План

Введение

. Умственная отсталость

.1 Понятие и причины олигофрении

.2 Синдромы деменции

. Степени умственной отсталости

.1 Дебильность

.2 Имбицильность

.3 Идиотия

Выводы

Список используемой литературы

умственная отсталость олигофрения слабоумие дебильность

Введение

К лицам с нарушением умственного развития относят лиц со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим следствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный характер.

Термином «умственная отсталость» в отечественной коррекционной педагогике обозначается стойко выраженное снижение познавательной деятельности, возникшее на основе поражения центральной нервной системы.

Характерной особенностью данного дефекта является нарушение высших психических функций - отражения и регуляции поведения и деятельности. Это выражается в нарушении познавательных процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи, внимания), страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом.

Вызвать умственную отсталость могут различного рода патогенные факторы, которые воздействуют на плод в период внутриутробного развития. Неблагоприятное воздействие на развитие мозга плода оказывают некоторые хронические болезни матери: заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени. Пагубно сказываются на развитии плода курение, алкоголизм, неправильное питание матери, различные физические и психические травмы, перенесенные в период беременности, неблагоприятные условия внешней среды.

В период родов патогенными факторами являются родовые травмы мозга.

Проблемы изучения, обучения, воспитания и социальной адаптации детей с нарушениями интеллектуального развития разрабатываются одной из отраслей специальной педагогики - олигофренопедагогикой.

Умственно отсталые лица - разнородная по своему составу группа. В нее входят те, у которых поражение мозга возникло до становления речи. В этом случае имеет место диагноз олигофрения.

1. Умственная отсталость

Cогласно современным научным представлениям, понятие "умственная отсталость" имеет собирательное значение, которое объединяет самые разные по своему происхождению формы патологии психической деятельности. В это число включают формы умственной отсталости, связанные с повреждением мозга генетическими, органическими, интоксикационными и иными вредностями. Выделяют формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социальных и культурных факторов: неправильное воспитание, педагогическая запущенность, отрицательные соматические и психогенные влияния, дефекты зрения и слуха.

Любая вредность, действующая на организм, не закончивший своего формирования, физиологического роста, может привести к общей или частичной задержке его развития. Достаточно длительное и сильное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонениям в его дифференцировании, а, следовательно, и к нарушениям в психическом развитии ребенка. Выраженность и формы умственной отсталости зависят от времени влияния повреждающих биологических и неблагоприятных социальных факторов, локализации и распространенности болезненного процесса, а также его интенсивности.

Умственная отсталость характеризуется рядом общих клинических признаков. Ведущий признак - общее недоразвитие всех сложных форм психической деятельности. При этом патологическом состоянии - врожденном или приобретенном в возрасте до 3-х лет - страдают интеллект, мышление, восприятие, память, внимание, речь, двигательная и эмоционально-волевая сферы.

Причины умственной отсталости заключаются в неправильном формировании или в поражении головного мозга на ранних этапах его развития. Поэтому отличительной чертой умственной отсталости от приобретенного слабоумия является то, что умственная отсталость представляет собой не снижение функций психики вследствие психического заболевания, а их первоначальное недоразвитие. В случаях приобретенного слабоумия болезненное расстройство психической деятельности возникает у полноценного до этого человека, причем во время обследования удается выявить остатки прежних навыков и знаний. У лиц с приобретенным слабоумием речь более развита, уровень абстрактного мышления более высок, имеется резкое несоответствие между интересами и устремлениями больного до развития слабоумия и после этого.

При умственной отсталости страдают те функции психики, которые обеспечивают нормальное развитие человека. Привести к повреждению головного мозга, обусловливающему умственную отсталость, могут различные факторы, действующие на зародыш и плод в периоде внутриутробного развития, во время родов или в послеродовом развитии. Различного рода интоксикации, заболевания матери во время беременности, травмы, полученные плодом в период внутриутробного развития и родов могут быть причиной умственной отсталости. Наиболее частыми причинами умственной отсталости являются тяжелые нейроинфекции, черепно-мозговые травмы.

Умственная отсталость широко распространена среди населения всего мира, в зависимости от различных причин принято считать, что ею страдают от 1% до 5% людей.

Данные о распространенности умственной отсталости разноречивы, что объясняется рядом причин. Умственная отсталость различается по своей глубине, и ее диагностика, особенно это касается легкой степени, может быть затруднена. Лица, например, с легкой дебильностью или так называемой пограничной умственной отсталостью могут никогда не попасть в поле зрения психиатров или дефектологов. В ряде случаев трудно определить, является ли умственная отсталость истинной, или это только временная задержка психического развития как результат того, что ребенок вследствие неблагоприятных социальных условий был лишен возможности ознакомиться с тем запасом общеобразовательных знаний и культурной информацией, которыми в достаточной мере овладели его сверстники. На своевременную выявляемость этих лиц влияет уровень развития здравоохранения, методы диагностики и многие другие факторы.

Клиническая картина умственной отсталости проявляется не только в общей психической неполноценности, но и в различных неврологических и соматических симптомах, что является показателем недоразвития и неправильного развития не только головного мозга, но и всего организма. Особенно это положение касается тех случаев, когда имеет место биологическое повреждение зародыша.

Больные нередко обращают на себя внимание уже своим внешним видом: непропорциональное телосложение, череп то значительно уменьшен (микроцефалия), то увеличен (гидроцефалия), выражение лица тупое, рот полуоткрыт, конечности короткие, движения неловкие, угловатые, часто недостаточно координированные. Нередко имеются дефекты слуха, зрения, речи, пороки развития внутренних органов.

Характерным для умственной отсталости является недоразвитие речи. Большинство этих лиц начинают говорить после 4 лет. Медленное развитие речи иногда является выражением недостаточного развития моторики и неспособности владеть своими движениями. В таких случаях понимание речи начинается раньше, чем умственно отсталые лица начинают говорить (немота без глухоты). В других случаях недостаточность речи больше связана с дефектом высших психических функций, чем двигательных. Речь при этом бедна запасом слов, построение фраз детское. Часто отмечаются неправильное соотношение между отдельными частями предложения, аграмматичное построение фраз, отсутствие в них спряжения и склонения. Такую речь дополняют неправильное произношение отдельных звуков, бедность интонаций, затруднения при переходе от слога к слогу, от слова к слову. При достаточно развитой устной речи может быть недоразвита способность к чтению и письму.

Для умственной отсталости характерна более или менее равномерная недостаточность как предпосылок интеллекта (внимание, память), так и его высших функций (способность к сопоставлениям, обобщениям, анализу и синтезу, способность к творческому, оригинальному и абстрактному мышлению, к самостоятельным суждениям и умозаключениям).

Процесс восприятия часто ограничен различными дефектами органов чувств, но и при хороших зрении и слухе восприятие внешних впечатлений затрудняется из-за недостаточности активного внимания. При тяжелой умственной отсталости страдает и пассивное внимание. При всяком психическом напряжении умственно отсталые лица устают гораздо быстрее, чем их здоровые в психическом отношении сверстники.

Отмечаются и заметные нарушения памяти. Они могут быть обусловлены неспособностью удержать в памяти воспринятые образы или устанавливать связь с прошлым опытом. Даже в случаях хорошей механической памяти больные способны к восстановлению только отдельных деталей, они не воспроизводят сложной картины событий, сложного комплекса впечатлений, что связано с недостаточностью ассоциативного процесса, способности к умозаключению. Наряду с явной недостаточностью смысловой памяти иногда наблюдается хорошая изолированная память на имена, числа, даты, мелодии.

Вследствие недоразвития высших психических функций отмечаются затруднения обобщать впечатления прошлого и настоящего, делать из них выводы и таким образом приобретать опыт, новые знания и понятия. Запас знаний всегда ограничен. Вследствие затруднения усвоения отвлеченных понятий больные не улавливают их переносного смысла. Неспособность к абстракции может проявляться уже и в том, что счет производится только в именованных числах или при помощи подсобных предметов, счет отвлеченных чисел недоступен. Затруднено отличие главного от второстепенного, дифференциация явлений разного порядка, лучше усваивается форма, нежели внутренний смысл явлений.

1.1 Понятие и причины олигофрении

Термин «олигофрения» (от греч. “olygos” - мало и “phren” - ум) был введен в XIX в. немецким психиатром Э. Крепилином. Этот термин традиционно используется в отечественной специальной педагогике. В разных странах ему соответствуют другие термины, например в англоязычных странах - mental reterdation - «отставание в интеллектуальном развитии».

В отечественной специальной литературе вплоть до 60-х годов наряду с термином «умственная отсталость» широко использовался (иногда используется и в настоящее время) термин «слабоумие».

Наиболее многочисленную группу среди умственно отсталых детей составляют дети-олигофрены. Олигофрения - это форма умственного и психического недоразвития. Возникающая в результате поражения центральной нервной системы в пренатальный, натальный или постнатальный периодах.

Причинами олигофрении могут быть различные факторы экзогенного (внешнего) и эндогенного (внутреннего) характера, вызывающие органические нарушения головного мозга. К экзогенным факторам относятся различные инфекционные заболевания матери в период беременности (вирусные заболевания, краснуха, болезнь Боткина, токсоплазмоз и др.), различные родовые травмы (например, асфиксия и др.).

Эндогенные отрицательные факторы приводят к врожденной олигофрении. К ним относятся патологическая наследственность (венерические и некоторые другие заболевания родителей), умственная отсталость обоих или одного из родителей, нарушения хромосомного набора, заболевания эндокринной системы, несовместимость состава крови матери и ребенка по резус-фактору и др.

Меньшая по численности группа - лица, у которых умственная отсталость возникла после трех лет. В результате травм головного мозга, различных заболеваний (менингита, энцефалита, менингоэнцефалита) произошел распад уже сформировавшихся психических функций. Эти состояния называют деменцией.

Интеллектуальный дефект при деменции необратим. Поражения при деменции неоднородны. Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться большая или меньшая сохранность других его отделов. При этих состояниях чаще наблюдаются более резкие нарушения внимания, памяти, работоспособности, чем восприятия, мышления, речи. Особую группу составляют лица, у которых умственная отсталость сочетается с текущими заболеваниями нервной системы: шизофренией, эпилепсией и др. При прогрессировании этих заболеваний происходит распад психических образований, умственная отсталость усугубляется, достигает тяжелой степени, появляются специфические особенности эмоционально-волевой сферы, деятельности и личности в целом. Своевременное лечение позволяет тормозить прогрессирование заболевания.

.2 Синдромы деменции

Деменция (лат. “dementia” - слабоумие) - обусловленное заболевание мозга, снижение интеллекта. Проявляется нарушением ряда высших корковых функций, включая внимание, память, мышление, ориентировку, понимание, счет, суждение, речь, способность к обучению. Наблюдается ослабление когнитивных функций, эмоционального контроля, социальной адаптации. Сознание не изменено, однако, осознание болезни отсутствует (анозогнозия), если деменция носит тотальный характер.

К деменции не относятся временные (преходящие) изменения интеллекта, напоминающие слабоумие, например, связанные с депрессией. Основными при деменции считаются нарушения процессов памяти (фиксации, ретенции, репродукции) и мышления (интерпретация поступающей информации, способность к рассуждению, замедление процессов мышления). Диагноз деменции можно считать достоверным, если вышеупомянутые расстройства существуют (прогрессируют) не менее шести месяцев.

Различают парциальное и тотальное слабоумие.

Парциальная (частичная, лакунарная, дисмнестическая) деменция проявляется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций с преобладанием дисмнестических нарушений. Ядро личности, самосознания, стиль поведения заметно не страдают, запас навыков и знаний сохраняется на уровне, обеспечивающем ориентировку в происходящем и самообслуживание. Ограничения в первую очередь касаются нового опыта, планирования, воображения, оригинальности и творчества, прогностической функции, расстройство критики выражено нерезко либо отсутствует. Пациенты понимают факт интеллектуального снижения, адекватно на это реагируют, стремятся компенсировать свою несостоятельность.

Тотальная (глобарная) деменция характеризуется и более или менее равномерным поражением всех сторон познавательной деятельности, глубоким снижением личности, потерей спонтанности, утратой критики к своему состоянию. Лакунарное слабоумие при прогрессировании может переходить в глобарное. Деление деменции на парциальную и тотальную диктуется практическими соображениями и носит условный характер. Различают следующие виды деменции.

Эпилептическая деменция. (Более корректным является выражение «слабоумие при эпилепсии»). Наряду с замедлением психических процессов (торпидность) выявляются снижение уровня мыслительной деятельности, патологическая обстоятельность мышления. С трудом, путано, неточно, с остановками и повторениями выражаются мысли. В связи с этим мышление больных эпилепсией называют лабиринтным. Ослабевает память, в первую очередь, на события, не имеющие личного значения. Обедняется лексикон, употребляются уменьшительно-ласкательные обороты речи - эвфемизмы, неопределенные и лишние слова и выражения. Речь в растяжку, нараспев, с обилием словесных штампов, междометий. Круг интересов и побуждений к деятельности ограничен заботами о собственном благополучии («концентрическое слабоумие»). Наблюдается утрированное заострение характерологических черт. Так, вежливость переходит в слащавость, елейность; предупредительность - в услужливость, сервилизм; учтивость - в льстивость; аккуратность - в мелочный педантизм; сочувствие - в подобострастие; самоуважение - в заносчивость; бережливость - в скупость и т. д. Больные могут быть обидчивы, злопамятны, мстительны, взрывчаты. Иногда развиваются ханжество, показное благочестие, двуличие, набожность.

Сенильная (старческая) деменция. Вначале появляются признаки душевного оскудения, черствости - неприветливость, холодность, грубость, скаредность и др. Больные угрюмы, недоверчивы, подозрительны. Растормаживаются биологические влечения, угасают прежние интересы и привязанности. Нарушения памяти достигают степени прогрессирующей амнезии, резко падает способность суждения. Присоединяются расстройства пространственной ориентировки, речи, праксиса, выпадение других высших корковых функций. Наблюдаются бредовые идеи, галлюцинации, депрессия, мысли о смерти и умерших людях. Процесс завершается психическим маразмом. Различают разные формы старческого слабоумия: простую, депрессивную, параноидную, с состоянием спутанности сознания. Симптоматика предстарческого слабоумия аналогична таковой при сенильной деменции и характеризует диффузную либо очаговую атрофию головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика).

Паралитическая деменция. Наблюдается при прогрессивном параличе. Характеризуется грубыми нарушениями внимания, памяти, мышления. Повышена внушаемость. Поведение, вначале легкомысленное, становится затем нелепым. Фон настроения может быть повышен, наблюдается эйфория. Стираются индивидуальные особенности личности, может наступить психический распад.

Травматическое слабоумие. Степень выраженности и клинические особенности травматической деменции отражают глубину и локализацию повреждения головного мозга. Так, преимущественное поражение лобно-базальных отделов мозга может выражаться псевдопаралитическим синдромом, картиной мории. Поражение фронтальных отделов лобных долей проявляется апатией, аспонтанностью, акинезией, снижением активности мышления. При поражении височных долей могут возникать нарушения, напоминающие эпилептическую деградацию, типичны при этом расстройства речи, речевого мышления. При поражении ствола мозга отмечаются торможение влечений, аффектов, торпидность, однако могут наблюдаться и противоположные явления: аффективная возбудимость, повышение влечений, импульсивность. Поражение межуточного мозга сопровождается потерей психической энергии, чувством бессилия, апатией, повышенной сонливостью, иногда - эйфорией, дисфорией, грубыми проявлениями аффектов и влечений. Могут возникать эндокринные и обменные нарушения. Разновидностью травматического является так называемое, боксерское слабоумие, встречающееся примерно у 5 % лиц, подвергшихся травмам на ринге.

Сосудистое (постинсультное слабоумие синдром Бинсвангера) слабоумие. Развивается после инсульта или серии микроинсультов. Характеризуется грубыми нарушениями памяти, осмысления, речи (афазии, логоклонии), явлениями насильственного смеха, плача, психотическими эпизодами, значительными неврологическими нарушениями.

Сосудистая (дисциркуляторная) энцефалопатия чаще проявляется картиной дисмнестического слабоумия. Психические нарушения при гипертонической болезни могут выражаться псевдопаралитическим синдромом. Тяжесть сосудистых расстройств нередко колеблется.

Алкогольное слабоумие. Возникает как следствие алкогольной энцефалопатии (болезнь Гайе-Вернике, Корсакова, Маркиафава-Биньями и др.). Чаще проявляется в виде амнестического (Корсаковского) синдрома.

Деменция при болезни Альцгеймера характеризуется прогрессирующими нарушениями памяти, а также локальными расстройствами корковых функций, такими, как афазия, аграфия, алексия и апраксия. Локальные нарушения при этом могут преобладать на ранних этапах развития заболевания в случаях относительно раннего его начала (до 65 лет). Деменции при болезни Пика свойственны медленно нарастающие изменения характера и социальное снижение с последующим падением интеллектуальных функций. Типичны снижение памяти, расстройства речи, апатии либо эйфория, а иногда экстрапирамидные явления. Социальная дезадаптация и отклонения в поведении нередко опережают снижение памяти и речи. При болезни Крейцфельдта-Якоба с типичным ее началом на пятом десятилетии жизни быстро прогрессирующая деменция сочетается с множественными неврологическими нарушениями (спастический паралич конечностей, ригидность, тремор, экстрапирамидные знаки, миоклонус). Течение подострое с летальным исходом через один, два года. Характерна трехфазная ЭКГ. Деменция при болезни Гентингтона (в типичных случаях проявляется на третьем десятилетии жизни) иногда начинается с тревоги, депрессии, параноида и изменений личности. Чаще дебютирует хореиформными гиперкинезами (особенно в лице и верхнем плечевом поясе), которые предшествуют деменции. Деменция характеризуется преобладанием лобных нарушений и относительно сохранной памятью в течение длительного времени. Заболевание протекает медленно, приводит к смерти спустя 10-15 лет. Для структуры деменции при болезни Паркинсона не установлено каких-либо характерных отличий. Констатируется на фоне верифицированной болезни Паркинсона, может сочетаться с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией. Деменция при ВИЧ проявляется жалобами на медлительность и трудность в концентрации внимания, затруднениями чтения, решения задач, забывчивостью: Нарастают аутизация, аспонтанность, апатия. Возможны аффективные нарушения, психотические явления, припадки, а из неврологических расстройств - тремор, атаксия, мышечная гипертония.

Помимо вышеупомянутых наблюдается преходящее (транзиторное) слабоумие: шизофреническая и психогенная деменция.

При шизофренической (апатически-диссоциативной) деменции нет выпадений памяти, сохраняются приобретенные знания и навыки, могут быть не нарушены формальные аспекты мышления. Характерной особенностью шизофренического слабоумия является диссоциация между неспособностью уловить реальное значение конкретных событий, житейских ситуаций, ролевой несостоятельностью и удовлетворительными либо хорошими возможностями абстрактно-логического мышления - ситуационное слабоумие. Подчас значительный опыт и достаточные комбинаторные способности не могут актуализироваться в повседневной практической деятельности вследствие аутистической оторванности от реальности, аспонтанности, апатии.

Психогенное слабоумие (псевдодеменция). Истерическая реакция личности на психотравмирующую ситуацию в виде мнимого слабоумия. Проявляется симптомами мимо-ответов и мимодействий, особенно наглядными в элементарных ситуациях. Поведение столь демонстративно и нарочито, что одно это указывает на факт серьезного психического расстройства.

Различают депрессивный и ажитированный варианты псевдодеменции. При депрессивном варианте выявляется заторможенность моторных и речевых реакций, иногда мутизм. Наблюдаются истерические мимо-ответы, вербигерация, плохое запоминание свежих впечатлений, потеря интереса к происходящему. Пациенты негативистичны, часто совершают мимодействия (пытаясь, например, зажечь спичку, трут ею не ту сторону коробка или чиркают не головкой, а противоположным концом). Ажитированный вариант псевдодеменции выражается возбужденностью пациентов, эйфорией, расторможенностью, многоречивостью, ускорением речи. Мимоответы и мимодействия совершаются не только в реакциях, но и спонтанно. Явления псевдодеменции обратимы и бесследно исчезают с устранением или изживанием психотравмирующей ситуации. Воспоминания о психотическом периоде сохраняются частично.

Псевдодеменция описана Вернике и является одной из форм истерического психоза. Известны другие его формы, в частности, синдромы пуэрилизма и Ганзера.

Синдром пуэрилизма (“puer” - мальчик) проявляется преходящей регрессией сознания и поведения на детский уровень организации личности. Взрослый пациент в это время ведет себя и говорит, словно ребенок: ползает на четвереньках, забавляется детскими игрушками, капризничает, устраивает истерики, обращается к окружающим со словами «дядя», «тетя», просит не наказывать его, не бить, не ставить в угол, требует позвать «маму», ест руками, лепечет, читает по слогам.

Синдром Ганзера характеризуется тем же набором истерических проявлений (разговор не по существу, мимодействия, нарочитость, симптомы регрессии, возбужденность или заторможенность), но отличается большей тяжестью нарушений и, что самое важное - спутанностью сознания. Наблюдаются расстройства ориентировки в ситуации, месте, времени, а по выходе из психоза - явления частичной или полной амнезии. Истерические психозы упомянутого типа ранее описывались как «тюремные психозы» у арестованных и заключенных, но они возникают также при органических заболеваниях мозга и чаще встречаются в больницах, нежели в тюрьмах. Длительность их составляет несколько недель и даже месяцев. Долгое время их смешивали с симуляцией. В отличие от последней они связаны не с сознательной мистификацией, а отражают влияние неосознаваемых установок личности или обусловлены реакцией на органическое поражение психических функций.

Существуют и иные подходы к систематике слабоумия. Так, В. М. Блейхер (1976) различает следующие его формы:

простое. Простой форме свойственно преобладание дефицитарных мнестико-интеллектуальных нарушений и отсутствие продуктивной симптоматики;

психопатоподобное. Психопатоподобному слабоумию присуще болезненное заострение преморбидных особенностей личности или появление новых, не наблюдавшихся до болезни;

галлюцинаторно-параноидное. Галлюцинаторно-параноидное слабоумие характеризует сочетание мнестико-интеллектуального снижения с галлюцинациями и бредом, причем последние по мере углубления деменции исчезают;

амнестически-парамнестическое. Амнестически-парамнестическое слабоумие по симптоматике тождественно Корсаковскому синдрому;

паралитическое и псевдопаралитическое. Паралитическое и псевдопаралитическое слабоумие определяется психическими нарушениями, свойственными прогрессирующему параличу, а также расстройствами, упомянутыми ранее при описании псевдопаралитического синдрома;

асемическое. Асемическое слабоумие типично для очаговых поражений головного мозга, а также болезней Пика, Альцгеймера, очаговой (лиссауэровской) форме прогрессирующего паралича. Слабоумие, чаще глобарного типа, сочетается с очаговыми расстройствами речи, гнозиса и праксисаи;

терминальное или марантическое. Марантическое слабоумие характеризуется полным распадом психической деятельности, эквифинальностью наблюдавшихся до него картин деменции.

. Степени умственной отсталости

По выраженности интеллектуального дефекта выделяют несколько степеней умственной отсталости. Общепринятая классификация, основанная на систематизации различных форм олигофрении в зависимости от степени интеллектуальной недостаточности, определяет три основные группы:

дебильность, имбецильность и идиотию.

В странах Западной Европы и США эти термины используются лишь в узком профессиональном кругу специалистов (например, медиками). В широкой социальной и педагогической практике используется обобщающее определение «труднообучаемые».

Согласно классификации, принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1994 г., умственная отсталость включает четыре степени снижения интеллекта: незначительную, умеренную, тяжелую и глубокую в зависимости от количественной оценки интеллекта (IQ).

Сопоставление качественной характеристики снижения интеллекта (Россия) и количественной характеристики (зарубежные страны) дает следующие соотношения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IQ | Международная система | Российская система |
| 71 и выше | норма | норма |
| 50 - 70 | Незначительная умственная отсталость, затруднение в учении | дебильность |
| 35 - 49 | Умеренная умственная отсталость, трудности в обучении | имбецильность |
| 25 - 39 | Тяжелая умственная отсталость, значительные трудности в учении | идиотия |
| 20 и ниже | Глубокая умственная отсталость | ---------- |

.1 Дебильность

Дебильность (от лат. “debilis” - слабый) - легкая степень олигофрении; характеризуется низким уровнем абстрактного мышления, слабым волевым контролем поведения. При дебильности в условиях специального обучения во вспомогатательной школе возможно освоение элементарных знаний, некоторых трудовых навыков. Это незначительная степень умственной отсталости. Эта категория лиц составляет большинство (70-80%), среди страдающих умственной отсталостью.

Такие дети отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников. Они, как правило, позже начинают ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания. Эти дети неловки, физически слабы, часто болеют.

Они мало интересуются окружающим: не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям, происходящим в природе и социальной жизни. К концу дошкольного возраста их активный словарь беден. Фразы односложны. Дети не могут передать элементарное связное содержание. Пассивный словарь также значительно меньше по объему, чем в норме. Они не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трех слов, даже в школьном возрасте им трудно поддерживать беседу, так как они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника.

Без коррекционного обучения к концу дошкольного возраста у этих детей формируется только предметная деятельность. Игровая деятельность не становится ведущей. В младшем дошкольном возрасте у них преобладают бесцельные действия с игрушками, к старшему дошкольному возрасту появляются предметно-игровые действия, которые не сопровождаются эмоциональными реакциями и речью. Сюжетно-ролевая игра самостоятельно, без специального коррекционного обучения не формируется.

Общение ребенка с нормально развивающимися сверстниками затруднено:

его не принимают в игру, так как он не умеет играть. Он становится отверженным в среде сверстников и вынужден играть с более младшими детьми.

Такой ребенок в условиях обычного детского сада испытывает стойкие трудности в усвоении материала на занятиях по формированию элементарных математических представлений, развитию речи, ознакомлению с окружающим, конструированию. Если ребенок получил в детском саду специальной педагогической помощи, он оказывается не готовым к школьному обучению.

Часто дети с незначительной умственной отсталостью воспитываются в условиях массового детского сада, так как их отставание не ярко выражено.

Но, попадая в массовую школу, они сразу же испытывают значительные затруднения в усвоении таких учебных предметов, как математика, русский язык, чтение. Овладевая устной и письменной речью, понятием числа, навыками счета, они испытывают затруднения в понимании связей между звуком и буквой, множеством и его числовым выражением. Все это физиологически обусловлено недоразвитием аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности, нарушениями фонематического восприятия и фонетико-фонематического анализа.

Недостаточное развитие способностей к установлению и пониманию временных, пространственных и причинно-следственных отношений между объектами и явлениями не позволяет таким детям усваивать в объеме общеобразовательной школы материал по таким предметам, как история, география, черчение и др.

Чтобы как можно раньше установить причины трудностей и оказать ребенку специальную педагогическую помощь, необходимо провести его психолого-медико-педагогическое обследование. Если это будет необходимо, ему будет рекомендовано обучение в другом типе школы.

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельости, дети с незначительной умственной отсталостью все же имеют возможности для развития. У них в основном сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, ориентированы на взрослого, у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность. Эти люди дееспособны, поэтому общество признает их способными отвечать за свои поступки перед законом, нести воинскую повинность, наследовать имущество, участвовать в выборах в органы местного и федерального управления.

2.2 Имбецильность

Имбецильность (от лат. “imbecillus” - слабый, немощный) - средняя степень олигофрении, слабоумия, интеллектуального недоразвития, обусловленная задержкой развития мозга плода или ребенка в первые годы жизни. Это умеренная степень умственной отсталости. При этой форме поражены как кора больших полушарий головного мозга, так и нижележащие образования.

Это нарушение выявляется в ранние периоды развития ребенка. В младенческом возрасте такие дети начинают позже держать головку (к четырем-шести месяцам и позже), самостоятельно переворачиваться, сидеть. Овладевают ходьбой после трех лет.

Речь появляется к концу дошкольного возраста и представляет собой отдельные слова, редко фразы. Часто значительно нарушено звукопроизношение. Существенно страдает моторика, поэтому навыки самообслуживания формируются с трудом и в более поздние сроки, чем у нормально развивающихся детей. Познавательные возможности резко снижены: грубо нарушены ощущения, восприятие, память, внимание, мышление.

Основной чертой, характерной для лиц данной категории, является неспособность к самостоятельному понятийному мышлению. Имеющиеся понятия носят конкретный бытовой характер, диапазон которых очень узок. Речевое развитие примитивно, собственная речь бедна, хотя понимание речи на бытовом уровне сохранно.

Дети-имбецилы признаются инвалидами детства. Эти дети вполне обучаемы, т. е. способны овладеть навыками общения, социально-бытовыми навыками, грамотой, счетом, некоторыми сведениями об окружающем мире,

научиться какому-либо ремеслу. В то же время они не могут вести самостоятельный образ жизни, нуждаются в опеке.

В дошкольном возрасте дети могут посещать специальные детские сады для детей с нарушением интеллекта, а в 7-8 лет они могут быть приняты в специальные (коррекционные) школы.

Практика показала, что лица с умеренной степенью умственной отсталости прекрасно справляются с сельскохозяйственным трудом, который доставляет им радость, давая возможность самореализоваться.

.3 Идиотия

Идиотия (от греч. “idioteia” - невежество), наиболее глубокая степень олигофрении. При идиотии мышление и речь не развиваются, влечения и эмоции элементарны, не корригируются.

Это самая тяжелая степень умственной отсталости. Диагностика этих грубых нарушений возможна уже на первом году жизни ребенка. Среди многочисленных признаков особо выделяются нарушения статических и моторных функций: задержка в проявлении дифференцированной эмоциональной реакции, неадекватная реакция на окружение, позднее появление лепета, навыков стояния, ходьбы. Им недоступно осмысление окружающего, речевая функция развивается очень медленно и ограниченно, в ряде случаев речевые звуки не развиваются вообще.

Дети имеют нарушения моторики (иногда очень тяжелые, вынуждающие их к лежачему образу жизни), координации движений, ориентировки в пространстве.

У них крайне трудно и медленно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе гигиенические навыки. Часто эти навыки не формируются вообще.

Диагностика основывается также на данных о здоровье родителей, течении беременности и родов, а также на результатах генетических и пренатальных исследований.

Дети с тяжелой умственной отсталостью так же, как и остальные, способны развиваться. Они могут научиться частично обслуживать себя, овладеть навыками общения (речевыми или безречевыми), расширять свои представления об окружающем мире.

В России лица этой категории в основном находятся в учреждениях

Министерства социальной защиты, где за ними обеспечивается только уход.

Выводы

В Российской Федерации обучение и воспитание умственно отсталых детей является частью общегосударственной системы образования. Вспомогательная школа находится в системе государственных общеобразовательных детских учреждений, однако по своим задачам существенно отличается от массовой общеобразовательной школы.

Вспомогательная школа ведет также особую лечебно-оздоровительную работу, направленную на укрепление и исправление общего физического состояния школьников.

Олигофренопедагогика, как самостоятельная педагогическая наука, разрабатывая специфические вопросы обучения и воспитания умственно отсталых детей, широко использует в своих целях достижения патофизиологии, клиники умственной отсталости, генетики, специальной психологии.

Список литературы

Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии // Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Б. П. Пузанов, В. И. Селиверстов и др. 3-е изд., доп. М., 2001.

Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова и др. // Под ред. Н. М. Назаровой. 2-е изд., стереотип. М., 2002. С. 400.

Большой психологический словарь // Под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. М., 2003.

Бочков Н. П. Клиническая генетика. М., 2001.

Дубинин Н. П., Карпец И. И., Кудрявцев В. Н. Генетика. Поведение. Ответственность. М., 1989.

Левонтин Р. Человеческая индивидуальность: наследственность и среда. М., 1993.

Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Основы генетики: клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии. М., 2001.

Равич-Щербо И. В., Марютина Т. М., Григоренко Е. Л. Психогенетика. М., 1999.

Фогель Ф., Мотульски А. Генетика человека. Т. III. М., 1990.

Хэзлем М. Т. Психиатрия. М., 1998.

Эрман Л., Парсонс П. Генетика поведения и эволюция. М, 1984.

Штерн К. Основы генетики человека. М., 1965.