# **Тема работы: *Основные психические функции умственно отсталого ребенка***

# **План работы:**

1. Введение. стр. 2

2. Определение умственной отсталости. стр. 3

3. Критерии оценки умственной отсталости. стр. 4

4. Деменция как форма умственной отсталости. стр. 6

5. Олигофрения. стр. 8

6. Заключение. стр. 10

7. Литература. стр. 11

# **Введение**

Современные массовые наблюдения над умственно отсталыми детьми показывают, что это дети с меньшей окружностью черепа, меньшего роста, с меньшей емкостью груди и мышечной силой, с пониженной моторной одаренностью, пониженной сопротивляемостью неблагоприятным воздействиям, повышенной утомляемостью и истощаемостью, с замедленными ассоциациями, пониженным вниманием и памятью, пониженной способностью к волевому усилию и т.д. Делом будущего является исследование положительных особенностей, своеобразия ребенка.

Дефектология дает направление педологическому исследованию. «Изучая педологию умственно отсталого ребенка, мы видим ясно, что отличие его от нормального – не только количественное, но и качественное и что он, следовательно, нуждается не в более длительном пребывании в школе, не в нахождении только в классах с наименьшим числом детей и не в соединении с себе подобными по уровню и темпу психического развития, а в специальной школе, со своей программой, со своей особой методикой, со своим бытом и со своим специальным педагогическим персоналом.»1

Данные американской и германской статистики трудового устройства умственно отсталых говорят о том, что окончившие вспомогательную школу могут быть строителями, а вовсе не обречены на роль «не мешать строить другим». Со стороны психологической также неверно отрицать наличие творческих процессов у умственно отсталого ребенка. Чтобы достигнуть того же, что и нормальный ребенок, умственно отсталый ребенок должен проявить больше творчества. Например, овладение четырьмя арифметическими действиями есть более творческий процесс для умственно отсталого, чем для нормального школьника. Школа должна не только применяться к недостаткам такого ребенка, но и бороться ними, преодолевать их.

*1. - Выготский Л.С. Основные проблемы современной дефектологии. – М.: МГУ, 1929.*

# **Определение умственной отсталости**

# Умственная отсталость – это, в основном, необратимо-константная аберрация (*от лат. aberratio – отклонение*) психоэволюции-психопрогресса субъекта и, в первую очередь, ментально-интеллектуальная аберрация-аномалия индивида, которая выражается в формах-матрицах деменции, олигофрении, дебильности и других феноменах психической недоразвитости, связанных с деструкциями центральной нервной системы, дефектами-нарушениями в сенсорно-моторной сфере, нарушениями-отклонениями-аберрациями в локально-кортикальных отделах мозга и другими генетико-биологичесиким аберрациями.1

Умственная отсталость – задержка или неполное развитие психики, которое обнаруживается в возрасте до 3 лет, но нередко к младшему школьному возрасту. Проявляется в когнитивной сфере, речи, моторике, социальном функционировании, способности к обучению. На фоне умственной отсталости может наблюдаться весь спектр психических расстройств. Рассматривается как синоним олигофрении. Фенотип сходен с олигофениями, хотя каждый синдром имеет особые черты (например, типичное лицо при болезни Дауна или аутизм при измененной Х хромосоме).

Эндогенные олигофрении обусловлены генетическими причинами, в частности, хромосомными, могут развиваться и при поражении отдельных генов. Нарушения обмена приводят к течению дефекта при умственной отсталости, а также в присоединению таких симптомов, как припадки, соматическая патология.

Экзогенными причинами являются воздействия вирусов, психоактивных и нейротических веществ в период беременности, травмы в родах, болезни обмена у матери, черепно-мозговые травмы, энцефалиты в возрасте до

*1. - Юрчук В.В. Современный словарь по психологии. – Мн.: «Современное слово», 1998.*

3 лет. Они приводят к клинике олигофрении, сочетающейся с симптомами парезов, параплегии или гемиплегии (детский церебральный паралич), хотя часто сами по себе параличи не означают развития умственной отсталости.

В основе патогенеза лежит механизм дизонтогенетичесокой задержки, которые проявляется в задержке развития интеллекта, структуре эмоций и поведения.

Выделяют психопатологическую оценку умственной отсталости – от легкой до глубокой отсталости; неврологические нарушения, например, нарушение способности к тонким моторным действиям; нарушения поведения от расторможенности до аномальной реакции на стресс. При генетически обусловленной умственной отсталости характерны также поражения других органов или систем (зрения, печени, кожи) и часто особый фенотип. Например, мраморность кожи, мышиный запах, при нарушении обмена меди - низкий порог судорожной активности и курчавость волос, или глубоко сидящие глаза, паучьи пальцы или выступающие надбровные дуги и т.д.

Не фоне умственной отсталости возможно развитие психозов, напоминающих гефреническую или параноидальную шизофрению, аффективных расстройств, напоминающих депрессивные или маниакальные эпизоды.

Диагностика умственной отсталости основана на выявлении по нижеследующим критериям.

## Легкая умственная отсталость

Уровень когнитивных способностей соответствует возрасту 9 – 12 лет. Социальное функционирование ограничено, но возможно в любой общественной группе.

Речь развивается с задержкой, но она используется в повседневной жизни. Возможно достижение полной независимости в уходе за собой (прием пищи, комфортное поведение), домашних навыках. Основные затруднения – в школьной успеваемости, задержка обучаемости чтению и письму. Возможна частичная компенсация благодаря социальному окружению. Мышление предметно-конкретное, повышена имитативность. Абстрактное мышление недостаточно развито. Возможно обучение неквалифицированному ручному труду. Эмоциональная и социальная незрелость. Соответствует дебильности.

## Умеренная умственная отсталость

Уровень когнитивных способностей соответствует возрасту 6-9 лет. Уровень социального функционирования ограничен пределами семьи и специальной группы.

Отставание в развитии понимания и использования речи, навыков самообслуживания и моторики, заметное с раннего возраста. В школе развиваются только базисные навыки при постоянном специальном педагогическом внимании (специальные школы). Речевой запас достаточен для сообщения о своих потребностях. Фразовая речь слабо развита. При недоразвитии речи может быть достаточным е понимание при невербальном сопровождении. Часто сопровождается аутизмом, эпилепсией, неврологической патологией. Соответствует имбецильности.

## Тяжелая умственная отсталость

Уровень когнитивных способностей соответствует возрасту 3-6 лет. Уровень социального функционирования низкий.

Причины в основном органические. Сочетается с выраженными моторными нарушениями. Сходно с умеренной отсталостью. Возможно развитие коммуникативных навыков. Соответствует глубокой имбецильности.

## Глубокая умственная отсталость

Уровень когнитивных способностей соответствует возрасту до 3 лет. Не способны к пониманию и выполнению требований или инструкций. Часто недержание мочи или кала. Моторика грубо нарушена. Тяжелые неврологические нарушения. Соответствует идиотии.

## Другая умственная отсталость

Соматические (тяжелые соматические заболевания) или сенсорные проблемы (глухота, слепота) препятствуют оценке интеллектуального уровня.

## Неуточненная умственная отсталость

Нет достаточной информации для установления интеллектуального уровня. Поведенческие нарушения *а)* минимальные или отсутствуют; *б)* значительные, требующие внимания или лечебных мер (случаи умственной отсталости с атипичной структурой дефекта, психопатоподобным расстройствам;  *в)* другие; *г)* не определены.

#### Деменция как форма умственной отсталости

По особенностям клиники и динамики можно выделить две формы органической деменции у детей. Одна из них представляет собой следствие церебральных поражений, перенесенных в школьном возрасте. Основанием для диагноза деменции в таких случаях является явный контраст между наличием знаний, навыков, отражающих уровень развития, достигнутый ребенком до заболевания, и его познавательными возможностями, обнаруживаемыми при проведении обследования. При знакомстве с такими детьми обращают на себя внимание фонетически полноценная, грамматическим и синтаксически правильная речь с удовлетворительным запасом слов, владение рядом бытовых и школьных навыков, манера держать карандаш и ручку, техника чтения и письма и т.д., запас некоторых знаний, усвоенных в школе. Между тем психологическое обследование выявляет крайнюю пестроту ответов: наряду с преобладанием элементарных, предметно-конкретных суждений неожиданно можно услышать полноценные обобщения и даже элементы абстракции, отражающие уровень интеллектуального развития ребенка до заболевания. Но ущерб, нанесенный заболеванием, не только препятствуют приобретению новых знаний, но и лишает возможности использовать приобретенные ранее сведения, которые имеются у ребенка. Продуктивность мышления снижается и в связи с неустойчивостью, трудностью концентрации внимания, ухудшением памяти, повышенной истощаемостью.

Интеллектуальное снижение почти всегда сочетается с выраженными аффективными расстройствами и снижением психической активности. При этом степень и темп деградации личности обычно опережают интеллектуальное снижение. С течением времени круг интересов все более суживается, стимулы деятельности угасают. Сохраняется лишь стремление к удовлетворению элементарных потребностей, но иногда и оно ослабевает и остается только апатическое состояние.

Та инерция автоматизированных форм поведения и деятельности, которая у взрослых, заменяя в известной мере целенаправленную деятельность, маскирует психическую деградацию, у детей и подростков еще не выработана и не закреплена. Поэтому несформировавшаяся личность распадается быстрее.

Совершенно иная картина деменции, которая чаще наблюдается у детей, перенесших мозговое заболевание в дошкольном или еще более раннем возрасте. Центральное место в ней занимает резко выраженное психомоторное возбуждение. Сначала такие дети могут показаться возбудимыми, аффективно лабильными, но в действительности их эмоциональная жизнь очень скудна, они ни к кому не привязаны, не тоскуют по родным, безразлично относятся к окружающим, похвала и порицание не производят на них никакого впечатления. Элементарные же влечения повышены; наблюдаются прожорливость, сексуальность. Часто отмечается слабость инстинкта самосохранения – отсутствие страха перед чужими людьми, незнакомым мостом, опасной для жизни ситуацией.

Интеллектуальная деятельность нарушена во всех элементах: восприятия расплывчаты, неопределенны и неточны; суждения поверхностны и случайны, в их построении ведущая роль принадлежит несущественным, побочным ассоциациям; беспорядочная, нецеленаправленная деятельность интеллекта исключается возможность абстрактного мышления. Грубо расстроено внимание. Особенно ярко внутренняя дезорганизованность проявляется в играх, которые большей частью заключаются в бесцельной беготне, валянии по полу, бросании и разрушении вещей. Такие дети не могут играть в общих играх, так как не усваивают правил, не подчиняются регламенту.

Все поведение таких детей складывается из отдельных поступков, не объединенных общей целью, лишенных последовательности и внутренней связи и неадекватных ситуаций. Нет учета и понимания последствий своих действий. Жизненный опыт не приобретается. Критическое отношение к своему состоянию и поведению отсутствует.

# **Олигофрения**

Для олигофрении, развивающейся обычно после ранних или внутриутробных мозговых заболеваний, характерно преобладание психического недоразвития с преимущественной недостаточностью познавательной деятельности, степень которой зависит от тяжести поражения. Можно выделить два варианта такой олигофрении. При апатическом варианте довольно глубоко и равномерно снижен интеллект, отмечается слабая психическая активность. Уже с первых лет жизни ребенка родные замечают у него вялость и малоподвижность, медленные неловкие движения, трудное овладение бытовыми навыками. Такие дети поздно начинают сидеть, стоять, ходить, у них долго держится энурез. Особенно страдает речь. Появляясь поздно, она в течение ряда лет остается фонетически и артикуляционно дефектной. Игры у этих детей малосодержательны, однообразны, сверстники не принимают их в компанию, поэтому они чаще играют одни.

Обучение их в массовой школе после двух классов большей частью невозможно. При правильном воспитании и обучении во вспомогательной школе такие дети все же могут овладеть элементами грамоты, бытовыми навыками и несложными рабочими приемами. В благоприятных условиях, если не требуется быстрого темпа и разнообразных действий, они достаточно работоспособны. Однако вялость, медлительность, внушаемость и несамостоятельность настолько мешают их приспособлению к жизненным требованиям, что они почти всегда нуждаются в помощи и опеке.

При втором варианте олигофрении, вызванной ранним органическим поражением мозга, умственная отсталость сочетается с психопатоподобным поведением, проявления которого могут быть различными. В одних случаях это повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, двигательная расторможенность. Сначала родители и педагоги жалуются на трудное поведение ребенка и только позже замечают его умственную отсталость. Однако при поступлении в школу уже в первом полугодии обнаруживается первичная слабость суждений, трудность овладения элементарными логическими операциями. Несмотря на то, что степень умственной отсталости у этих детей обычно меньше, чем у детей с апатическим вариантом олигофрении, обучение у первых протекает с большими трудностями, так как психопатоподобное поведение резко снижает работоспособность и возможность социальной адаптации.

Другой вариант олигофрении, осложненной психопатоподобным поведением, характеризуется наличием раздражительности, пониженного угрюмого настроения, недоброжелательности, недоверчивости, склонности к гневным вспышкам. Малая продуктивность связана не только с интеллектуальной недостаточностью, но и с крайней ограниченностью интересов, фиксированных преимущественно на удовлетворение элементарных влечений (обычно повышенных) и бытовых потребностей. И в этом случае внимание окружающих сначала привлекают трудности поведения таких детей, и лишь позже, особенно с началом школьных занятий, выявляется умственная отсталость.

### Заключение

При умственной отсталости основными этиологическими факторами являются внутриутробные и ранние постнатальные органические поражения центральной нервной системы; некоторый удельный вес имеют хромосомные заболевания, а также наследственные заболевания центральной нервной системы, приводящие к умственной отсталости.

В силу недоразвития словесной системы и инертности старых словесных связей выработка связей без их адекватной вербализации возможна, т.е. имеется разрыв между сигнальными системами.

Физическое развитие умственно отсталых детей характеризуется диспластичностью, особенно в отношении формы черепа.

Имеет место неврологическая симптоматика. Почти в 50 % случаев она носит выраженный характер.

Моторика в целом умственно отсталых детей недоразвита. Движения плохо координированы, замедленны, неловки, у них обнаруживается явно выраженное недоразвитие сложных форм движения, отмечается плохая переключаемость с одного движения на другое, неумение выполнить движение по словесной инструкции.

Особенности речи умственно отсталого ребенка: в процессе развития такие дети плохо усваивают значение слов, что отрицательно сказывается на развитии фонематического слуха и тем самым затормаживает формирование речи в целом. Наряду с косноязычием отмечается и более сложные формы нарушения произношения, в основе которых лежит замедленное усвоение ребенком звуковой стороны речи. Таким детям свойственны фонетико-фонематические нарушения, проявляющиеся в неточной слуховой дифференцировке близких по звучанию фонем и затрудненности звукового анализа слова. Это приводит к дефектам произношения. Умственно отсталые дети отличаются бедностью словаря, вследствие чего они недостаточно овладевают грамматическим строем речи. Эти дети испытывают большие затруднения при необходимости сформулировать свои мысли, недостаточно пользуются речью в процессе игры и общения.

Недоразвитие познавательной деятельности умственно отсталых детей выявляется при решении любой задачи, которая требует известного уровня развития способностей к отвлечению и обобщению.

При умственной отсталости имеются структурные диффузные изменения в коре полушарий головного мозга, в силу чего и в процессе компенсации не возникает полной обратимости симптомов.

### Литература

1. Дети с отклонениями в развитии / Под ред. М.С.Певзнер. – М.: Просвещение, 1966.
2. Краткий курс психиатрии / Под ред. Проф. В.П.Самохвалова – Симферополь: «Сонат», 2000.
3. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития / Сост. и общ. ред. В.М.Астапова, Ю.В.Микадзе. – СПб.: Питер, 2001.
4. Юрчук В.В. Современный словарь по психологии. – Мн.: «Современное слово», 1998.