ЗМІСТ

Вступ

Розділ 1. Теоретико-методологічні основи діагностики олігофренії

1.1 Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури за проблемою дослідження олігофренії

1.2 Олігофренія як вид розумової відсталості

1.3 Психологічна характеристика олігофренії, її форми та ступені

1.3.1 Психологічна характеристика олігофренії

.3.2 Ступінь розумової недостатності

1.3.3 Генетичні та хромосомні форми розумової відсталості

Висновки до розділу 1

Розділ 2. Методологічні засади дослідження олігофренії

.1 Проблема оцінки рівня інтелектуального розвитку при виявленні грубих форм розумової відсталості у дітей

2.2 Основні підходи до психологічної діагностики інтелектуальної недостатності у дітей

.3 Комплексна діагностика олігофренії

.4 Основні методи та методики комплексного дослідження олігофренії

2.5 Практичні рекомендації щодо профілактики та психокорекції олігофренії

Висновки до розділу 2

Висновки

Список використаної літератури

ВСТУП

Актуальність дослідження обраної теми зумовлена різноманітністю етіології олігофренії, її клінічним поліморфізмом, уявною простотою діагностики, зростанням поширеності, малою ефективністю лікування олігофренії і, в той же час, важливістю соціально-правових аспектів у цій групі.

Розумова відсталість (mental retardaion), або олігофренія - це патологічний стан, обумовлений ураженням мозку під час пологів або на першому році життя, розладами метаболізму, вродженими каліцтвами, а також хромосомними аномаліями, в клініці яких виявляється синдром стабільного інтелектуального недорозвинення, що веде до ускладнень в соціально-трудовій адаптації.

Від розумової відсталості слід відрізняти затримки і спотворення психічного розвитку, які розглядають як патологію психічного розвитку зі зміною послідовності, темпу, ритму дозрівання психічних функцій (психічний дизонтогенез).

Проблема розумової відсталості інтенсивно вивчається у багатьох напрямках, досліджуються її генетичні аспекти. В результаті отриманих даних з'являється можливість уточнення етіології олігофренії та її впливу на генетичний апарат для запобігання виникненню розумової відсталості.

Починаючи з XVIII ст. увага таких психіатрів, як Ж. Еськіроль, Е. Сеген, Ф. Гальтон, А. Біне, Е. Крепелін, Дж. Кеттел, зосередилася на вивченні та аналізі виражених порушень розумового розвитку.

Вчені, які вивчали психічні процеси і можливості навчання дітей із затримкою психічного розвитку (Т. В. Єгорова, Г. І. Жаренкова, В. І. Лубовский, Н. А. Нікашина, Р. Д. Тригер, Н. А. Ципіна, С. Г. Шевченко, У. В. Ульєнкова та ін.), виявили ряд специфічних особливостей в їх пізнавальній, особовій, емоційно-вольовій сфері і поведінці.

Чималий внесок у вивчення олігофренії внесли роботи вітчизняних лікарів, психофізіологів, психологів, педагогів (С. Я. Рубінштейн, І. П. Кащенко, Г. І. Россолімо, Л. С. Виготського, К. Д. Ушинського, Г. Я. Трошиної, Л. В. Занкова).

Об’єкт дослідження - олігофренія.

Предмет дослідження - сутність, особливості й основні напрямки дослідження олігофренії, її причин та ступенів.

Мета дослідження - вивчення і наукове обґрунтування проблеми олігофренії, розкриття її особливості.

У відповідності з метою і гіпотезою дослідження ставляться такі завдання:

) Проаналізувати основні теоретичні підходи щодо вивчення олігофренії у вітчизняній та зарубіжній психології.

) Надати психологічну характеристику та виявити сутність олігофренії.

) Розкрити проблему виникнення та протікання олігофренії.

) Розглянути методи діагностики олігофренії.

) Запропонувати рекомендаціі щодо профілактики та психокорекції олігофренії.

Методи дослідження: метод теоретичного аналізу літератури та узагальнення отриманих знань.

Теоретичне значення полягає в уточненні, доповненні та систематизації знань з проблеми олігофренії.

Практичне значення: робота представляє значущість для вивчення особливостей олігофренії. Вона може бути використана психологами, лікарями, соціологами і педагогами в роботі з особами, які мають розумову відсталість, оскільки ця проблема є актуальною і має велике практичне значення.

Структура курсової роботи: вступ, 2 (два) розділи, висновки, список використаних джерел із 35 найменувань. Загальний обсяг 47 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОЛІГОФРЕНІЇ ТА МЕТОДІВ ЇЇ ДІАГНОСТИКИ

.1 Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури за проблемою дослідження олігофренії

Розглянемо визначення поняття «розумова відсталість» у різних вітчизняних авторів.

С.Я. Рубінштейн дає таке визначення: «Розумово відсталою називають таку дитину, у якої стійко порушена пізнавальна діяльність внаслідок органічного ураження головного мозку (успадкованого або придбаного)».

Далі вона пише: «Наявність лише якоїсь однієї ознаки, наведеної в цьому визначенні, недостатньо для встановлення розумової відсталості. Тільки поєднання двох ознак (порушення пізнавальної діяльності і органічне ураження мозку, яке викликало це порушення) свідчить про наявність у дитини розумової відсталості» [11, c.197].

В.М. Блейхер дає наступне визначення: «Розумова відсталість - це стан затриманого або неповного розвитку психіки, що характеризується порушенням здібностей, які виявляються в період дозрівання і забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовних, моторних і соціальних здібностей. Розумова відсталість може розвиватися з будь-яким іншим психічним або соматичним розладом або виникати без нього» [3].

Олігофренопсихологія - розділ спеціальної психології, що вивчає психічний розвиток та можливості його корекції у людей з важкими формами недорозвиненості мозку. Олігофренопсихологія виявляє причини їх розумової відсталості (вроджені вади нервової системи, результат хвороби або травми), вивчає їх психологічні особливості, форми і ступінь вираженості дефекту (дебіли - легка ступінь відсталості, імбецили - середня, ідіоти - глибока), сприяє створенню програм і методик їх навчання в допоміжних школах [13, c. 216].

Психологія розумово відсталих дітей - один з напрямів спеціальної психології, що розглядає динаміку пізнавальної діяльності та особистості розумово відсталих дітей дошкільного та шкільного віку.

У роботах французьких лікарів Ж.Эскіроля, Э.Сегена, яким належить заслуга перших досліджень розумово відсталих, даються деякі диференційно-діагностичні критерії. Так, Ж. Эскіроль вважає показником інтелектуального розвитку стан мови. І це значною мірою вплинуло на мовний (вербальний) характер подальших тестів. Э.Сеген надає велике значення стану сенсорних і вольових процесів.

Слід зазначити, що аж до середини XIX ст. встановлення розумової відсталості залишалося переважно медичною проблемою. Основним завданням було визначення зв'язку інтелектуальної недостатності з душевними, психічними захворюваннями та оцінка глибини цих порушень.

З середини XIX ст., коли в багатьох європейських країнах почали вводити загальну початкову освіту, питання виявлення інтелектуальної недостатності, що перешкоджає засвоєнню шкільних знань, привернуло увагу не тільки медиків, а й педагогів, а потім і психологів. В цей же час з'являються допоміжні класи і школи, де навчалися діти, що не засвоюють програму загальноосвітнього навчання.

На допомогу лікарям і педагогам прийшли психологи, які у своєму арсеналі методик мали і експериментальні методи, що з'явилися в ці роки (кінець XIX - початок XX ст.). Почалися пошуки найбільш об'єктивних, компактних і універсальних шляхів обстеження дітей, що слід розглядати як позитивне явище в розвитку психології цього періоду. Експериментальні методи дослідження дітей стали використовуватися в цілях визначення рівня здібностей.

Одним з перших, хто почав тестування, був англійський біолог Ф. Гальтон. Він розробив нескладні досліди для дослідження індивідуальних відмінностей. Він вважав головним показником розумових здібностей стан сенсорних функцій людини: гостроту зору і слуху, швидкість психічних реакцій і т. п.

Подальша розробка тестів пов'язана з діяльністю французького психолога А. Біне, який ще в 1897 р. висловив думку про розробку «метричної шкали розуму», - такої системи вивчення дитини, при якій за основу береться вимір її «розумового віку». При цьому А. Біне ставив своєю ціллю створення тестів, які б досліджували вищі психічні процеси - мислення, пам'ять, уяву та ін. Пізніше А.Біне спільно з Т.Симоном уперше приводять тести в певну систему, яку назвали «Метричною шкалою розумових здібностей».

У вітчизняній науці розгляд різних проявів розумової відсталості, відмежування олігофренії як форми вродженого психічного недорозвинення від душевних захворювань прогресуючого характеру почалося дещо пізніше - на початку XX ст. і стало предметом широкого вивчення не тільки в медицині (І. П. Кащенко, Г. І. Россолімо та ін), але і в дефектології. Ця наука виникла в 20-і рр.. XX ст. зусиллями Л. С. Виготського та об'єднала дослідження лікарів, психофізіологів, психологів, педагогів.

Вчені, що вивчали психічні процеси і можливості навчання дітей із затримкою психічного розвитку (Т. В. Єгорова, Г. І. Жаренкова, В. І. Лубовский, Н. А. Нікашина, Р. Д. Тригер, Н. А. Ципіна, С. Г. Шевченко, У. В. Ульєнкова та ін.), виявили ряд специфічних особливостей в їх пізнавальній, особовій, емоційно-вольовій сфері і поведінці.

Питання про те, що серед учнів загальноосвітніх шкіл зустрічаються діти, нервово-психічні особливості яких є причиною відставання в навчанні, розвиває у своїх працях К. Д. Ушинський. Педагоги та психологи надають велике значення аналізу причин цієї неуспішності. Досить часто вона пояснювалася розумовою відсталістю, що супроводжувалося напрямом таких дітей в допоміжні школи, які з'явилися в Росії в 1908 - 1910 рр..

У середині XIX ст. лікарі стали відокремлювати розумово відсталих дітей від інших пацієнтів психіатричних лікарень. Під час їх виховання і навчання накопичувалися відомості про особливості їх психічної діяльності.

У 1915 - 1916 рр.. вийшла з друку перша в Росії фундаментальна праця Г. Я. Трошина «Антропологічні основи виховання. Порівняльна психологія нормальних і ненормальних дітей» [32]. Автор узагальнив у ньому матеріали, отримані зарубіжними та вітчизняними дослідниками, висловив ряд цікавих і продуктивних положень щодо пізнавальних процесів та особистісних особливостей розумово відсталих дітей. До їх числа відносяться твердження про можливість розвитку розумово відсталих дітей, про спільність законів, за якими здійснюється розвиток нормальної та аномальної дитини.

Важливим слід вважати відкриття в 1929 р. в Москві науково-практичного інституту дитячих будинків та спеціальних шкіл та створення при ньому лабораторії спеціальної психології, що об'єднала зусилля молодих талановитих учених. Великий внесок у розвиток загальної та спеціальної психології зробив Л. С. Виготський. Він сформулював ряд найважливіших теоретичних положень, до яких відносяться наступні:

про системність будови психіки людини, про зміну функціонування всієї системи при порушенні однієї з ланок, про актуальну і найближчу зони розвитку дитини, про ідентичність факторів, що обумовлюють розвиток нормальних і аномальних дітей, про первинні та вторинні відхилення у розвитку аномальної дитини та про основні напрямки корекційної педагогічної роботи з дітьми, що мають відхилення у розвитку,

про колектив як чинник розвитку вищих психічних функцій дитини,

про зміну співвідношення інтелекту й афекту при розумовій відсталості,

про важливість раннього корекційно-педагогічного впливу на дитину з відхиленнями у розвитку.

На початку 1930-х рр.. Л. В. Занков розробляв теоретичні основи спеціальної психології та зробив різнопланове вивчення пам'яті у розумово відсталих дітей. Він охарактеризував загальний напрямок, етапи розвитку їх пам'яті і умови, цьому сприяють. Пізніше вчений здійснив дослідження мислення і мови цих дітей, а також провів вивчення індивідуальних і типологічних особливостей учнів спеціальної школи і гостро поставив питання про необхідність розробки проблеми диференціальної діагностики. Потім його увагу привернула психолого-педагогічна проблема взаємодії слова і засобів наочності при організації процесу навчання розумово відсталих дітей, дослідження якої знайшло своє відображення не тільки в його наукових статтях і книгах, але і в програмах, підручниках, методичних посібниках.

Л.В. Занковим була написана перша в історії післяреволюційної Росії книга, в якій були широко використані матеріали, здобуті співробітниками нової лабораторії. Це «Нариси психології розумово відсталої дитини» (1935). Дещо пізніше, в 1939 р., Їм був опублікований перший оригінальний підручник з психології розумово відсталих дітей для студентів дефектологічних факультетів педагогічних інститутів. Л.В.Занков написав також статтю про пам'ять до збірки «Розумово відстала дитина» (1935), виданої під редакцією Л.С.Виготського та І.І.Данюшевского і зіграв велику роль у становленні в Росії спеціальної психології [24].

Багато уваги питанню розумово відсталих дітей присвятила С.Я.Рубінштейн [29]. Вона розглянула особливості пізнавальних процесів розумово відсталих дітей та їх методи дослідження.

.2 Олігофренія як вид розумової відсталості

Розумова відсталість визначається як стан, що виникає внаслідок органічного дифузного ураження головного мозку, на відміну від затримки психічного розвитку, яка пов’язана з мінімальною мозковою дисфункцією. Те, що обидва ці стани пов’язані з порушенням мозку, веде до певної схожості в їхньому прояві. Різниця у формі ураження центральної нервової системи визначає відмінність між розумовою відсталістю і затримкою психічного розвитку.

Розумова відсталість виявляється у стійкому зниженні пізнавальної діяльності і своєрідності емоційно-вольової сфери. Залежно від часу ураження головного мозку та його причин виділяють різні види розумової відсталості. Так, найчисленнішу групу становлять олігофрени.

Олігофренія виникає у результаті пошкодження мозку в період внутрішньоутробного розвитку, раннього дитинства або як наслідок пологової травми, що нерідко веде до дифузного крововиливу у мозкову речовину. До органічного ураження мозку можуть призвести різні інфекційні захворювання матері, які були під час вагітності (краснуха, грип). Часто причиною олігофренії виступає алкоголізм, наркоманія батьків, венеричні захворювання. До пошкодження мозку може призвести важкий токсикоз матері під час вагітності, підвищення вуглекислоти або зниження кисню у крові плоду, радіоактивні опромінення під час внутрішньоутробного розвитку, під впливом паразитів - токсоплазмозу. До тих самих наслідків призводить й інтоксикація малят, викликана довгою диспепсією. Органічне ураження мозку може стати наслідком асфіксії - відсутності дихання. Якщо асфіксія триває довго 15-30 хвилин і більше - у мозку під впливом відсутності кисню настають певні зміни, які можуть негативно вплинути на подальший психофізичний розвиток дитини. Серйозною причиною ураження головного мозку виступає також порушення хромосомного набору (хвороба Дауна), захворювання батьків на сифіліс.

Своєрідність психофізичного розвитку цих дітей виявляється рано. На відміну від норми, вони починають тримати голівку в 2-3, а інколи в 6-10 місяців, сидіти у 8-10 місяців, пізніше, ніж здорові діти, починають ходити. З великим запізненням у них розвивається мовлення. У більшості перші слова з’являються у 2-3 роки, а у деяких навіть у 4-5 років. Словниковий запас зростає дуже повільно. Це стосується не лише активного, а й пасивного мовлення.

Діти-олігофрени не виявляють пізнавального інтересу до іграшок, не намагаються «дослідити» їх, а просто маніпулюють ними, розкидують. В результаті цього у них не формується сюжетна гра.

Дуже виразно відрізняє їх від норми пізнавальна пасивність. Відомо, що діти знайомляться з навколишнім світом, спілкуючись з дорослими. Інформація, яку вони отримують в результаті спілкування, трансформується, узагальнюється, перетворюючись у знання, які викликають безліч нових запитань. Дорослий добре знає такий період розвитку, коли у дитини з’являється запитання «чому?». Виступаючи передумовою набуття знань, пізнавальна активність нормальної дитини під їх впливом не зменшується, а, навпаки, збільшується, сприяючи розумовому розвитку.

У розумово відсталих дітей такої пізнавальної активності не виявляється. У олігофренів-дошкільників не виникає жодного запитання про те, що їх оточує. Отримані відомості швидко забуваються. Причиною цього виступає не лише та пасивність, яку вони виявляють при сприйманні інформації, а й те, що вони її не використовують, не повторюють, не закріплюють. Звичайні діти роблять це у іграх, у спілкуванні з іншими дітьми. Розумово відсталі цього не вміють.

У зв’язку з недостатністю розуміння об’єктивної дійсності у дошкільників з розумовою відсталістю не буває і словотворень. Неправильна вимова слів веде до присвоєння об’єкту невластивої йому назви. Ці назви закріплюються за предметом, але такі слова не мають нічого спільного із словотворенням, оскільки вони не передають змісту предмета або дії і не можуть бути зрозумілими стороннім людям без пояснення тими, хто знає дитину.

У дошкільників з розумовою відсталістю не сформована здатність співвідносити кількість з числом, уміння виконувати арифметичні дії навіть у межах 5.

Згідно з міжнародною класифікацією психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (МКХ-10) олігофренія (вроджене слабоумство) включає чотири ступені: незначне, помірне, важке і глибоке зниження інтелекту - залежно від кількісної оцінки інтелекту. Розумова відсталість виникає на більш пізньому етапі розвитку дитини. Причини такого відставання бувають різними. Однією з них може виступати травма головного мозку, струси, які інколи ведуть до серйозних органічних ушкоджень, що далі впливають на психічний розвиток. Чим менша дитина, чим слабкіше її здоров’я і чим сильніша травма, тим більше підстав для глибоких змін у психічному розвитку.

Причиною розумової відсталості може стати пошкодження мозку під впливом енцефаліту (запалення мозку), що призводить до різких змін у емоційно-вольовій сфері. Діти стають дратівливі, запальні, рухливо неспокійні, настрій нестійкий. Водночас у них повільний темп мислення. У деяких випадках наслідки енцефаліту інші - діти малорухливі, з млявою, одноманітною моторикою.

Розумова відсталість може виникнути і внаслідок захворювань головного мозку. Такими захворюваннями є епілепсія і шизофренія. Найхарактернішою рисою епілептиків є повільний перебіг усіх психічних процесів. Вони повільно сприймають, думають, говорять. Характерною також для них є інертність психічної діяльності. Дитину-епілептика дуже важко переключити на інший вид діяльності доти, поки вона не виконала попередньої. Це є порушення рухливості основних нервових процесів збудження і гальмування. Спостерігаються також своєрідні зміни характеру та емоційно-вольової сфери.

Часто у ранньому дитинстві недорозвинення пізнавальної діяльності й емоційну тупість викликає шизофренія. Таким дітям притаманне аутистичне слабоумство - відірваність від реальної дійсності, непродуктивне, не досить активне мислення. Вони часто погано орієнтуються у місці, часі, в оточенні. Значно знижена у них здатність до узагальнення й абстрагування, спостерігається порушення мовлення та артикуляції.

Під впливом епілепсії та шизофренії постійно з’являються певні морфологічні зміни у мозку. Це позначається на психічному розвитку дитини.

Отже, причиною виникнення розумової відсталості часто стає органічне ураження головного мозку. В результаті чого виникають порушення пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та формування особистості дитини. Сталість цих порушень і відрізняє розумову відсталість від інших схожих станів.

.3 Психологічна характеристика олігофренії, її форми та ступені

.3.1 Психологічна характеристика олігофренії

Олігофренію характеризує загальна психічна неповноцінність, що виявляється не тільки в недорозвиненості інтелекту і мислення, а й усіх інших психічних функцій: сприйняття, пам'яті, уваги, мови, локомоторних особливостей, емоційно-вольової сфери. Ступінь виразності вродженого слабоумства може бути дуже різним. Від інших форм недоумства олігофренія відрізняється тим, що вона є не зниженням інтелекту й інших функцій психіки, як це буває при інших психічних захворюваннях, а їх первинним недорозвитком.

Неправомірне зіставлення недорозвиненості олігофренів із психічною незрілістю дітей тієї чи іншої вікової групи, тому що мова йде про загальну психічну неповноцінність у зв'язку з хворобою. В олігофренів страждають саме ті функції психіки, які повинні забезпечувати їх нормальний розвиток.

Розповсюдженість олігофренії у статистичних даних різних регіонів України дуже коливається (від 0,2% до 5% і більше). Суттєва відмінність характеристик розповсюдженості олігофренії серед населення має своє пояснення через об'єктивні причини. Це, наприклад, вплив такого фактора, як різний ступінь вираженості розумового недорозвитку. Якщо тяжкі форми з успіхом розпізнають навіть неспеціалісти, то хворі на олігофренію легкого ступеня можуть ніколи не потрапити під нагляд, а отже, й на облік у психіатра. Іноді дуже складно визначити, чи є певна розумова відсталість олігофренією, чи це результат несприятливих умов розвитку і навчання в ранньому дитинстві (так звана педагогічна занедбаність). Хворі на олігофренію можуть бути не виявленими і не потрапити на облік, якщо до них не були пред'явлені вимоги з освіти або якої-небудь праці, для чого є необхідним засвоєння відносно складних знань (різниця між рівнем урбанізації, між містами та віддаленими сільськими місцевостями).

.3.2 Ступінь розумової недостатності

Соматичні ознаки олігофренії найчастіше виявляються у вадах розвитку. Іноді вони настільки типові, що на їх основі ставиться діагноз ще до того, як виявлено психічний недорозвиток (наприклад, мікроцефалія - зменшені розміри голови; хвороба Дауна, коли виразний характерний зовнішній вигляд).

У практиці склалася класифікація, що базується на основній клінічній ознаці олігофреній - розумовій недорозвиненості. Для визначення ступеня розумової недостатності в кількісному виразі застосовується інтелектуальний коефіцієнт - IQ (див. табл.1). При цьому розглядають весь спектр інтелектуальних здібностей, а не тільки зниження інтелекту.

Таблиця 1



Перелічені в табл. 1 рівні розвитку інтелекту є лише приблизним орієнтиром. Визначення коефіцієнта інтелекту недостатнє для вичерпного опису інтелектуальних здібностей особистості. Певною мірою цьому може допомогти вивчення найважливіших варіантів стану інтелекту.

Градація за ступенем виразності вродженого слабоумства дозволяє всі варіанти олігофренії розділити на 3 групи: ідіотію (ІQ = 20), імбецильність (ІQ = 20 - 50), дебільність (ІQ = 50 - 70). Необхідно пам'ятати про певну умовність такої градації, про наявність проміжних станів, особливо при практичній оцінці ідіотії і дебільності різного ступеня вираженості. У деяких випадках буває важко віддиференціювати легку імбецильність від тяжкої дебільності або легку дебільність від проявів низької інтелектуальної норми.

Ідіотія (ІQ = 1 - 20) - найбільш глибоке вроджене слабоумство. При цій формі олігофренії майже повністю відсутня мова й інші психічні функції. Ознаки ураження головного мозку (різко збільшена чи зменшена голова й інші спотворення як результат патології внутрішньоутробного розвитку) при ідіотії звичайно виявляються одразу ж після родів. Через велику патологію мозку життя ідіотів рідко триває до 20 років, вони не можуть оволодіти навіть елементарними життєвими навичками. При ідіотії вкрай послаблені або спотворені реакції на навколишній світ. Такы хворі можуть досягти рівня розвитку півторарічної дитини. Їх інтелектуальне функціонування відбувається на сенсомоторному рівні, вони нездатні навчатися за допомогою мови. Сприйняття слабо диференційоване, фіксація уваги неможлива. Їхні рухи погано координовані, виконання планомірних актів практично неможливе. Вони не можуть самостійно пересуватись, їх не вдається привчити до дотримання елементарної гігієни. Навіть досягаючи підліткового та юнацького віку, хворі виразною мовою так і не оволодівають; вони не розуміють змісту зверненої до них мови, хоч іноді правильно починають реагувати на інтонацію. Хворі або залишаються нерухомими, або протягом багатьох годин виконують стереотипні рухи (розгойдуються, смокчуть пальці, плещуть у долоні тощо), при цьому вираз обличчя залишається тупим, рот відкритим. Іноді цей стан змінюється спонтанним збудженням. Під час такого безмотивного збудження хворі можуть хаотичними рухами нанести тілесні пошкодження особам, які здійснюють нагляд за ними. Хворі залишаються повністю безпомічними, не усвідомлюють своєї неповноцінності і потребують постійного догляду.

Імбецильність (ІQ = 20 - 50) - менш глибока ступінь вродженого слабоумства. Серед інших форм олігофренії вона зустрічається до 10%. На відміну від ідіотів, імбецили можуть виявляти елементарні, але все таки диференційовані і різноманітні реакції на навколишнє середовище. Вони можуть орієнтуватися в уже опанованій ними ситуації, однак зовсім розгублюються в новій ситуації. Мова при імбецильності примітивна, аграмтична, невиразна, хоч словниковий запас хворих іноді досягає 200-300 слів; вони можуть вживати нескладні фрази та розуміти їх. Їм доступні елементарні узагальнення, вони володіють деякими відомостями в межах простих побутових знань, здатні орієнтуватись у нескладних питаннях побутової обстановки. Однак утворення абстрактних понять їм недоступне, логічні операції здійснюються на дуже низькому рівні, мислення надто конкретне, тугорухоме. Логічна пам'ять при імбецильності відсутня, але механічна пам'ять може бути задовільною, що сприяє засвоєнню деяких елементарних знань і навичок, які правильно, хоч і стереотипно, використовуються в звичній ситуації. У випадках менш тяжкої імбецильності, не звертаючи уваги на низький розвиток інтелекту, безпосередні емоційні реакції можуть бути відносно розвиненими. Це дозволяє навіть встановлювати певні індивідуальні характерологічні відмінності. Відзначається і розвиток ознак особистісного самоусвідомлення, емоційно диференційоване ставлення до оточуючих. Багато імбецилів надзвичайно прив'язані до близьких, можуть співчувати іншим людям, охоче намагаються наслідувати добрим прикладам. Загалом же імбецилів характеризує збідненість, одноманітність емоцій, відсутність ініціативи, здатність до самостійної організації своєї поведінки.

Дебільність - найлегша і найрозповсюдженіша форма олігофренії. Виразність психічного порушення при дебільності може бути різною: від тяжкої (близької до імбецильності) до легкої, що межує з практичною нормою, тобто рівнем психічно здорових осіб із низьким інтелектом. Це визначає велику неоднорідність клінічних проявів, різний темп психічного розвитку і різний рівень (ступінь) виразності психічного дефекту, котрий спостерігається у хворих із надбанням життєвого досвіду. В цьому сенсі прийнято розрізняти глибоку, помірно виражену та легку дебільність.

Чим більше виражена дебільність, тим раніше вона виявляється. При глибшому ступені хвороби відставання у психічному розвитку виявляється вже в ранньому дитинстві. Характерною є зовнішність (непропорційна тілобудова, погана координація рухів, дурнуватий вираз обличчя); хворі пізно (після 3-5 років) починають ходити і розмовляти, їх мова часто залишається недорозвиненою, вони не вловлюють змісту найпростіших дитячих розваг, відсутня дитяча допитливість. Темп психічного розвитку в таких хворих низький, їм рідко вдається закінчити навіть допоміжну школу. Хворі залишаються безпомічними і потребують постійного догляду.

Легша (помірна) дебільність виявляється дещо пізніше. Такі хворі ходять до школи, але з самого початку виявляють нездатність повноцінно усвідомити навіть відносно легкий навчальний матеріал, будь-які звичайні педагогічні зусилля покращити успішність не мають успіху. Як правило, після 2-4-го класу цих хворих переводять у спеціальні школи або інтернати для розумово відсталих дітей. Там за допомогою спеціальних методів навчання хворі навіть із середнім (помірно вираженим) ступенем дебільності набувають навичок читання, рахування, письма, а дехто - навіть більш складного пізнання. В процесі навчання чітко виявляється слабкість абстрактного мислення. Хворі встановлюють різницю між предметами та явищами лише за зовнішніми ознаками, не здатні передати прихований зміст прислів'їв і метафор. Осмислювання та логічне запам'ятовування підмінюється механічним завчанням, сліпим наслідуванням. Відзначається слабкість активної цілеспрямованої уваги: вона тяжко привертається, погано фіксується, легко розсіюється. Переважає пасивна увага з бездумною реєстрацією навколишнього. Мова відзначається збідненим запасом слів; відомі слова вживаються в елементарних зв'язках, узагальнення значень слів малодоступне. Характерні неправильні за змістом вживання слова, переважають мовні штампи, та короткі, примітивно побудовані фрази. У допоміжних школах хворі нерідко одержують прості виробничі навички (як правило спеціальності, що вимагають механічної стереотипної праці) та надалі працюють або в трудових майстернях психіатричних установ, або навіть за отриманим фахом на загальних умовах. Однак після закінчення допоміжної школи дебільні особи явно вирізняються бідним запасом знань, вузьким колом інтересів, відсутністю ініціативи та самостійності, уповільненістю й інертністю психічних процесів. Основна складність для цих хворих - пристосування до нових незвичних ситуацій, коли встановлені схеми-шаблони поведінки вже недостатні, не підходять і стають необхідними не тільки осмислення, а й елементи творчого підходу до розв'язання завдань і труднощів, які виникли.

Хворі з найменшою вираженістю слабоумства (легкий ступінь дебільності) виявляються пізніше за інших, у зв'язку зі зміною звичного для них життєвого стереотипу. Багатьом із них все таки вдається закінчити дев'ятирічну загальноосвітню школу чи навіть ПТУ. Дебільність у цих випадках, звичайно, виявляється при намаганні продовжити освіту, під час проходження медичних комісій (найчастіше в зв'язку з призовним віком), в перші тижні служби в армії, на новому місці роботи, а також при судово-психіатричному обстеженні. У таких дебільних осіб часто непогано розвинена мова, їх поведінка практично адекватна і самостійна, якщо порівнювати з глибшою олігофренією; добра здатність наслідувати і механічна пам'ять певною мірою маскують слабкість мислення.

Тільки ретельніше дослідження спеціальними методами виявляє у хворих при легкому ступені дебільності недостатність абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Абстрактні поняття в них пов'язані не стільки з певним змістом, скільки зі словесним запозиченням, наслідуванням. Перехід від простих до складніших узагальнень (від конкретних до абстрактних) для них є утрудненим. Вищий рівень узагальнення, пов'язаний із переходом від чуттєвого пізнання до абстрактного мислення, навіть при легкій дебільності є неможливим.

Особливою рисою емоційної сфери дебільних осіб при всіх характерологічних варіантах є недостатність вищих емоцій, що проявляється у хворих за відсутності природної для здорової людини потреби пізнати навколишнє середовище: в них є цікавість, але немає потягу до пізнання. Загальна особливість вольової сфери - поєднання слабкості ініціативи з імпульсивністю поведінки, підвищеної навіюваності, схильності до наслідування зі впертістю. При всій слабкості витримки та низькій здатності стримувати свої потяги, недостатності цілісного обмірковування своїх вчинків і підвищеній навіюваності хворі з легким ступенем дебільності можуть достатньо корегувати свою поведінку залежно від зміни ситуації та передбачати наслідки своїх вчинків.

.3.3 Генетичні та хромосомні форми розумової відсталості

Орієнтація фахівців у різних клінічних проявах хромосомних синдромів, поєднаних з олігофренією, є важливою для подальшого цілеспрямованого генетичного обстеження дитини, прогнозу її подальшого розвитку і профілю спеціальної дошкільної та шкільної установи, а також медико-генетичного консультування сім'ї з метою профілактики повторних народжень хворих дітей у сім'ї.

Частота хромосомних форм олігофренії складає близько 15,7% всіх її випадків. Найбільш часто хромосомні форми олігофренії, зумовлені аномаліями аутосом, зустрічаються у дітей з глибоким інтелектуальним дефектом. Найбільш поширеним синдромом, обумовленим аномалією аутосом, є хвороба Дауна. У хромосомному наборі при хворобі Дауна присутня додаткова 21-а хромосома.

Основними причинами хромосомних порушень вважаються: іонізуюча радіація, важкі інфекції та інтоксикації, ендокринні порушення, вплив хімічних речовин, в тому числі і деяких медикаментозних препаратів, що застосовуються за один-два роки до зачаття, а також загальне забруднення навколишнього середовища. Для деяких хромосомних захворювань, включаючи хворобу Дауна, має значення і вік батьків, особливо матері. При хромосомних формах олігофренії недорозвинення інтелекту поєднується з характерними для кожного синдрому аномаліями у будові черепа, загальною диспластичністю статури, часто з кістковими аномаліями, дефектами розвитку пальців кистей і стоп, вадами розвитку внутрішніх органів та іншими порушеннями.

Особливо добре відомі зовнішні ознаки хвороби Дауна. Вони настільки специфічні, що діагноз захворювання зазвичай ставиться в пологовому будинку за зовнішнім виглядом дитини. Перш за все лікарі звертають увагу на зменшені розміри черепа зі сплощеною і скошеною потилицею, вузькі очні щілини, плоске обличчя з виступаючими виличними дугами, асиметричні, низько розташовані маленькі вушні раковини, напіввідкритий рот з великим язиком і товстими губами. Ці зовнішні ознаки поєднуються з відхиленнями в будові грудної клітки, кінцівок, пальців рук і ніг.

Важливо мати на увазі, що порушення психічного розвитку у цих дітей можуть ще більше виявлятися за рахунок дефектів зору і слуху. Крім того, у багатьох випадках у дітей з хворобою Дауна відзначаються різні ендокринні порушення з ожирінням, недостатністю функції щитовидної та статевих залоз. Раннє виявлення цієї недостатності має важливе значення для правильного лікування, що сприяє зменшенню тяжкості інтелектуального дефекту. Недорозвинення інтелекту під час хвороби Дауна варіює від глибокої до більш помірних ступенів олігофренії з явним переважанням важких форм.

Особливістю олігофренії при хворобі Дауна є поєднання вираженого недорозвинення абстрактного мислення, логічної пам'яті і функції активної уваги. Ці діти ласкаві, прив'язані до близьких. Вони здатні диференціювати ставлення до них оточуючих. Деякі схильні до коливань настрою, дратівливості. З віком їх інтелектуальний дефект стає все більш і більш помітним і ступінь їх відставання від однолітків може збільшуватися.

Інтелектуальні й емоційні порушення при хворобі Дауна зазвичай поєднуються з порушеннями мови. Це стає очевидно через пізній розвиток такої дитини. Порушення мови особливо виражається при наявності дефектів слуху. Питання мовних порушень і особливо процеси сприйняття мовлення у дітей з хворобою Дауна розглядаються не тільки у зв'язку з їх інтелектуальним дефектом, а й в аспекті вушної і полушарной домінантності. Спеціальні дослідження вушної домінантності з допомогою прослуховування виявили у багатьох з цих дітей домінантність лівого вуха. При цьому також виявлено чіткий зв'язок домінантності лівого вуха з самим синдромом, а не з фактом розумової відсталості. З огляду на зв'язок вушної і полушарной домінантності, висловлюється припущення, що діти з хворобою Дауна використовують для лінгвістичної обробки мовної інформації менш ефективну праву півкулю мозку.

Головне, на що звертається в останні роки увага фахівців, - це подібність структури інтелектуального дефекту при хворобі Дауна та хвороби Альцгеймера. Характерно, що ця схожість при хворобі Дауна починає проявлятися в зрілому віці. Молекулярно-біологічні дослідження останніх років це підтверджують: перевага дегенеративних судинних порушень, наявність цукрового діабету, схильність до злоякісних новоутворень, специфічні порушення слуху та ін.

В останні роки приділяється велика увага питанням ранньої реабілітації дітей з синдромом Дауна за допомогою спеціальних корекційних програм, спрямованих на розвиток адекватної навчальної взаємодії матері та дитини, а також програм, що стимулюють їх психічний розвиток.

Інші хромосомні форми олігофренії, пов'язані з аномаліями аутосом, є досить рідкісними. При всіх цих формах спостерігається складний дефект, тобто глибоке інтелектуальне недорозвинення поєднується з дефектами зору, слуху, опорно-рухового апарату та іншими порушеннями. Так, подібні порушення мають місце при трисомії 13 (синдром Патау) і трисомії 18 (синдром Едвардса) аутосом. Поєднання олігофренії з дефектами зору та опорно-рухового апарату характерно для кільцевої хромосоми 13.

При аномалії статевих хромосом олігофренія спостерігається значно рідше. Тільки 1% всіх форм олігофренії зумовлений аномаліями статевих хромосом.

Висновки до розділу 1

Олігофренія (від грец. Oligos - деякий, незначний, phren - розум) - це стан затриманого або неповного розвитку психіки, що характеризується порушенням здібностей, що виявляються в період дозрівання і забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовних, моторних і соціальних здібностей. Розумова відсталість може розвиватися з будь-яким іншим психічним або соматичним розладом або виникати без нього.

Вивченням та аналізом виражених порушень розумового розвитку займалися такі психіатри, як Ж. Еськіроль, Е. Сеген, Ф. Гальтон, А. Біне, Е. Крепелін, Дж. Кеттел. Основним завданням було визначення зв'язку інтелектуальної недостатності з душевними, психічними захворюваннями та оцінка глибини цих порушень.

Вчені, що вивчали психічні процеси і можливості навчання дітей із затримкою психічного розвитку (Т. В. Єгорова, Г. І. Жаренкова, В. І. Лубовский, Н. А. Нікашина, Р. Д. Тригер, Н. А. Ципіна, С. Г. Шевченко, У. В. Ульєнкова та ін.), виявили ряд специфічних особливостей в їх пізнавальній, особовій, емоційно-вольовій сфері і поведінці.

Значним внеском у розгляд різних аспектів розумової відсталості вважаються роботи вітчизняних лікарів, психофізіологів, психологів, педагогів (І. П. Кащенко, Г. І. Россолімо, Л. С. Виготського, К. Д. Ушинського, Г. Я. Трошиної, Л. В. Занкова).

Відомо, що олігофренія виникає у результаті пошкодження мозку в період внутрішньоутробного розвитку, раннього дитинства або як наслідок пологової травми, що нерідко веде до дифузного крововиливу у мозкову речовину. До органічного ураження мозку можуть призвести різні інфекційні захворювання матері, які були під час вагітності (краснуха, грип). Часто причиною олігофренії виступає алкоголізм, наркоманія батьків, венеричні захворювання.

До пошкодження мозку може призвести важкий токсикоз матері під час вагітності, підвищення вуглекислоти або зниження кисню у крові плоду, радіоактивні опромінення під час внутрішньоутробного розвитку, під впливом паразитів - токсоплазмозу. До тих самих наслідків призводить і інтоксикація малят, викликана довгою диспепсією. Органічне ураження мозку може стати наслідком асфіксії - відсутності дихання. Якщо асфіксія триває довго 15-30 хвилин і більше - у мозку під впливом відсутності кисню настають певні зміни, які можуть негативно вплинути на подальший психофізичний розвиток дитини. Серйозною причиною ураження головного мозку виступає також порушення хромосомного набору (хвороба Дауна), захворювання батьків на сифіліс.

Таким чином, олігофренія - це стан, який виникає в наслідок ураження центральної нервової системи плоду або дитини в період до розвитку мови.

Своєрідність психофізичного розвитку цих дітей виявляється рано. На відміну від норми, вони починають тримати голівку в 2-3, а інколи в 6-10 місяців, сидіти у 8-10 місяців, пізніше, ніж здорові діти, починають ходити. З великим запізненням у них розвивається мовлення. У більшості перші слова з’являються у 2-3 роки, а у деяких навіть у 4-5 років. Словниковий запас зростає дуже повільно. Це стосується не лише активного, а й пасивного мовлення.

Олігофренію характеризує загальна психічна неповноцінність, що виявляється не тільки в недорозвиненості інтелекту і мислення, а й усіх інших психічних функцій: сприйняття, пам'яті, уваги, мови, локомоторних особливостей, емоційно-вольової сфери. Ступінь виразності вродженого слабоумства може бути дуже різним. Від інших форм недоумства олігофренія відрізняється тим, що вона є не зниженням інтелекту й інших функцій психіки, як це буває при інших психічних захворюваннях, а їх первинним недорозвитком.

У практиці склалася класифікація, що базується на основній клінічній ознаці олігофреній - розумовій недорозвиненості. Для визначення ступеня розумової недостатності в кількісному виразі застосовується інтелектуальний коефіцієнт - IQ. Градація за ступенем виразності вродженого слабоумства дозволяє всі варіанти олігофренії розділити на 3 групи: ідіотію (ІQ=20), імбецильність (ІQ=20-50), дебільність (ІQ=50-70). Необхідно пам'ятати про певну умовність такої градації, про наявність проміжних станів, особливо при практичній оцінці ідіотії і дебільності різного ступеня вираженості. У деяких випадках буває важко віддиференціювати легку імбецильність від тяжкої дебільності або легку дебільність від проявів низької інтелектуальної норми.

Орієнтація фахівців у різних клінічних проявах хромосомних синдромів, поєднаних з олігофренією, є важливою для подальшого цілеспрямованого генетичного обстеження дитини, прогнозу її подальшого розвитку і профілю спеціальної дошкільної та шкільної установи, а також медико-генетичного консультування сім'ї з метою профілактики повторних народжень хворих дітей у сім'ї.

Основними причинами хромосомних порушень вважаються: іонізуюча радіація, важкі інфекції та інтоксикації, ендокринні порушення, вплив хімічних речовин, в тому числі і деяких медикаментозних препаратів, що застосовуються за один-два роки до зачаття, а також загальне забруднення навколишнього середовища. Для деяких хромосомних захворювань, включаючи хворобу Дауна, має значення і вік батьків, особливо матері. При хромосомних формах олігофренії недорозвинення інтелекту поєднується з характерними для кожного синдрому аномаліями у будові черепа, загальною диспластичністю статури, часто з кістковими аномаліями, дефектами розвитку пальців кистей і стоп, вадами розвитку внутрішніх органів та іншими порушеннями.

При аномалії статевих хромосом олігофренія спостерігається значно рідше. Тільки 1% всіх форм олігофренії зумовлений аномаліями статевих хромосом.

РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОЛІГОФРЕНІЇ

.1 Проблема оцінки рівня інтелектуального розвитку при виявленні грубих форм розумової відсталості у дітей

Центральне місце серед проблем психологічної діагностики відхилень традиційно займає проблема оцінки рівня інтелектуального розвитку.

Оскільки вікові піки діагностики олігофренії - 6-7 (вік початку навчання в школі), розглянемо проблему діагностики олігофренії у дітей. Найбільша складність для психологічної діагностики особ з інтелектуальною недостатністю - своєрідність схожих станів інтелекту. Діти, що проявили себе в діагностичних випробуваннях однаковим або схожим чином, можуть страждати різними органічними захворюваннями ЦНС, мати різні сенсорні дефекти або порушення уваги.

Проте різна ефективність пізнавальної діяльності не завжди трактується як диференціально-психологічна ознака. Це може бути доведено на прикладі диференціальної діагностики затримки психічного розвитку і легкої міри розумової відсталості, оскільки і в тому, і в іншому випадку причиною порушення розвитку є органічна недостатність мозку, а первинним проявом дефекту - відставання в розумовому розвитку.

Між тим різна міра вираженості цього відставання і якісні відмінності в структурі дефекту дозволяють навчати дітей по різних шкільних програмах - масовій або допоміжній. Необхідно також враховувати, що вторинні і третинні порушення чинять зворотну негативну дію на психічний розвиток дитини і розкриття її потенційних можливостей. Так, гальмування процесу оволодіння інтелектуальними операціями може бути обумовлене, разом з первинними причинами, і несформованістю пізнавальної мотивації, і труднощами спілкування, і швидким стомленням, і недорозвиненням мови.

Принципово важливо діагностувати інтелектуальну недостатність якомога раніше. Проте тонка психологічна діагностика міри зниження інтелекту реально можлива лише починаючи з дошкільного віку. Йдеться не про виявлення грубих форм розумової відсталості, а про прогностично валідний аналіз структури дефекту. Самі ж методи діагностики мають бути адекватні цій стадії психічного розвитку дитини.

.2 Основні підходи до психологічної діагностики інтелектуальної недостатності у дітей

Визначення рівня інтелектуального розвитку у дітей має свою історію і продовжує викликати інтерес дослідників, в чому важливу роль грають і запити на навчання дітей з інтелектуальною недостатністю. З цією проблемою тісно пов'язана розробка коротких діагностичних випробувань (тестів) і шкал виміру інтелекту, що дозволяють кількісно описати окремі інтелектуальні структури і весь інтелект в цілому.

З початку тести були орієнтовані на виявлення інтелектуальної недостатності у дітей. Серед них найвідоміші - це варіанти тестів Біне-Термена, Станфорд-Біне та ін.

Окрім інтелектуальних тестів цієї групи, велике поширення отримав дитячий тест Д. Векслера (Додаток 1). Він має ряд переваг - більша різноманітність завдань і зручніший спосіб обробки результатів.

Відомі також численні модифікації і адаптації цих тестів, а також менш успішні спроби побудови шкал дитячого інтелекту. В останні роки такого роду спроби робляться і вітчизняними дослідниками. Це адаптований варіант методики Векслера, адаптація деяких завдань з тесту Амтхауэра. Не поглиблюючись в розгорнуту критику методу тестів, слід лише відмітити, що результати тестування мають в основному констатуючу, а не пояснювальну значущість. Тривалий досвід застосування тестових обстежень привів багато фахівців до висновку, що низькі показники в інтелектуальних тестах ще не завжди свідчать про погані здібності випробовуваного: часто це означає лише те, що він не зумів ними скористатися. Іншими словами, якщо дитина не виконала тестове завдання, необхідно бути дуже обережним з висновком про стан її інтелекту і не робити категоричних висновків про її нездатність виконати таке саме або схоже завдання.

У рамках психологічного обстеження дитині пропонується виконати ряд завдань і відповісти на питання, спрямовані на дослідження її пам'яті, уваги, мислення і працездатності, а результати піддаються якісному або якісно-кількісному аналізу.

Цей підхід досить детально описаний в роботах М. П. Кононовой, С. Я. Рубінштейн. Великий методичний матеріал представлений в роботах С. Д. Забрамной.

При оцінці інтелекту школярів велике значення надається також педагогічному обстеженню шкільних знань і навичок; при оцінці рівня інтелектуального розвитку дошкільнят перевага віддається психологічним методикам і бесіді. У рамках такого обстеження акцент робиться не лише на результат виконання завдання (правильно - неправильно), але і на способи його досягнення, аргументацію відповідей, поведінкові реакції дитини і т. д.

Сильною стороною такої процедури є відсутність жорсткої послідовності і кількості запропонованих дитині завдань, безпосередня реєстрація ходу їх виконання і можливість оперативного корегування процедури обстеження. Це дозволяє будувати діагностичний процес гнучкіше, враховуючи результати діяльності дитини, і отримувати відповіді на питання, що виникають в ході обстеження.

Недостатньо розробленими є і конкретні діагностичні методики, які не лише не стандартизовані, але навіть не уніфіковані.

Метод інтелектуальних тестів полягає в домінуванні абстрактно-пізнавального матеріалу серед завдань, що пред'являються дитині, і наближенні процедури обстеження (тестування) до зайняття учбового типу.

З особливою гостротою недоліки традиційного підходу виявляються при диференційно-психологічній діагностиці інтелектуального розвитку дітей. Умови соціального життя дітей чітко визначають вік, в якому вкрай бажано виявити наявність інтелектуальної недостатності і визначити її форму. Це - дошкільний вік, період підготовки дитини до систематичного навчання за певною програмою і в спеціальному, загальному для усіх дітей режимі.

Навіть у нормі психологічні передумови готовності дитини до школи формуються тільки до 6-7 років, а іноді й пізніше. Ще більшу різноманітність варіантів особового розвитку можна спостерігати у дітей зі зниженим інтелектом.

У багатьох дослідженнях було переконливо показано, що рівень пізнавальної спрямованості дитини, його соціальна адаптивність, емоційні реакції на успіх і невдачу, працездатність, здатність до вольової регуляції, інші особові особливості, а також ситуаційні обставини істотно впливають на виконання ним інтелектуальних завдань.

Важливим внеском у розвиток психологічної діагностики стали уявлення Л. С. Виготського про зони актуального і найближчого розвитку дитини [26 ]. З опорою на це були сконструйовані психологічні методики за типом повчального експерименту, які давали можливість більш повно представити інтелектуальний потенціал випробовуваного.

Висновок про рівень інтелектуального розвитку дитини будувався не лише на основі того, як дитина впоралася з тим або іншим завданням, але і з урахуванням кількості "уроків", допомоги, необхідної для виконання завдання, що лежить в зоні її найближчого розвитку [34].

.3 Комплексна діагностика олігофренії

Анамнестичні відомості про затримку психічного і фізичного розвитку в дитинстві, дані про нездатність до засвоєння шкільної програми, про навчання в допоміжній школі дозволяють припустити дебільність. Клінічно-психопатологічний метод дає можливість чітко визначити розлад пізнавальної функції інтелекту (малий обсяг знань, нездатність оперувати наявними знаннями, недостатня умілість і ін.).

Досить легко виявляються різні емоційно-вольові порушення. З додаткових методів обстеження особливе значення мають патопсихологічні, деякі з них допомагають діагностувати міру інтелектуальної недостатності. Застосовуються методики дослідження мислення (предметна класифікація, методики виключення, порівняння понять, пояснення прислів'їв і метафор, встановлення послідовності подій по серії малюнків, асоціативний експеримент); пам'яті (заучування 10 слів, коротких оповідань, метод піктограм); навичок рахункових операцій, рівня домагань, самооцінки, критичних здібностей.

Метод Векслера, незважаючи на критичне відношення до тестів, прийняте у вітчизняній літературі, досить інформативний і дає у поєднанні з іншими патопсихологічними методиками виразне уявлення про міру інтелектуальної недостатності.

Діагностика інтелектуальних порушень у рамках психологічного обстеження починається з бесіди з дитиною з метою з'ясування запасу відомостей про найближче оточення дитини. Як правило, у розумово відсталих дітей запас відомостей про їх найближчий оточення бідний, вони не завжди правильно називають своє ім'я і прізвище, адресу, пори року та ін.

Для діагностики зорового сприйняття використовуються такі методики, як «Розрізні картинки» та «Кубики Кооса». Діти з розумовою відсталістю справляються із запропонованими завданнями тільки після додаткового роз'яснення потрібних дій, але запропонована допомога не завжди є запорукою правильного виконання завдання. Методика «4-й зайвий» використовується для дослідження аналітико-синтетичної діяльності дитини. При виконанні таких завдань діти з розумовою відсталістю також мають певні труднощі. Вони не завжди вміють виділити істотні ознаки, а їх узагальнення будується на окремих зовнішніх властивостях. Мислення олігофренів характеризується недостатністю рівня процесів узагальнення і відволікання, судження при вирішенні експериментальних завдань носять конкретно-ситуаційний характер.

.4 Основні методи та методики комплексного дослідження олігофренії

Для діагностування олігофренії застосовують методики дослідження мислення (предметна класифікація, методики виключення, порівняння понять, пояснення прислів'їв і метафор, встановлення послідовності подій по серії малюнків, асоціативний експеримент); пам'яті (заучування 10 слів, коротких оповідань, метод піктограм); навичок рахункових операцій, рівня домагань, самооцінки, критичних здібностей. Метод Векслера досить інформативний і дає у поєднанні з іншими патопсихологічними методиками виразне уявлення про міру інтелектуальної недостатності.

. Класифікації. В одну групу об'єднуються предмети, які в уявленні хворого пов'язані з певною, конкретною ситуацією. Так, легко об'єднуються в одну групу предмети меблів, але нерідко до них обстежувані відносять і чорнильницю («вона на столі стоїть»), книгу («раз етажерка тут, означає і книгу сюди потрібно»). Вкрай важко для дебілів утворення груп за абстрактнішими ознаками, наприклад, виділення вимірювальних приладів. Ще важчим видається наступний етап класифікації, що вимагає об'єднання ряду груп у більші, збиральні, коли доводиться об'єднати окремо живі істоти, окремо - рослини, окремо - неживі предмети.

. Методика виключення. Тут також рішення завдань носять конкретний характер, спираються на виділення часто другорядних, ситуаційних зв'язків. Так, об'єднуються в одну групу портфель, валіза і книга («книгу можна носити в портфелі і валізі», «школярі користуються або портфелями або валізами - носять в них підручники»).

При дослідженні методикою виключення дебіли також легко виконують завдання, якщо інструкція передбачає виключити один, відмінний від інших, предмет, чим при необхідності вказати три предмети, що мають між собою щось загальне.

. Методика порівняння понять. Якщо відмінність між поняттями обстежуваному ще вдається встановити (за зовнішніми малоістотними ознаками), то загальне між ними вони виділити не можуть.

. Методика формування понять. При дослідженні дітей цією методикою визначається їх здатність до цілеспрямованих і послідовних дій, уміння вести аналіз одночасно в декількох напрямах, відкидати непідкріплені ознаки. Ці особливості характеризують течію процесів узагальнення у обстежуваних. У дебілів значно ускладнено формування штучних понять, вони можуть окремо виділити ознаки, на основі яких формується штучне поняття, - форму, колір. Але об'єднати обидві ці ознаки і на цій основі виділити штучне поняття вони не можуть. Такі ж труднощі зазнають олігофрени при класифікації кольорових фігур. Вони проводять класифікацію за окремими ознаками - формою, кольором і величиною, але провести класифікацію за двома ознаками (наприклад, за формою і кольором) вони не можуть, оскільки для цього потрібно об'єднати дві ознаки і ігнорувати третю.

. Розуміння сюжетних картин. Методика спрямована переважно на дослідження інтелектуального рівня.

Можливі різні варіанти, модифікації досвіду. Основний варіант полягає в показі хворим спеціально підготовленої серії картинок різної складності, виконаних переважно в реалістичній манері. Зазвичай з цією метою використовують листівки-репродукції.

При вираженій дебільності сприйняття недорозвинене, недостатньо чітке. Це відноситься до сприйняття зорових образів, коли обстежувані плутають зображення схожих предметів, погано розрізняють кольори. При показі картинок дебілам важко уловити цілісний зміст, і тому вони перераховують окремі деталі малюнка.

Для дебілів ускладнено розуміння сенсу оповідань сюжетних малюнків. При глибокій дебільності хворі зовсім не розуміють їх сенсу, при легкій мірі - поверхнево переказують розповідь або описуваний малюнок, не проникаючи в поміщений в нього сенс. Ще важчим для дебілів виявляється встановлення послідовності подій по серії малюнків. При глибокій дебільності обстежувані не в змозі встановити розвиток сюжету навіть по дуже нескладній серії малюнків. Вони розкладають малюнки у випадковому порядку і описують кожний окремо. Причому опис нерідко зводиться до простого перерахування деталей. Іноді обстежувані у загальних рисах уловлюють сюжет, але окремі малюнки вони розміщують неправильно. Чим глибше виражена дебільність, тим бідніше виявляється лексикон хворого.

. Методика підбору антонімів. Коли перевіряється не лише словниковий запас, але і відповідність слів певному змісту. Аналіз мовної продукції показує, що за багатослівністю цих хворих ховається досить бідний словниковий запас - мова їх рясніє штампами, часто невірно вживаються слова ("порожня словесна абстракція", по Г.Я. Трошину).

. Складання картинок з відрізків. Методика запропонована А.Н. Бернштейном для дослідження інтелектуального рівня.

Обстежуваному пропонують (у зростаючій складності) скласти 6 малюнків, розрізаних на частини. Перші 3 малюнки розрізали на 4 частини, а інші - на більшу кількість відрізків. Перший і четвертий малюнки однакові, але розрізали по-різному. Для повторних досліджень бажано мати декілька наборів, аналогічно підібраних. Відрізки малюнка даються випробовуваному без певного порядку, перевернутими. Складатися вони повинні без зразка.

. Піктограми. Ця методика запропонована Л. С. Виготським і розроблена як один з методів опосередкованого запам'ятовування.

Піктограма - образ, що створюється обстежуваним для опосередкованого запам'ятовування. Таким чином, за допомогою методики піктограм ми вивчаємо самостійну розумову продукцію хворих. Тут особливо явно виступають порушення мислення, що пояснюється малою зумовленістю, меншою регламентацією процесів мислення, умовами досвіду.

. Проба на запам'ятовування 10 слів. При цьому обстежуваному зачитують 10 двоскладових слів. Підбирати заучувані слова слід так, щоб між ними важко було встановити які-небудь смислові стосунки. Якщо це не передбачити, обстежуваний може полегшити для себе завдання, використавши мнемотехнічні прийоми.

. Психометричне дослідження пам'яті за допомогою шкали Векслера. (Wechsler Memory Test, 1946).

Шкала пам'яті Векслера складається з серії методик. Отримані з їх допомогою результати підсумовуються, при цьому враховується спеціальна поправка на вік. Дослідник отримує можливість оцінити пам'ять за даними експерименту не лише за допомогою сумарних показників, але і по розкиду та відхиленню результатів виконання окремих завдань від якихось середніх величин. Слід зазначити, що шкала пам'яті позбавлена одного з серйозних недоліків, властивих багатьом психометричним тестам для дослідження інтелекту: в ній дослідник має справу з порівняно однорідним в інформативному відношенні матеріалом. Враховуючи відносне значення сумарних показників, що отримуються за допомогою шкали пам'яті, можна думати, що накопичення результатів досліджень забезпечить патопсихолога середніми орієнтовними показниками.

Вираженість послаблення пам'яті часто відповідає мірі недоумства. Чим глибше дебільність, тим помітніша недостатність пам'яті. Підтвердженням цього служать дані, що отримуються при дослідженні дебілів методикою заучування 10 слів. Представляє інтерес співвідношення між механічною і логічною пам'яттю. При легкій дебільності немає істотної різниці між показниками, що характеризують обидва види пам'яті. Зате при вираженій дебільності механічна пам'ять страждає менше. Глибоким дебілам опосередковане заучування представляється дуже важким, а проби на асоціативну пам'ять даються важче, ніж заучування 10 слів; асоціації в парах слів цими хворими не вловлюються, і тому завдання виявляється для них великим за об'ємом (містить 20 слів).

. Коректурна проба. Методика спрямована на дослідження уваги - виявляється здатність до концентрації його, стійкість. Коректурна проба уперше була запропонована В. Bourdon в 1895 р. Увага, особливо довільна, відрізняється вузьким об'ємом.

. Методика дослідження рівня домагань. Зазвичай у здорових обстежуваних на вибір подальшого завдання впливає успіх або невдача в рішенні виконуваного нині. У олігофренів така самооцінка в процесі дослідження не виробляється. Вони абсолютно бездумно беруть картку, що попалася під руку, і не проявляють якої-небудь емоційної реакції на невдачу у виконанні завдання. У олігофренів з менш глибокою мірою дебільності рівень домагань виробляється до кінця дослідження: спочатку вони абсолютно не співвідносять вибір складності подальшого завдання з успіхом або невдачею в рішенні справжнього завдання і лише у кінці досвіду починають при успіху брати важчі, а при невдачі - легші завдання.

. Дослідження самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейн. Методика запропонована С.Я. Рубінштейн (1970) для дослідження самооцінки. У ній використаний прийом Т. Dembo, за допомогою якого виявлялися уявлення обстежуваного про своє щастя.

Для патопсихологічної діагностики дебільності не можна обмежуватися вербальними методиками, особливо пов'язаними з рівнем загальноосвітніх знань. При такому проведенні дослідження за дебільність можна прийняти випадки педагогічної занедбаності. Дослідження обов'язково повинне включати невербальні методики, які в значно меншій мірі спираються на загальноосвітню підготовку обстежуваного (кубики Кооса, субтести "цифрові символи", "бракуючі деталі", "складання фігур" по Векслеру).

Метод Векслера може замінити все перелічені вище методики для діагностики олігофренії і є основою для постановки цього діагнозу. Метод Векслера складається з 11 окремих методик - субтестів. Усі субтести розділені на 2 групи - вербальну (6) і невербальну (5).

.5 Практичні рекомендації щодо профілактики та психокорекції олігофренії

Ефективна допомога особам з розумовою відсталістю повинна складатися з комплексу заходів реабілітаційного та лікувального характеру. Насамперед це первинна профілактика в сімейних і генетичних консультаціях (виявлення різних захворювань і патогенних факторів). Надалі при діагностиці відповідного захворювання його лікування - вторинна профілактика і, нарешті, запобігання інвалідності - третинна профілактика. Надзвичайно важливі реабілітаційні заходи - найбільш раннє виявлення, своєчасне надання лікувальної та корекційно-педагогічної допомоги із залученням трудової терапії.

У лікуванні хворих з розумовою відсталістю необхідний комплексний та індивідуальний підхід з широким використанням медичних і педагогічних заходів. Особливе значення має корекція поведінки цих хворих, формування навичок самообслуговування, розвиток адаптаційних можливостей.

При виборі реабілітаційних заходів разом із ступенем розумового недорозвинення береться до уваги тип дефекту, краще піддаються реабілітації емоційно урівноважені хворі, що мають адекватні соціальні установки. Кожен тип порушень потребує специфічної психологічної корекції. Важливим завданням психолога є робота з батьками хворої дитини, оптимізація їх спілкування, надання розвиваючої допомоги дитині.

При недорозвитку з переважним порушенням функції мови необхідна специфічна стимуляція, спрямована на використання слів та речень. Психолог має донести необхідність формування в дитини потреби спілкування. Треба надати їй можливість виразити своє прохання доступними засобами. Необхідно дати певні вказівки батькам. Наприклад, мати повинна сама вимовити потрібне слово, потім робиться пауза, доки дитина не повторить його. Якщо дитина робить це, мати радісно посміхається, хвалить її та задовольняє прохання. Під час ігор мати наслідує звуки, які вимовляє дитина, а потім спонукає вимовляти нові звуки та слова.

При олігофренії - довго не формується розуміння інструкцій, зверненої до дитини мови. Усі інструкції мають бути короткими, супроводжуватись наочним показом, жестом. Виконання інструкцій треба завжди заохочувати. У навчанні мовленню важливо, щоб дитина розуміла значення слів. Легше вона їх засвоює на наочному показі, за можливості маніпулювати з предметом, який називається.

При затримці психічного розвитку. За рівнем інтелекту ці діти в більшості випадків здатні засвоїти знання та вміння, відповідні їх вікові, але незрілість емоційно-вольової, мотиваційної сфери перешкоджає цьому. Усі заняття слід проводити в ігровій формі, максимально заохочувати прояви власних пізнавальних інтересів дитини, її самостійності. У молодшому шкільному віці багато хто з дітей цього типу не здатен самостійно виконувати домашні завдання, їм потрібна організуюча допомога дорослих. Для цих дітей особливо важливим є дотримання режиму дня, розкладу підготовки до уроків, охайне робоче місце. Поступово слід зменшувати контроль та організуючу допомогу для того, щоб до 3-4-го класу дитина могла самостійно впоратися з домашніми завданнями, виконувати доручення дорослих - сходити до крамниці, прибрати і т.д.

За необхідності можна проводити з такими дітьми психотренінгові вправи, спрямовані на розвиток уваги та пам'яті. Бажано, щоб під час цих вправ дитина інколи мінялася місцем з дорослим, виконуючи роль «тренера», «вчителя». Це допомагає їй зрозуміти специфіку навчальної діяльності, необхідність дисципліни у школі [35].

олігофренія розумова відсталість

Висновки до розділу 2

Центральне місце серед проблем психологічної діагностики відхилень традиційно займає проблема оцінки рівня інтелектуального розвитку.

Принципово важливо діагностувати інтелектуальну недостатність якомога раніше. Проте тонка психологічна діагностика міри зниження інтелекту реально можлива лише починаючи з дошкільного віку. Йдеться не про виявлення грубих форм розумової відсталості, а про прогностично валідний аналіз структури дефекту. Самі ж методи діагностики мають бути адекватні цій стадії психічного розвитку дитини.

У рамках психологічного обстеження дитині пропонується виконати ряд завдань і відповісти на питання, спрямовані на дослідження її пам'яті, уваги, мислення і працездатності, а результати піддаються якісному або якісно-кількісному аналізу.

Велике поширення отримав дитячий тест Д. Векслера. Він має ряд переваг - більша різноманітність завдань і зручніший спосіб обробки результатів. Цей метод, незважаючи на критичне відношення до тестів, прийняте у вітчизняній літературі, ще й досить інформативний і дає у поєднанні з іншими патопсихологічними методиками виразне уявлення про міру інтелектуальної недостатності.

Окрім метода Векслера, для діагностування олігофренії застосовують методики дослідження мислення (предметна класифікація, методики виключення, порівняння понять, пояснення прислів'їв і метафор, встановлення послідовності подій по серії малюнків, асоціативний експеримент); пам'яті (заучування 10 слів, коротких оповідань, метод піктограм); навичок рахункових операцій, рівня домагань, самооцінки, критичних здібностей.

Ефективна допомога особам з розумовою відсталістю повинна складатися з комплексу заходів реабілітаційного та лікувального характеру. Насамперед це первинна профілактика в сімейних і генетичних консультаціях (виявлення різних захворювань і патогенних факторів). Надалі при діагностиці відповідного захворювання його лікування - вторинна профілактика і, нарешті, запобігання інвалідності - третинна профілактика. Надзвичайно важливі реабілітаційні заходи - найбільш раннє виявлення, своєчасне надання лікувальної та корекційно-педагогічної допомоги із залученням трудової терапії.

У лікуванні хворих з розумовою відсталістю необхідний комплексний та індивідуальний підхід з широким використанням медичних і педагогічних заходів. Особливе значення має корекція поведінки цих хворих, формування навичок самообслуговування, розвиток адаптаційних можливостей.

При виборі реабілітаційних заходів разом із ступенем розумового недорозвинення береться до уваги тип дефекту, краще піддаються реабілітації емоційно урівноважені хворі, що мають адекватні соціальні установки. Кожен тип порушень потребує специфічної психологічної корекції. Важливим завданням психолога є робота з батьками хворої дитини, оптимізація їх спілкування, надання розвиваючої допомоги дитині.

За необхідності можна проводити з такими дітьми психотренінгові вправи, спрямовані на розвиток уваги та пам'яті. Бажано, щоб під час цих вправ дитина інколи мінялася місцем з дорослим, виконуючи роль "тренера", "вчителя". Це допомагає їй зрозуміти специфіку навчальної діяльності, необхідність дисципліни у школі.

ВИСНОВКИ

Вивчення особливостей олігофренії має велике значення. Це обумовлено зростанням її поширеності, малою ефективністю лікування і, в той же час, важливістю соціально-правових аспектів у цій групі.

Розумова відсталість (mental retardaion), або олігофренія - це патологічний стан, обумовлений ураженням мозку під час пологів або на першому році життя, розладами метаболізму, вродженими каліцтвами, а також хромосомними аномаліями, в клініці яких виявляється синдром стабільного інтелектуального недорозвинення, що веде до ускладнень в соціально-трудовій адаптації.

Проблема розумової відсталості інтенсивно вивчається у багатьох напрямках, досліджуються її генетичні аспекти. В результаті отриманих даних з'являється можливість уточнення етіології олігофренії та її впливу на генетичний апарат для запобігання виникненню розумової відсталості.

Починаючи з XVIII ст. увага таких психіатрів, як Ж. Еськіроль, Е. Сеген, Ф. Гальтон, А. Біне, Е. Крепелін, Дж. Кеттел, зосередилася на вивченні та аналізі виражених порушень розумового розвитку.

Вчені, які вивчали психічні процеси і можливості навчання дітей із затримкою психічного розвитку (Т. В. Єгорова, Г. І. Жаренкова, В. І. Лубовский, Н. А. Нікашина, Р. Д. Тригер, Н. А. Ципіна, С. Г. Шевченко, У. В. Ульєнкова та ін.), виявили ряд специфічних особливостей в їх пізнавальній, особовій, емоційно-вольовій сфері і поведінці.

Чималий внесок у вивчення олігофренії внесли роботи вітчизняних лікарів, психофізіологів, психологів, педагогів (С. Я. Рубінштейн, І. П. Кащенко, Г. І. Россолімо, Л. С. Виготського, К. Д. Ушинського, Г. Я. Трошиної, Л. В. Занкова).

Від розумової відсталості слід відрізняти затримки і спотворення психічного розвитку, які розглядають як патологію психічного розвитку зі зміною послідовності, темпу, ритму дозрівання психічних функцій (психічний дизонтогенез).

Розумова відсталість визначається як стан, що виникає внаслідок органічного дифузного ураження головного мозку, на відміну від затримки психічного розвитку, яка пов’язана з мінімальною мозковою дисфункцією. Те, що обидва ці стани пов’язані з порушенням мозку, веде до певної схожості в їхньому прояві. Різниця у формі ураження центральної нервової системи визначає відмінність між розумовою відсталістю і затримкою психічного розвитку.

Згідно з міжнародною класифікацією психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (МКХ-10) олігофренія (вроджене слабоумство) включає чотири ступені: незначне, помірне, важке і глибоке зниження інтелекту - залежно від кількісної оцінки інтелекту.

Олігофренію характеризує загальна психічна неповноцінність, що виявляється не тільки в недорозвиненості інтелекту і мислення, а й усіх інших психічних функцій: сприйняття, пам'яті, уваги, мови, локомоторних особливостей, емоційно-вольової сфери. Ступінь виразності вродженого слабоумства може бути дуже різним: ідіотія (ІQ = 20), імбецильність (ІQ = 20 - 50), дебільність (ІQ = 50 - 70).

Принципово важливо діагностувати інтелектуальну недостатність якомога раніше. Проте тонка психологічна діагностика міри зниження інтелекту реально можлива лише починаючи з дошкільного віку. Йдеться не про виявлення грубих форм розумової відсталості, а про прогностично валідний аналіз структури дефекту. Самі ж методи діагностики мають бути адекватні цій стадії психічного розвитку дитини.

Для діагностування олігофренії застосовують методики дослідження мислення (предметна класифікація, методики виключення, порівняння понять, пояснення прислів'їв і метафор, встановлення послідовності подій по серії малюнків, асоціативний експеримент); пам'яті (заучування 10 слів, коротких оповідань, метод піктограм); навичок рахункових операцій, рівня домагань, самооцінки, критичних здібностей. Велике поширення отримав дитячий тест Д. Векслера.

Профілактика деяких спадкових форм олігофренії починається під час вагітності: обстеження вагітних для виявлення сифілісу, токсоплазмозу, резусотріцательного фактора в крові; попередження захворювання вагітних краснухою та іншими вірусними інфекціями; кваліфікована допомога під час пологів, а також запобігання травм і важких інфекцій у новонароджених та маленьких дітей.

У лікуванні хворих з розумовою відсталістю необхідний комплексний та індивідуальний підхід з широким використанням медичних і педагогічних заходів. Особливе значення має корекція поведінки цих хворих, формування навичок самообслуговування, розвиток адаптаційних можливостей.

У реабілітації та соціальної адаптації олігофренів поряд з органами охорони здоров'я відіграють роль допоміжні школи, школи-інтернати, спеціалізовані ПТУ, майстерні для розумово відсталих і ін.

Ефективність терапії багато в чому залежить від своєчасного застосування відповідних засобів і звичайно тим вища, чим раніше починають лікування. Терапія спрямована не стільки на усунення дефекту, скільки на попередження його розвитку і прогресування. Профілактика олігофренії незрівнянно ефективніша, ніж терапія.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Александрова Н.А. Некоторые результаты клинического изучения детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью // Дефектология. - 2002. - № 6.

2. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений). - Д.: Сталкер, 1998. - 432 с.

3. Блейхер В. М.,Бурлачук Л. Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности. - Киев, 1978.

4. Вопросы комплексной диагностики умственной отсталости у детей / Под ред. Т. В. Егорова. - Иркутск, 1988.

5. Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений: Практикум. - СПб.: ИД "МиМ", ТОО "Респекс", 1999. - 224 с.

6. Замский Х. С. Умственно-отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучения с древнейших времен до середины ХХ века. - М.: Образование, 1995.

7. Зейгарник Б. В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., стереотип. - М.: Академия, 2003. - 208 с.

8. Зінченко С. М. Патопсихологія: методики дослідження. Розділ І. (методичний посібник). - К., 2004. - 30 с.

9. Катаева А. Р., Стребелева Е. А. Дошкольная олигофренопедагогика. - М.: Просвещение, 1988. - 141 с.

10. Комер Р. Патология поведения. Нарушения и патологии психики. - 4-е изд. - СПб: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2005. - 640 с.

11. Корекційно-розвивальне навчання: досвід, проблеми, шляхи вирішення. - Біробіджан: Книга, 2005. - 398 с.

12. Коробейников И. А. О концептуальных и практических аспектах диагностики и коррекции умственной отсталости // Социальная и клиническая психиатрия. - 1993. - № 1.

13. Короткий психологічний словник / Укл. Л. А. Карпенко; За заг. ред. А. В. Петровського, М. Г. Ярошевського. - М.: Політвидав, 1995. - 431 с.

14. Кузмина Е. С. Развитие эмоционально-волевой сферы умственно отсталых младших школьников // Коррекционно развивающая направленность обучения и воспитания умственно отсталых детей. - М., 1987.

15. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединский. - М.: Медицина, 1985.

16. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. - М.: Прогресс, 1989. - 224 с.

17. Максимова Н. Ю. Курс лекций по детской патопсихологии: учеб. пособ. / Н. Ю. Максимова, Е. Л. Милютина. - Р. н/Д.: Феникс, 2000. - 576 с.

18. Максимова Н. Ю. Основы детской патопсихологии / Н.Ю. Максимова, Е. Л. Милютина, В. М. Пискун. - К.: НПЦ Перспектива, 1999. - 432 с.

19. Мартинюк І. А. Патопсихологія: навч. посібник. / І. А. Мартинюк - К.: Центр учбової літератури, 2008. - 208 с.

20. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 592 с.

21. Николаева В. В. Спецпрактикум по патопсихологии / В.В. Николаева, Е. Т. Соколова, А. С. Спиваковская. - М.: МГУ, 1979. - 42 с.

22. Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская, 2-е изд., испр. и доп. - М.: Когито-Центр, 2000. - 289 с.

23. Петрова В. Г., Белякова И. В. Психология умственно отсталого школьника (Олигофренопсихология). - М., 2002.

24. Петрова В. Г., Белякова І. В. Хто вони, діти з відхиленнями у розвитку? - М.: Флінта: Московський психолого-соціальний інститут, 1998. - 104с.

25. Практикум по патопсихологии / Под ред. Зейгарник Б. В. и др. - М.: МГУ, 1987. - 183 с.

26. Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте / Л. С. Выготский. - Москва, 2008 // Концепция зоны ближайшего развития: хрестоматия / сост. И. А. Корепанова. - Москва: АНО ПЭБ, 2008.

27. Психологический словарь / сост. В. Н. Копорулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева, Л. М. Балабанова; Под общ. ред. Ю. Л. Ней-мера. - Ростов-н/Д: Феникс, 2003. - 640 с.

28. Психофизиологические основы дифференциальной диагностики и коррекционного обучения детей с нарушениями познавательной деятельности / Под ред. Д. А.Фарбер, Л. П. Григорьевой.- М.: Изд-во РОУ, 1995. - 97 с.

29. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 "Дефектология".- 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Просвещение, 1986. - 192с.

30. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. - М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. - 448 с.

31. Собчик Л. Н. Методы психологической диагностики / Л. Н. Собчик. - М.: Наука, 1990. - 235 с.

32. Трошин Г. Я. Антропологические основы воспитания: Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей. T.I. Процессы умственной жизни. Петроград: Типография Б. В. С., 1915. - 403 с.

33. Ушаков Г. К. Олигофрении // Детская психиатрия. - М.: Медицина, 1973. - С.208-216.

34. http://www.medteory.ru/mter-575.html

35. http://uchebnikionline.com/psihologia/patopsihologiya\_-\_martinyuk\_ia/patopsihologiya\_-\_martinyuk\_ia.htm