# Содержание

Введение

. Понятие об интеллекте и интеллектуальных нарушениях

. Основные формы

.1 Клинико-педагогическая характеристика детей с нарушениями интеллекта при олигофрении

.2 Клинико-педагогическая характеристика детей с нарушениями интеллекта при деменции

.3 Клинико-педагогическая характеристика детей с нарушениями интеллекта при пограничных формах интеллектуальных нарушений

.4 Клинико-педагогическая характеристика детей с нарушением интеллекта при искаженном психическом развитии

Заключение

Список литературы

Введение

В середине XIX столетия появляются первые результаты научного изучения лиц с недостатками умственного развития, связанные с попытками медицинской помощи умственно отсталым. Французский психиатр Ж. Э.Д. Эскироль в 1839 г. опубликовал двухтомный труд об умственно отсталых, где среди медицинских, гигиенических и медико-социальных проблем, связанных с умственной отсталостью, значительное место занимали чисто психологические вопросы. Умственная отсталость (тогда она называлась идиотией) была впервые определена как стойкое состояние, отличное от психических заболеваний, возникающее вследствие нарушения развития и обязательно сопровождающееся интеллектуальной недостаточностью. До Эскироля умственная отсталость рассматривалась как вид психоза. Характерной особенностью умственно отсталых Эскироль считает недостатки речи.

В рамках психиатрии начиналось и организованное обучение умственно отсталых. Его основатели - французские психиатры Ж. Итар и Э. Сеген, работавшие во второй половине XIX в., - значительное внимание уделяли изучению психологических особенностей умственно отсталых. Сеген, в частности, обратил внимание на проявления недостаточности волевой сферы и выделил их в качестве ведущего психологического дефекта при умственной отсталости, определяющего остальные недостатки.

Следует отметить, что с началом XX в. связан целый поток публикаций в основном по методикам диагностики умственной отсталости. Накапливаются знания об умственно отсталых, при этом подавляющее большинство исследований посвящается познавательным процессам у детей школьного возраста, и таким образом формируется олигофренопсихология.

В 1970-х гг. возникает еще одно новое направление - психологическое изучение детей с ранним детским аутизмом.

Какова бы ни была причина умственной отсталости ребенка, как бы тяжела ни была болезнь его нервной системы (даже если болезнь прогрессирует), наряду с распадом происходит и развитие. При разных поражениях нервной системы развитие происходит по-разному. Учащиеся вспомогательных школ вовсе не представляют собой однородной массы обучаемых олигофренов. Современная психиатрия различает множество разных форм олигофрении. Кроме того, во вспомогательных школах обучаются (и должны обучаться) многие дети не олигофрены, т. е. такие, у которых умственная отсталость возникла в результате различных видов заболеваний головного мозга, перенесенных в дошкольном возрасте. Глубокое знание этих различных групп умственно отсталых детей помогает найти дифференцированные пути коррекции и компенсации патологии их психического развития. Чтобы воспитывать и обучать, педагог и психолог должны знать, каковы последствия той или иной болезни, т. е. знать детскую психиатрию.

1. Понятие об интеллекте и интеллектуальных нарушениях

Интеллект (от латинского слова intellectus - разумение, понимание, постижение) в психологической науке рассматривается как «относительно устойчивая структура умственных способностей индивида». Умственные способности - сформировавшаяся в процессе мышления совокупность умственных операций, которые мышление порождает, но к которым не сводится.

Умственное развитие - это характеристика способов, форм и содержания мышления.

Мышление - это непрерывный процесс анализа, синтеза, обобщения условий и требований решаемых задач и способов их решения. В этом непрерывном процессе образуются прерывные умственные операции, которые мышление порождает, но к которым не сводится. В дальнейшем мыслительный процесс осуществляется, исходя из уже сложившихся умственных способностей, обеспечивающих более высокий уровень анализа, синтеза и обобщения. Дальнейшее формирование способностей происходит на последующих стадиях мыслительного процесса. В процессе мышления умственные способности реализуются через образование адекватных действительности понятий, суждений, умозаключений. Понятия, суждения, умозаключения есть собственно интеллект.

Таким образом, интеллектуальные способности одновременно являются результатом и предпосылкой обучения.

В структуре интеллекта различают врожденные способности, независимые от степени приобщенности к культуре, и приобретенные в ходе социализации знания и умственные навыки. Врожденные способности сводятся к психофизиологическим свойствам центральной нервной системы. Приобретенные знания и умственные навыки являются мерой овладения культурой того общества, к которому принадлежит индивид.

Интеллектуальное нарушение - состояние, обусловленное нарушениями структуры и функций мозга и его реакциями на эти нарушения. В нейропсихологических исследованиях, задачей которых является изучение мозговых основ психических функций, было показано, что мозговым субстратом наиболее сложных форм целенаправленного осмысленного поведения, и, прежде всего интеллектуальных процессов, являются лобные доли головного мозга.

При анализе клиники интеллектуальных нарушений на первый план выступает нарушение способности образовывать адекватные действительности понятия, суждения, умозаключения (В. М. Банщиков, В. В. Ковалев).

Нарушение интеллекта может быть обусловлено, с одной стороны, недоразвитием или распадом собственно умственной способности образовывать адекватные действительности понятия, суждения, умозаключения. С другой стороны, интеллектуальная недостаточность может возникнуть в результате нарушения «предпосылок интеллекта» (K. Jaspers): памяти, внимания, работоспособности, речи, эмоционально-волевой сферы. К лицам с нарушением умственного развития относят лиц, со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный (разлитой) характер.

2. Основные формы интеллектуальных нарушений

В клинической психиатрии принято выделять две основные формы интеллектуальных нарушений: умственную отсталость (олигофрению) как разновидность дизонтогенеза и деменцию (В. В. Ковалев).

Наряду с основными формами интеллектуальных нарушений (олигофренией и деменцией) выделяют пограничную умственную отсталость, интеллектуальные нарушения при искаженном психическом развитии, (В. В. Ковалев).

.1 Клинико-педагогическая характеристика детей при олигофрении

Олигофрения - группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3-х лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Наиболее распространенной в отечественной психиатрии является классификация олигофрений, предложенная Г.Е. Сухаревой. Все клинические формы олигофрении Г.Е. Сухарева делит на три группы в зависимости от времени воздействия этиологического фактора.. Олигофрения эндогенной природы (в связи с поражением генеративных клеток родителей): а) болезнь Дауна; б) истинная микроцефалия; в) энзимопатические формы олигофрении с наследственными нарушениями различных видов обмена, включая фенилпировиноградную олигофрению, олигофрению, связанную с галактоземией, сукрозурией, и другие энзимопатические формы олигофрений; г) клинические формы олигофрении, характеризующиеся сочетанием слабоумия с нарушением развития костной системы и кожи (дизостозическая олигофрения, ксеродермическая олигофрения).. Эмбрио - и фетопатии: а) олигофрения, обусловленная коревой краснухой, перенесенной матерью во время беременности (рубеолярная эмбриопатия); б) олигофрения, обусловленная другими вирусами (грипп, паротит, инфекционный гепатит, цитомегалия); в) олигофрения, обусловленная токсоплазмозом и листериозом; г) олигофрения, возникшая на почве врожденного сифилиса; Д) клинические формы олигофрении, обусловленные гормональными нарушениями матери и токсическими факторами (экзо- и эндотоксическими агентами); е) олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных.. Олигофрения, возникающая в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве: а) олигофрения, связанная с родовой травмой и асфиксией; б) олигофрения, вызванная черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде (в раннем детстве); в) олигофрения, обусловленная перенесенными в раннем детстве энцефалитами, менингоэнцефалитами и менингитами.

Все этиологические факторы олигофрений принято подразделять на эндогенно-наследственные и обусловленные экзогенными (органическими и социально-средовыми) воздействиями. В клинической практике часто наблюдаются случаи, в которых роль наследственных и экзогенных факторов выступает в сложном взаимодействии.

Установлена определенная закономерность, заключающаяся в том, что глубокие степени умственной отсталости чаще отмечаются при рецессивном типе наследования, в то время как при олигофрении с неглубоким дефектом решающую роль играют доминантные и полигенные наследственные факторы.

Таким образом, этиология олигофрений чрезвычайно разнообразна. В одних случаях заболевание возникает в результате влияния одного из этих факторов, в других - в результате сложного взаимодействия многих патогенных вредностей. Установление основного этиологического фактора в каждом конкретном случае имеет важное значение для правильной терапии и профилактики различных форм умственной отсталости.

Общее в клинической картине различных форм олигофрении проявляется в качественной характеристике олигофренического слабоумия, где имеется диффузное «тотальное» недоразвитие всей познавательной деятельности.

Какими бы приемами ни исследовались дети-олигофрены (клиническое наблюдение, экспериментально-психологическое исследование, исследование ВНД) отчетливо выступает ведущий симптом - недоразвитие способности к отвлечению и обобщению (М. С. Певзнер).

Общепринятая классификация, основанная на систематизации различных форм олигофрении определяет три основные группы: дебильность, имбецильность, идиотия.

По выраженности интеллектуального дефекта выделяют 4 степени умственной отсталости: легкая, умеренная, тяжелая, глубокая (классификация, принятая ВОЗ в 1994г.).

При легкой степени расстройства (дебильность) (F70), диагностируется при тестовых данных IQ в пределах 50-60 баллов, психическое развитие ребенка (9-12 лет), (МКБ-10). Дети, как правило, начинают позже ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания. Эти дети неловки, физически слабы, мало интересуются окружающим: не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых. К концу дошкольного возраста их активный словарь беден, фразы односложны, не могут передать элементарное связное содержание. Пассивный словарь также меньше по объему. 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 формируется только предметная деятельность, игровая деятельность не становится ведущей. В младшем дошкольном возрасте преобладают бесцельные действия с игрушками, предметно-игровые действия (укачивание куклы, катание машины), процессуальная игра (многократное повторение одних и тех же действий) появляются к старшему дошкольному возрасту. Игровые действия не сопровождаются эмоциональными реакциями и речью, сюжетно-ролевая игра без специального обучения не формируется. Испытывают стойкие затруднения в усвоении математических представлений, развитию речи. Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, эти дети все же имеют возможности для развития. У них в основном сохранно конкретное мышление, способны ориентироваться в практических ситуациях, у большинства эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность. Возможно включение двух-трех детей с незначительной степенью умственной отсталости в коллектив нормально развивающихся сверстников. Эти люди дееспособны, поэтому общество признает их способными отвечать за свои поступки перед законом, нести воинскую службу, наследовать имущество и т.д.

При умеренной степени (имбецильность) (F71), диагностируется при IQ 35-49 (6-9 лет),(МКБ-10). Это нарушение выявляется в ранние периоды развития ребенка. Дети начинают позже держать головку (к четырем-шести месяцам и позже), самостоятельно переворачиваться, сидеть. Овладевают ходьбой после трех лет. Практически отсутствует гуление, лепет, не формируется «комплекс оживления». Речь появляется к концу дошкольного возраста и представляет собой отдельные слова, редко фразы. Значительно нарушено звукопроизношение. Страдает моторика, поэтому навыки самообслуживания формируются с трудом и в более поздние сроки .Познавателные возможности резко снижены: грубо нарушены ощущения, восприятие, память, внимание, мышление. Основной чертой, является неспособность к самостоятельному понятийному мышлению. Имеющиеся понятия носят конкретно бытовой характер. Речевое развитие примитивно, собственная речь бедна, хотя понимание речи на бытовом уровне сохранно. Эти дети признаются инвалидами с детства и нуждаются в опеке. Они вполне обучаемы, способны овладеть навыками общения, грамотой, счетом, сведениями об окружающем мире. Возможно освоение социальных и ручных навыков, самостоятельные покупки, поездки по знакомым местам. В дальнейшем больные могут избирательно общаться и устойчиво справляться с неквалифицированным или несложным трудом в специализированных условиях.

При тяжелой форме (тяжелая олигофрения) (F72) - при IQ 20-34 ,баллов (3-6 лет) , развитие речевых навыков и моторики минимально, в дошкольном периоде больные, как правило, неспособны к самообслуживанию и общению. Только в подростковом возрасте при систематическом обучении оказывается возможным ограниченное речевое и невербальное общение, освоение элементарных навыков самообслуживания. Приобретение ручных навыков невозможно. В дальнейшем при постоянном наблюдении и контроле возможно достижение автономности существования на резко сниженном уровне.

При глубокой умственной отсталости (идиотия) (F73) - при IQ ниже 20 баллов (ребенок до 3-х лет) (МКБ-10). Диагностика грубых нарушений возможна уже на первом году жизни. Особо выделяются нарушения статических и моторных функций: задержка в проявлении дифференцированной эмоциональной реакции, неадекватная реакция на окружение, позднее появление навыков стояния, ходьбы, относительно позднее появление лепета и первых слов, слабый интерес к окружающим объектам и игре. У взрослых резко нарушены процессы памяти, восприятия, внимания, мышления, снижены пороги чувствительности. Недоступно осмысление окружающего, речь развивается крайне медленно и ограниченно или не развивается вообще. Наблюдаются тяжелые нарушения моторики, координации движений, пространственной ориентировки. Часто эти нарушения так тяжелы, что вынуждают к ведению лежачего образа жизни. Медленно и трудно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе гигиенические. Однако эти дети, так же как и остальные, способны развиваться. Они могут научиться частично обслуживать себя, овладеть навыками общения, 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.

.2 Клинико-педагогическая характеристика детей при деменции

ребёнок интеллект нарушение олигофрения

Деменция представляет собой распад более или менее сформированных интеллектуальных функций. Формы приобретенного слабоумия (деменции) различаются двояко: во-первых, в зависимости от характера поражения головного мозга, во-вторых, от вида болезни, в результате которой оно возникло. Так, выделяются формы слабоумия, наступающего вследствие различной этиологии грубоорганического поражения головного мозга. К ним относятся тотальное (паралитическое) слабоумие, характеризующееся выраженной слабостью суждений, резким снижением критики, торпидностью психических процессов, обычно стойкой эйфорией, утратой индивидуальных особенностей психического склада. К слабоумию, возникающему на почве грубоорганического поражения головного мозга, относится и дисмнестическое (парциальное) слабоумие. В зависимости от вида болезни различают эпилептическое и шизофреническое слабоумие.

Сухарева Г.Е. выделяет две формы органической деменции у детей. Одна из них представляет собой следствие церебральных поражений, перенесенных в школьном возрасте. Второй вариант деменции чаще наблюдается у детей, перенесших мозговое заболевание в дошкольном или еще более раннем возрасте.

Первая форма - 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 во время обследования.

Фонетически полноценная, грамматически 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 препятствует приобретению новых знаний, но и лишает больного возможности использовать приобретенные ранее сведения, которые у него еще имеются. 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 больше суживается, стимулы деятельности угасают. Сохраняется лишь стремление к удовлетворению элементарных потребностей, но иногда и оно ослабевает и остается только апатическое состояние.

Вторая форма - деменции вследствие перенесших мозговое заболевание в дошкольном или еще более раннем возрасте. Центральное место в ней занимает резко выраженное психомоторное возбуждение. 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 местом, опасной для жизни ситуацией. Обращает на себя внимание крайняя нечистоплотность и неряшливость таких больных: нежелание умываться, опрятно есть, пользоваться уборной и т.п.

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 исключает 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. Больные не могут участвовать в общих играх, так как не усваивают правил, не подчиняются регламенту.

.3 Клинико-педагогическая характеристика детей при пограничных формах интеллектуальных нарушений

К данной группе расстройств относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающее промежуточное положение между интеллектуальной нормой и олигофренией. Часть таких состояний по степени выраженности и структуре нарушений интеллектуальной деятельности примыкает к олигофрении в степени легкой дебильности (так называемая субдебильность). Составной частью более широкого понятия - «пограничная интеллектуальная недостаточность» - являются психические состояния, относимые к задержкам психического развития, задержке темпа психического развития (ЗПР).

У определенной части детей пограничная интеллектуальная недостаточность является вторичной, обусловленной нарушениями так называемых предпосылок интеллекта (К. Jaspers): памяти, внимания, работоспособности, речи, эмоционально-волевых и других компонентов формирующейся личности.

При пограничной интеллектуальной недостаточности имеют нарушения школьных навыков, в частности дислексия.

.4 Клинико-педагогическая характеристика при искаженном психическом развитии

Клиника интеллектуальных нарушений при синдроме раннего детского аутизма зависит от динамики основного заболевания, в рамках которого он проявляется. В случае возрастного этапа шизофренического процесса речь идет о распаде психики, т. е. деменции. При благоприятном варианте, рассматриваемом в рамках формирующихся шизоидных психопатиях, может рассматриваться как пограничное психическое расстройство.

В ряде случаев у детей с ранним аутизмом при отсутствии выраженного недоразвития мышления и речи возможны вторичные состояния интеллектуальной недостаточности, выявляемые обычно с началом школьного обучения. В их основе лежит не столько недоразвитие познавательной деятельности, сколько свойственные этим детям особенности личности, речи, моторики, в частности недостаточная потребность в контакте с окружающими, слабость побуждений, эмоциональная невыразительность, низкая речевая активность, незрелость общей и тонкой моторики, а также нарушение целенаправленности и недостаточность активного внимания.

Заключение

Отечественная психология утверждает положение о ведущей роли в развитии всех детей, в том числе и умственно отсталых, сотрудничества ребенка со взрослыми и детьми, находящимися рядом с ним, обучения в широком понимании этого термина. Особенно большое значение имеет правильное, коррекционно-развивающее, специально организованное обучение и воспитание, учитывающее своеобразие ребенка, адекватное его возможностям, опирающееся на зону его ближайшего развития. Именно оно в наибольшей мере стимулирует детей в общем развитии.

Специальное обучение, направленное на общее развитие умственно отсталых детей, предусматривает в первую очередь формирование у них высших психических процессов, особенно мышления. Важное направление коррекционной работы теоретически обосновано тем, что, хотя ребенок-олигофрен своеобразен во всех своих проявлениях, именно дефектность мышления обнаруживается у него особенно резко и в свою очередь затормаживает и затрудняет познание окружающего мира. Вместе с тем доказано, что мышление олигофрена несомненно развивается. Формирование мыслительной деятельности способствует продвижению умственно отсталого ребенка в общем развитии и тем самым создает реальную основу для социально-трудовой адаптации выпускников специальной школы. В специальных детских учреждениях, детских садах, школах и интернатах, в которых находятся дети с легкой, умеренной и частично тяжелой степенью умственной отсталости, процесс обучения ведется дефектологами по специально разработанным программам, методикам, учебникам при относительно небольшой наполняемости групп или классов.

Исследования и наблюдения показали, что после окончания специальной (коррекционной) школы VIII вида умственно отсталые подростки интегрируются в окружающую среду, приспосабливаясь к ней с различной степенью успеха. Относительно благополучные в интеллектуальном и физическом отношении молодые люди поступают на предприятия, на которых проходили практику в школьные годы, или туда, куда их могут пристроить родители. Они работают малярами, переплетчиками, слесарями-ремонтниками низких разрядов, сапожниками, швеями, уборщицами, подсобными рабочими и др. Часть выпускников трудятся в сельском хозяйстве. Как правило, они оказываются трудолюбивыми, исполнительными, но малоинициативными, подчас чрезмерно торопливыми или, наоборот, медлительными. Некоторые из них нуждаются в более или менее регулярной поддержке и помощи со стороны опытных рабочих. Другие самостоятельно выполняют хорошо знакомые операции. Часть выпускников специальных школ для умственно отсталых детей не работают. Они живут в семьях и по мере своих сил помогают в домашнем хозяйстве.

Воспитание и обучение детей, психическое развитие которых затруднено из-за поражения головного мозга, требует особенно большого педагогического мастерства, особых, искусных методов.

Список использованной литературы

1. Специальная психология: Учеб. Пособие для студ. Высш. Пед. Заведений / В.И.Л убовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. В.И. Лубовского - 2-е изд., испр. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. - 464с.

2. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого ребенка: Учеб. Пособие для студентов пед. ин-тов по «Дефектология». - 3-е изд., перераб. И доп. - М.: Просвещение, 1986. - 192с.

3. Отбор детей во вспомогательную школу/Сост. Т.А. Власова, К.С. Лебединская, В.Ф. Мачихина. М., 1983.

. Особенности умственного развития учащихся вспомогательных школ / Под ред. Ж.И. Шиф. М., 1965.

. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.

. Певзнер М.С. Дети-олигофрены. М., 1959.

. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении), т. 3. М., 1965.

. Выготский Л.С. Умственно отсталый ребенок. М., 1935.

. Маринчева Г.С., Гаврилов В.И. Умственная отсталость при наследственных болезнях. М., 1988.

. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.,1985.

. Белопольская Н.Л. К вопросу об особенностях личности и деятельности детей с задержкой психического развития и их коррекции. - В кн.: Психологические исследования, вып. 6. М., 1974.

. Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клинико-нейропсихологическая диагностика. М., 1993.