**1.Олигофрения, особенности клинических проявлений**

**Структура дефекта при олигофрении**

Олигофрения представляет собой особую клиническую форму умственной отсталости, характеризующую общее необратимое недоразвитие мозговых структур, и прежде всего наиболее поздно формирующихся в онтогенезе корковых мозговых структур, особенно лобных и теменно-височно-затылочных отделов коры головного мозга.

Структура дефекта при олигофрении характеризуется тотальностью и иерархичностью недоразвития познавательной деятельности, в особенности мышления и личности. Тотальность проявляется в недоразвитии всех нервно-психических функций. Иерархичность — в преимущественном недоразвитии познавательных функций, и прежде всего абстрактного мышления. Мышление при олигофрении имеет конкретный, ситуационный характер: дети испытывают наибольшие затруднения в процессах обобщения, в понимании причинно-следственных отношений.

В старшем дошкольном возрасте они не справляются с заданиями на дифференциацию предметов по существенным признакам, в связи с чем особые затруднения испытывают в заданиях на классификацию, выделение четвертой «лишней» картинки, при понимании скрытого смысла рассказа. Недостаточность абстрактного мышления обусловливает трудность в усвоении детьми счета и особенно в решении задач. Не понимая смысла задач, они решают их часто механически, с трудом воспринимают помощь взрослого.

Особенно затруднен при олигофрении перенос усвоенного в конкретном задании способа действия в новые аналогичные условия.

Это обусловлено как спецификой самого мышления, так и малой подвижностью, инертностью психических процессов. Для детей с олигофренией характерна склонность к стереотипности в мышлении и действиях.

Все мыслительные процессы при олигофрении характеризуются выраженной тугоподвижностью. Все виды деятельности и поведения детей однообразны, стереотипны, с преобладанием элементов подражания и копирования. Недоразвитие мыслительной деятельности и инертность мыслительных процессов при олигофрении неблагоприятно сказываются на формировании всех познавательных процессов, и прежде всего восприятия.

Недоразвитие аналитико-синтетической деятельности при олигофрении обусловливает специфическую особенность восприятия: дети способны выделить в предметах лишь отдельные конкретные их свойства и качества (цвет, форму, размер), но не могут установить связи между ними и составить самостоятельно целостное представление о предмете. Естественно, что эти нарушения проявляются по-разному в зависимости от возраста, степени выраженности интеллектуального дефекта и обучения. Не умея выделить основное в предметах и явлениях, дети испытывают основные трудности в операциях сравнения по существенным признакам. Они не могут устанавливать различия в сходных предметах и общее — в различных.

Л. С. Выготский писал, что конкретность в области мышления и тугоподвижность в области динамических систем внутренне связаны и представляются единством, а не двойным случайно сочетающимся у слабоумного ребенка признаком. Конкретность мышления и действия слабоумного ребенка означает, таким образом, то, что всякая вещь и всякое событие приобретают свое значение в зависимости от ситуации. Поэтому всякое абстрагирование затруднено. Все связанное с понятием, с воображением, с ирреальным оказывается в высшей степени затруднительным для такого ребенка.

При диагностике олигофрении выделение основного расстройства познавательной деятельности позволяет правильно понять всю структуру дефекта, т. е. взаимосвязь и взаимообусловленность симптомов в целостной клинической картине. Таким ведущим симптомом при олигофрении является недоразвитие познавательной деятельности. Дефект познавательной деятельности характерен для всякого олигофренического слабоумия вне зависимости от степени его выраженности. Именно недоразвитие познавательной деятельности при неосложненной форме олигофрении приводит к специфическим нарушениям речи, аффективно-волевой сферы, моторики и личности. Так, особенностью речи при олигофрении является не только более позднее развитие активной речи, но и значительное отставание в понимании обращенной речи.

При олигофрении отмечается недостаточная сформированность как фонетико-фонематической, так и лексико-грамматической стороны речи. Кроме того, при олигофрении значительно чаще, чем у детей с нормальным интеллектом, отмечаются стойкие нарушения звукопроизношения. Это связано как с недоразвитием аналитико-синтетических процессов, функции самоконтроля, недоразвитием фонематического восприятия и анализа, нарушениями артикуляционной моторики различного генеза, так и с инертностью психических процессов.

Такие характеристики аномального развития, как нарушения словесного опосредования и формирования понятий, особенно резко выражены у умственно отсталых детей (В. И. Лубовский, В. Г. Петрова).

Особенностью эмоциональной сферы детей с олигофренией является недоразвитие более сложных и дифференцированных эмоций, наиболее поздно развивающихся в постнатальном онтогенезе. В своих эмоциональных переживаниях, так же как и в мыслительной деятельности, дети не могут отделить главное от второстепенного, в связи с чем они могут давать бурные эмоциональные реакции по ничтожным поводам и слабо реагировать на серьезные жизненные события. Актуальными для них являются лишь непосредственные переживания, они не могут оценить возможные последствия тех или иных поступков, событий, как и в мышлении характерна тугоподвижность, слабая переключаемость, инертность и стереотипность эмоций. Познавательные эмоции у этих детей обычно не развиты, часто наблюдается неадекватность эмоциональных реакций, неспособность подавлять свои непосредственные влечения. При олигофрении с трудом формируются абстрактные понятия добра и зла, чувства долга, способность к самоконтролю и прогнозированию последствий своих поступков.

Особенности нарушений эмоционально-волевой сферы при основной, «ядерной», неосложненной форме олигофрении находятся в соответствии со степенью снижения интеллекта.

Неспособность к абстрактному мышлению проявляется во всех сферах нервно-психической деятельности. В процессах восприятия отмечается недостаточность аналитико-синтетической деятельности, поэтому восприятия детей бедные, они неполно отражают окружающую действительность, отсутствует активный творческий характер восприятия. Как отмечала Г. Е. Сухарева, «умственно отсталый ребенок мало видит тогда, когда смотрит, и мало слышит, когда слушает».

При олигофрении также имеют место недостаточность произвольного целенаправленного внимания, нарушение его распределения в процессе мыслительной деятельности, слабость логической памяти. В запоминаемом материале ребенок не может выделить сущестенное и установить логические связи в сюжете. Характерным для олигофрении проявлением преимущественного недоразвития наиболее молодых и специфически человеческих функций является тесная взаимосвязь недоразвития познавательной деятельности, и прежде всего абстрактного мышления, и произвольной регуляции всей психической деятельности, функций самоконтроля, высших эмоций, речи, тонкой дифференцированной моторики. Это определяет основную специфику дефекта при олигофрении — тотальность и иерархичность.

**Формы олигофрении**

Выделяется несколько клинических форм олигофрении, дифференциация которых основывается как на этиологических, так и на клинико-патогенетических принципах. В дефектологии наибольшее распространение имеет классификация М. С. Певзнер, согласно которой выделяется пять основных форм олигофрении: неосложненная; осложненная нарушениями нейродинамики по типу повышенной возбудимости либо тормозимости; осложненная нарушениями различных анализаторных систем (зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи); олигофрения с психопато-подобными формами поведения; олигофрения с выраженной лобной недостаточностью:

Среди клинических классификаций олигофрении большое место занимают этиологические, т. е. выделение различных ее форм в зависимости от причины. Для клинической диагностики важное значение имеет выделение среди всех форм олигофрении специфических синдромов экзогенного или наследственного генеза, при которых характерны своеобразные сочетания интеллектуального дефекта с сенсорными, речевыми, двигательными нарушениями, пороками развития внутренних органов, различными аномалиями в строении лица, черепа, конечностей, эндокринной и неврологической патологией. Для врача прежде всего важно выделить формы олигофрении, при которых интеллектуальный дефект является основной составной частью или следствием различных заболеваний нервной системы и аномалий ее развития различного этиопатогенеза. Педагогу и воспитателю необходимы основные современные представления об этих формах олигофрении для правильного понимания клинического диагноза, клинического и социального прогноза и профориентации. Среди этих форм олигофрении особо важное значение имеют генетически обусловленные заболевания ЦНС. В настоящее время известно несколько сот наследственных болезней, сопровождающихся интеллектуальным дефектом. Кроме того, ежегодно описывается более десяти новых форм генетических заболеваний, сочетающихся с умственной отсталостью.

В последние годы доказана преобладающая частота наследственных форм умственной отсталости и предлагается следующая их классификация: хромосомные, обусловленные изменением числа или структуры хромосом; моногенные, возникающие в связи с изменениями в одном гене; синдромы умственной отсталости с неуточненным типом наследования. Допускается, что среди последних определенную роль в их возникновении могут играть мультифакториальные воздействия, включающие как генетические факторы, так и неблагоприятные влияния окружающей среды.

При анализе причин умственной отсталости, сочетающейся с множественными врожденными пороками развития, важно различать понятия врожденной и наследственной патологии. Следует иметь в виду, что к врожденным порокам относятся не только проявления наследственных заболеваний, но и любые другие аномалии, проявляющиеся при рождении, причиной которых могут быть вредные факторы среды, воздействующие на плод в критические периоды развития его мозга и тех или иных органов и систем организма. К таким факторам относятся гипоксия (кислородное голодание) плода, алкоголизм матери в первые месяцы беременности, вирусные заболевания, особенно краснуха беременных в первом триместре беременности, применение лекарственных препаратов с тератогенными (т. е. вызывающими уродства) свойствами и другие факторы. Под влиянием всех этих и многих других внешних факторов возникают экзогенные формы олигофрении.

**2.Патопсихологическая оценка индивидуально-психологических особенностей**

Исследование индивидуально-психологических особенностей человека включает в себя применение батареи тестов, направленных на оценку свойств темперамента, характерологических черт и особенностей личности. Учитывая значимость для клинической психологии изучения данных аспектов психологии больных в приложении приводятся тексты наиболее известных и применяемых методик с кратким описанием способов их использования. Из методик, направленных на оценку интегративных понятий, в частности, личностных и характерологических особенностей, а также уточнение клинических симлтомокомплексов выделяется **Миннесотский многопрофильный опросник личности (MMPI).** С его помощью возможно уточнение клинически выявляемых феноменов, личностных особенностей пациентов с психическими нарушениями. Он позволяет анализировать скрытые от исследователя-клинициста индивидуальные тенденции и психопатологические переживания. Опросник состоит из трех оценочных и десяти клинических шкал. Каждая шкала способна выявлять как психологические особенности, так и психопатологические симптомы и синдромы. Условной границей является уровень 70 Т.

**Первая клиническая шкала** (невротического сверхконтроля / ипохондричности) позволяет уточнять такие личностные свойства как склонность к контролю своих эмоций, ориентация в поведении на традиции, общепризнанные нормы, гиперсоциальность установок. При превышении уровня 70 Т шкала указывает на фиксированность внимания человека на внутренних ощущениях, склонность к преувеличению тяжести своего состояния, ипохондричность.

**Вторая шкала** (депрессии) отражает уровень снижения настроения, пессимистическую настроенность, опечаленность, удрученность собственным положением, желание уйти от решения сложным жизненных ситуаций. Превышение уровня 70 Т может говорить о клинически выраженной депрессии с чувством тоски, бесперспективности, суицидальными мыслями и намерениями.

**Третья шкала** (эмоциональной лабильности/истерии) указывает на выраженность неустойчивости фона настроения, склонности к драматизации событий, чувствительности. При показателях этой шкалы выше 70 Т можно отметить истерические черты поведения: демонстративность, «жажду признания», эгоцентризм, экзальтированность, инфантильность.

**По четвертой шкале** (социальной дезадаптации/психопатии) возможно обнаружение и подтверждение таких черт как склонность к импульсивности, конфликтности, недоучет объективных обстоятельств и ориентация на желания, а не на реальность. Показатель по 4 шкале выше 70 Т демонстрирует признаки социальной дезадаптации, конфликтность, агрессивность, выраженную импульсивность и потерю контроля за собственных поведением.

**Пятая шкала** (мужественности/женственности) указывает на выраженность свойств, характерных тому или иному полу.

**Шестая шкала** (аффективной ригидности /паранойи) регистрирует такие качества, как застреваемость на отрицательных переживаниях, обидчивость, склонность к прямоте в общении, практичность, догматизм. Зашкаливание за 70 Т может быть подозрительным в отношении формирования у человека сверхценных или бредовых идей с чувством собственной ущемленности, враждебности со стороны окружающих.

**Седьмая шкала** (тревоги/психастении) демонстрирует выраженность психастенических черт характера, тревожности, мнительности, склонности к образованию навязчивых идей, а при превышении 70 Т о дезорганизации поведения вследствие этих особенностей.

**Восьмая шкала** (индивидуалистичности/аутизма/шизофрении) отражает такие личностные качества, как: своеобразие иерархии ценностей, отгороженность от окружающих, индивидуалистичность, трудности в общении. Превышения уровня 70 Т может указывать на выраженную дезорганизацию поведения, снижение реалистичности, склонность к аутистическому типу мышления.

**По девятой** (оптимизма/гипомании) и десятой (интраэкстраверсии) возможна оценка данных качеств как в рамках психологических особенностей, так и при психической патологии.

При неврозах отмечается невротический наклон профиля — преобладают показатели первых трех шкал. Нередко им сопутствует повышение по 7 шкале. При истерических симптомах профиль личности по MMPI приобретает вид «конверсионной пятерки» — при повышении трех шкал невротической триады лидируют первая и третья, а вторая) несколько ниже, образуя вид латинской буквы V. При психопатиях, как правило, отмечается повышение по четвертой шкале. При психозах регистрируется повышение шкал психотической тетрады (4, 6, 8, 9). Кроме того, выделяют астенический и стенический тип профилей. В первом случае отмечается повышение по 2 и 7 шкалам, во втором — по 4, 6 и 9 шкалам. Депрессивный синдром психотического уровня отражается на MMPI пиками по 2, 7 и 8 со снижением (отрицательным пиком) по 9 шкале, маниакальный — пиками по 9 и 4 и снижением по 2 и 7 шкалам.

**3. Больной К., 8 лет. При поступлении в больницу говорил, что видит головы людей в тарелке с пищей, на стене, одеяле. Головы были разной величины и формы – человек-головоног, человек-туловище. Иногдапри засыпании видел головы на простыне, одеяле. Часто видения имели необычную форму – отсутствовали нос и глаза, иногда рот и нос были расположены отдельно от головы. В рисунке ковра видел «страшного человека, которого потом нарисовал и назвал «узор как человек». На стенах замечал «необычных мальчиков».**

**– Назовите нарушения восприятия, наблюдающиеся у больного**

Это феномен нарушения восприятия зрительного изображения, а так же яркий пример принципа-альтернативы «болезнь-личность».

У больного наблюдаются истинные зрительные галлюцинации которые всегда проецируются вовне, связаны с реальной, конкретно существующей обстановкой, чаще всего не вызывают у больного никаких сомнений в их действительном существовании, так же ярки и естественны для галлюцинирующего, как и реальные вещи. Истинные галлюцинации могут воспринимаются больным даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

**Список использованной литературы**

1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов. - М.; Изд-во МПСИ, 2002.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. - Н. Новгород; Изд-во НГМА, 1998.
3. Зейгарник Б.В., Патопсихология: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. - е изд., - М.: Издательский центр "Академия", 2005.
4. Зейгарник Б.В., Психология личности: норма и патология; Избранные психологические труды/ Под ред. М.Р. Гинзбург. - М.; Изд-во Московского психолого-социального института, 2003.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.
6. Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопрольская. - М.; Изд-во УРАО, 1998.
7. <http://gallucinoz.narod.ru/klass_gall.htm>
8. <http://www.idoktor.info/patopsihologiya>
9. <http://imj.kh.ua/arhiv-pdf/2007/2/03_48.pdf>