

Д. Н. Исаев
Т. А. Колосова

ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОЛОГИИ

УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Специальная педагогика

**Татьяна Александровна Колосова
Дмитрий Николаевич Исаев**
**Практикум по психологии умственно
отсталых детей и подростков**
Серия «Специальная педагогика»

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=8871410*

*Практикум по психологии умственно отсталых детей и подростков. Учебное пособие для
студентов медицинских и педагогических вузов.: КАРО; Санкт-Петербург; 2012
ISBN 978-5-9925-0726-3*

Аннотация

Специальному психологу необходимо знать своеобразие психического развития умственно отсталого ребенка. Знание особенностей психического развития поможет психологу квалифицированно решать задачи психологической коррекции и сопровождения учеников специальной (коррекционной) школы VIII вида. Семинарские и практические занятия, формирующие у студентов интерес к теории и практике специальной психологии, способствуют углублению знаний в этой области.

В пособии представлены следующие разделы для изучения психологии умственно отсталых детей и подростков – «Систематика состояний умственной отсталости», «Диагностика лиц с умственной отсталостью», «Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью», «Особенности восприятия у детей и подростков с умственной отсталостью», «Развитие умственно отсталых детей и подростков» и др.

После каждой главы, где в кратком изложении дается теоретический материал, приводятся вопросы и задания для самостоятельной работы, а также список рекомендуемой литературы.

Пособие адресовано студентам медицинских и педагогических вузов, аспирантам, дефектологам и практикующим специалистам.

Содержание

Предисловие	5
Глава 1	6
Глава 2	12
Глава 3	16
Глава 4	22
Конец ознакомительного фрагмента.	26

**Дмитрий Николаевич Исаев,
Татьяна Александровна Колосова
Практикум по психологии умственно
отсталых детей и подростков.
Учебное пособие для студентов
медицинских и педагогических вузов**

Авторы:

Д. Н. Исаев – д-р мед. наук, проф. кафедры клинической психологии Института специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, Заслуженный деятель науки РФ.

Т. А. Колосова – канд. психол. наук, Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, директор Центра дополнительного образования.

Предисловие

Вниманию студентов медицинских и педагогических вузов предлагается пособие «Практикум по психологии умственно отсталых детей и подростков». Усвоение предмета «Психология лиц с умственной отсталостью» имеет большое теоретическое и практическое значение. Специальному психологу, работающему с умственно отсталыми школьниками, необходимо знать своеобразие психического развития умственно отсталого ребенка. Знание особенностей психического развития такого ребенка поможет специалисту квалифицированно решать вопросы психологической коррекции при сопровождении учеников коррекционной школы VIII вида.

Ценность изучения умственной отсталости для будущих психологов трудно переоценить. Значительное число инвалидов детства – 31,3 % (2001) – связано с нарушением умственного развития. За последние 10 лет это число увеличилось почти до 40 %. Среди инвалидов детства группа умственно отсталых лиц самая многочисленная (53,7 %). Умственно отсталые дети и подростки нуждаются в психологическом сопровождении в коррекционных детских садах, школах, интернатах. Личность умственно отсталого человека требует защиты от насмешек, презрения, издевательств и эксплуатации со стороны окружающих. Их родители, в свою очередь, испытывают потребность в консультациях, поддержке и психотерапии. Специальному психологу предстоит позаботиться также о нормализации положения умственно отсталых лиц в обществе, подготовив, в частности, общественное мнение к приему взрослых отстающих в развитии людей на производстве, в учреждениях, на транспорте, в местах досуга и т. д.

Углублению знаний в области специальной психологии способствуют семинарские и практические занятия, формирующие у студентов интерес к теории и практике специальной психологии, в частности к психологии умственно отсталого ребенка и подростка.

В пособие включены такие темы по изучению психологии умственно отсталых детей и подростков, как «Систематика состояний умственной отсталости», «Диагностика лиц с умственной отсталостью», «Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью», «Особенности восприятия у детей и подростков с умственной отсталостью», «Развитие умственно отсталых детей и подростков» и др.

После каждой главы, где в кратком изложении дается теоретический материал, приводятся контрольные вопросы и задания для самостоятельной работы, а также список рекомендуемой литературы. Большое место в пособии отводится на самостоятельную работу студентов. После ряда глав приводятся задания для самостоятельного изучения психических процессов, эмоционального состояния и личностных особенностей умственно отсталых школьников. Занятия могут проводиться непосредственно в коррекционной школе под руководством психолога-методиста, преподавателя или самостоятельно.

Кроме этого, в конце каждой главы приводятся примерные темы рефератов. При работе над ними студенты могут использовать как рекомендуемую, так и дополнительную литературу (предпочтительно обратить внимание на литературу, изданную за последние 15 лет). Работа над рефератом позволит студентам не только самостоятельно повторить изученный материал, но и будет способствовать повышению поисковой активности.

Мы надеемся, что данное учебное пособие поможет не только в усвоении курса «Психология лиц с умственной отсталостью», но и при подготовке к государственному экзамену и при написании дипломной работы.

Авторы

Глава 1

Содержание понятия, определение умственной отсталости

Определение. Психическое недоразвитие (умственная отсталость) – совокупность этиологически различных наследственных, врожденных или рано приобретенных стойких, непрогрессирующих синдромов общей психической отсталости, проявляющихся в затруднении социальной адаптации главным образом из-за преобладающего интеллектуального дефекта (Исаев Д. Н., 2003).

Ж. Эскироль (1843) впервые дал определение врожденного слабоумия и охарактеризовал его как нарушение развития, а не как заболевание. Описывая умственную отсталость, В. Вильбур (1852) утверждал, что она определяется главным образом по социальным и моральным критериям. Эта концепция упорно сохраняется и теперь вплетается в систему противоречивых представлений о роли социальной адаптации и интеллекта в определении того, что понимать под умственной отсталостью.

Успехи генетики привели Л. С. Пенроуза (1949) к мысли о том, что умственная дефективность является в основном наследственно обусловленной и связана прежде всего с нарушениями, имеющимися в генах человека.

У нас в стране в середине XX в. представления медиков об олигофрении сужаются. Ее понимают как «вид недоразвития сложных форм психической деятельности, который возникает либо при поражении зачатка, либо вследствие органического поражения центральной нервной системы на разных этапах внутриутробного развития плода, либо в самом раннем периоде жизни ребенка».

К концу прошлого столетия основными критериями умственной отсталости считают: 1) тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубом недоразвитии эмоциональной сферы; 2) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности, являющейся следствием нарушения онтогенетического развития, а также непрогредиентность вызвавшего недоразвитие патологического явления (Ковалев В. В. с сотр., 1995).

При умственной отсталости далеко не всегда имеет место тотальность и преимущественное недоразвитие фило– и онтогенетически наиболее молодых систем мозга. Психическое недоразвитие может быть обусловлено преобладающим поражением более древних глубинных образований, которые препятствуют накоплению жизненного опыта и обучения (Исаев Д. Н., 1982).

Зарубежные представления об этиологии и проявлениях олигофрении расширяются, название «олигофрения» изменяется на «умственную отсталость». 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. Отсталость может развиваться вместе с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Однако у умственно отсталых индивидов может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них по меньшей мере в 3–4 раза выше, чем в общей популяции. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может совсем не иметь явного характера (МКБ-10, 1992).

При формулировании определения умственной отсталости возникает вопрос, что важнее: оценка познавательной активности или адаптивное функционирование? Одни авторы рассматривают низкий интеллектуальный коэффициент (IQ) как основу умственной отсталости и относятся к адаптивному дефициту как зависящему от низкой когнитивной активности. Из практики же видно, что у лиц, имеющих низкие оценки IQ, неприспособленное повседневное поведение совсем не обязательно. Другие авторы – пропагандисты адаптивного поведения доказывают, что познавательное и приспособительное функционирование независимо одно от другого. По их мнению, отсутствие связи между IQ и адаптивным поведением может быть особенно явным у лиц с легкой интеллектуальной недостаточностью. Третьи, однако, находят определенные корреляции между познавательным и адаптивным поведением, особенно у лиц с умеренной или глубокой отсталостью. Таким образом, IQ может быть основой верхней границы приспособительных механизмов, что разрешает, по крайней мере, некоторые противоречия в рассуждениях об относительной важности этих двух конструктов.

Определение Американской ассоциации по исследованию умственной отсталости (ААМР, 2002) не рассматривает умственную отсталость как неотъемлемую характеристику людей, но как взаимодействие индивидов и их окружения. Это определение пренебрегает традиционной нозологией, основанной на уровне познавательного дефицита (умственная отсталость может быть легкой, умеренной, тяжелой, глубокой). Вместо этого оно предлагает 4 уровня *поддержки* со стороны окружения: периодическую, ограниченную, экстенсивную, интенсивную в десяти различных сферах приспособления к жизни (здоровье, безопасность, самообслуживание, досуг). Например, вместо постановки индивиду диагноза «умеренная умственная отсталость» новое определение указывает, что лицо имеет периодическую потребность в поддержке в здоровье и безопасности, ограниченную потребность в самообслуживании и т. д. В новом определении этой ассоциации умственная отсталость обозначается как «значительное ограничение настоящего функционирования» (Lukasson et al., 1992). Умственная отсталость проявляется в виде затруднений в обучении и в осуществлении повседневных житейских навыков, а также в виде затруднений, связанных с реализацией основных способностей личностей – концептуального, практического и социального интеллекта. Вместо традиционных степеней умственной отсталости предлагаются периодическая, ограниченная, расширенная и глубокая формы, которые устанавливаются на основании изучения адаптивных навыков (Моргачева Е. Н., 1999).

Эпидемиология умственной отсталости. Заболеваемость умственной отсталостью наблюдается у 3 % живорожденных детей; люди с умственной отсталостью составляют 1 % всего населения. Распространенность этого недуга постоянно увеличивается. За период с 1991 по 2000 г. число впервые выявленных умственно отсталых детей и подростков возросло с 77,6 до 139,8 на 100 тыс. населения, т. е. произошло увеличение на 80,2 %. Амбулаторный контингент умственно отсталых детей и подростков за это же время увеличился на 18,1 % (Гурович И. Я. с сотр., 2002). Среди инвалидов детства 53,7 % умственно отсталых (Прокопенко Л. А., 1995). Число инвалидов-олигофренов среди детей за 15 лет увеличилось в 4,8 раза.

Соотношение мужчин и женщин среди умственно отсталых – 1,5: 1. У 85 % пациентов с таким диагнозом – легкая умственная отсталость (IQ от 50–55 до 70), т. е. они могут получить начальное образование и овладеть несложной профессией. Около 10 % имеют умеренную умственную отсталость (IQ от 35–40 до 50–55), они способны приобрести несложные знания и навыки. Около 3–4 % страдают тяжелой умственной отсталостью (IQ от 20–25 до 35–40) и около 1–2 % – глубокой умственной отсталостью (IQ ниже 20 или 25), у них не развиты предпосылки интеллекта (Kaplan H. I., Sadock B. J., 1996).

Теории происхождения умственной отсталости.

Эндогенные (внутренние) причины.

Изменение наследственных структур (генные и хромосомные *мутации*) – наиболее частые причины умственной отсталости. Все хромосомные формы умственной отсталости, связанные со структурными перестройками, являются последствиями либо частичных трисомий (трех одноименных хромосом вместо двух), либо частичных моносомий (одной вместо пары хромосом). Распространенность хромосомных болезней среди новорожденных составляет 0,5 %. У человека мутации возникают постоянно – это естественный процесс, связанный с *возрастом* родителей и *семейным предрасположением*, что может быть связано с нарушением генетического контроля над делением клеток. Кроме того, мутации могут происходить и под влиянием *физических* (ионизирующая радиация: электромагнитные излучения, гамма- и рентгеновые лучи), *химических* (инсектициды, гербициды, формальдегид, ароматические углеводороды) и *биологических* (вирусы гепатита, гриппа, краснухи, кори, ветряной оспы, свинки и др.) факторов.

Эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ. Причиной отставания в умственном развитии ребенка может быть, например, *диабет* матери. Если у матери содержание *фенилаланина* в крови выше 30 мг/л, у ребенка возникает фенилкетонурия. *Перезревание половых клеток*, т. е. комплекс изменений в них, происходящий от момента их полного созревания до момента образования оплодотворенной клетки. *Возраст родителей.* Частота рождений детей с трисомиями 13, 18 или 21 у женщин в возрасте 30–34 лет составляет 1 случай на 510 новорожденных; в возрасте 40–44 лет 1 на 63; старше 45 лет 1 на 24. Частота трисомий зависит и от возраста отцов. Основной причиной возрастного фактора является старение половых клеток, увеличение частоты мутаций.

Экзогенные (внешние) причины.

Среди причин, вызывающих нарушение созревания плода, известно более 400 вредностей. Так как во внутриутробном периоде ЦНС плода особенно чувствительна, то именно ее повреждения могут привести к психическому недоразвитию (70–90 %). *Внутриутробные инфекции* становятся его причиной в 4–5 % случаев тяжелой и 1 % случаев легкой умственной отсталости. Наиболее часто встречающиеся *химические вредности*, приводящие к интеллектуальному дефекту, – свинец и алкоголь. В 9 % случаев умственной отсталости ее причиной могут стать механические *повреждения мозга*, возникшие при прохождении родовых путей. Другой причиной может быть недостаток снабжения мозга *кислородом* (гипоксия), обусловленный тяжелыми болезнями матери, неправильным положением плода, слишком быстрыми или очень затяжными родами (3/4 всех случаев, связанных с внешними вредностями). В первые годы жизни наиболее частой причиной умственной отсталости оказываются *менингиты* и *энцефалиты*, *тяжелые интоксикации*, *черепно-мозговые травмы*, реже – *состояния клинической смерти*, *тяжелое истощение* (от 5 до 25 %).

В происхождении *тяжелых степеней умственной отсталости* участвует комплекс наследственных и серьезных внешних факторов (нейроинфекции, травмы). Они нарушают развитие плода и формирование мозговых структур.

За возникновение *легкой степени умственной отсталости* ответственно и *сочетание факторов*, обычно не поддающееся разделению: семейно-генетические особенности и отрицательные воздействия среды: биологические вредности (действующие внутриутробно, в родах и в раннем возрасте), а так же культурно-семейные факторы, препятствующие развитию интеллекта по генетическим программам. Происхождение части группы легко умственно отсталых индивидов связано с генетическими факторами. У другой части таких индивидов наблюдается недостаток сенсорной стимуляции в связи с социальной (материнской) *депривацией* в раннем возрасте.

Патогенез умственной отсталости подчиняется *хроногенному фактору*. Он заключается в том, что различные вредности, как генетические, так и средовые, воздействуя в один и тот же период развития мозга, способны вызывать в нем сходные нарушения. Наряду с этим одинаковые факторы, поражающие мозг на разных этапах его формирования, могут привести к различным изменениям. То, как отреагируют структуры мозга, зависит от его анатомо-функциональной зрелости. При поражении мозга плода *в первые 4 недели беременности* наблюдаются грубые нарушения развития *всего организма*. Действие вредности в период *от 4 недель до 4 мес. беременности*, когда формируются органы и ткани, может проявиться в патологии не только мозга, но и в *пороках развития органов* и систем (сердца, желудочно-кишечного тракта и др.). Воздействие вредности *во второй половине беременности*, когда формирование всех органов уже завершено, проявляется как изменения в поздно развивающихся *структурах мозга*. *В последние недели беременности и в родах* гипоксия, интоксикация и черепно-мозговая травма могут привести к внутримозговым *кровоизлияниям*.

Генетическая программа создает лишь схему возможных нейрональных объединений в мозгу; функциональная же система из нейронов возникает благодаря воздействию внешних стимулов во время чувствительного периода. Деятельность нейронов меняется под влиянием поступающей информации, а ее недостаток в раннем периоде развития может привести к психическому недоразвитию. Одно и то же наследственное заболевание может проявляться различно: либо только в форме умственной отсталости, либо в сочетании с речевыми или другими психическими и соматическими расстройствами.

Задания для самостоятельной работы

Контрольные вопросы

1. Кто первый дал определение и охарактеризовал врожденное слабоумие как нарушение развития, а не как заболевание?
 - а. Ф. Пинель.
 - б. Ж.-Э. Эскироль.
 - в. В. Вильбур.
2. Каковы основные критерии умственной отсталости по В. В. Ковалеву?
 - а. Стойкость психических нарушений.
 - б. Резидуально-органическое происхождение.
 - в. Тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления, непрогредиентность интеллектуальной недостаточности.
3. Определение умственной отсталости по МКБ-10
 - а. Значительное ограничение настоящего функционирования.
 - б. Умственная дефективность является наследственно обусловленной.
 - в. Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, характеризующееся нарушением способностей, проявляющихся в период созревания.
4. Распространенность умственно отсталых лиц легкой степени
 - а. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 85 % всей популяции лиц, отстающих в развитии.
 - б. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 15 % всей популяции лиц, отстающих в развитии.
 - в. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 5 % всей популяции лиц, отстающих в развитии.

5. Эндогенные (внутренние) причины умственной отсталости а. Изменение наследственных структур, эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ.

б. Внутриутробные инфекции, химические и физические вредности, действующие в эмбриональном периоде развития.

в. Менингиты и энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы, приобретенные после рождения.

6. Экзогенные (внешние) причины умственной отсталости

а. Изменение наследственных структур, эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ.

б. Менингиты и энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы, приобретенные после рождения.

в. Внутриутробные инфекции, химические и физические вредности, действующие в эмбриональном периоде развития.

7. Алкоголизм родителей и его влияние на развитие детей

а. Не влияет.

б. Создает трудности в процессе воспитания.

в. Алкоголизм родителей вызывает алкогольную эмбриопатию, которая выражается в нарушениях формирования тела, падении сопротивляемости к болезням и расстройстве психических функций (аффективно-волевые расстройства, снижение интеллекта).

8. Последствия энцефалитов у детей до 3-летнего возраста а. Никаких видимых последствий после перенесенного энцефалита быть не может.

б. Имеющиеся последствия не отличаются по проявлениям от психогенных расстройств.

в. Умственная отсталость, может быть в сочетании с нарушениями речи, церебрастенией, неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, эпилептиформными припадками, неврологическими нарушениями.

9. Психическая депривация детей

а. Неправильное воспитание детей.

б. Недостаточность и непоследовательность материнской заботы с элементами пренебрежения.

в. Отказ матери от ребенка.

10. Диагностика умственной отсталости

а. Измерение коэффициента интеллектуальности психологическими методиками.

б. Производится по оценке успеваемости или по способности к усвоению навыков.

в. Комплексная, на основе клинических, психологических, педагогических и социальных исследований.

11. Общие симптомы умственной отсталости

а. Тотальность психического недоразвития с преобладанием недостаточности абстрактного мышления.

б. Неспособность к овладению школьными навыками.

в. Отсутствие критичности, недоразвитие памяти выражены более, чем утрата запаса знаний и представлений, а расстройства эмоций, воли и влечений не всегда соответствуют интеллектуальному дефекту.

12. Этиология умственной отсталости

а. Наследственные, врожденные и рано (до 3-летнего возраста) приобретенные факторы.

б. Мутация генов.

в. Последствие перенесенных психических заболеваний.

13. Патогенез умственной отсталости

а. Нарушения формирования мозга в критические периоды его внутриутробного развития.

б. Поражение мозга инфекционными и другими заболеваниями.

в. Хромосомные aberrации.

14. Степени умственной отсталости

а. Показатель выраженности психического недоразвития: глубокая (идиотия), тяжелая (выраженная имбецильность), умеренная (легкая имбецильность), легкая (дебильность).

б. Характеристика типа интеллектуального дефекта (тотальный, частичный).

в. Оценка времени возникновения умственной отсталости (наследственная, врожденная, приобретенная).

Темы рефератов

История развития учения об умственной отсталости.

Этиология умственной отсталости.

Генетические и хромосомные формы умственной отсталости.

Эмбриопатии.

Классификации умственной отсталости.

Клиническая характеристика степеней умственной отсталости.

Легкая степень умственной отсталости.

Умеренная степень умственной отсталости.

Тяжелая и глубокая степень умственной отсталости.

Литература

Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.

Ковелев В. В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995.

Глава 2

Вклад детской психиатрии в учение об умственной отсталости

Научный интерес к детским психическим болезням в России появился в начале XIX в. Впервые были описаны душевные заболевания у детей Е. Н. Смельским, С. Ф. Хотовицким (1847) и др.

Первые работы об умственно отсталых в России – «Очерки об истории нищенства» И. Г. Прыжова с социальным анализом их положения и «Ученики с медленным пониманием»

Н. А. Добролюбова (1858), где описана психология таких детей и даны рекомендации по их обучению. Первое лечебно-педагогическое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков в России было открыто в 1854 г. Ф. Плацом в Риге.

На первой российской психиатрической кафедре, открытой в 1857 г. в Медико-хирургической (ныне – Военно-медицинской) академии, были заложены основы развития детской психиатрии в нашей стране. Основатель этой кафедры И. М. Балинский начал изучение олигофрении. Его преемник И. П. Мержеевский, зачинатель исследования соматического происхождения психических расстройств, доказал, что психическое недоразвитие – не атавизм, а следствие болезней головного мозга (1871).

Супруги И. В. и Е. Х. Маляревские создали до того несуществовавшую детскую психиатрическую службу и медицинскую педагогику. В 1882 г. они открыли врачебно-воспитательное заведение для аномальных и психически больных детей. С 1904 г. это дело продолжал их сын М. И. Маляревский. Б. В. Томашевский (1892), сопоставляя симптоматику с анатомическими данными, установил возможность хронического течения воспалительных заболеваний головного мозга, обуславливающих слабоумие.

О судьбе умственно отсталых и психически больных детей, которые бродяжничали, лишались свободы из-за отсутствия необходимых учреждений, писали В. И. Яковенко (1897), И. А. Сикорский (1904), П. И. Ковалевский (1906). С. С. Корсаков (1893) изучал у детей микроцефалию и состояния «преходящего слабоумия».

Педология (наука, всесторонне изучавшая детей), возникшая в России в 1904 г. (А. П. Нечаев, Н. П. Гундобин, В. И. Вартанов), дала еще один импульс развитию детской психопатологии.

Рождение детской психиатрии как самостоятельной науки относится к началу XX в. В. М. Бехтеревым в Петербурге (1908) был создан Психоневрологический институт с детским отделением при нем, где работали его ученики и последователи, внесшие большой вклад в детскую психиатрию, – Р. Я. Голант (1927), С. С. Мнухин (1929) и др. Там Н. М. Щелованов разработал объективный метод изучения физической и психической эволюции ребенка; К. И. Поварнин (1911) изучал воспитание человека с первых дней его жизни; Б. И. Воротынский и Н. Н. Тарасевич развивали детскую психологию и экспериментальную педагогику, а А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский и др. – детскую психоневрологию.

За обязательное обучение психически отсталых детей и организацию школ для них боролись Е. К. Грачева (1902), О. Б. Фельцман (1912), Н. П. и М. П. Постовские (1908), Н. В. Чехов (1923). С 1906 г. в Москве стали организовываться вспомогательные классы и школы, которыми руководили упомянутые энтузиасты. Эти ученые, а также А. Н. Граборов (1915), Л. С. Выготский (1924) и др., изучая психическое здоровье детей, создавали фундамент возникавшей специальности – дефектологии. В 1907 г. В. П. Кащенко открыл школу-интернат для обучения умственно отсталых детей. Он изучал социальную среду, в которой они воспитывались, и разрабатывал способы охраны их психического здоровья. А. С. Грибоедов

(1914), изучая «дефективных детей», разрабатывал принципы воспитания и обучения их в семье и школе. А. Ф. Лазурский методом естественного эксперимента исследовал индивидуальные особенности детей. К 1911 г. вспомогательные классы уже были созданы во многих городах России. В 1904 г. были организованы специальные исправительные колонии для малолетних преступников, а в Петербурге в 1910 г. начал заседать первый детский суд.

Г. И. Россолимо, учредивший Московский институт детской психологии и неврологии (1911), возглавил работу группы психопатологов, в которую вошли С. Я. Рабинович, И. М. Присман, А. Д. Суркова, Ф. Д. Забугина и др. Г. И. Россолимо в 1910 г. разработал «психологический профиль», предназначенный для количественной оценки основных особенностей души ребенка – психического тонуса, точности и прочности восприятия и ассоциативных процессов.

В 1912 г. А. Н. Бернштейн описал такие случаи раннего слабоумия, «когда больные рождаются на свет с готовой болезнью». Г. Я. Трошин в книге «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормального и ненормального» (1915) показал разницу между олигофреническим и постпсихотическим слабоумием. Эти расстройства он анализировал сравнительно-возрастным методом.

Психиатр В. А. Гиляровский исследовал порэнцефалию при идиотии (1908), доказав ее травматическое и сосудисто-воспалительное происхождение, занимался положением «ненормальных детей в России» (1915), «лечением и призреванием душевнобольных и дефективных детей» (1919), открыл клинику для психически больных детей (1922). В своем руководстве он описал олигофрению, шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и эпидемический энцефалит у детей.

М. О. Гуревич (1927) опубликовал первый в нашей стране учебник по психопатологии детского возраста. Он и его сотрудники Н. И. Озерецкий (1924), Е. А. Осипова (1925), Г. Е. Сухарева (1925) – основатели детской психиатрии. В эти годы детских психиатров было еще очень мало, в связи с этим, как уже было сказано, детскую психопатологию формировали педиатры и педагоги, работавшие с аномальными детьми. Именно этим можно объяснить три направления в развитии отечественной детской психиатрии.

Одно направление было тесно связано с педологией и дефектологией. Это направление не было успешным, так как не обеспечивалось общепсихиатрической основой, развивалось без достаточной клинической базы, хотя и обогащалось экспериментально-психологическими исследованиями. Его представители рассматривали большинство отстающих детей как необратимо дефектных.

Другое направление, связанное с общей психиатрией, было более плодотворно в связи со скрупулезным изучением симптоматики и динамики болезней, сосредоточением не столько на дефекте поражения, сколько на сохранившихся структурах психики, а также в связи с осознанием того, что у больных детей обратимые состояния встречаются чаще, чем стойкие.

Третье направление, обязанным своим происхождением педиатрии, чаще и лучше других увязывало нервно-психические расстройства детей с соматической патологией и видело обратную зависимость – соматизацию нервно-психических заболеваний в детском возрасте. Становление детской психиатрии находилось в зависимости от степени изученности соматического здоровья детей, понимания педиатрами психических расстройств при телесных заболеваниях, с одной стороны, и приближения психиатрической помощи к населению, с другой.

В 1920—1940-е гг. одной из самых важных задач детской медицины была проблема соматических заболеваний и психических расстройств при них. Изучению соматогенных расстройств при пороках сердца, ревматизме, кори, дизентерии, гриппе, туберкулезе, токсоплазмозе, сифилисе, менингоэнцефалитах, дистрофии и стойких последствиях, следующих

за ними, посвятили свои исследования М. О. Гуревич (1925), В. В. Ковалев (1959), Н. И. Озерецкий (1934), Е. А. Осипова (1934), Г. Е. Сухарева (1928) и др.

В 1950—1960-е гг. превалировали исследования рези дуально-органических психических расстройств у детей, что определялось трудностями их диагностики, отсутствием эффективного лечения и в связи с этим частым возникновением инвалидизирующих нарушений. Большую роль в приоритете этих исследований сыграла невозможность в то время изучения генетических и психологических аспектов психических заболеваний. Последствиям перенесенных менингоэнцефалитов, травм головного мозга были посвящены работы М. О. Гуревича (1948), Э. С. Калижнюк (1978), К. М. Кандаратской (1936), С. С. Мнухина (1968), М. С. Певзнер (1934), М. В. Соловьева (1933), Л. С. Юсевич (1940) и др.

Значительная распространенность судорожных явлений в детстве определила интерес к ним преимущественно в 1960—1980 гг. Были изучены наследственная предрасположенность, этиопатогенез и возрастные особенности клиники детской эпилепсии. Наибольший вклад в решение этих проблем вложили Г. Б. Абрамович (1972), Г. И. Берштейн (1936—1958), А. И. Болдырев (1990), А. Г. Земская (1971), В. К. Каубиш (1965), С. С. Мнухин (1929—1972), К. А. Новлянская (1957), М. А. Успенская (1962), Р. А. Харитонов (1961).

В течение всех предшествующих десятилетий неуклонно увеличивалась распространенность состояний общего психического недоразвития – стойкого инвалидирующего недуга. Необходимость борьбы с ним требовала его многостороннего изучения. В результате были исследованы этиология, клиника психического недоразвития в зависимости от возраста и выявлены особенности динамики дефекта, разработана проблема задержек психического недоразвития. Особенно много в этом направлении сделали Д. И. Азбукин (1936), Л. С. Выготский (1925), Л. В. Занков (1932), Е. С. Иванов (1968), Д. Н. Исаев (1965), А. Р. Лурия (1956), К. С. Лебединская (1969), В. И. Лубовский (1963), Г. С. Маринчева (1969), С. С. Мнухин (1945), Н. И. Озерецкий (1929), М. С. Певзнер (1949), Г. Е. Сухарева (1965), В. П. Эфроимсон (1962) и др.

В настоящее время большое достижение детской психиатрии – интерес к этой проблеме, возобновившийся после Т. П. Симсон, изучавшей нервно-психические расстройства раннего возраста (1924). Это направление позволяет изучать ребенка как часть диады – совместно с матерью, благодаря этому лучше понимать факторы, влияющие на формирование психики, и воздействовать на семью при наличии отклонений, что сулит большие возможности для психопрофилактики нарушений психического развития и лечения. К числу наиболее интересных работ в этом направлении относятся исследования Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой (1981), Е. И. Кириченко (1982), И. А. Козловой (1967), Г. В. Козловской (1995), А. К. Панасюк, А. Ю. Панасюка (1972), Н. В. Римашевской (1989), Л. А. Чистович, Е. В. Кожевниковой (1993).

Приведенный обзор показывает, что еще в начале XX в. не было отечественной детской психиатрии. За сто лет, опираясь на достижения многих дисциплин, и в первую очередь на общую психиатрию, педиатрию, педологию и детскую психологию и др., она прошла путь от собирания фактов до формирования собственных представлений и обобщающих теорий о психических расстройствах и умственной отсталости. Сегодня, будучи самостоятельной наукой, детская психиатрия вносит большой вклад в создание служб психического здоровья, предупреждение психических заболеваний и их лечение, продолжая в то же время проникать в суть психических расстройств и отклонений в развитии.

Задания для самостоятельной работы

1. Первые работы в области изучения психических заболеваний у детей.
2. Основные направления в развитии детской психиатрии.

3. Первые организаторы психиатрической службы.
4. Организация помощи умственно отсталым.
5. Вклад психиатров в развитие детской психиатрии.
6. Роль психологов и педологов в развитии учения о психических болезнях детства.
7. Основные проблемы детской психиатрии и их разработка. 8. Хронологические этапы формирования детской психиатрии.

Литература

Замский У. С. Умственно отсталые дети. История изучения, воспитания и обучения с древних времен и до середины XX в. М.: НПО «Образование», 1995.

Исаев Д. И. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.

Сорокин В. М. Специальная психология. СПб.: Речь, 2003.

Глава 3

Систематика состояний умственной отсталости

С самого начала изучения врожденного слабоумия исследователи были убеждены в его многообразии. Известно, что уже в начале XVII в. Ф. Платтер выделил из числа душевнобольных лиц с разными степенями нарушений интеллекта и лиц с врожденным помешательством, названным им глупостью. Таким образом, он, по мнению Х. Замского, был первым, кто выделил среди душевных заболеваний формы, характеризующиеся стойкими нарушениями интеллекта.

Ж.-Э. Эскироль (1838) систематизировал слабоумие по времени его возникновения. Именно он сравнил идиотию с бедняком, который никогда не имел богатства, а приобретенную деменцию с состоянием постепенно разоряющегося богача. Он также создал первую классификацию слабоумных по степени выраженности интеллектуального дефекта, разделив их на *идиотов, имбецилов и умственно отсталых*. Он полагал, что идиотия – врожденное состояние, умственная отсталость – приобретенное, а имбецильность может быть и врожденной, и приобретенной. Эскироль также систематизировал слабоумных на основании одного их ведущих симптомов – степени развития речи. Эта систематика уже позволяла хотя бы отчасти предсказывать перспективы развития и приспособления слабоумных.

Необходимость деления умственно отсталых индивидов по выраженности их слабоумия определяется возможностью делать предсказания о способности к обучению и адаптации, так как одни способны к овладению некоторыми простейшими школьными навыками, а другие даже не могут обслужить себя. Однако большая часть авторов уже не довольствуется только одним критерием и использует для этой цели и другие показатели, но главным все же остается степень тяжести интеллектуальной неполноценности.

Классификация Американской ассоциации по изучению психического недоразвития складывается из шкал для оценки интеллекта и поведения. С помощью первой выделяют умственную отсталость пограничную легкую, умеренную, «тяжелую» и «глубокую», а по средству поведенческой шкалы оценивают степень нарушения так называемого адаптивного поведения (Heber R., 1959).

Морфологические классификации появились в связи с тем, что многие авторы возражали против исключительно наследственного, дегенеративного происхождения умственной отсталости, придя к выводу о возможности ее возникновения в связи с прижизненными или внутриутробными поражениями (Burnewille D., 1894; Meynert T., 1892).

По мнению Р. Yakovlev (1961), умственная отсталость – нарушение организации человеческого поведения, обусловленное структурными изменениями. Особенно страдает при этом человеческая организация двигательного опыта (символизация мысли, языка и ручного труда – «правшества»), связанная с супралимбическим мозгом, что характерно для индивидов с дебильностью. У лиц с имбецильностью не развивается полностью языковая функция (бедность символического содержания мысли) и ограничивается развитие ручной умелости. Идиотии свойственно отсутствие символизации вообще.

Разнообразие симптоматики умственной отсталости послужило причиной появления классификаций, созданных на основе психологических и клинических признаков. Г. Я. Трошин (1915) приводит следующие типы умственно отсталых индивидов: апатичных, ажитированных, сенситивных, боязливых и т. д. Эти характерологические особенности однако не могут быть существенными признаками психической отсталости, по которым можно было бы рекомендовать лечение, обучение и оценивать прогноз.

Для классификации умственной отсталости используют особенности личности: ригидность психики, отвлекаемость, автоматизм реакций, повторяемость их, «недостаток структуры» и т. д., выделяют 4 типа умственной отсталости: агрессивный, подозрительный, покорный и апатичный (Frankenstein С., 1964).

С расширением знаний о причинах психического недоразвития возникли этиологические классификации. Примером может быть классификация С. Venda (1952), который выделил 3 группы: 1) умственно отсталых, являющихся крайним вариантом низкого «физиологического» интеллектуального уровня у биологически нормальных личностей; 2) семейных олигоэнцефалов с умственной отсталостью и не значительными соматическими нарушениями, в происхождении которых играют роль как генетические факторы, так и отчасти факторы среды, выявляющие наследственное предрасположение; 3) индивидов с последствиями различных органических поражений ЦНС, родовых травм, инфекций, метаболических нарушений и травматических повреждений мозга в раннем возрасте.

Выделение лиц с «физиологической» умственной отсталостью игнорирует границы между нормой и патологией. Если умственные способности и социальная адаптация удовлетворяют определениям умственной отсталости, то следует уже говорить о патологическом состоянии.

Систематика по этиологическому принципу получила развитие в многостепенных этиопатогенетических классификациях. Одна из первых патогенетических этиологических классификаций принадлежит W. Strohmayer (1926), который две основные группы психической отсталости делил на отдельные формы в зависимости от разных критериев (особенностей развития, времени поражения, этиологических факторов и др.).

Работы цитогенетиков, и в первую очередь J. Lejeune, J. Book (1959), С. Ford (1959), открыли пути для понимания роли хромосомных нарушений в этиологии психического недоразвития. Достижения генетики нашли отражение в одной из наиболее детально разработанных этиопатогенетических группировок – в классификации G. Jervis (1959), основанной на том, что психическое недоразвитие – остановка или задержка умственного развития, которая возникает в результате наследственных причин, заболеваний или других повреждений до подросткового возраста. Все состояния психического недоразвития дифференцируются им на 2 группы: физиологическую и патологическую умственную отсталость. Последняя группа, в свою очередь, подразделяется на эндогенные и экзогенные формы. Положительная сторона этой систематики – научно обоснованное выделение большинства форм и подробная разработка их. Ее недостаток – непомерное расширение умственной отсталости за счет постпроцессуальных (шизофренических) состояний, органической (энцефалитической) и эпилептической деменции, прогрессивных заболеваний и «физиологической» формы.

В классификации Г. Е. Сухаревой (1965) эндогенная, эмбриопатическая и экзогенная олигофрения выделяются в отдельные группы в связи с концепцией автора о зависимости характера поражения от времени воздействия этиологического фактора, его качества и тяжести. Внутри каждой группы проводится дифференциация по этиологии: 1-я группа обусловлена патологией генеративных клеток родителей; 2-я группа связана с вредностями, действовавшими в течение внутриутробного периода (эмбрио- и фетопатии); в 3-ю группу входят формы, которые были обусловлены повреждением центральной нервной системы в перинатальном периоде или в первые 3 года жизни. В этой систематике в некоторых случаях учитываются особенности психопатологических картин. Четкое отграничение понятия «олигофрения» лишает эту классификацию недостатков, свойственных многим зарубежным систематикам. Однако ее стройность нарушается введением так называемых атипичных форм, которые правильнее было бы описывать в рамках одной из трех предлагаемых ею групп олигофрении.

Этиопатогенетические группировки вполне приемлемы для клинических исследований, лечения, профилактики, но для социального прогноза или для оценки обучаемости детей они недостаточны. Ценность этиопатогенетических классификаций снижается еще и потому, что в них не учитывается возможность возникновения тождественных психопатологических проявлений при различных причинных факторах.

Для целей социального и педагогического прогноза умственно отсталых индивидов систематизировали также на основе их способностей к социальной адаптации или обучению. Так, были созданы классификации С. Ingram (1953) и J. Gandreau (1966), которые оценки интеллектуальной неполноценности и степени социальной приспособленности (посредством определения IQ) дополняют изучением способности к обучению. Они выделяют, в частности, детей, способных к обучению в массовых или вспомогательных школах, способных только к приобретению навыков самообслуживания или вовсе не поддающихся воспитанию.

Более подробно разработанная группировка выделяет детей «субнормальных», а среди них – «корректируемых отсталых», «тупых», или «некорректируемых отсталых»; «очень тупых», или с выраженными затруднениями в обучении в связи с психической неполноценностью. «Необучаемые», в свою очередь, подразделяются на «воспитуемых» и «невоспитуемых» (Cleugh M., 1957).

L. Kanner (1949) делит умственно отсталых на 3 типа. К первому типу – с «абсолютным слабоумием» – он относит индивидов с «действительными» нарушениями познавательных, эмоциональных и конструктивно-волевых способностей. Их могли бы признать психически неполноценными во всех «культурных» условиях. Эти люди не способны к не зависящему существованию. Другим типом – с «относительным слабоумием» – он называет такие состояния, в которых психическая неполноценность определяется своеобразием «культуры», т. е. функциональный уровень психики этих субъектов варьирует в зависимости от требований жизни. Только школьные требования цивилизованного общества заставляют признать их умственно отсталыми людьми, тогда как в сельских условиях они могут быть неплохими тружениками. Третий тип – «кажущееся слабоумие»; сюда включаются субъекты, которые психометрически могут оцениваться иначе, нежели в жизни, в зависимости от благоприятных или неблагоприятных обстоятельств.

Нейродинамические сдвиги при умственной отсталости легли в основу систематики С. С. Мнухина (1948, 1961), который использовал для этого клинко-физиологический анализ. Он выделил особую группу неравномерного психического недоразвития, в которую вошли дети, не способные к усвоению школьных навыков. Им было сформулировано представление об астенической, стенической и атонической формах олигофрении. Критериями для этой классификации, помимо клинических, послужили и конституциональные особенности высшей нервной деятельности, на основе которых развивается та или иная форма психического недоразвития.

Д. Н. Исаевым с сотрудниками (1967, 1970) были выявлены клинические, экспериментально-психологические, биохимические и электроэнцефалографические доказательства не только выделенных форм психического недоразвития, но и описана еще одна форма, разграничены и подробно изучены клинические варианты всех четырех форм. Установлена зависимость между клиническими формами и недоразвитием определенных структур мозга.

Клинко-физиологическая классификация умственной отсталости

Астеническая форма Варианты					Дисфорическая форма	Атоническая форма Варианты			Стениче- ская форма Варианты	
Дислалический	Диспрактический	Дисмнестический	Основной	Брадипсихический		Аспонтанно-апатический	Акатизический	Мориподобный	Уравновешенный	Неуравновешенный

М. С. Певзнер (1959) разделила больных олигофренией на 5 форм, основываясь на особенностях их нейродинамики. Она полагала, что у одних детей имеется распространенное нарушение подвижности основных нервных процессов без расстройства их равновесия, при этом недоразвитие познавательной деятельности не сопровождается грубым поражением какого-либо из анализаторов или расстройством эмоционально-волевой сферы. Основным же патогенетическим механизмом является диффузное поверхностное поражение коры. У других детей-олигофренов значительно преобладает тормозной или возбуждающий процесс либо ослаблены оба. В этих случаях недоразвитие познавательной деятельности ею связывается с глубоким расстройством корковой нейродинамики, что проявляется у больных нарушением поведения и резким снижением работоспособности. Позже М. С. Певзнер (1967) увязывала формы олигофрении не только с особенностями нарушений нейродинамики, но и с поражением некоторых областей мозга (лобной, теменно-затылочной и слухоречевой).

J. Clausen (1966) на основании многофакторного анализа сенсорных, моторных, перцептивных и сложных психических функций, клинического и электроэнцефалографического исследований приходит к выводу, что между «психологическим и поведенческим типом умственной отсталости» и структурой поражения может быть выявлена определенная зависимость. Расстройство функционирования ретикулярной формации может быть ответственно за те типы психического недоразвития, при которых нарушены «общие способности». Расстройство деятельности и ретикулярной формации, и кортикофугальных связей приводит к типам недоразвития, отличающимся недостатком внимания, контроля усилий и ответной инициативы, нарушениям моторики. Гиперфункция таламокортикальной проекционной системы ответственна за развитие у умственно отсталых лиц гиперреактивности. Результаты этой работы подтверждают, что между этиологией психического недоразвития и ее симптоматикой нет прямых корреляций. А это указывает на то, что систематика умственной отсталости возможна только при изучении клинико-физиологических корреляций, так как симптомы являются внешним выражением тех или иных нейродинамических сдвигов.

Для понимания происхождения психического недоразвития и систематизации его форм Г. К. Ушаков (1973), а затем и В. В. Ковалев (1979) использовали понятие дизонтогенеза. Были выделены 2 типа психического дизонтогенеза: ретардация (стойкое психическое недоразвитие) и асинхрония (неравномерное, дисгармоническое развитие, при котором одни психические проявления отстают, а другие опережают возрастной уровень развития).

С 1999 г. в России используется Международная классификация болезней (МКБ-10) от 1992 г. В разделе /F70-F79/ «Умственная отсталость» для систематики рекомендуется использовать следующие рубрики:

- Умственная отсталость легкой степени (F-70);
- Умственная отсталость умеренная (F-71);
- Умственная отсталость тяжелая (F-72);
- Умственная отсталость глубокая (F-73).

Четвертый знак применяется для определения выраженности поведенческих нарушений, если они не обусловлены сопутствующим (психическим) расстройством – нарушением поведения. Если известна этиология умственной отсталости, то следует использовать дополнительный, пятый знак: пренатальные или постнатальные инфекции, интоксикации; механическая травма или гипоксия (асфиксия) при родах; фенилкетонурия; болезнь Дауна; гипотиреоз; врожденная аномалия головного мозга; неуточненные причины.

Таким образом, не существует ранее описанного в учебниках «некоего абстрактного умственно отсталого» человека. Если бы психологи и педагоги придерживались этого обобщенного клинического понятия, они не смогли бы находить своеобразие структуры психических нарушений у каждого умственно отсталого лица и индивидуально подбирать коррекционные воспитательно-педагогические мероприятия.

Кроме того, как показывает клиническая практика, в происхождении умственной отсталости редко повинны только психологические или только одиночные биологические вредности, чаще либо все эти факторы действуют совместно, либо биологические факторы оказываются множественными.

Задания для самостоятельной работы

Контрольные вопросы

1. Кто первый классифицировал слабоумие по времени его возникновения?
 - а. Ж.-Э. Эскироль.
 - б. Д. Бурневилль.
 - в. Г. Я. Трошин.
2. В чем смысл классификации «Американской ассоциации по изучению психического недоразвития»?
 - а. Систематизирует по этиологическому принципу.
 - б. Складывается из шкал для оценки интеллекта и адаптивного поведения.
 - в. Систематизирует по степени выраженности интеллектуального дефекта.
3. Кто в России создал классификацию, основанную на основе психологических и клинических признаках?
 - а. В. В. Ковалев.
 - б. К. Бенда.
 - в. Г. Я. Трошин.
4. По какому принципу построены этиологические классификации?
 - а. По принципу выявления основных причин умственной отсталости.
 - б. По степени выраженности интеллектуального дефекта.
 - в. По наличию наследственной отягощенности.
5. Кто открыл пути для понимания роли хромосомных нарушений в этиологии психического недоразвития?
 - а. Л. Пенроуз.
 - б. Ж. Лежен, С. Форд, Ж. Бук.
 - в. Д. Джервис.

6. На каком принципе построена классификация Г. Е. Сухаревой?
 - а. На этиологическом.
 - б. На этиопатогенетическом.
 - в. На физиологическом.
7. Что такое степени умственной отсталости?
 - а. Степень выраженности интеллектуального дефекта.
 - б. Степень выраженности нарушенного поведения.
 - в. Степень выраженности резидуально-органических повреждений.
8. Что такое асинхрония развития?
 - а. Ретардация.
 - б. Акселерация.
 - в. Неравномерное развитие, при котором одни психические проявления отстают, а другие – опережают возрастной уровень развития.

Темы рефератов

1. Значение систематик по степени выраженности интеллектуального дефекта для педагогов и психологов.
2. Классификации по этиологическому принципу.
3. Что дают для практики этиопатогенетические систематики?
4. Морфологические классификации.
5. Какие классификации специально созданы для педагогических целей?
6. Принципы, положенные в основу классификаций, созданных С. С. Мнухиным, М. С. Певзнер, J. Clausen?
7. Особенности международной классификации, принятой для повсеместного использования в России.

Литература

- Замский Х. С.* Умственно отсталые дети: История изучения, воспитания и обучения с древних времен и до середины XX в. М.: НПО «Образование», 1995.
- Исаев Д. Н.* Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.
- Классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10. СПб.: АДИС, 1994.
- Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995.
- Лебединский В. В.* Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: 2002.
- Маринчева Г. С., Вроно М. Ш.* Умственная отсталость: Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. С. 612–680.
- Петрова В. Г., Белякова И. В.* Психология умственно отсталых школьников. М.: АCADEMIA, 2002.
- Шипицына Л. М.* «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. СПб.: Дидактика Плюс, 2002.

Глава 4

Диагностика лиц с умственной отсталостью. Общие принципы диагностики умственной отсталости

В ходе становления и развития специальной психологии были разработаны основные теоретико-методологические положения современной диагностики и изучения отклоняющегося развития.

Итогом диагностики является установление психолого-педагогического диагноза, в котором указываются:

- педагогическая категория нарушенного развития;
- степень выраженности нарушения;
- недостатки развития, осложняющие ведущие нарушения;
- индивидуальные особенности ребенка и рекомендации в разработке индивидуальной программы коррекционной работы.

Процесс анализа и интерпретации данных психолого-педагогического обследования должен опираться на конкретно-методологические, объяснительные принципы различных феноменов отклоняющегося развития. В специальной психологии наиболее четко они сформулированы И. И. Мамайчук.

1. Онтогенетический принцип: главные закономерности психического развития остаются принципиально общими как для нормы развития, так и для случаев патологии. Следовательно, выявленное нарушение не может рассматриваться изолированно, его анализ и качественная оценка (квалификация) должны осуществляться в контексте конкретного этапа возрастного развития со свойственной ему структурой психики, типичными межфункциональными связями, особенностями социальной ситуации развития, психологическими новообразованиями и ведущим видом деятельности. Иными словами, нарушение представляет собой одно из свойств самого процесса развития, без учета которого нельзя адекватно понять его особенности, в том числе негативные.

2. Принцип системно-структурного подхода: отклонение в развитии тех или иных психических функций должно рассматриваться как следствие неадекватных связей и отношений этой функции с другими, т. е. как нарушение целостности всей системы. Простая констатация факта нарушения любого элемента психики без предварительного изучения его свойств и указания на то, какой компонент этой структуры нарушен, лишает психологический анализ и заключение всякого содержания.

3. Принцип уровневого анализа: формирование психики осуществляется в единстве процессов дифференциации, интеграции и иерархизации (последовательного соподчинения) функций, поэтому при анализе нарушения в развитии следует учитывать характер нарушения иерархических, уровневых связей. (Например, при расстройстве более молодой и сложной функции, как правило, происходит «высвобождение» более элементарной, подчиненной ей, что может проявляться в снижении уровня произвольности ее регуляции.)

Принципы обследования детей с отклонениями в развитии были заложены еще в официальном документе «Об отборе детей во вспомогательные детские учреждения» от 26 октября 1926 г. Последующая работа дефектологов по созданию методов исследования отклоняющегося развития и формулированию принципов отбора в специальные образовательные учреждения основывалась на задаче обеспечения каждому ребенку образовательных условий, наиболее адекватных его возможностям и способностям. Эти принципы, а

также материалы Конвенции о правах ребенка Генеральной Ассамблеи ООН легли в основу нового положения о деятельности психолого-медико-педагогической комиссии 1992 г.

Основной принцип – **принцип гуманности** – провозглашает необходимость своевременного создания каждому ребенку необходимых условий, при которых он смог бы максимально развивать свои способности. Этот принцип обязывает глубоко и внимательно изучать ребенка, искать пути и средства преодоления его трудностей. Только в том случае, если все необходимые и возможные средства и меры помощи, предоставленные ребенку в общеобразовательном учреждении, не дали положительных результатов, должен ставиться вопрос о направлении его в специальное образовательное учреждение. При затруднении в постановке диагноза ребенок может быть направлен в стационар для подробного и тщательного изучения. Направление в стационар может осуществляться только при согласии родителей ребенка или лиц, их замещающих.

Принцип комплексного изучения детей обязывает учитывать при коллегиальном обсуждении данные, полученные при обследовании ребенка всеми необходимыми специалистами – врачами, психологами, специальными педагогами. При расхождении мнений назначается повторное обследование. В любом случае при вынесении заключения на первое место ставится учет интересов ребенка.

Принцип комплексности принят самыми разными – отечественными и зарубежными – диагностическими концепциями. Комплексная, или мультимодальная, диагностика – это интеграция информации, полученной разными методами. Главное требование к диагносту – хорошее знание отдельных методов, умение интегрировать их результаты в диагностическое заключение, а также представлять разные аспекты комплексной диагностической ситуации (одновременное использование теста в наблюдении за поведением).

Комплексность (мультимодальность) – это общее понятие, которое не определяет до мельчайших деталей выбор методов исследования в каждом конкретном случае. При выборе методов психолог должен руководствоваться гипотезами и теорией и ясно представлять, в каких отношениях состоят методы исследования и исследуемый им феномен.

Принцип всестороннего, системного и целостного изучения ребенка предусматривает исследование его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, поведения. Учитывается физическое состояние, так как оно может существенно влиять на формирование умственных способностей. Требование целостности изучения основывается на том положении, что психическое развитие не складывается из простой суммы отдельных изолированных способностей, поэтому нельзя делать заключение только на основании исследования состояния восприятия, памяти, других психических функций ребенка. Согласно данному принципу, необходимо установление взаимосвязи и взаимозависимости между отдельными проявлениями нарушений развития и первичными нарушениями; иерархии обнаруженных недостатков или отклонений в развитии; соотношения первичных и вторичных отклонений.

Принцип динамического изучения, самый специфический в отечественной специальной психологии и педагогике, опирается на концепцию Л. С. Выготского о двух уровнях умственного развития ребенка – актуальном и потенциальном. Он обуславливает требование учета в процессе обследования и при оценке результатов выполнения заданий не только того, что ребенок знает и может выполнить в момент исследования, но и его возможностей в обучении, т. е. «зоны ближайшего развития».

Принцип качественно-количественного подхода предусматривает при оценке выполненного задания учет не только и не столько конечного результата, но и способа действий, рациональности выбранных решений, логической последовательности операций, настойчивости ребенка в достижении цели и т. д. Качественный анализ не противопоставляется учету количественных данных, но дополняет, уточняет и обогащает их.

Принцип индивидуального подхода к ребенку в процессе обследования требует, во-первых, максимальной индивидуализации используемых методов и материалов с учетом возрастных и характерологических особенностей детей; во-вторых, специальной организации позитивной направленности ребенка на контакт со специалистом.

Общие принципы диагностики умственной отсталости

Перспективы развития диагностической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, реализуются в создании новых оригинальных технологий обследования, основанных на знаниях из детской клинической психологии, нейропсихологии детского возраста, психосоматики в ее психологической составляющей. Цель диагностики – не только признание факта психического недоразвития, но и формулирование исчерпывающего диагноза, отражающего: а) оценку выраженности интеллектуального дефекта и его особенностей; б) клиническую и психологическую характеристику структуры дефекта, т. е. степень сохранности отдельных когнитивных функций (восприятия, памяти, внимания, мышления), а также эмоционально-волевых проявлений; в) наличие или отсутствие коморбидных расстройств; г) этиологические факторы; д) степень адаптации к среде; е) социально-психологические факторы, участвующие в формировании клинической картины и абилитации ребенка или подростка. Без такого диагноза невозможно построить эффективный план лечебно-педагогического вмешательства, направленного на создание оптимальных условий для абилитации, т. е. мобилизации имеющихся способностей с целью наилучшей адаптации ребенка в обществе, оценить успешность педагогической коррекции, абилитации, прогноз, а также осуществить судебную, военную или трудовую экспертизу.

С целью формулирования детального диагностического заключения и лучшего понимания болезненного состояния, а также для создания наиболее эффективного плана лечебно-коррекционных мер можно воспользоваться *международной многоосевой классификацией детских психических расстройств*, состоящей из 5 осей:

1. Клинические расстройства (адаптационные реакции, поведенческие расстройства, невротические расстройства, психозы).
2. Нарушения развития (легкой, умеренной, тяжелой или глубокой отсталости), расстройства личности.
3. Биологические (соматические) факторы (инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, опухоли и сосудистые заболевания, нарушения обмена веществ и другие заболевания внутренних органов, хромосомные аномалии, врожденные пороки ЦНС, наследственные и неврологические заболевания).
4. Психосоциальные трудности (нарушенные внутрисемейные отношения, неблагоприятные жизненные события, межперсональные трудности, связанные со школой или работой, стрессогенные ситуации, вызванные инвалидностью или расстройствами, имеющимися у ребенка).
5. Общая оценка функционирования (суждение психолога об уровне адаптации к жизни). Это суждение может быть произведено с помощью специальной Шкалы общей оценки функционирования (ШООФ, GAF).

Диагностика умственной отсталости должна быть многосторонней, т. е. мультидисциплинарной. Во избежание ошибок и злоупотреблений в ее осуществлении участвуют разные специалисты. Клинические методы используют врачи. Психологические шкалы и методики применяют психологи. Педагогические средства находятся в руках воспитателей и учителей. Оценкой социальной компетентности помимо социальных работников фактически занимаются все, кто общается с ребенком или воспитывает его.

Сбор анамнеза

Основой правильного диагноза отставания психического развития является анамнез. Для того чтобы не пропустить важных обстоятельств в истории развития ребенка, можно использовать специальные анкеты или опросники. Крайне полезно помимо родителей расспросить о развитии ребенка близких родственников, воспитателей и педагогов. Члены семьи, будучи более объективными и не боящимися осуждения за свои якобы неправильные действия в отношении ребенка, могут вспомнить о существовании того, что родители боятся, стесняются рассказать или намеренно скрывают.

Чтобы получить из анамнеза наиболее существенные для диагностики умственной отсталости сведения, с его родными обсуждают следующие основные темы:

1) семейная генеалогия (*наследственность*), охватывающая не менее трех поколений родственников. Следует попытаться выявить родственников с трудностями в обучении, нервно-психическими расстройствами, психическим недоразвитием, наследственными болезнями, алкоголизмом и наркоманией;

2) особенности протекания беременности у матери ребенка (*пренатальные факторы*) с целью выявления возможного действия физических (радиация, чрезмерная инсоляция и др.), химических (злоупотребление алкоголем, прием лекарств и др.), биологических вредностей (инфекционные, соматические болезни), психогенных стрессов (переживания потери, разочарования и т. д.);

3) роды (*перинатальные факторы*). Необходимо выявить факторы, способные осложнить течение родов, – характер предлежания плода, длительность родов, гипоксию и т. д.;

4) *постнатальное* (особенно до 3 лет) *развитие* ребенка. Необходимо выяснить, как ребенок развивался психически и соматически, какие перенес заболевания, черепно-мозговые травмы, какие были у него потрясения. При обнаружении тех или иных факторов необходимо оценить степень их тяжести и значение для последующего развития обследуемого ребенка.

Диагностическая беседа с ребенком

В ходе обследования ребенка должна быть получена необходимая информация для оценки психического статуса. Способы получения этих данных зависят от возраста и особенностей ребенка, а также от условий, в которых происходит изучение ребенка. Полное патопсихологическое исследование требует достаточного времени и обычно продолжается в течение нескольких встреч, пока не будет достаточно материала.

Диагностическая беседа должна состоять из сочетания игры и беседы. Директивное управление игрой с целью получения нужных для диагностики сведений, вероятно, подавит спонтанность ребенка и затруднит общение. Однако только пассивное наблюдение за игрой ребенка без оценки словесных ассоциаций не позволит психологу понять значение детской активности в конкретной игровой ситуации.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.