**Лекция 2.**

**ПЛАН**

1. **Психологические особенности детей-олигофренов.**
2. **Причины умственной отсталости. Классификация по степени тяжести и этиопатогенетическому принципу.**
3. **Методы психолого-педагогической диагностики умственной отсталости.**

**Психология детей с интеллектуальной недостаточностью.**

1. **Психологические особенности детей-олигофренов.**

Над проблемами психологии умственно отсталого ребенка работали Л.В. Занков, Ж.И. Шиф, М.С. Певзнер, В.Г.Петрова, Г.М. Дульнев, Б.И. Пинский, Н.Г. Морозова, Х.С. Замский, С.Я. Рубинштейн и другие ученые. Благодаря их исследованиям разработана система обучения умственно отсталых детей, научно обоснована система их профессионально-трудовой подготовки. В настоящее время Е.А. Стребелевой и ее коллегами разрабатывается методика раннего выявления и ранней коррекции отклонений в умственном развитии детей.

К умственно отсталым относят детей со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный характер. Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости является нарушение высших психических функций. Это выражается в нарушении познавательных процессов, страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом.

Глубокое недоразвитие познавательных процессов – наиболее ярко выраженная особенность умственно отсталых детей. Для умственно отсталых детей характерно наличие патологических черт в эмоционально-волевой сфере: повышенная возбудимость или, наоборот, инертность; трудности формирования интересов и социальной мотивациидеятельности. У многих умственно отсталых детей наблюдаются отклонения в физическом развитии: аномалии роста, нарушение обмена веществ, дискоординация моторики, трудности формирования двигательных рабочих навыков и другие.

Среди клинических форм умственной отсталости выделяют: олигофрению и деменцию.

Типичной моделью психического недоразвития является олигофрения.

**Общие признаки характерные для олигофрении:**

- ранний срок поражения ЦНС и последующее прекращение заболевания;

- психическое развитие ребенка происходит на неполноценной, дефектной основе, но длительного течения заболевания нервной системы у ребенка нет и он практически здоров;

- особенности психического развития детей-олигофренов в значительной мере сходны, так как их мозг оказывается пораженным до начала развития речи;

- при олигофрении всегда обнаруживается и трудность обобщения, и незрелость эмоционально-волевой сферы, запоздалое плохое развитие речи, и слабость ее регулирующей функции;

- дефицит любознательности, потребности в новых впечатлениях, познавательных интересов, слабость ориентировочной деятельности;

- замедленная затрудненная восприимчивость к новому, плохая обучаемость.

По этиологии олигофрению можно разделить на две основные группы — эндогенную (генетическую) и экзогенную.

В настоящее время описано более 200 видов хромосомных аберраций, обусловливающих олигофрению. Как известно, наиболее часто из них встречается трисомия в 21-й паре аутосом (болезнь Дауна), частота которой составляет 1:700 новорожденных. Среди аномалий половых хромосом (синдромы Шерешевского —Тернера, Клайнфельтера и др.) слабоумие чаще всего наблюдается при синдроме Клайнфельтера (в 50 % случаев). Большая роль в возникновении генетических форм олигофрении принадлежит врожденным нарушениям обмена аминокислот, металлов, солей, жиров и углеводов вследствие врожденной неполноценности ферментных структур. Эти так называемые энзимопатические формы олигофрении обусловливают около 10 % умственной отсталости наследственного происхождения.

Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры, в первую очередь —лобных и теменных отделов. Психическое развитие в условиях патологической инертности обладает рядом особенностей:

Во-первых, не происходит своевременная инволюция более ранних

форм психического реагирования. Сами новообразования характеризуются неустойчивостью, наблюдаются выраженные регрессивные тенденции при возникновении трудностей возвращения к более ранним формам активности.

Во-вторых, явления патологической инертности задерживают

формирование сложных психологических образований, построенных по иерархическому принципу. В психической организации олигофрена доминируют жестко организованные системы связей, обладающие малой пластичностью и тенденцией к усложнению.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью и при тяжелых формах диагностируется уже на первом году жизни.

При олигофрении выделяют три степени умственного недоразвития: дебильность, имбецильность, идиотия (Эскироль).

1. **Причины умственной отсталости. Классификация по степени тяжести и этиопатогенетическому принципу.**

**Причины**

Интеллектуальная инвалидность – результат генетических заболеваний и множества других факторов, вернее, их совокупности: поведенческих, биомедицинских, социальных, образовательных.

**Таблица 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Причины** | **Факторы** | | | |
| **биомедицинские** | **социальные** | **поведенческие** | **образовательные** |
| Внутриутробное развитие плода (пренатальные) | -возраст родителей; -заболевания у матери; -хромосомные нарушения; -врожденные синдромы | нищенское существование матери, она подвергалась насилию, плохо питалась, не имела доступ к медуслугам | родители употребляли [алкоголь](https://arbat25.ru/myi-lechim/lechenie-zavisimostej/alkogolizm-zavisimost), табак, наркотики | родители не подготовлены к появлению ребенка, когнитивно недееспособны |
| Рождение ребенка (перинатальные) | -недоношенность;  -родовые травмы | плохой уход за малышом | отказ от ребенка | отсутствие медицинского наблюдения |
| Дальнейшая жизнь (постнатальные) | -плохое воспитание; -травмы мозга; -дегенеративные заболевания; -эпилепсия; -менингоэнцефалит | -бедность; -плохие взаимоотношения в семье | -домашнее  насилие, жесткость к ребенку, егоизоляция; -несоблюдение мер безопасности; -плохое поведение | -некачественное медобслуживание и поздняя диагностика заболеваний; -недостаток воспитания; -отсутствие поддержки со  стороны других членов семьи |

Конкретных «виновников», даже несмотря на довольно скрупулезные исследования и раннюю диагностику, никто точно назвать не может. Но, если проанализировать таблицу, с наибольшей вероятностью поводом появления олигофрении могут быть:

* любые генетические сбои – мутации генов, их дисфункция, хромосомные аномалии;
* наследственные отклонения развития;
* недоедание;
* инфекционные болезни матери в период беременности – сифилис, краснуха, ВИЧ, герпес, токсоплазмоз и т.п.;
* преждевременные роды;
* проблемные роды – асфиксия, механические травмы, гипоксия, асфиксия плода;
* недостаточное воспитание ребенка с рождения, родители уделяли ему мало времени;
* токсическое воздействие на плод, ведущее к поражению головного мозга – употребление родителями сильных препаратов, наркотиков, спиртных напитков, табакокурение. Сюда же относится радиация;
* инфекционные заболевания ребенка;
* травма черепа;
* болезни, затрагивающие мозг – энцефалит, коклюш, менингит, ветряная оспа;
* утопление.

**Степени умственной отсталости**

Интеллектуальную инвалидность разделяют на 4 стадии. Такая классификация отталкивается от специальных тестов и базируется на коэффициенте уровня интеллекта IQ (Таблица 2):

***Таблица 2***

|  |  |
| --- | --- |
| **легкая** (дебилизм) – IQ от 70 до 50. | У такого индивида имеются нарушения абстрактного мышления и его гибкости, кратковременной памяти. Но он нормально, хоть и медленно, говорит и понимает, что ему говорят. Часто такого человека невозможно отличить от других. Но он не в состоянии использовать полученные академические навыки, к примеру, управления финансами и т.д. В социальных взаимодействиях он отстает от своих однолеток, поэтому может попасть под чужое негативное влияние. Повседневные простые задачи он может выполнять сам, а вот более сложные требуют посторонней [помощи](https://arbat25.ru/kak-poluchit-konsultacziyu-vracha-po-skajpu-skype) |
| **умеренная** (не сильно выраженная имбецильность) – IQ 49–35. | Человек нуждается в постоянном непрерывном патронаже, в том числе и для установления межличностных отношений. Устная речь очень простая, и он не всегда правильно интерпретирует то, что слышит |
| **тяжелая** (имбецильность выраженная) – IQ от 34 до 20 | Человек плохо понимает речь, числа, понятие времени ему не доступно – для него все происходит здесь и сейчас. Говорит односложно, лексика ограничена. Нуждается в постоянном наблюдении и уходе в плане гигиены, одежды, питании; |
| **глубокая** (идиотия) – уровень IQ менее 20. | Речь, ее понимание и языка жестов весьма ограничено, но простые слова и указания, а также свои желания и свои эмоции выражать с [помощью](https://arbat25.ru/kak-poluchit-konsultacziyu-vracha-po-skajpu-skype) невербальной коммуникации в состоянии. Присутствуют серьезные сенсорные и моторные проблемы. Полностью зависимы от других. |

Следует отметить, что при длительном и настойчивом обучении людей с любой степенью малоумия можно достичь выполнения ими базовых навыков.

**Синдромы, скомбинированные с разными степенями УО**

**(Таблица 3)**

***Таблица 3***

|  |  |
| --- | --- |
| **Синдром** | **Описание** |
| **Синдром Дауна** | самая частая генетическая причина интеллектуального расстройства. Вызывается хромосомной аномалией – если в норме их 46, то в этом случае существует непарная 47 хромосома. Людей с таким синдромом можно определить по аномально укороченному черепу, плоскому лицу, коротким рукам и ногам, низкому росту, маленькому рту. Они плохо перерабатывают полученную информацию и запоминают ее, у них отсутствует понятие времени и пространства, речь скудная. При этом такие индивиды хорошо адаптируются в социуме. |
| **Синдром Мартина-Белл** **(ломкой Х-хромосомы)** | Вторая по распространенности генетическая причина умственной отсталости. Распознается по таким внешним особенностям: повышенной подвижности суставов, лицо удлиненное, подбородок увеличен, лоб высокий, уши большие, оттопыренные. Говорить начинают поздно, но плохо, или вообще не разговаривают. Очень стеснительны, гиперакативны, невнимательны, постоянно двигают руками и кусают их. У мужчин такой категории когнитивных нарушений больше, чем у женщин. |
| **Синдром Уильямса («лица эльфа»)** | Возникает вследствие наследственной хромосомной перестройки, потерей генов в одной из них. У больных весьма интересная внешность: лицо узкое и длинное, глаза голубые, нос плоский, губы крупные. Обычно страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. Словарный запас богатый, хорошая память, отличные музыкальные способности, имеют навыки социального взаимодействия. Но существуют проблемы с психомоторикой. |
| **Синдром Ангельмана (счастливой куклы или Петрушки)** | Вызван изменением в 15 хромосоме. Очень светлые глаза с характерными пятнами на радужке и волосы, голова небольшая, подбородок выдвинут вперед, рот крупный, зубы редкие и длинные. Сильное отставание в психомоторном развитии, значительное нарушение речи, движения (плохо держит равновесие, ходит на негнущихся ногах). Часто улыбается и даже смеется без повода. |
| **Синдром Прадера–Вилли** | Характеризуется отсутствием отцовской копии хромосомы 15 и рядом других нарушений. Низкий рост, руки и ноги маленькие, страдает компульсивным перееданием, и, как следствие, ожирением. Проблемы с кратковременной памятью, речью, обработкой информации. |
| **Синдром Лежёна (кошачьего крика или 5p синдром)** | Очень редкое и тяжелое заболевание, причиной которого является отсутствие короткого плеча 5 хромосомы. Голова маленькая, лицо круглое, нижняя челюсть недоразвита переносица широкая, потому глаза расположены далеко друг от друга. Ступни вывернуты, руки маленькие. Гортань недоразвита, имеются проблемы со зрением, в частности, косоглазие. Часто плачет, при этом издает звук, похожий на мяуканье котенка. Моторное развитие происходит с задержкой, способность к вниманию ограничено. |

Кроме упомянутых синдромов, интеллектуальная инвалидность может сосуществовать с ДЦП, глухотой и слепотой, аутистическими расстройствами, эпилепсией и другими соматическими и психическими заболеваниями.

**Сопровождение специалистами**

Ребенку с интеллектуальной инвалидностью необходимо комплексное сопровождение на протяжении всего детства следующих специалистов:

* детского психолога и психиатра;
* логопеда;
* невролога;
* дефектолога.

Если существуют и другие нарушения (слепота, глухота, ДЦП, расстройства аутистического спектра), то к вышеупомянутым профессионалам добавляются реабилитолог, окулист, массажист, преподаватель ЛФК.

1. **Методы психолого-педагогической диагностики умственной отсталости.**

Выбор и последовательность применения методов зависят от возраста и индивидуальных особенностей обследуемого. В обследование важно включить элементы обучения, задания аналогичного характера, в которых проявляется способность ребенка к переносупоказанных приемов. Необходимо чередовать задания вербального и невербального характера. Задания должны быть направлены на исследование разных форм мышления. При проведении обследования *необходимо учитывать следующие показатели:*

1. эмоциональная реакция ребенка на обследование;
2. понимание инструкции и цели задания;
3. характер деятельности;
4. реакция на результат работы.

Среди методов психолого-педагогической диагностики умственной отсталости наиболее эффективными являются: беседа, наблюдение, изучение рисунков, экспериментальные методики, тесты.

**Метод беседы.** Беседа позволяет судить о личностных качествах и поведении ребенка, помогает вскрыть причины некоторых отклонений в развитии. Чтобы выполнять функции метода диагностики, беседа, несмотря на свою неформальность, должна быть целенаправленной. Вопросы должны быть четкими и понятными. Для исследования умственных способностей ребенка в беседе следует выявить:

1. точность представлений ребенка о себе и своем ближайшем окружении;
2. характер представлений о времени;
3. представления о явлениях природы;
4. умение ориентироваться в пространстве;
5. запас сведений о родине, важных событиях, понимание прочитанных книг, просмотренных фильмов и т. п.

**Метод наблюдения.** Наблюдение должно проводиться целенаправленно и сопровождаться фиксацией материалов. Особое значение имеет наблюдение за игровой деятельностью ребенка, т.к. в ряде случаев оно является основным методом исследования. Создавая игровые ситуации, ребенок практически проводит анализ, синтез, обобщение и классификацию, отбирая именно те игрушки, которые нужны для определенного действия. В ходе производимых действий можно наблюдать за эмоциональными реакциями, самостоятельностью, организованностью, стойкостью интереса, координацией движений, состоянием моторики.

**Метод изучения рисунков.** Рисунок является важным дифференциально-диагностическим показателем при изучении детей. Когда ребенку предлагается свободное рисование, умственно отсталые, как правило, затрудняются выбрать тему, прибегая к изображению привычных однотипных предметов, не создавая сюжета. В случае же рисования по заданию они не всегда выполняют его в соответствии с инструкцией. Умственно отсталые дети затрудняются объяснить рисунок. Все три вышеописанных метода, помимо диагностических целей, могут быть использованы для установления контакта с умственно отсталым ребенком.

**Методы эксперимента.** Экспериментальное задание создает ситуацию, в которой актуализируются изучаемые психические процессы. При соблюдении условий обучающего эксперимента этот метод дает возможность не только характеризовать изучаемую функцию, но и сделать прогноз развития, разработать рекомендации для работы с ребенком.

**Метод тестов.** Наиболее широко распространен адаптированный детский вариант теста Векслера. Он включает 12 субтестов с диагностическими заданиями вербального и невербального характера.

**Контрольные вопросы**

1. Назовите методы психолого-педагогической диагностики умственной отсталости?
2. Назовите синдромы УО?
3. Причины УО?
4. Степени УО?
5. Кто работает с УО детьми?