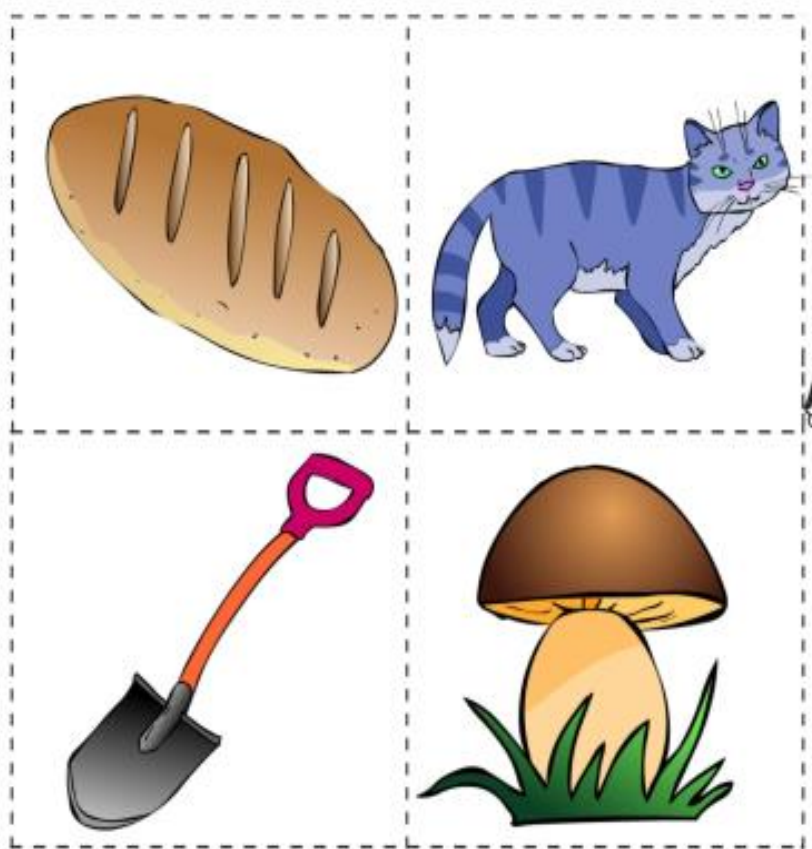


Рис. 2. Пять картинок стимульного ряда

Ход проведения исследования:

Испытуемому ребенку показывают картинки стимульного ряда, и дают следующую инструкцию: «внимательно посмотри на все картинки и постарайся их запомнить. После того, как ты закроешь глаза, я уберу одну картинку, а ты потом ее найдёшь и положишь на то место, где она раньше лежала».

Затем, ребенку предъявляется три картинки, среди которых есть одна из картинок стимульного ряда (например, карандаш), но две другие картинки ранее ему не показывались.

Испытуемому нужно найти именно ту картинку, которая находилась в своём ряду, и положить ее на изначальное место.

Вторая серия теста - проводится точно так же, но с той разницей, что для запоминания, на этот раз, испытуемому ребенку показывают уже пять картинок и сама инструкция дается в более сжатом виде - так как задание ему уже знакомо.

Оценка результатов:

I уровень – ребенок не понимает инструкции, бесцельно передвигает картинки, которые были ему предъявлены для узнавания, действует неадекватно заданной ситуации, например, прикладывает к стимульному ряду все предъявленные для узнавания картинки (0 баллов).

II уровень – ребенок понимает инструкцию, однако делает неправильный выбор (0 баллов).

III уровень – ребенок выбирает нужную картинку, однако располагает ее не на первоначальном ее месте в ряду (2 балла).

IV уровень – ребенок выполняет задание полностью правильно: находит нужную картинку и кладет ее на ту позицию в ряду, на которой она находилась первоначально (3 балла).

Если испытуемый не может сразу выполнить задание на первом или втором уровнях, ему предлагаются различные *виды помощи*.

1. При первом уровне выполнения дается более развернутая и поясняющая инструкция.

2. При втором уровне выполнения ребенку сигнализируют о непродуктивности выполнения задания: «Неправильно, подумай еще». Если и на этом этапе помощи задание выполняется неверно, предъявляется следующий вид помощи.

3. Перед ребенком повторно располагают картинки того же ряда, в той же последовательности и просят назвать все картинки, при этом помогают ребенку в случае его затруднения. Далее процедура исследования повторяется аналогично первоначальному варианту.

4. Экспериментатор сам выполняет задание при непосредственном наблюдении ребенка за его действиями. После этого задание предлагают выполнить ребенку.

За полное выполнение двух серий даётся максимальное количество баллов – 6 (баллов). При предоставлении какого-либо вида помощи общее количество баллов по каждой серии уменьшается на 0,5 балла.

Протокол фиксации результатов исследования по методике «Чего не стало?»

ФИО ребенка _____

Возраст: _____

Группа: _____

Дата исследования: _____

<i>№ серии</i>	<i>Характер деятельности ребенка</i>	<i>Виды и количество помощи</i>	<i>Баллы</i>
<i>Итоговая оценка</i>			

Анализ результатов

<i>Группы детей</i>	<i>Баллы</i>
<i>Нормально развивающиеся дошкольники</i>	<i>3,5-6</i>
<i>Дошкольники с задержкой психического развития</i>	<i>2,5-5,5</i>
<i>Дошкольники с умственной отсталостью</i>	<i>1</i>

Дошкольники с нормальным развитием легко выполняют это задание: им не нужно заново показывать картинку которая «потерялась». Они без проблем её могут сразу же назвать и показать её место прежнего положения.

Дети имеющие ЗПР способны понять представленную инструкцию и выполнить предложенное задание. При этом, только часть ребят достаточно легко могут выполнить поставленную задачу (поиск картинки), им доступен IV уровень сложности, но остальные (и их большинство) справляются с

заданием соответственно второму и третьему уровню, то есть им нужна некоторая помощь. Чаще всего они способны найти «потерянную» картинку, но не могут вернуть её на прежнее место.

Дети дошкольного возраста с УО (к ним относят и детей с умеренной УО и дошкольников, имеющих тяжёлое системное недоразвитие речи) – не могут понять инструкцию, т.е. показывают только I уровень выполнения задания,

Дошкольники с легкой степенью УО (без тяжёлых нарушений речи) способны выполнить задание II и III уровня сложности (им требуется соответственная этим уровням помощь, чтобы выполнить задание до конца).

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Задание 1. Поясните, какие общие связи имеют - «Клиника интеллектуальных нарушений» и другие дисциплины медико-биологического и психолого-педагогического направления.

Задание 2. Проанализируйте организационные формы диагностического процесса детей с интеллектуальными нарушениями и заполните таблицу «Содержание этапов диагностики».

№	Этапы диагностики	Цель и основная характеристика
1		
2		
3		
4		

Задание 3. Используя различную литературу, изучите вопрос «Методы психолого-педагогического обследования дошкольников с интеллектуальными нарушениями» и заполните таблицу.

№	Диагностируемая сфера	Основные методики	Вспомогательные методики
1.	<i>Познавательная сфера</i>		
2.	<i>Эмоционально-волевая сфера</i>		
3.	<i>Личностная сфера</i>		
4.	<i>Моторная деятельность</i>		

Задание 4. Определите последовательность этапов проведения педагогического исследования ребенка с интеллектуальным нарушением.

№	Этап проведения педагогического исследования ребенка
1.	<i>Составление плана проведения исследования</i>
2.	<i>Определение методологических положений</i>
3.	<i>Выбор объекта и определение предмета исследования</i>
4.	<i>Обработка результатов исследования, формулирование выводов</i>
5.	<i>Определение экспериментальной базы исследования</i>
6.	<i>Обоснование и постановка проблемы</i>
7.	<i>Выработка соответствующих методических рекомендаций</i>
8.	<i>Отбор методов исследования</i>
9.	<i>Определение цели и задач исследования</i>
10.	<i>Выдвижение гипотезы</i>

Задание 5. Заполните таблицу «Методы исследования детей с интеллектуальными нарушениями».

<i>№</i>	<i>Название метода</i>	<i>Задачи исследования</i>	<i>Методы исследования</i>	<i>Формы предъявления задания</i>	<i>Способы регистрации полученных данных</i>	<i>Способы обработки полученных данных</i>	<i>Интерпретация и заключения</i>
1.							
2.							
3.							

Тема. Коррекция поведения детей с нарушениями интеллекта

Цель: сформировать систему знаний об особенностях педагогического воспитания детей с нарушениями интеллекта и основных принципах коррекционной работы педагога с ними.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте общую характеристику детям с ОВЗ.
2. Опишите назначение и полномочия ПМПК.
3. Опишите действующие специальные образовательные стандарты для детей с дефектами интеллекта.
4. Дайте описание «*правила трёх П*». Для чего его используют.
5. Какие особенности воспитания детей с УО вы можете отметить.
6. Какие особые правила используются в семье где воспитывается ребёнок с УО?
7. Что вы можете сказать о «золотом правиле» воспитания.
8. Дайте определение понятию «значимый взрослый»
9. Какие два вида утомления могут наблюдаться при обучении детей с УО?
10. Назовите основные меры предотвращающие утомление обучаемых детей.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Так как данное пособие изначально создавалось для будущих педагогов подойдём к проблеме коррекции интеллектуальных нарушений у детей с точки зрения педагогики. Эти дети, согласно педагогической классификации, относятся к детям категории **ОВЗ** (с *ограниченными возможностями здоровья*). Это дошкольники и школьники с нарушениями и расстройствами: слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, *ЗПР и УО*, дети с признаками аутизма.

ОВЗ - чисто педагогическое определение, оно не приравнивается инвалидности (которое является медицинским термином). Статус ОВЗ у ребёнка определяет психолого-медико-педагогическая комиссия (**ПМПК**), тогда как инвалидность, уже, при медико-социальной экспертизе обязаны устанавливать медики. Ребёнок может получить инвалидность, но не иметь статуса ОВЗ (к примеру - дети-диабетики). Возможна и обратная ситуация - ребёнок с ЗПР инвалидности не имеет.

Коррекцией детей с нарушениями умственного развития занимаются педагоги в ДОУ и школах, во время их обучения. Для них, как детей с ОВЗ предусмотрены и разработаны соответствующие стандарты.

Обучения детей с ОВЗ. В начальных классах для таких учеников действуют специальные образовательные стандарты:

ФГОС начального общего образования для обучающихся с **ОВЗ**,

ФГОС начального общего образования для обучающихся с умственной отсталостью (**УО**)

В средней и старшей школе школьники с ОВЗ учатся по обычным ФГОС. Но кроме ФГОС, в жизни таких школьников есть другие документы, влияющие на их обучение:

1. Адаптированные образовательные программы (**АОП**).
Пишутся на один год для конкретного ребёнка с ОВЗ.

2. Адаптированная основная общеобразовательная программа (**АООП**). *Пишется на уровень образования, например, начальное звено.*

3. Индивидуальный учебный план (**ИУП**).
Разрабатывается с учётом образовательных потребностей

конкретного ребёнка. **В основном применяется при надомном обучении.**

4. Специальная индивидуальная программа развития (**СИПР**). Разрабатывается для ребёнка с тяжёлой умственной отсталостью или множественными нарушениями, который не может освоить программу в соответствии с возрастной нормой.

Также, применяется при надомном обучении.

Обычно дети с ОВЗ перед поступлением в первый класс проходят **ПМПК**. При этом по рекомендации комиссии ребёнок, имеющий проблемы со здоровьем, может пойти в школу не с 6,5–7, а с 8 лет.

Психолого-медико-педагогическая комиссия в зависимости от тяжести нарушения здоровья ребёнка предлагает ему обучение по одному из четырёх вариантов:

первый (цензовый) — если ребёнок близок к возрастной норме и способен усваивать обычную школьную программу в срок;

второй (цензовый) — если ребёнок может усвоить программу, но ему нужно на это больше времени;

третий (не цензовый) — ребёнок может учиться, но не сможет усвоить весь материал даже за больший срок;

четвёртый — у ребёнка индивидуальный уровень конечных результатов, обычно это дети с **тяжёлой умственной отсталостью** или множественными нарушениями, которые учатся по **СИПР**.

Воспитателям и педагогам-дефектологам, помимо непосредственной коррекционной и поддерживающей работы с воспитанниками, страдающих УО, необходимо быть в постоянном контакте с родителями этих детей (или ближайшими родственниками, опекунами), чтобы вести с ними *постоянную разъяснительную работу*.

Родители должны знать следующие важные моменты о своих детях:

- УО, не столько болезнь (от которой полностью можно излечить), а пожизненное состояние их ребёнка;

- ребенку с УО нужно обязательно помогать овладевать социальными навыками;

- чем раньше родители (родственники, опекуны) начнут помогать своему ребенку в развитии, тем больше у него будет возможностей с приобретением новых, полезных в его дальнейшей жизни, знаний, умений и навыков;

- необходимо, чтобы все члены семьи (без исключения), принимали активное участие в обучении ребенка с УО новым умениям и навыкам.

- не нужно ставить перед собой, сразу, слишком большие и грандиозные задачи (иначе можно очень быстро разочароваться), надо настраиваться на длительный процесс - с медленным и постепенным прогрессом.

- необходимо помнить: важно не то, сколько времени уделяется обучению ребенка, а то, **как**, Вы это делаете.

Кроме того, всеми членами семьи, должны выполняться строго и неукоснительно, **определённые правила**, которые согласуют (т.е. делают их одинаковыми для всех) действия взрослых - по отношению к ребенку с УО. Они просты:

а) необходимо строго придерживаться принятой всеми членами семьи *четкой системы - поощрений, порицаний и запретов*;

б) не оставлять своего малыша одного, всегда обеспечивать *постоянное присутствие рядом с ребёнком взрослого*;

в) всем членам семьи необходимо *быть строго последовательными и систематичными* - в отношении к ребёнку.

Эти, принятые всеми членами семьи, правила очень важны, их нельзя никому в семье нарушать, **категорически (!)**

Для развития навыков общения со своим малышом:

- нужно говорить ребенку о том, **что** вы *сейчас делаете* короткими и чёткими фразами;

- всегда нужно давать ребёнку необходимое для его ответа время, а, если после 2-3 попыток привлечь его внимание вы не смогли, нужно изменить способ привлечения внимания, например, изменить тон голоса или просто дотронуться до него.

- когда бы вы ни были рядом с ним, всё это время, ребёнок, должен видеть как вы испытываете настоящую

радость, когда он обращает на вас свой взгляд или внимание - на ваш голос и слова;

- необходимо всегда обращать своё внимание и отвечать на любые звуки, произносимые вашим ребенком, какими бы случайными они вам не показались;

Воспитательные меры.

Прежде чем принимать, какие-то воспитательные меры к ребёнку с УО, если он вас не слушает или ведёт себя неадекватно, надо разобраться - что означает его «плохое поведение». Для этого, возьмите на вооружение так называемое **«правило трёх П»:**

1. Причина (чем вызвано плохое поведение вашего малыша).

2. Поведение (что именно делает ваш ребенок, и как вы на это сами реагируете).

3. Последствия (какое порицание может получить ваш ребенок в результате своего «плохого» поведения).

При этом, нужно понимать, что «плохое» поведение ребёнка в различных случаях может означать совершенно разные его реакции:

а) «я не знаю, как мне справиться с этой ситуацией»;

б) «мне нужно твоё (ваше) внимание»;

в) «мне сейчас так трудно»;

г) «я больше не могу это делать - я устал»;

д) «мне надоело это делать, я хочу заниматься чем-то другим».

Для детей с УО, привычные (традиционные) воспитательные меры не совсем приемлемы, для них (а возможно и для некоторых, вполне здоровых, детей) применяется особое (или «золотое») правило управления их поведением - *«вознаграждать хорошее поведение и, по возможности, просто игнорировать (не замечать) плохое».*

Это правило возникло, исходя из того, что когда мы ругаем ребенка, то для него (особенно если на него не обращают внимания) - это своего рода, тоже **«награда»** (ведь он своим дурным поведением - привлёк к себе внимание), и наша задача дать понять что ***ЭТО - не работает.***

Поэтому, хвалите и одобряйте своего малыша, когда ребенок ведет себя хорошо и старайтесь обращать, как можно меньше, внимания (а если это безопасно, для него и окружающих, вообще, не обращайтесь никакого внимания) на плохое поведение (типа истерик, или демонстративного непослушания). Хвалить и вознаграждать УО ребенка нужно - даже если он делает что-то несложное (просто спокойно сидит, играет и т.д.) При этом, родителям нужно твердо помнить, что ребёнок с УО, не всегда может понять за что именно вы его хвалите, поэтому вы должны показывать свое одобрение малышу, как можно более *заметно, ярко и отчетливо*. Не надо переживать, что вы его перехвалите. Ребёнка всегда можно порадовать (вознаградить) его любимой игрой или любимым делом!

Как же предотвратить «плохое поведение» своего малыша?

Помня и применяя правило «Трех П», можно заметить (определить), что ваш ребенок постоянно срывается, каждый раз, в определенных конкретных ситуациях, которые достаточно легко предотвратить. Например, если начинает себя вести плохо, когда ему становится скучно – просто, не дожидаясь его капризов, предложите ребёнку другое занятие, отвлеките его и.т.д.

Основные принципы работы педагогов с детьми с УО.

1. Индивидуальный подход к детям с дефектами умственного развития должен подбираться очень гибко - с учётом особенностей каждого конкретного воспитанника и с применением самых разнообразных педагогических приемов.

2. Важно понимать и помнить, в коллективе педагогов ребёнком всегда выбирается (часто в этом активно участвует и сам педагог) «значимый взрослый» для создания личностно-индивидуальных отношений необходимых для развития воспитанника.

3. В воспитании необходимо опираться на чёткую систему поощрений с точным определением одобряемых и неодобряемых моделей поведения.

4. При предъявлении инструкций ребёнку с УО необходимы: четкость и краткость (а в отдельных случаях

нужно разделить инструкцию на части, или использовать более медленный темп её предъявления)

5. Дозировка любых нагрузок всегда выбирается исходя из компетенций каждого конкретного ребёнка.

6. Необходимо постоянное внимание и наблюдение за ребёнком для своевременного обнаружения первых признаков наступающего утомления у воспитанника.

7. Нужно знать и распознавать признаки нарастающего утомления, которое может протекать по разному типу:

а) в виде **гиперстенической формы** (*неврастеноподобного синдрома*) - у ребёнка наблюдается усиление психомоторной расторможенности, он непослушен, невнимателен и проявляет негативизм.

б) или **гипостенической формы** – ребёнок заторможен, рассеян и пассивен, может быть сонлив и отказывается от продолжения какой-либо деятельности.

8. Для предотвращения состояния психического утомления у ребёнка, возможно применение следующих мер:

- переключить ребёнка с одного вида деятельности на другой;

- использовать какие-то подходящие приемы - направленные на повышение активности ребёнка и уровня его работоспособности;

- подобрать приёмы привлечения внимания воспитанника с обеспечением более длительной его фиксации;

- проводить постоянные тренировки внимания, с пробуждением интереса к какому-то виду занятий;

- постоянно стимулировать деятельность ребёнка применяя различные виды одобрения и похвалы.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Задание 1. Выполните тест. (Нужно выбрать только один ответ).

1. Педагогическая профилактика (первичного порядка) нарушений интеллекта у детей подразумевает:

а) проведение профилактики факторов риска различных заболеваний и интоксикаций, травм и др., ведущих к повреждению мозга.

- б) проведение мер предупреждения (профилактику) осложнений после перенесенных, главным образом, инфекционных заболеваний;
- в) проведение профилактики генетически обусловленных болезней, включая медико-генетическое консультирование.

2. В образовательном процессе (коррекционных) детских учреждений должны участвовать:

- а) медицинские работники, педагоги и их воспитанники;
- б) педагоги, и их воспитанники - вместе со своими родителями (опекунами);
- в) медицинские работники, педагоги и их воспитанники вместе с родителями (опекунами).

3. В коррекционном специальном учреждении I типа, на второй ступени дети с УО по окончании получают

- а) полное среднее общее образование;
- б) только начальное общее образование;
- в) полное основное общее образование.

4. На освоение 2-ой ступени общего образования в коррекционном спец. учреждении I типа по нормативу отводится:

- а) 5-6 лет;
- б) 6-7 лет;
- в) 2 года.

5. В Коррекционном специальном учреждении I типа предусмотрено обучение и воспитание:

- а) неслышащих детей;
- б) слабослышащих детей;
- в) незрячих детей.

6. На освоение 2-ой ступени общего образования в коррекционном спец. учреждении IV типа предусмотрено:

- а) 6 лет;
- б) 5 лет;
- в) 4 года.

7. В коррекционном образовательном спец. учреждении V типа получают образование дети:

- а) с тяжёлой речевой патологией;
- б) с речевой патологией;
- в) с тяжелой формой заикания.

8. Во коррекционном образовательном спец. учреждения V типа 2-ое отделение предназначено для детей

- а) с афазией;
- б) с общим недоразвитием речи тяжелой степени;
- в) с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи.

9. В коррекционном образовательном спец. учреждении VII типа получают образование дети:

- а) с диагнозом «деменция»;
- б) с диагнозом «умственная отсталость»;
- в) с диагнозом «ЗПР».

10. Обучение в коррекционном образовательном спец. учреждении VIII типа проводится в течении:

- а) 9- 11 лет;
- б) 6-8 лет;
- в) 12 лет.

11. Для обучения детей с ОВЗ вариант обучения АООП НОО предлагается на основании

- а) решения педсовета;
- б) заявления родителей;
- в) психолого-педагогического консилиума школы;
- г) рекомендации ПМПК.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болгарова, М.А. Психология детей с интеллектуальными нарушениями : учебно-методическое пособие: направление подготовки 44.03.03. Специальное (дефектологическое) образование, направленность «Дошкольная дефектология» (уровень бакалавриата) / М. А. Болгарова, Т. В. Коротовских. – Сургут : Сургутский государственный педагогический университет, 2020. – 114 с. – Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120632.html> (дата обращения: 30.03.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей

2. Белопольская, Н. Л. К вопросу об особенностях личности и деятельности детей с задержкой психического развития и их коррекции. – В кн.: Психологические исследования, вып. 6. М., 1974.

3. Илларионова, В. И. Клиника интеллектуальных нарушений : учебно-методическое пособие / В. И. Илларионова. – Чебоксары : ЧГПУ им. И. Я. Яковлева, 2021. – 52 с. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/192272> (дата обращения: 30.03.2023). – Режим доступа: для авториз. Пользователей

4. Лебединская, К.С. Клинические варианты задержки психического развития: – Текст непосредственный // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1980. – № 3. – С. 407–412.

5. Лубовский, В. В. Высшая нервная деятельность и психологические особенности детей с задержкой развития: – Текст непосредственный – Дефектология, 1972. – № 4. – С. 10–16.

6. Маллер А.Р., Цикото Г.В. Воспитание и обучение детей с тяжёлой интеллектуальной недостаточностью : учебное пособие. – Москва : Академия, 2003. – 202 с. – Текст непосредственный

7. Матанцева, Т. Н., Вирская Ю. В. Подходы к диагностике умственной отсталости // – Текст непосредственный – Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 8. – С. 149–154.

8. Московкина А. Г. Клиника интеллектуальных нарушений : учебное пособие / А. Г. Московкина, Т. М. Уманская. – Москва : Прометей, 2013. – 246 с. – ISBN 978-5-7042-2472-3. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/63324> (дата обращения: 30.03.2023). – Режим доступа: для авториз. пользователей.

9. Новикова Г.Р. Состояние высших психических функций у детей, поступающих в 1-ый класс общеобразовательной школы (по результатам нейропсихологического обследования): – Текст непосредственный – Дефектология, 2000, –№ 2. – С. 51–56.

10. Ульенкова, У.В. Дети с задержкой психического развития. Н. Новгород, 1994. – 228 с.

11. Харрасов А.Ф., Психопатология: учебно-методическое пособие / А.Ф. Харрасов, С.К. Сарыг. Кызыл : Изд-во ТувГУ, 2022. – 64 с.

12. Харрасов А.Ф. Невропатология: учебно-методическое пособие. А.Ф. Харрасов, С.К. Сарыг. Кызыл: Изд-во ТувГУ, 2021. – 80 с.

13. Шалимов В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 112 с. – Текст непосредственный

Харрасов Айдар Фангилович
Сарыг Сайлыкмаа Кызыл-ооловна

**«КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ»**

Учебно-методическое пособие

Редактор *Е.К. Сенди*
Дизайн обложки *К.К. Сарыглар*

Сдано в набор. 18.05.2023. Подписано к печати. 28.05.2023.
Формат бумаги 60×84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.
Физ. печ. л. 5,6. Усл. печ. л. 5,2. Заказ №. 1864 Тираж 50 экз.

667000, Республика Тыва, г. Кызыл, Ленина, 36
Тувинский государственный университет
Издательство ТувГУ