

# **ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

УДК [37.015.3+159.9-053.8-053.8:612.8](072.8)  
ББК 88.8я73  
О75

### **Р е ц е н з е н т ы:**

кандидат психологических наук  
директор Психологического центра РОСТ г. Саратова

*М.В. Лысогорская*

кандидат психологических наук, доцент кафедры реабилитационных технологий в образовании на базе ГАУ СО «ЦАРИ» Саратовского национального исследовательского государственного университета имени Н.Г. Чернышевского

*Е.С. Гринина*

О75 **Основы психологии детей с умственной отсталостью:** учебное пособие / Л.В.Шипова. – Саратов, 2017. – 80 с.

Учебное пособие посвящено основам психологии умственно отсталых детей. В пособии раскрываются история и современное состояние психологии детей с умственной отсталостью как науки, обсуждается проблема умственной отсталости в специальной психологии, рассматриваются общие и специфические особенности психического развития умственно отсталых детей, анализируются особенности психического развития умственно отсталых детей в дошкольном возрасте, дается характеристика состава учащихся образовательных учреждений для умственно отсталых детей.

Пособие предназначено для студентов и преподавателей вузов, а также практикующих педагогов-психологов в образовательных учреждениях

Рекомендовано к изданию Учебно-методической комиссией  
факультета психолого-педагогического и специального образования  
СГУ имени Н.Г. Чернышевского

УДК [37.015.3+159.9-053.8-053.8:612.8](072.8)  
ББК 88.8я73

## СОДЕРЖАНИЕ

### 1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ КАК НАУКА

1.1 Предмет, объект и задачи психологии детей с умственной отсталостью.....	6
1.2. Связь психологии детей с умственной отсталостью со смежными дисциплинами.....	7
1.3. История изучения умственно отсталых детей.....	9

### 2. ПРОБЛЕМА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

2.1. Понятие «умственная отсталость» в психологии.....	19
2.2. Олигофрения как одна из форм умственной отсталости.....	24
2.2.1. Понятие «олигофрения» и его существенные признаки.....	24
2.2.2. Этиология олигофрении.....	25
2.2.3. Общие закономерности психического развития при олигофрении.....	29
2.2.4. Степени умственного недоразвития при олигофрении.....	33
2.2.5. Формы олигофрении по классификации М.С. Певзнер.....	38
2.3. Деменция как одна из форм умственной отсталости.....	43
2.3.1. Деменция: понятие, этиология, систематика.....	43
2.3.2. Органическая деменция.....	43
2.3.3. Типы органической деменции у детей.....	46

### 3. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

3.1. Общие закономерности психического развития умственно отсталых и нормально развивающихся детей.....	50
3.2. Общие закономерности психического развития умственно отсталых и других групп аномальных детей.....	51
3.3. Специфические закономерности психического развития умственно отсталых детей.....	55
3.4. Потенциальные возможности психического развития умственно отсталых детей.....	57
3.5. Зарубежная наука о возможностях психического развития умственно отсталых детей.....	60

#### **4. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

4.1. Психическое развитие умственно отсталых детей в младенческом возрасте.....	62
4.2. Психическое развитие умственно отсталых детей в раннем возрасте..	63
4.3. Психическое развитие умственно отсталых детей в дошкольном возрасте.....	65

#### **5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ**

5.1. Учащиеся с олигофренией в степени дебильности.....	71
5.2. Учащиеся с травматическим слабоумием.....	73
5.3. Учащиеся, перенесшие менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты.....	74

5.4. Учащиеся с шизофреническим слабоумием.....	76
5.5. Учащиеся с эпилептическим слабоумием.....	77
5.6. Учащиеся с гидроцефалией.....	77
5.7. Учащиеся с ревматическим поражением центральной нервной системы.....	78
5.8. Учащиеся с сифилисом головного мозга.....	78
<b>БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....</b>	<b>79</b>

# 1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ КАК НАУКА

## 1.1. Предмет, объект и задачи психологии детей с умственной отсталостью

Психология умственно отсталого ребенка является одной из отраслей специальной психологии. В качестве предмета ее изучения выступают закономерности психического развития умственно отсталых детей, а в качестве объекта – умственно отсталые дети. По определению С.Я. Рубинштейн (1986), умственно отсталые дети – это дети, у которых стойко нарушена познавательная деятельность вследствие органического поражения головного мозга. Дети с умственной отсталостью составляют более 2% от общей популяции.

Потребности обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта определили круг задач психологии умственно отсталого ребенка. На современном этапе развития отечественной специальной психологии могут быть выделены следующие задачи психологии умственно отсталого ребенка:

- 1) раскрытие общих закономерностей психического развития умственно отсталых и нормально развивающихся детей;
- 2) раскрытие общих закономерностей психического развития умственно отсталых и других групп аномальных детей;
- 3) раскрытие специфических закономерностей психического развития умственно отсталых детей;
- 4) установление зависимости психического развития от характера, механизмов и степени выраженности интеллектуального дефекта при умственной отсталости;
- 5) изучение развития конкретных психических процессов,

свойств и состояний у умственно отсталых детей;

6) выявление путей компенсации дефекта развития психики в целом и разных видов психических процессов;

7) разработка мер профилактики вторичных и третичных дефектов у умственно отсталых детей;

8) разработка научных основ обучения и воспитания умственно отсталых детей;

9) поиск и обеспечение оптимальных условий для успешной социализации и интеграции умственно отсталых детей в общество.

## **1.2. Связь психологии детей с умственной отсталостью со смежными дисциплинами**

Психология умственно отсталого ребенка опирается на ряд смежных дисциплин и использует их данные при разработке теории и в повседневной практике.

Психология умственно отсталого ребенка тесно связана с общей и детской психологией. Знание закономерностей генеза психики в норме дает возможность лучше разобраться в своеобразии психического развития умственно отсталого ребенка, в том влиянии, которое оказывает на ход психического развития поражение или недоразвитие мозга. Сопоставление данных, полученных в процессе изучения умственно отсталого ребенка, с данными общей и детской психологии позволяет утверждать, что умственное развитие детей-олигофренов при всем его своеобразии протекает по тем же основным закономерностям, что и развитие нормального ребенка. К числу таких основных закономерностей следует отнести зависимость развития психики ребенка от его обучения и воспитания взрослыми.

Педагогическая психология ориентирует специальную психологию на необходимость соблюдения ряда психологических условий обучения и

воспитания детей в целях достижения наилучших результатов в коррекционном процессе.

Специальная психология учитывает данные клиники олигофрении, невропатологии и физиологии. Клиника олигофрении дает возможность установить этиологию умственной отсталости, невропатология – анатомические, органические отклонения центральной нервной системы, физиология – функциональные изменения в центральной нервной системе. Все это позволяет понять своеобразие психики умственно отсталого ребенка.

Специальная психология исходит из учения И.П. Павлова о пластичности центральной нервной системы. Благодаря этой пластичности оказывается возможным осуществить компенсацию и коррекцию отклонений в психическом развитии, обусловленных органическим поражением головного мозга.

Психология умственно отсталых детей опирается на достижения детской психиатрии. Отечественные психиатры внесли большой вклад в клиническое изучение умственно отсталых детей. Ими изучены вопросы этиологии, патогенеза и лечения последствий заболеваний центральной нервной системы. Кроме этого установлено своеобразие психики умственно отсталого ребенка в зависимости от перенесенного заболевания, дана клинико-педагогическая классификация детей-олигофренов, определены типологические особенности их психики, раскрыта динамика развития детей-олигофренов.

Специальная психология связана с такими науками, как специальная педагогика и логопедия. Эти науки используют данные психологии умственно отсталого школьника. Знание закономерностей развития психики умственно отсталых детей дает возможность научно обосновать теорию их обучения и воспитания. В логопедической работе также необходимо исходить из своеобразия психики умственно отсталого ребенка при определении содержания и методов коррекции дефектов речи учащихся.



### 1.3. История изучения умственно отсталых детей

Психология умственно отсталого ребенка как ветвь психологической науки в России начала развиваться в 20-е годы XIX века. До этого времени изучение психического развития умственно отсталых детей осуществлялось преимущественно представителями медицинской науки. Первым большим трудом, обобщившим сведения об умственно отсталых детях, накопленные зарубежными и отечественными исследователями, был двухтомник Г.Я. Трошина «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей» (1915, 1916). В работе Г.Я. Трошина были выделены и сопоставлены различные познавательные процессы нормально развивающихся и умственно отсталых детей, а также их чувства и воля. Автор писал о возможности развития умственно отсталых детей и подчеркивал, что оно осуществляется по тем же основным закономерностям, что и развитие в норме. Вместе с тем Г.Я. Трошин отмечал разницу между двумя категориями рассматриваемых детей: нормально развивающиеся дети в сравнительно короткий срок проходят все стадии онтогенетического развития, в то время как развитие умственно отсталых детей осуществляется крайне медленно. Они достигают лишь самых низких стадий и остаются на них на всю жизнь. Умственно отсталых детей Г.Я. Трошин разделял на три категории в зависимости от уровня интеллектуального развития (идиоты, имбецилы, отсталые) и представил материалы о каждой из них.

В конце 20-х годов в Москве был организован Научно-практический институт детских домов и специальных школ (1929), где открылась первая и единственная в нашей стране лаборатория специальной психологии. В этой лаборатории под руководством Л.С. Выготского было начато планомерное и систематическое изучение психологических особенностей умственно отсталых детей. В 40-е гг. XX века этот институт стал называться

Научно-исследовательским институтом дефектологии (НИИД), а в 90-е гг. – был переименован в Институт коррекционной педагогики (ИКП).

Большой вклад в развитие специальной психологии, в том числе психологии умственно отсталого ребенка внес Л.С. Выготский. Он сформулировал целый ряд положений, относящихся к общей, детской и возрастной психологии, многие из которых явились теоретической основой специальной психологии. Весьма важным явилось положение Л.С. Выготского о системности строения психики человека, в свете которого нарушение даже одного из звеньев системы изменяет ее функционирование в целом и в дальнейшем обуславливает более или менее существенные отклонения в психической деятельности субъекта. Применительно к умственно отсталым детям данное положение означает, что их своеобразие неукоснительно обнаруживается во всех проявлениях психики (В.Г. Петрова, И.В. Белякова, 2002). Не меньшее значение для олигофренопсихологии имеет положение о первичном и вторичных дефектах в развитии аномального ребенка, определяющее направления педагогической работы, которая должна осуществляться в целях коррекции дефекта умственно отсталого школьника.

Ряд работ Л.С. Выготского непосредственно посвящены проблеме умственной отсталости, они стали основой для дальнейшего изучения познавательной деятельности и личности умственно отсталых детей. Согласно точке зрения Л.С. Выготского психика умственно отсталого ребенка социально обусловлена. Он подчеркивал, что высшие психические функции – высшие формы памяти, мышления и др. являются продуктом социального развития, а не биологического созревания. Однако развитие высших психических функций при умственной отсталости ограничено ядерными симптомами. Плохая восприимчивость ко всему новому, недостаточная познавательная активность, слабость ориентировочной деятельности – ядерный симптом, обусловленный неполноценностью коры больших по-

лушарий головного мозга. Неправильное воспитание ребенка в семье, методы воспитания, рассчитанные на здоровых детей, могут явиться источником грубых, вторичных осложнений, дефектов. Поэтому необходимо предупреждать вторичные характерологические и псевдокомпенсаторные образования уже в дошкольном возрасте. Л.С. Выготский писал о большом значении коллектива как фактора развития ребенка, особенно в специальной школе, о роли его компенсаторных влияний.

В коррекционно-воспитательной работе олигофренопедагогу следует учесть указание Л.С. Выготского на то, что ядерные симптомы более тугоподвижны, менее податливы к воспитательному воздействию, чем высшие психические функции.

Весьма важным является учение Л.С. Выготского о соотношении обучения и развития. Обучение становится развивающим только тогда, когда оно несколько опережает психическое развитие ребенка. В свете этого положения учитель должен опираться не только на уровень актуального развития (на сформированные психические функции), но и на зону ближайшего развития, т.е. на психические функции, находящиеся в процессе формирования. Положение о зоне ближайшего развития привлекает внимание психологов к выявлению потенциальных возможностей ребенка, тех реальных основ, которые позволяют прогнозировать его дальнейшее продвижение.

Продуктивна мысль Л.С. Выготского о неизменном, при умственной отсталости, соотношении интеллекта и аффекта. Она явилась импульсом для многих исследований, направленных на изучение личности детей-олигофренов. Л.С. Выготский объединил вокруг себя группу сотрудников, которые продолжили изучение аномальных детей в свете его идей.

Л.В. Занковым было предпринято многоплановое изучение памяти умственно отсталых детей. Он внес важный вклад в теоретическую разработку этой проблемы, опровергнув бытовавшие в ту пору мнение, что ум-

ственно отсталым детям на протяжении всех лет обучения наиболее свойственно механическое запоминание, в котором они подчас не уступают нормально развивающимся сверстникам. Результаты исследований убедительно показали, что роль понимания материала при его запоминании учениками специальной школы, степень его осмысливания с возрастом увеличиваются. Были получены новые данные, характеризующие общее направление и этапы развития памяти этих детей, а также условия, которые этому развитию способствуют. Именно Л.В. Занков впервые поставил вопрос о том, что повторение материала должно быть не только многократным, но и модифицированным. Л.В. Занковым было показано, что характер поставленной перед школьниками задачи по-разному влияет на мнемические процессы учащихся. Он утверждал, что на характер воспроизведения помимо самой постановки мнемической задачи существенно влияют содержание материала и его организация. Для запоминания текста, как подчеркивает Л.В. Занков, большое значение имеет выделение в нем смысловых единиц. В работах ученого был поставлен также вопрос о неосознаваемой субъектом смысловой переработке информации, сохраняющейся в его памяти. Л.В. Занковым была написана первая в истории советской олигофренопсихологии книга, обобщившая все имеющиеся в ту пору сведения в данной области специальной психологии. Это «Очерки психологии умственно отсталого ребенка» (1935), в которую были включены материалы исследований как зарубежных авторов, так и сотрудников лаборатории специальной психологии Научно-практического института детских домов и специальных школ. Л.В. Занков является автором первого в нашей стране учебного пособия по психологии умственно отсталых детей, написанного для студентов-дефектологов. Многие сформулированные в нем положения не потеряли свое значение до настоящего времени. Позднее им был опубликован ряд работ по проблемам мышления и другим специальной психологии с изложением результатов исследований, проводившихся

в лаборатории.

И.М. Соловьев первым из отечественных исследователей в области специальной психологии обратился к изучению феномена психического насыщения. Сопоставив характер и результаты произвольного выполнения тестового задания аномальными и нормально развивающимися учащимися, автор показал глубокое своеобразие личностных реакций умственно отсталых школьников. Он дал полученным фактам оригинальное объяснение, построенное в русле основных идей Л.С. Выготского. Работа была опубликована в сборнике «Умственно отсталый ребенок» (1935). В дальнейшем внимание И.М. Соловьева привлекла познавательная деятельность. Под его руководством был выполнен ряд исследований, результаты которых дали возможность охарактеризовать особенности зрительного восприятия детьми-олигофренами отдельных объектов, их изображений, сюжетных картин. Полученные результаты позволили обосновать одно из главных положений олигофренопсихологии: наиболее дефектной у умственно отсталых оказывается сфера мышления. Вместе с тем существенные отклонения от нормы наблюдаются у них и во всех других компонентах познавательной деятельности. Недостатки несколько сглаживаются в процессе обучения, однако с достаточной отчетливостью проявляются и у старшеклассников при усложнении материала. И.М. Соловьевым были разработаны оригинальные методики, направленные на изучение закономерностей мнемической деятельности учеников-олигофренов. Внимание ученого привлекла недостаточно изученная зрительно-образная память. Он установил, что с течением времени зрительные представления учащихся специальной школы претерпевают изменения: происходит уподобление вновь полученных представлений тем, которые возникли у них ранее в результате восприятия сходных объектов. Позднее выяснилось, что аналогичное явление наблюдается и при работе с вербальным материалом. И.М. Соловьева интересовало также мышление умственно отсталых детей, были

установлены многие закономерности, свойственные этой сфере познавательной деятельности олигофренов различных возрастных групп. И.М. Соловьев рассматривал, каким образом школьники подходят к решению задач, какие ошибки и в результате чего допускают. Большое внимание было уделено изучению процесса сравнения, о котором уже в последние годы жизни им была написана книга (1966).

В исследованиях Ж.И. Шиф исследовались как особенности познавательной деятельности, так и личности умственно отсталых детей. Ранние работы Ж.И. Шиф (1940) были посвящены исследованию проблемы восприятия умственно отсталыми детьми цвета и цветовых оттенков. Они явились основой для рассмотрения вопроса о слабой дифференцированности восприятия школьников-олигофренов. Ж.И. Шиф выполнен ряд исследований, в которых получены результаты, свидетельствующие о существенных особенностях различных форм мышления детей-олигофренов. С работами И.М. Соловьева согласовывались ее выводы, касающиеся глубокого своеобразия формирующихся исторических понятий, которыми, судя по учебной программе, должны овладеть умственно отсталые ученики. Установлено, что события, отдаленные друг от друга временным интервалом, но имеющие внешние сходные черты, легко объединяются школьниками, теряя свою специфичность и временную отдаленность. Ж.И. Шиф принадлежит экспериментально доказанное и неоднократно проверенное положение о том, что нарушения в сфере мышления у умственно отсталых детей обнаруживаются на всех мыслительных уровнях, хотя и с различной интенсивностью. До работ Ж.И. Шиф широко бытовало ошибочное мнение об относительной сохранности практически действенной формы мышления олигофренов. Впоследствии работы многих психологов подтвердили и уточнили выводы, сделанные Ж.И. Шиф. Ж.И. Шиф организовала проведение целого ряда экспериментальных исследований личности умственно отсталых учащихся и обобщила результаты, представив логически

стройную картину. Эта работа Ж.И. Шиф (1980) отличалась глубиной и научной аргументированностью, в течение долгого срока оставалась в этом плане единственной. Ж.И. Шиф интересовали также общетеоретические проблемы специальной психологии, в частности проблема психического развития умственно отсталых детей.

Большой вклад в развитие отечественной олигофренопсихологии внес Г.М. Дульнев. Его первое исследование было посвящено изучению памяти умственно отсталых детей, насколько успешно умственно отсталые разного школьного возраста могут подчинять свою мнемическую деятельность поставленной перед ними задаче (1940). Значительное внимание Г.М. Дульнев уделял проблеме речевого развития учащихся специальной школы, закономерностям овладения ими словарным составом родного языка. Он выполнил цикл работ (1952), которые позволили сделать выводы относительно активного и пассивного словаря олигофренов, об их умении ими пользоваться. Г.М. Дульнев принял активное участие в организованном Л.В. Занковым психолого-педагогическом изучении состава учащихся младших классов школы для умственно отсталых детей. Он подготовил материал, который свидетельствовал о своеобразии учебной деятельности и поведения умственно отсталых учеников, об отличии их от детей с задержанным развитием (позднее появился термин «задержка психического развития»). Однако основной научный интерес Г.М. Дульнева был связан с проблемой трудового обучения умственно отсталых учащихся, он разработал теорию трудового обучения умственно отсталых, сформулировал основные условия, которые должны учитываться в процессе трудового обучения, отстаивал необходимость формирования осознанности трудовой деятельности умственно отсталых детей.

Первые научные работы Б.И. Пинского были посвящены изучению памяти умственно отсталых школьников, его интересовали особенности запоминания умственно отсталыми школьниками вербального и невер-

бального материала. Б.И. Пинский (1948. 1952) разработал ряд оригинальных методик и получил новые результаты, касающиеся произвольной и непроизвольной памяти детей-олигофренов различных возрастных групп. Позднее Б.И. Пинский (1962) посвятил свои работы изучению особенностей деятельности умственно отсталых школьников, показал своеобразие деятельности умственно отсталых учащихся и те изменения, которые происходят в деятельности данной группы учеников при переходе с одной возрастной ступени на другую. В 70-ые годы предметом изучения Б.И. Пинского явилась трудовая деятельность умственно отсталых учащихся. Результатом экспериментальных исследований самого автора и его учеников явились новые данные, свидетельствующие о своеобразии трудовой деятельности умственно отсталых детей, а также о ее влиянии на формирование у учащихся целого ряда положительных черт характера и личности в целом. Имеющиеся материалы автор обобщил в книге, вышедшей в свет в 1985 году, уже после его смерти.

Психологические особенности изобразительной деятельности умственно отсталых школьников, их эмоционально-эстетическое развитие изучала Т.Н. Головина (1974, 1980). Она исследовала особенности пространственного анализа у учащихся-олигофренов, пути коррекции его недостатков в процессе обучения.

А.Р. Лурия (1957) посвятил свои работы исследованию особенностей высшей нервной деятельности умственно отсталых детей, сформулировал закономерности высшей нервной деятельности умственно отсталых разных возрастных групп. Совместно с Г.М. Дульневым (1961) им была написана книга, посвященная отбору умственно отсталых детей в специальные школы.

Исследование интересов умственно отсталых детей проводилось в работах Н.Г. Морозовой (1969) и его учеников, были установлены особенности развития интересов умственно отсталых школьников и пути их фор-



мирования в процессе обучения в специальной школе.

Вопросы этиологии, патогенеза умственной отсталости изучала М.С. Певзнер (1959). Ею была предложена психолого-педагогическая классификация детей-олигофренов, которая широко применяется в практике обучения умственно отсталых детей для индивидуального и дифференцированного подхода. В работе М.С. Певзнер и В.И. Лубовского (1963) прослежена динамика развития умственно отсталых детей в процессе обучения.

Таким образом, отечественные ученые разрабатывали теорию и вели исследования по психологии умственно отсталых детей исходя из учения диалектического материализма о развитии. Начиная с первых исследований, изучались психологические особенности учащихся с умственной отсталостью, проявляющиеся в младшем, среднем и старшем школьном возрасте и пути развития этих детей в условиях специально организованного обучения.

Отечественная психология умственно отсталого школьника формировалась как сравнительная психология нормального и аномального ребенка, так как показать своеобразие развития психики умственно отсталых детей можно только в сопоставлении с развитием нормального ребенка.

Исследования отечественных ученых проводились по проблемам развития познавательной деятельности, личности, общения умственно отсталых детей. В исследованиях применялись преимущественно экспериментальные методы, использовался лабораторный эксперимент, разновидности естественного эксперимента, обучающий эксперимент. Изучались также продукты деятельности детей – их сочинения, рисунки, поделки. При исследовании личности ребенка-олигофрена применяли метод систематических наблюдений.

Наиболее изученной в сфере психического развития явилась познавательная деятельность детей-олигофренов – основного контингента учащихся школ для умственно отсталых детей. Исследования по психологии

умственно отсталого школьника носили выраженную педагогическую направленность и давали материал, соответствующий разработке дидактических принципов и методических путей обучения и воспитания умственно отсталых детей.

В работах отечественных психологов было показано, что для детей-олигофренов характерна недостаточность, многообразно охватывающая всю психику в целом. Проведенные исследования показали, что основные, наиболее общие закономерности развития психики нормального ребенка обнаруживаются и в ходе развития умственно отсталых детей. Но наряду с этим психическое развитие умственно отсталых детей обладает многими своеобразными чертами. Установлено, что не все стороны психики затронуты в равной степени, что недостатки проявляются тем многообразнее, чем сложнее природа психической деятельности и чем выше ее уровень.

## 2. ПРОБЛЕМА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

### 2.1. Понятие «умственная отсталость» в психологии

Правильное понимание понятия «умственная отсталость» имеет большое теоретическое и практическое значение. Теоретическое значение верного определения умственной отсталости состоит в том, что оно позволяет выделить существенные признаки этого отклонения в развитии и более глубоко понять его сущность и причины. Практическое значение верного определения умственной отсталости заключается в том, что оно позволяет осуществлять правильный отбор учащихся в специальные школы, адекватно диагностировать эту аномалию и отграничивать ее от сходных аномалий.

Умственная отсталость, по определению С.Я. Рубинштейн (1986), представляет стойкое нарушение познавательной деятельности, возникшее вследствие органического поражения головного мозга. И.А. Коробейников отмечает, что в данном определении легко усматривается дань психофизиологическим приоритетам и, с другой стороны, стремление обеспечить запросы сложившейся медико-педагогической практики с ее отчетливо клиническими предпочтениями. Вряд ли, такое определение, пишет И.А. Коробейников (2002) может быть сегодня принято безоговорочно как с теоретических, содержательных позиций, так и с точки зрения его практического приложения.

Во-первых, зафиксированная в нем модель умственной отсталости ориентирует на построение совершенно определенной диагностической концепции, опирающейся на стойкость нарушения познавательной деятельности и его органическое происхождение. По этим признакам оно может быть отнесено лишь к части детей, отстающих в развитии, а именно к

детям, страдающим олигофренией. Более того, в комментариях к этому определению подчеркивается опасность расширительного толкования умственной отсталости, в частности, за счет задержек психического развития. Однако, поскольку в определении не оговариваются ни мера выраженности нарушений познавательной деятельности, ни временной диапазон их стойкости, то оно вполне может быть применимо и к детям с задержкой психического развития церебрально-органического генеза (К.С. Лебединская, 1982), потому что длительность снижения познавательной активности у них весьма продолжительна, а степень возможной ее компенсации все-таки ограничена.

Во-вторых, как уже говорилось выше и как показывает опыт практической диагностики и данные специальных исследований (И.А. Коробейников, 1987; В.В. Ковалев, Г.С. Маринчева, 1988, 1989), ориентация на выявление симптомов органического поражения мозга часто бывает непродуктивной. Общеизвестны случаи, когда при наличии выраженных органических расстройств интеллект ребенка и его психическое развитие в целом существенно не страдают и даже могут находиться в пределах возрастной нормы. Но, что более важно, при отсутствии диагностически значимых органических нарушений, при отсутствии сведений в анамнезе о возможных повреждающих воздействиях на мозг ребенка массивность, выраженность его психического недоразвития без всяких сомнений может быть квалифицирована как умственная отсталость.

Кроме того, данным определением, по сути дела исключается возможность депривационного происхождения умственной отсталости. Тем не менее известно, что ранняя и тяжелая депривация может приводить к последствиям не менее тяжелым, чем те, которые возникают под воздействием повреждающих биологических факторов (Й. Лангмейер, З. Матейчек, 1984). В частности, и проведенное исследование И.А. Коробейникова . В.М. Слуцкого (1990), направленное на изучение особенностей фор-

мирования интеллекта в условиях психической депривации, с достаточной определенностью демонстрирует значение специфической средовой ситуации развития в формировании клинической картины умственной отсталости.

В-третьих, в обсуждаемом определении феномен умственной отсталости сводится лишь к нарушениям когнитивной сферы, что не может не вызывать возражений с общетеоретических психологических позиций. Преимущественный акцент на интеллектуальном недоразвитии в трактовке умственной отсталости был подвергнут принципиальной критике опять же Л.С. Выготским, подчеркивавшим идею неразрывности интеллекта и аффекта, «их внутреннюю связь и единство» (1983), как основу для верного понимания своеобразия умственно отсталого ребенка и как исходный пункт для формирования общих принципов построения коррекционной работы с ним. Несправедливым было бы упрекать современных специалистов в области аномалий психического развития в незнании этих положений, ставших постулатами дефектологии. Однако постулат – не должностная инструкция, и реальная дефектологическая практика во многом по-прежнему исходит из упомянутого определения умственной отсталости, выдвигая на первый план (и часто единственный план) задачу коррекции познавательной, интеллектуальной сферы ребенка, в значительно меньшей степени проявляя интерес к собственно личностным аспектам его развития.

Умственная отсталость – это стойкое необратимое нарушение психического, в первую очередь интеллектуального развития, связанное с органически обусловленным недоразвитием либо ранним повреждением головного мозга. К существенным признакам понятия «умственная отсталость» относятся: 1) органическая обусловленность нарушения психического развития; 2) стойкость нарушений, их необратимость к норме; 3) нарушение преимущественно познавательной деятельности. Ведущим рас-

стройством в клинико-психологической картине умственной отсталости является выраженная недостаточность познавательной деятельности. Она обусловлена как низкой способностью к мышлению – процессам обобщения и абстрагирования, так и нарушением темпа, подвижности психических процессов, недостаточностью памяти, внимания, речи.

Умственная отсталость имеет различную этиологию. Она может быть обусловлена генетическими поражениями центральной нервной системы, внутриутробными патогенными влияниями, травмой и асфиксией во время родов, воздействием на мозг ребенка инфекций, интоксикаций, травм и других вредоносных факторов в раннем периоде постнатального развития.

Клиническая характеристика основных форм умственной отсталости тесно связана с патогенезом поражения, временем воздействия вредности. При поражении центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза (до 1,5-2-х лет) в первую очередь будет страдать формирование корковых систем, наиболее молодых в филогенезе и онтогенезе. В морфологической картине поражения и в клинических проявлениях психического дефекта доминируют явления недоразвития. В этих случаях речь будет идти о различных вариантах олигофрении. При воздействии вредности в более старшем возрасте, в период относительной зрелости корковых систем головного мозга, в морфологической и клинической картине поражения нервной системы доминируют явления повреждения. В этих случаях речь идет о различных видах деменции.

В отечественной литературе последних лет можно встретить сообщения о случаях умственной отсталости, не обусловленной поражением коры головного мозга. В.Г. Петрова, И.В. Белякова (2002) в связи с этим отмечают, что наши диагностические средства, вероятно, не всегда бывают достаточно совершенны.

В зарубежной психологии термин «умственная отсталость» трактуется более широко. В это понятие включают и умственную недостаточность,

возникновение которой обусловлено неблагоприятными социальными факторами развития ребенка в раннем детстве. Имеется в виду дефицит эмоциональных и интеллектуальных контактов с окружающими, регулярное недоедание и др.

С 90-х гг. в России стали пользоваться международной классификацией умственной отсталости. На основании Международной классификации болезней – 10 выделяют четыре степени умственной отсталости: легкую, умеренную, тяжелую и глубокую. Степень умственной отсталости определяется в соответствии с коэффициентом интеллекта (IQ). По данным зарубежных психологов, при легкой умственной отсталости IQ равен 70, при умеренной - находится в диапазоне от 70 до 50, при тяжелой – в диапазоне от 50 до 25, при глубокой – от 25 до 0.

В настоящее время в России делаются попытки вместо термина «умственно отсталый» использовать его синонимы, поскольку данный термин говорит прежде всего о неадекватности ребенка в умственном плане, а он имеет отклонения и моторики, и эмоционально-волевой сферы, и личности в целом. Кроме того, такая формулировка диагноза тяжело воспринимается родителями. Поиск более приемлемого термина пока не привел к успеху. Удовлетворительная замена к настоящему времени пока не привел к успеху. Удовлетворительная замена к настоящему времени не найдена. Предлагавшиеся термины «дети с отклонениями в развитии», «дети с особыми нуждами» и другие не получили признания, так как слишком расплывчаты и могут быть отнесены к детям разных категорий, поэтому многие ведущие отечественные дефектологи остаются в рамках традиционной, хорошо понятной педагогам, психологам и медикам терминологии и используют термин «умственная отсталость».

## **2.2. Олигофрения как одна из форм умственной отсталости**

### **2.2.1. Понятие «олигофрения» и его существенные признаки**

Большую часть умственно отсталых детей составляют олигофрены (от греч. *oligos* – мало, *prenos* – ум). Поражение мозговых систем, главным образом наиболее сложных и поздно формирующихся структур мозга, обуславливающее недоразвитие и нарушения психики, возникает уже на ранних этапах развития: во внутриутробном периоде, при рождении или в первый год – полтора жизни, т.е. до периода становления речи. При олигофрении органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогредиентный (неусугубляющийся) характер. Ребенок оказывается практически здоровым, хотя его развитие осуществляется на дефектной основе.

В медицине термин «олигофрения» (малоумие) объединяет сборную группу болезненных состояний, клиническую картину которых характеризуют следующие основные проявления:

- 1) явления необратимого общего психического недоразвития;
- 2) преобладание в структуре интеллектуального дефекта слабости абстрактного мышления;
- 3) отсутствие прогрессивности.

В специальной психологии олигофрению определяют как стойкое недоразвитие сложных форм психической деятельности, которое возникает в результате повреждения зародыша, либо вследствие поражения центральной нервной системы на различных этапах внутриутробного развития плода, либо в самом раннем периоде жизни ребенка. Олигофрения может носить наследственный, врожденный или приобретенный характер.



### 2.2.2. Этиология олигофрении

Причины олигофрении различны. По этиологическому признаку выделяют две группы олигофрении:

1. обусловленная эндогенными (генетическими) факторами, связанными с наследственной патологией, либо уже имеющейся в семье, либо впервые возникшей у данного индивида;
2. обусловленная экзогенными факторами (инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, действующие на ранних этапах внутриутробного и постнатального онтогенеза).

К генетическим формам умственной отсталости относится олигофрения, связанная с различными видами хромосомных аномалий. К этим аномалиям относятся изменения количественного набора хромосом в клетке, мозаичные формы (изменение числа хромосом лишь в части клеток); нарушения структуры хромосом – утрата части хромосомы (делеция), присоединение части одной хромосомы к другой (транслокация), различные изменения формы хромосом. Причины хромосомных аномалий различны и полностью не выяснены. В части случаев речь идет о неполноценности генеративных клеток родителей (наличие неправильного набора хромосом, их «старение» с возрастом, повреждение химическими веществами, хроническими заболеваниями, радиацией). При неполноценности половых клеток родителей нарушается расхождение хромосом в процессе клеточного деления и возникают различные варианты хромосомных аномалий.

Так, при возникновении болезни Дауна, при которой имеется трисомия по 21-й паре хромосом (иногда в виде мозаичного варианта) либо транслокация данной локализации, определенное значение придается пожилому возрасту матери и связанному с этим фактором нарушению процесса расхождения хромосом при делении клетки. Болезнь Дауна занимает одно из основных мест среди олигофрении, обусловленной хромосомными

аномалиями.

При делеции короткого плеча 5-й хромосомы в группе «В» имеет место синдром «кошачьего крика» («кри дю ша») с олигофренией (чаще в степени имбецильности или идиотии). Среди других хромосомных аномалий, вызывающих олигофрению, имеют значение aberrации половых хромосом (синдромы Шерешевского-Тернера, Кляйнфельтета, другие числовые аномалии половых хромосом). Следует отметить, что аномалии половых хромосом не всегда сопровождаются слабоумием. Частота слабоумия и его степень коррелируют с увеличением количества дополнительных X-хромосом. При синдроме Кляйнфельтера олигофрения наблюдается в половине случаев.

Вторую генетически обусловленную группу составляют олигофреники, возникновение которых связано с энзимопатиями – нарушениями обмена веществ вследствие врожденной неполноценности различных ферментов. В настоящее время выделено большое количество генетически обусловленных нарушений обмена веществ, сопровождающихся слабоумием: фенилкетонурия, галактоземия, гистидинемия, гистидинурия, тирозинемия, гомоцистинурия, аргининурия, пролинурия, фруктозурия, сукрозурия, гаргоилизм, прогерия и т.д. Наиболее часто встречается фенилкетонурия. При этих заболеваниях врожденное отсутствие определенного фермента приводит к накоплению в организме токсических продуктов (фенилаланин, гистидин, аргинин, лейцин и т.д.), поражающих мозг детей. С такими нарушениями связано возникновение ряда тяжелых форм слабоумия. Следует отметить, что отнесение энзимопатических форм слабоумия к олигофреники не является общепринятым, так как часть из них обладает выраженной прогредиентностью. Однако ранние сроки поражения нервной системы обуславливают формирование структуры интеллектуального дефекта, чаще наиболее близкого к олигофреническому. Кроме того, не все их перечисленных форм заболеваний отличаются прогредиентностью сла-

боумия. Способствующая нормализации обмена веществ специфическая терапия ограничивает интеллектуальный дефект явлениями различной степени недоразвития. Поэтому большая часть данных заболеваний пока условно относится к группе олигофрении.

При ряде генетических пороков развития наследственный дефект проявляется в виде сочетания слабоумия с поражением сердечно-сосудистой, кожной, костной, мышечной систем, органов зрения, слуха и т. д. Наиболее известны болезнь Крузона, черепно-ключичный дизостоз, синдромы Апера, Корнелии де Ланге, Рубинштейна-Тейби, «лица эльфа».

В возникновении олигофрении определенная роль отводится и так называемому полигенному типу наследования, при котором у потомства происходит накопление полученных от обоих родителей патологических наследственных факторов. У родителей подпороговое количество этих факторов может обусловить невысокий уровень их интеллекта, большей частью, однако, не достигающий степени олигофрении. Существует мнение, что при полигенно обусловленных формах олигофрении чаще встречаются легкие степени слабоумия. Эта же закономерность относится к олигофрении, обусловленной аномалиями половых хромосом. Генетические же формы олигофрении, связанные с аутосомными хромосомными аномалиями и энзимопатическими генными мутациями, чаще вызывают более тяжелые степени умственного недоразвития.

К экзогенным формам олигофрении относят группу состояний, при которых недоразвитие нервной системы вызвано воздействием на мозг плода или ребенка извне. Сюда относятся формы олигофрении, обусловленные внутриутробным поражением, различными инфекциями, как хроническими (токсоплазмоз, сифилис и др.), так и острыми (заболевания матери во время беременности краснухой, гриппом, эпидемическим паротитом, инфекционным гепатитом, ветряной оспой и другими инфекциями). Патогенное значение имеет хроническая интоксикация организма матери

алкоголем («алкогольная эмбриопатия»), рядом химических веществ, в том числе некоторых лекарственных (антибиотики, сульфаниламидные препараты, барбитураты, хинин, гормоны и т.д.). Радиоактивное и рентгеновское облучение может оказать патогенное влияние как на плод, так и на сами половые клетки родителей. Патогенную роль играют различные эндокринные заболевания матери (диабет, поражение щитовидной железы, гипопитуитаризм и т.д.). Имеют значение токсикозы беременности, нарушения витаминного баланса. Большая роль принадлежит внутриутробной патологии, связанной с наличием у матери хронической недостаточности сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек. Значительное место занимает несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и др. Для последствий внутриутробного поражения большую роль играет и время воздействия вредности: особенно опасной считается первая треть беременности, когда происходит закладка и основное формирование наиболее важных систем организма, в первую очередь мозговых.

Причиной олигофрении может быть и патология родов: инфекция (листериоз), родовая травма, асфиксия или их сочетание. В последнее время этиологическая роль этих факторов снижается. Патогенное значение придается лишь тяжелым родовым травмам, асфиксии большой длительности. Считается, что самой родовой травме более подвержен плод, ослабленный внутриутробной патологией.

К экзогенным формам олигофрении относятся и варианты психического недоразвития, связанные с ранним постнатальным (в возрасте до 1,5-2 лет) поражением центральной нервной системы инфекциями, интоксикациями и травмами. В этих случаях речь чаще всего идет о менингитах, энцефалитах, менингоэнцефалитах различной этиологии, вызванных нейроинфекцией, тяжело протекающими общесоматическими заболеваниями (корь, скарлатина, паротит, дизентерия и т.д.), интоксикацией нервной системы (поствакцинальные энцефалиты). Определенное место принадлежит

постнатальным черепно-мозговым травмам.

Смешанные по этиологии (эндогенно-экзогенные) формы олигофрении часто не вполне ясны по происхождению. В части из них предполагается роль наследственных факторов, однако они могут возникать и в результате экзогенных вредностей. Сюда относится краниостеноз, микроцефалия, ряд форм гидроцефалии, гипотиреоидные формы (кретинизм).

Следует отметить, что достоверная этиология диагностируется примерно лишь в половине случаев всей олигофрении. Эти случаи относятся к так называемой дифференцированной олигофрении, под которой понимаются: а) формы с установленной этиологией, патогенезом и клиникой (например, олигофрения после перенесенного менингоэнцефалита); б) формы с невыясненной этиологией, но с известным патогенезом и клиникой (например, болезнь Дауна, фенилкетонурия); в) формы с неизвестной этиологией, но характерной спецификой клинической картины (например, ряд форм гидро- и микроцефалии). К недифференцированной олигофрении относят формы с невыясненной этиологией и патогенезом, отсутствием особой клинической специфики.

### **2.2.3. Общие закономерности психического развития при олигофрении**

Особенность аномалии при олигофрении состоит в превалировании явлений общего необратимого недоразвития церебральных структур с преимущественным нарушением онтогенеза наиболее сложным и поздно формирующихся корковых систем, в первую очередь лобной коры.

Эти особенности патогенеза являются определяющими для понимания клинико-психологической структуры дефекта, основу которой составляют два фактора: тотальность и иерархичность недоразвития мозга и организма в целом.

Тотальность проявляется прежде всего в недоразвитии всех психических функций, начиная от низших (моторика, элементарные эмоции) и кончая высшими, специфически человеческими, обеспечивающими познавательные процессы.

Недоразвитие способности к познавательной деятельности при олигофрении связано со слабостью логического мышления, замедленностью темпа психических процессов, их подвижности, переключаемости, недостаточностью восприятия, моторики, памяти, внимания, речи, несформированностью эмоциональной сферы и личности в целом.

Недостаточность логического мышления проявляется, прежде всего, в слабой способности к обобщению, в трудностях понимания любого явления. Понимание переносного смысла совсем или почти недоступно. Ведущим в познавательной деятельности является установление частных, конкретных связей. Предметно-практическое мышление также носит ограниченный характер. Сравнение предметов и явлений осуществляется по внешним признакам.

Недоразвитие высших форм познавательной деятельности оказывает отрицательное влияние на формирование речи. Степень ее недостаточности большей частью соответствует тяжести интеллектуального дефекта. Страдает понимание смысла слов. Словесные определения, не связанные с конкретной ситуацией, не усваиваются или усваиваются с трудом. Запас слов, особенно, активный словарь ограничен. Фразы бедны, содержат мало прилагательных, предлогов, союзов. Страдает грамматический строй речи. Часты дефекты произношения. Однако при некоторых формах олигофрении, в частности связанных с гидроцефалией, может отмечаться обилие сложных речевых штампов, обусловленных повышенной раздражительностью и хорошей механической памятью.

Одна из основных особенностей общего недоразвития при олигофрении – инертность психических процессов. Темп мышления замедлен, туго-

подвижен. Затруднена переключаемость с одного вида деятельности на другой. Характерна слабость произвольного внимания. Оно плохо фиксируется, легко рассеивается.

Типична недостаточность памяти как в отношении запоминания, так и воспроизведения. Усвоение нового происходит медленно, после многократного повторения.

Хотя первичные поражения органов чувств при олигофрении большей частью отсутствуют, восприятие отличается бедностью, слабой избирательностью и недостаточно полно отражает окружающую действительность.

Характерно и недоразвитие эмоционально-волевой сферы. Типичны малая дифференцированность и однообразие эмоций, бедность либо отсутствие оттенков переживаний, слабость побуждений и борьбы мотивов, эмоциональные реакции в основном на непосредственно воздействующие раздражители. Недоразвитие эмоциональной сферы усугубляет общую косность психики, слабую психическую активность, недостаточность интереса к окружающему, отсутствие инициативы, самостоятельности. В то же время неспособность подавлять аффект либо влечения часто проявляется в склонности к импульсивности, интенсивной аффективной реакции (бурные вспышки гнева, агрессивные разряды) по незначительному поводу.

Недоразвитие моторики отмечается и при отсутствии первичного поражения двигательной сферы. Наряду с бедностью, однообразием, угловатостью, неритмичностью и замедленностью движений часто наблюдается их бесцельность, общее двигательное беспокойство и наличие синкинезий.

Уровень деятельности больных олигофренией часто связан в первую очередь со степенью интеллектуального дефекта и особенностями эмоционально-волевой сферы. При легкой степени олигофрении имеется способность к овладению простыми трудовыми навыками, достаточная адаптация

к практически несложным и привычным жизненным ситуациям. В тяжелых случаях олигофрении о деятельности можно говорить лишь условно, в плане реализации инстинктивных потребностей.

Иерархичность психического недоразвития является вторым важнейшим признаком олигофрении. Она выражается в том, что при отсутствии осложненности олигофрении недостаточность восприятия, памяти, речи, эмоциональной сферы, моторики при прочих равных условиях всегда выражена меньше, чем недоразвитие мышления. При легкой степени олигофрении можно даже говорить о нередко встречающейся относительной сохранности отдельных психических функций. Недоразвитие же высших форм мышления составляет кардинальный, обязательный признак олигофрении. Эта закономерность отражена и в самой структуре недостаточности каждой из психических функций. В конечном счете в восприятии, речи, памяти, внимании, эмоциональной сфере и даже моторики при олигофрении всегда более страдает уровень, связанный с функцией отвлечения и обобщения.

Наибольшее выражение это находит в недостаточности речи. Даже при сохранности грамматического строя и достаточном словарном запасе (например, при так называемых лобных формах олигофрении) в речи мало отражена функция обобщения. Пассивное внимание сохранно в большей степени, чем активное, целенаправленное. Механическая память может быть удовлетворительной, но всегда страдает память смысловая. Внешние признаки предметов запоминаются лучше. Запоминание же и воспроизведение явлений, элементы которых объединены внутренней связью, наиболее затруднено. В восприятии, значительно более сохранном, чем мышление, также всегда страдает наиболее сложный компонент, связанный с анализом и синтезом воспринимаемых явлений. И в эмоционально-волевой сфере выступает недоразвитие более сложных эмоций. Неадекватность эмоциональных реакций часто связана с неспособностью отделить главное



от второстепенного, побочного. Отсутствуют либо очень слабы те переживания, которыми определяются интерес и побуждения к познавательной деятельности. Но в то же время даже при выраженных степенях слабоумия нередко сохранены эмоции, связанные с элементарными потребностями, конкретной ситуацией, а также «симпатические» эмоции: проявления сочувствия к конкретным лицам, способность к переживанию обиды, стыда. То же касается и моторики. При недоразвитии способности к тонким и точным движениям, к выработке относительно сложных двигательных формул, быстрой смене моторных установок элементарные движения относительно более сохранены. Возможность их определенной дифференциации под влиянием обучения лежит в основе овладения рядом профессий.

При определенном параллелизме между уровнем интеллектуального недоразвития и нарушением практической деятельности при неосложненных и легких формах олигофрении последняя все же более сохранена, чем способность к мышлению. В работе, не требующей инициативы, самостоятельности, оперативности, больные олигофренией могут быть достаточно продуктивны и целенаправленны. Большая роль при этом принадлежит воспитанию, формирующему социальные мотивы трудовой деятельности.

#### **2.2.4. Степени умственного недоразвития при олигофрении**

По степени выраженности интеллектуального недоразвития олигофрения делится на три группы: дебильность, имбецильность и идиотия.

Дебильность – это наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении. Дети с олигофренией в степени дебильности составляют основной контингент учащихся специальной школы для детей с умственной отсталостью и количественно-подавляющее большинство ее учащихся.

В диагностическом отношении эта форма иногда представляет опре-

деленные трудности, так как интеллектуальный дефект выражен негрубо. Имеются элементы способности к обобщению. В дошкольном возрасте присутствует примитивный замысел в игре, возможность ее простейшей организации; в школьном – определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеются фразовая речь, часто неплохая механическая память. Все это способствует приобретению определенного запаса сведений, овладению навыками чтения, письма, счета, усвоению знаний, предусмотренных программой специальной школы для детей с умственной отсталостью. При отсутствии осложняющих факторов обнаруживаются достаточные старательность и работоспособность. Относительная сохранность эмоций, их более выраженная дифференцированность облегчают выработку самоконтроля. И тем не менее дебильности присущи все компоненты олигофренического недоразвития интеллекта.

Мышление имеет наглядно-образный характер. Подлинное образование понятий оказывается недоступным. Очень слаба способность к отвлечению и обобщению. Плохо понимается смысл прочитанного. Правильно воспринимая предметы и их изображения, дети, страдающие дебильностью, затрудняются в их сравнении, установлении существующих между ними внутренних связей. При обучении счету дети с трудом усваивают понятие количественного содержания числа, смысл условных арифметических знаков, без предварительного разъяснения часто не понимают условие несложной задачи, при ее решении «застревают» на предшествующем способе действия.

Фразы примитивны, речь часто страдает аграмматизмами, косноязычием. Словесные определения, не связанные с конкретной ситуацией, воспринимаются медленно.

С интеллектуальным недоразвитием тесно связана незрелость личности. Отчетливо выступают несамостоятельность суждений и взглядов, отсутствие любознательности в игровой, познавательной и трудовой дея-

тельности, слабость инициативы. При общей достаточной сохранности эмоциональной сферы нет сложных оттенков переживаний. Отмечается недостаточность тонких дифференцированных движений, выразительности мимики.

При правильном воспитании и обучении, своевременном привитии трудовых навыков, отсутствии нервно-психических расстройств, осложняющих интеллектуальный дефект, социальный прогноз этой формы олигофрении благоприятен. При выполнении работы, не требующей инициативы, самостоятельности и быстрой переключаемости, обнаруживается достаточная продуктивность. Наличие практической ориентировки, заинтересованности в своем жизнеустройстве способствует приобретению трудовых навыков и сильной социальной адаптации.

Имбецильность – более тяжелая степень слабоумия, чем дебильность. Специфика и выраженность олигофренического слабоумия выступают при имбецильности с большей отчетливостью. Это прежде всего проявляется в полной неспособности к отвлечению от конкретной ситуации, образованию даже элементарных понятий. Суждения крайне бедны и большей частью заимствованы от окружающих. Логические процессы находятся на очень низком уровне. Дети не в состоянии уловить основную идею прочитанного им рассказа, его содержание воспроизводят только по наводящим вопросам.

Недостаточность зрительного и слухового анализа и синтеза отчетливо проявляется в затруднениях при запоминании букв, сходных по написанию или звучанию, при слиянии звуков в слоги и слогов в слова. Чтение часто носит механический характер, понимание смысла прочитанного отсутствует. Возможно обучение порядковому счету в пределах первого десятка, механическое заучивание таблицы умножения. Отвлеченный счет, понятие о числе недоступны.

Запас слов мал, иногда ограничен названиями отдельных предметов.

Речь маловыразительна, фразы короткие, аграмматичные. Нередко отмечается косноязычие.

Моторика малодифференцирована. Синкинезии, медлительность, вялость, неловкость движений усугубляют трудности овладения письмом, физическим трудом.

Для деятельности характерно отсутствие инициативы, самостоятельности, оперирование штампами, основанными на подражании. Доступны лишь те виды труда, которые состоят из стереотипного повторения одних и тех же заученных приемов. Интеллектуальная переработка собственного опыта отсутствует. Изменение рабочего или бытового шаблона вызывает состояние растерянности, поэтому приспособление к жизни и элементарным видам труда возможно лишь при наличии постоянной помощи, контроля и руководства. В то же время этим детям нередко присуща определенная наблюдательность в бытовых ситуациях. Есть способность к накоплению некоторого запаса сведений. Часто доступно понимание и произнесение элементарных фраз, установление различия между предметами на основе выделения их простейших признаков. Возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета. Есть элементарные навыки самообслуживания.

Относительно сохранены простые непосредственные эмоции, а также и проявления сочувствия, стремление помочь, реакция на похвалу и порицание. Имеются зачатки самооценки: переживание своей физической слабости, моторной неловкости.

При отсутствии осложненности олигофрении дети и подростки, страдающие имбецильностью легкой и средней степени, часто способны овладеть элементарными видами физического труда (простыми картонажными работами, подбором по цвету и размеру несложных деталей для различных бытовых изделий и т.д.). При тяжелой степени имбецильности обучение даже простым видам производственного труда невозможно.

Идиотия представляет собой наиболее тяжелую степень олигофрении. Отмечается грубое недоразвитие функций восприятия. Реакция на окружающее слаба либо неадекватна. Сознание собственной личности смутно. Мышление по существу отсутствует (алогия).

В обращенной речи воспринимаются не смысл, а интонации и сопровождающие речь мимика и жесты. Особенности собственной речи зависят от глубины идиотии. Речь бывает ограничена отдельными нечленораздельными звуками или представляет собой набор единичных слов (существительных или глаголов, чаще в неопределенной форме), употребляемых без грамматических согласований, с грубым нарушением произношения, частым непониманием смысла.

Эмоции крайне элементарны и большей частью связаны с физическим самочувствием, физиологическими потребностями. Источником удовольствия и примитивных проявлений радости являются соматическое благополучие, ощущение сытости, тепла, удовлетворение патологических влечений (прожорливость, онанизм, сосание пальцев, жевание несъедобных предметов). Чувство неудовольствия вызывается ощущением холода, голода, боли, соматическим дискомфортом. Формы выражения аффекта примитивны: радость проявляется в двигательном возбуждении, выразительном крике и мимике; в состоянии злобы наблюдаются агрессия, склонность к самоповреждению. Аффект страха, проявления негативизма часто связаны с боязнью нового, неизвестного. Однако при более легких степенях идиотии у больных можно обнаружить зачатки социальных чувств: элементы привязанности к людям, которые их кормят и за ними ухаживают, проявления радости при похвале, смутного беспокойства при порицании. Общий фон настроения характеризуется либо благодушием с элементами эйфории, либо вялостью и апатией, реже злобностью и угрюмостью.

Недоразвитие моторики проявляется в крайней бедности мимики,

однообразии и замедленности движений, нарушениях их координации вплоть до расстройств навыков стояния и ходьбы.

Деятельность по существу отсутствует. Нет навыков самообслуживания. Поведение ограничено либо действиями, связанными с реализацией инстинктивных потребностей, либо элементарными аффективными и двигательными реакциями на внешний раздражитель. Предоставленные себе, одни больные лежат или сидят, не реагируя на окружающее, другие беспокойны, бесцельно суетливы. Двигательные стереотипии имеют характер ритмического раскачивания туловища, однообразных движений головы, конечностей.

#### **2.2.5. Формы олигофрении по классификации М.С. Певзнер**

##### *Неосложненная форма олигофрении.*

Неосложненная форма олигофрении характеризуется уравновешенностью нервных процессов, отсутствием грубых поражений в пределах того или иного коркового анализатора, психомоторной расторможенности, церебральной астении, аффективных расстройств, патологии влечений, судорожных припадков. Работоспособность, уровень достижений в интеллектуальной и трудовой деятельности, личностные особенности коррелируют со степенью интеллектуального недоразвития.

Эти дети обычно спокойны, уравновешенны, дисциплинированы и трудолюбивы. При выполнении доступных им заданий достаточно внимательны и организованны. Они эмоционально привязаны к членам семьи, учителям, сверстникам. Как правило, охотно помогают по дому, радуются успехам в школе и огорчаются при неудачах. Им свойственно чувство застенчивости, стыда. Определенная сохранность эмоциональной сферы и личности в целом облегчает понимание ситуации, способствует ориентировке в окружающем, усвоению навыков поведения.

Следует, однако, отметить, что при легкой степени неосложненной олигофрении достаточная сохранность эмоциональной сферы и способность учитывать элементарную ситуацию нередко маскируют интеллектуальный дефект, и умственная отсталость диагностируется лишь при поступлении в массовую школу либо после безуспешного пребывания в ней в течение года или двух лет. В специальной школе дети с неосложненной формой олигофрении в степени дебильности при прочих равных условиях достаточно успешно овладевают предусмотренными программой знаниями, умениями и навыками.

*Олигофрения, осложненная нейродинамическими расстройствами.*

При олигофрении, осложненной нейродинамическими расстройствами, интеллектуальное недоразвитие сочетается с явлениями психомоторной расторможенности (возбудимости) либо заторможенности (тормозимости). В первом случае интеллектуальная деятельность, работоспособность и психическое развитие в целом дополнительно страдают от двигательной расторможенности, импульсивности, отвлекаемости, аффективной неуравновешенности. Во втором случае интеллектуальное недоразвитие усугубляется двигательной заторможенностью, эмоциональной тормозимостью. Пониженная работоспособность этих детей бывает связана и с часто встречающимися церебрастеническими расстройствами в виде быстрой истощаемости интеллектуальной продуктивности и эмоционального тонуса, головных болей, явлений вегетативной дистонии, неврозоподобных расстройств. Осложненность нейродинамическими расстройствами может наблюдаться при олигофрении различной этиологии. Наиболее часто она отмечается при олигофрении, связанной с родовой травмой и асфиксией, цепочкой перенесенных в раннем детстве тяжелых инфекций.

Возбудимые олигофрены беспокойны, расторможены, неусидчивы, часто отвлекаются. Они не обращают внимания на замечания взрослых, непослушны, конфликтны. На занятиях работают неровно, чрезмерно то-

ропливо. С удовольствием посещают мастерские, но делают все непродуманно, небрежно. У них часто бывают срывы в поведении, приводящие к неприятным последствиям. Этим учащимся необходима спокойная обстановка и смена видов деятельности. В процессе коррекционного обучения и воспитания, осуществляемого с учетом индивидуальных особенностей учащихся, возбудимые олигофрены становятся более уравновешенными и трудоспособными. Они социально адаптируются, однако временами конфликтуют с членами коллектива по мелким, незначительным поводам и могут проявлять недисциплинированность.

Заторможенные олигофрены отличаются вялостью, замедленностью, инертностью, которые обнаруживаются в их моторике, поведении, сниженной работоспособности. Они продвигаются медленно. Им нужно много времени, чтобы организовать свою деятельность. Они не успевают за своими товарищами по классу. Торопить их бесполезно, так как у них свой темп работы. В мастерских они трудятся старательно, с определенной тщательностью, но замедленно. Прогноз на будущее у таких детей неплохой. Они вполне приемлемы для окружающих, неконфликтны, старательны. Однако от них нельзя требовать большой продуктивности.

К данному варианту олигофрении можно отнести и олигофрению, осложненную апатико-адинамическими расстройствами. В этих случаях речь идет о более грубых нарушениях подвижности психических процессов, сочетающихся со слабостью побуждений, общей психической, в том числе моторной, вялостью. Такой тип осложненности часто наблюдается при олигофрении на почве врожденной миксидемы, цереброэндокринных расстройств.

*Олигофрения, осложненная психопатоподобными расстройствами.*

При олигофрении, осложненной психопатоподобными расстройствами, наблюдается сочетание психического недоразвития с явлениями выраженной аффективной возбудимости, расторможенности влечений



(сексуальность, прожорливость, склонность к бродяжничеству, воровству и т.д.). У учащихся наблюдается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы, проявляется недоразвитие личностных качеств, снижение критичности к себе и окружающим. Этот вид осложненности наиболее типичен для олигофрении, обусловленной постнатальными поражениями (менингоэнцефалиты, менингиты, травмы) с вовлечением в болезненный процесс подкорковых образований.

*Олигофрения, осложненная тяжелыми нарушениями функций лобных долей мозга.*

При олигофрении, осложненной тяжелыми нарушениями функций лобных долей мозга, познавательная деятельность грубо страдает в связи с резким нарушением целенаправленности. У одних детей наблюдается вялость, пассивность, двигательная заторможенность, автоматическая подчиняемость. Другим свойственны импульсивность, расторможенность, суетливость, эйфорический фон настроения, постоянная отвлекаемость на любые раздражители и побочные ассоциации. Своеобразие речи проявляется в сочетании ее внешнего богатства с непониманием смысла, штампами, резонерским и бездумным повторением чужих высказываний и предложений. Их речь бессодержательна, многословна, имеет подражательный характер. Характерно грубое недоразвитие личности, проявляющееся в не критичности к себе и ситуации, отсутствие чувства смущения, обиды, страха и т.д.

*Олигофрения, осложненная нарушениями в системе отдельных анализаторов.*

При олигофрении, осложненной нарушениями в системе отдельных анализаторов, наряду с общим недоразвитием мозга отмечаются выраженные очаговые поражения. В этих случаях слабоумие сочетается с нарушениями зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Распространенность умственной отсталости среди неслышащих и слабослышащих со-

ставляет примерно 10%. Среди невидящих и частично видящих их около 20%. Наличие у ребенка сложного дефекта резко изменяет и затормаживает весь ход его развития, снижает возможности коррекции недостатков, существенно затрудняет организацию учебно-воспитательного процесса. Успешная работа с такими детьми требует от учителя большого терпения, постоянного внимания к каждому ребенку, владения широким кругом знаний.

При олигофрении, осложненной тяжелым недоразвитием речевых систем, дефекты речи нередко маскируют первичное недоразвитие психики. Выполнение заданий по речевой инструкции, не подкрепленное наглядным показом, вызывает большие затруднения. Грубые искажения произносимых слов и звуков, затруднения в процессе звуко-буквенного анализа, смешение сходных по звучанию и написанию фонем препятствуют правильному написанию даже простых слов.

При олигофрении, осложненной тяжелым поражением либо недоразвитием моторных зон мозга, интеллектуальная недостаточность часто сочетается с явлениями церебрального паралича. Нарушения двигательных анализаторов придают своеобразие и интеллектуальному дефекту в виде выраженной недостаточности пространственного анализа и синтеза, затруднений при выполнении простых счетных операций.

Этиология олигофрении, при которой имеется сочетание общего психического недоразвития с поражением отдельных анализаторов, различна. Сюда относятся некоторые генетические формы, связанные с дефектами обмена, нарушения внутриутробного развития (например, при ре-зус-конфликте), последствия родовых травм и ранних постнатальных поражений.

## **2.3. Деменция как одна из форм умственной отсталости**

### **2.3.1. Деменция: понятие, этиология, систематика**

К числу основных форм умственной отсталости относится деменция. Деменция – это стойкое ослабление познавательной деятельности, снижение критики, памяти, уплощение эмоций.

В отличие от олигофрении деменция возникает на более поздних этапах онтогенетического развития (после 2-3 лет), в период относительной зрелости корковых систем головного мозга, поэтому в морфологической и клинической картине поражения нервной системы доминируют явления повреждения. Это обуславливает парциальность нарушений психических функций в отличие от олигофрении, для которой характерна тотальность нарушений. Деменция в отличие от олигофрении носит прогрессирующий характер, т.е. наблюдается прогрессирование болезненного процесса и как следствие регресс психических функций.

### **2.3.2. Органическая деменция**

Этиология органической деменции имеет некоторое сходство с этиологией олигофрении. Ее причинами являются инфекционные, травматические, интоксикационные поражения головного мозга, дегенеративные заболевания центральной нервной системы, нарушения обменных процессов. Отличие же, которое во многом определяет особенности патогенеза и клинико-психологической картины деменции, связано со временем воздействия вредности. Органическая деменция чаще возникает при поражении мозга в возрасте после 1,5-2 лет, когда значительная часть мозговых структур уже является достаточно сформированной, поэтому патогенный агент действует как фактор, не только препятствующий их дальнейшему форми-

рованию, но и повреждающий данную структуру и связанные с ней функции.

По динамике слабоумия различают резидуальную органическую и прогрессирующую деменцию. Резидуальная органическая деменция обусловлена остаточными явлениями перенесенных органических поражений мозга инфекциями, интоксикациями, травмами. Прогрессирующая деменция связана с текущими органическими процессами в головном мозге (воспалительными, дегенеративными, атрофическими, дефектами обмена). При прогрессирующей деменции, как правило, имеется тенденция к прогрессированию болезненных расстройств с неуклонной психической деградацией, нарастанием слабоумия, утратой имевшихся ранее навыков и знаний.

Клинико-психологическая картина органической деменции имеет ряд особенностей, отличающих ее от олигофрении. Прежде всего это иная структура интеллектуального дефекта. Для органической деменции нетипичны такие основные признаки олигофренического слабоумия, как тотальность и иерархичность недоразвития. Более характерна парциальность интеллектуальных расстройств. В зависимости от преимущественной локализации повреждения одни из интеллектуальных функций могут быть нарушены значительно, другие – оставаться относительно сохранными. Так, например, при травматической деменции наиболее характерны расстройства памяти; для деменции, связанной с инфекционными поражениями нервной системы, – грубые нарушения внимания. Отсутствие типичной для олигофрении иерархичности проявляется в том, что более выраженным часто является недостаточность не мышления в целом, а отдельных интеллектуальных функций, темпа и подвижности психических процессов. Так, часты нарушения произвольной памяти, грубые расстройства активного внимания с трудностями сосредоточения, постоянной отвлекаемостью на посторонние раздражители. Нередко выступают локальные рас-

стройства высших корковых функций: нарушения оптико-пространственного синтеза, явления акустической агнозии. Часто локальный характер имеют при органической деменции и расстройства речи (моторная, сенсомоторная алалия и афазия), тогда как при олигофрении недоразвитие речи проявляется в основном в ее бедности, малом запасе слов, наличии аграмматизмов, дефектах звукопроизношения. Как правило, более часты и грубее выражены, чем при олигофрении, и нейродинамические расстройства: резкая замедленность мышления, склонность к персеверациям. Недостаточность уровня обобщения наблюдается всегда, однако, перечисленные выше отдельные интеллектуальные функции нарушены в сравнительно большей степени. Нарушения мышления больше обусловлены не столько первичной слабостью функции обобщения, сколько отсутствием целенаправленности, непоследовательностью и противоречивостью суждений либо резкой слабостью побуждений, вялостью, пассивностью.

Если при олигофрении эццефалопатические расстройства (церебральные, психопатоподобные, эпилептиформные, апатико-динамические) отмечаются лишь при осложненных формах, то для деменции явления психической истощаемости, выраженной психомоторной расторможенности с импульсивностью, двигательными стереотипиями либо, наоборот, апатия, адинамия более характерны. Значительно чаще, чем при олигофрении, наблюдаются эпилептиформные расстройства. Чаще встречается и значительно более грубый по выраженности психопатоподобный синдром с повышенными либо извращенными влечениями, типичны аффективные расстройства: эйфория с двигательной расторможенностью, болтливостью, дурашливостью, либо дисфория с подозрительностью, склонностью к агрессии, злобности и угрюмости.

Одно из центральных расстройств при органической деменции – изменения личности, нарушения критичности. Лишь немногие из детей переживают свою несостоятельность, большинство не осознает своего де-

фекта. Они беспечны или апатичны, не проявляют интереса к занятиям, равнодушны к оценке, не имеют планов на будущее. Эмоциональная уплощенность часто проявляется и в малой привязанности к родным и близким. Некритичность характерна не только по отношению к собственной личности, но и к окружающим.

Отсутствие целенаправленности, критичности, личностного стержня, а также выраженные нейродинамические и энцефалопатические расстройства усугубляют нарушения деятельности, которые носят более грубый характер, чем степень снижения интеллекта. Продуктивность в обучении, способность к действиям, адекватным обстановке и собственным возможностям, значительно снижены даже при отсутствии выраженного интеллектуального недоразвития.

### **2.3.3. Типы органической деменции у детей**

*Типы органической деменции у детей по классификации Г.Е. Сухаревой.*

Г.Е. Сухарева (1965), исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет четыре типа органической деменции у детей. Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения. При втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению. Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная склонность к персеверациям. При третьем типе органической деменции более всего выступает недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления. При четвертом – в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубыми расстройствами внима-

ния, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением». Наиболее частыми типами являются два последних.

По данным В.В. Лебединского (1985), изучившим два последних варианта органической деменции, при первом из них (соответствующем четвертому типу органической деменции, по Г.Е. Сухаревой) поведение детей можно было охарактеризовать как полевое. Они отличались хаотической двигательной расторможенностью, бестормозностью, действиями по первому побуждению. Общий фон настроения характеризовался выраженной эйфорией со склонностью к дурашливости и в то же время кратковременными агрессивными вспышками. Эмоции были крайне примитивны и поверхностны. Реакции на замечания отсутствовали. Отмечалась грубая некритичность. Нередко выступала расторможенность влечений (повышенная сексуальность, прожорливость). Отсутствие волевых задержек, недостаточное понимание ситуаций, большая эмоциональная заражаемость в условиях конфликта часто делали этих детей неприемлемыми в коллективе сверстников. Обучению во специальной школе, помимо особенностей поведения препятствовали и грубые нарушения внимания, нецеленаправленность в любой деятельности, персеверации по гипердинамическому типу. При исследовании памяти обнаруживалась также непродуктивность запоминания, фрагментарность воспроизведения. При всех пробах отчетливо выступали нарушения интеллектуальной деятельности. При исследовании конструктивного мышления (кубики Кооса) дети затруднялись в анализе пространственной структуры узора даже и в тех случаях, когда не имели первичных нарушений пространственного гнозиса. При передаче сюжета простой картинки обнаруживались грубая фрагментарность и соскальзывание на побочные ассоциации. При выполнении всех заданий дети, как правило, не замечали своих ошибок и быстро теряли интерес к заданию. Включение речи, предметная и смысловая организация действия, а также похвала или порицание были неэффективны.

При втором варианте (соответствующем третьему типу органической деменции, по Г.Е. Сухаревой) в психическом статусе доминировали вялость, медлительность, пассивность, нередко отсутствовали навыки опрятности. При общей двигательной заторможенности отмечалась склонность к образованию элементарных двигательных стереотипов. Слабость побуждений, эмоциональная бедность проявлялись в скудности мимики, моторики, интонаций. Нарушения в интеллектуальной и личностной сфере выступали в равнодушии к оценке, отсутствию привязанностей, планов на будущее, интеллектуальных интересов. Наблюдалось резкое снижение активности мышления. При нейропсихологическом исследовании (И.Д. Марковская) стойкие дефекты в моторной сфере проявлялись в сочетании медлительности, инертности, склонности к застреванию, трудностям переключения, гиподинамическим персеверациям и синкнезиям. Персеверации возникали как на уровне исполнительного звена, так и программы действия. Даже с несложными заданиями на конструктивный праксис эти дети обычно не справлялись. Мнестические расстройства были сходны с нарушениями памяти у детей предыдущей подгруппы, однако отмечалась еще более выраженная замедленность в воспроизведении. В речи сочетались моторные и сенсорные нарушения, затруднения в дифференциации близких по звучанию фонем, трудности переключения, персеверации. Дети не замечали своих ошибок, которые не компенсировались и помощью взрослого.

Клинико-психологическая картина резидуальной органической деменции будет различной в зависимости от того, в каком возрасте возникло заболевание мозга. По данным исследований Л.С. Юсевич (1935) и Г.Е. Сухаревой (1965), при заболевании в предшкольном и раннем дошкольном возрасте на первый план выступает утрата и обеднение навыков. Нарушения побуждений к деятельности в одних случаях проявляются в апатии и адинамии, в других – в нецеленаправленной двигательной расторможенно-



сти. Раннее начало заболевания (в 2-3 года) имеет отрицательное значение еще и потому, что влечет, как указывалось, более выраженную опасность недоразвития онтогенетически наиболее молодых мозговых структур. В этих случаях неумение устанавливать объективные связи явлений, низкий уровень суждений нередко выходят на первый план и особенно затрудняют дифференциальную диагностику с олигофренией.

При начале заболевания в старшем дошкольном возрасте наиболее демонстративно разрушение либо обеднение игровой деятельности: ее стереотипность. Однообразие. Приобретенные навыки страдают меньше, но все же имеется их определенный регресс.

При заболевании в младшем школьном возрасте, как правило, сохраняется речь (при отсутствии локальных нарушений), навыки самообслуживания и даже элементарные учебные навыки. Запас знаний и представлений может быть значительно больше, чем при олигофрении. Но резко снижаются интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом: теряются школьные интересы, нарушается целенаправленность.

Следует отметить, что так как у детей органическая деменция в целом психологами изучена мало, то ее частному варианту – эпилептической деменции – посвящено несколько больше исследований.

### **3. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ**

Вопрос о возможностях развития умственно отсталых детей является весьма важным для понимания проблемы и теоретической ее разработки, так и для практики воспитания, обучения и социально-трудоустройственной адаптации учащихся. Одним из главных положений отечественной олигофренопсихологии является утверждение, что дети-олигофрены способны к развитию, т.е. у них могут возникать качественно новые, более сложные психические образования (Л.С. Выготский, Л.В. Занков и др.). Это положение подтверждается многочисленными экспериментальными исследованиями и наблюдениями. Вместе с тем не снимается со счета и тот факт, что развитие умственно отсталого ребенка осуществляется на аномальной основе, что обуславливает его замедленность, своеобразные черты и существенные отклонения от нормального развития.

#### **3.1. Общие закономерности психического развития умственно отсталых и нормально развивающихся детей**

Л.С. Выготский (1932) выдвинул тезис об общности закономерностей психического развития нормально развивающегося и аномального ребенка. Впоследствии это подтвердилось в исследованиях целого ряда авторов. В работах Л.В. Занкова (1935), И.М. Соловьева (1957), Ж.И. Шиф (1965), Т.А. Власовой (1972, 1973), Т.В. Розановой (1978), В.И. Лубовского (1978) и др. было показано, что основные закономерности психического развития являются общими для нормально развивающихся и аномальных детей. Также как и в норме, в патологии психическое развитие носит поступательный, поэтапный характер. Каждый этап завершается формированием определенных психических новообразований, которые становятся

основанием психического развития на последующих этапах. Развитие как нормального, так и аномального ребенка определяется взаимосвязью социальных и биологических факторов. Ведущими факторами, определяющими существенные продвижения в развитии как нормального, так и аномального ребенка, являются обучение и воспитание. Развитие нормального и аномального ребенка происходит в общении со взрослым и под руководством взрослого на основе усвоения общественного опыта в процессе совместной деятельности. Аномальный ребенок в своем развитии проходит те же возрастные этапы, что и нормально развивающийся: младенческий, ранний, дошкольный, младший школьный, подростковый и юношеский возраст. Развитие отдельных психических функций также как в норме, так и в патологии, проходит одни и те же этапы. К примеру, становление мышления, как в норме, так и при умственной отсталости, проходит поэтапно от наглядно-действенного к словесно-логическому. Отличие заключается в сроках формирования и качественном своеобразии психических функций. Психическое развитие умственно отсталых детей характеризуется значительным замедлением по сравнению с нормой.

### **3.2. Общие закономерности психического развития умственно отсталых и других групп аномальных детей**

Анализ отклонений развития показывает, что аномальное развитие имеет особенности, характерные в той или иной мере для всех детей этой группы, что одновременно отличает их от детей с нормальным развитием. Накопление в дефектологической литературе значительного фактического материала, характеризующего особенности развития аномальных детей, позволило Т.А. Власовой (1972) и В.И. Лубовскому (1978) обобщить опыт исследователей и на основе проведенного анализа систематизировать общие и специфические закономерности аномального развития, а также до-

полнить эту систематизацию новыми положениями, полученными в собственных исследованиях.

Одна из общих закономерностей психического развития, свойственных всем группам аномальных детей, была выведена Л.С. Выготским еще в 1935 году. Л.С. Выготский сформулировал положение о том, что наряду с первичными отклонениями, непосредственно обусловленными дефектом, в процессе аномального развития формируются вторичные отклонения. Вторичными, исходя из представления о системном строении дефекта Л.С. Выготский, назвал дефекты, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития. Таким образом была показана причинная обусловленность изменения развития аномального ребенка: наступившее в том или ином звене нарушение закономерно, именно в силу действия общих законов психического развития, влечет за собой изменение развития аномального ребенка, что проявляется в отклонениях, различных по своему характеру, силе и значимости у каждой категории аномальных детей. Однако общим для всех случаев является то, что возникшие изменения оказывают влияние на весь дальнейший ход развития ребенка. Как показало исследование Т.А. Власовой (1973), у аномальных детей наблюдается недостаточное развитие психических процессов: различные по характеру и глубине нарушения умственной деятельности, недостатки двигательной сферы, своеобразие речевого развития, что приводит к нарушению познания окружающего мира, изменению способов коммуникации и нарушению средств общения, трудностям социальной адаптации и обеднению социального опыта.

Трудности социальной адаптации, затруднения взаимодействия с социальной средой впервые были обозначены как общая закономерность аномального развития Л.С. Выготским (1934). Дальнейшее изучение этой закономерности привело к уточнению и конкретизации ее содержания. Ж.И. Шиф (1965) формулирует эту же закономерность следующим обра-

зом: «Общим для всех случаев аномального развития является то, что совокупность порождаемых дефектов, следствий проявляется в изменениях в развитии личности аномального ребенка в целом». Изменение личности происходит особенно выражено в тех случаях, когда несвоевременно проводится коррекция дефекта, также при неблагоприятном социальном окружении.

Изменение способов коммуникации аномальных детей проявляется, прежде всего, в том, что у всех них нарушено речевое общение, а у многих коммуникация осуществляется при активизации невербальных (мимических, жестовых) средств. Наиболее общим в характеристике речевого общения аномальных детей, по мнению В.И. Лубовского (1978) является изменение у них способности к приему и переработке информации. Больше страдает усвоение той информации, которая адресована к пораженному анализатору. При всех видах аномалий развития объем информации, которая может быть принята в единицу времени, снижен в той или иной мере, по сравнению с нормой. Для приема равного объема информации требуется большее время, кроме того снижена точность принимаемой информации, а переработка информации замедлена. Уменьшение скорости и объема принимаемой информации обнаруживается при восприятии раздражителей, действующих и на сохранный анализатор. В.И. Лубовский и А.И. Мещерякова (1965) писали, что это снижение вызвано некоторым общим недоразвитием динамики нервных процессов, возникающим в связи с дефектом какого-либо анализатора, а также вторичным влиянием межанализаторных связей на работу высших отделов каждого анализатора.

В.И. Лубовский показал, что у детей с нарушениями психического развития всех категорий нарушено и хранение, и использование информации. Во многих исследованиях отмечаются особенности запоминания, характеризующиеся нестойкостью следов, привнесениями, искажениями запоминаемого материала.

Проведенные В.И. Лубовским (1970, 1971) исследования словесной регуляции действий у детей показали, что общую закономерность составляют недостаточность и специфические словесного опосредования как одно из проявлений нарушения психического развития ребенка. Недостаточное участие словесной системы обнаруживается при этом как в регуляции произвольных реакций, так и в других видах психической деятельности детей.

Исследования в области специальной психологии, начиная с Л.С. Выготского (20-е годы), показало наличие у всех категорий аномальных детей, не имеющих текущего патологического процесса, потенциальных возможностей развития за счет формирования высших психических функций. Возможности компенсации, широко реализующиеся при благоприятных условиях воспитания и обучения, сглаживают и в известной мере устраняют неравномерность психического развития аномальных детей. Эта важнейшая закономерность аномального развития обосновывает необходимость своевременной организованной помощи аномальным детям. Одна из закономерностей положительного характера была выведена В.И. Лубовским при изучении словесной регуляции действий. Это – возможность выработки новых условных связей без участия словесной системы или чаще при неполном, частичном словесном опосредовании. При нормальном развитии значение этой способности все уменьшается и все большую роль приобретает образование связей на основе опосредования словесной системой, словесным обобщением. У умственно отсталых детей эта способность имеет значение и в младшем школьном возрасте. Ее можно рассматривать как компенсаторный механизм, способствующий более легкому образованию условных связей. Наличие этой особенности показывает, что аномальное развитие имеет закономерности, характеризующие как уровень отставания в развитии, так и уровень компенсации дефекта.

### **3.3. Специфические закономерности психического развития умственно отсталых детей**

Специфические закономерности психического развития умственно отсталых детей нашли отражение в работах Л.С. Выготского, Л.В. Занкова, А.Р. Лурия, Б.И. Пинского, Ж.И. Шиф, И.М. Соловьева, С.Я. Рубинштейн, В.Г. Петровой и др.

Развитие восприятия умственно отсталых детей характеризуется качественным своеобразием по сравнению с нормой. Основным недостатком восприятия умственно отсталых детей является нарушение обобщенности, отмечается также замедленный темп восприятия, узость объема, нарушение избирательности, малая дифференцированность.

Для представлений умственно отсталых детей характерны недифференцированность, фрагментарность, поверхностный характер, недостаточная обобщенность и уподобляемость. Нарушенными являются представления о себе, ближайшем окружении, о пространстве и времени и др.

Памяти умственно отсталых детей свойственно снижение продуктивности основных ее процессов. Запоминание материала у умственно отсталых характеризуется низким объемом, неточностью, замедленностью; воспроизведение – низким объемом, искажением материала, привнесениями. Наиболее нарушенной является смысловая память. Лучше умственно отсталые запоминают внешние, иногда случайные зрительно воспринимаемые признаки. Труднее ими осознаются и запоминаются внутренние логические связи. Позднее, чем в норме, у умственно отсталых формируется произвольное запоминание и воспроизведение материала. Значительные трудности представляет и припоминание материала. Опосредованная смысловая память развита слабо. Характерна эпизодическая забывчивость.

Внимание умственно отсталых детей страдает из-за трудности при-

влечения к объекту, слабости концентрации, неустойчивости. Для внимания умственно отсталых детей характерны трудности распределения, замедленность переключения. Даже будучи привлеченным к объекту внимание умственно отсталых быстро истощается и характеризуется патологической отвлекаемостью. В наибольшей степени страдает произвольное внимание.

У умственно отсталых детей нарушены все стороны речи: фонетическая, лексическая, грамматическая. У них отмечаются трудности звукобуквенного анализа и синтеза, восприятия и понимания речи. В результате наблюдаются различные виды расстройств письма, трудности овладения техникой чтения, снижена потребность в общении.

Мышление умственно отсталых детей характеризуется пассивностью, несамостоятельностью, некритичностью, инертностью. У умственно отсталых детей нарушены все мыслительные операции: анализ, синтез, сравнение, классификация и др. В наибольшей степени страдает обобщение и абстрагирование. Развитие различных видов мышления также своеобразно по сравнению с нормой. Наиболее нарушенным является словесно-логическое мышление, а наиболее сохранным - наглядно-действенное. У умственно отсталых детей затруднено формирование понятий, суждений и умозаключений. Мотивация мышления снижена. При решении мыслительных задач отмечается недостаточность ориентировки, отсутствие планирования, неосознанность и хаотичность действий.

При умственной отсталости страдает не только познавательная деятельность, но и развитие личности в целом. У умственно отсталых детей преобладают элементарные органические потребности над духовными. Высшие духовные потребности развиваются с трудом и со значительным отставанием по сравнению с нормой. Мотивы поведения и деятельности носят ситуативный характер, неустойчивы и недостаточно осознанны. Интересы умственно отсталых поверхностны, неглубоки, однообразны. Эмо-



циональная сфера характеризуется недоразвитием эмоций и чувств. Эмоции носят поверхностный, неустойчивый, полярный характер. Высшие духовные чувства формируются с трудом. Воля умственно отсталых снижена, у них отсутствует стремление преодолевать препятствия, в работе умственно отсталые предпочитают легкий путь, не требующий волевых усилий. Самооценка умственно отсталых детей, как правило, неадекватна, носит либо завышенный, либо заниженный характер. Формирование правильных взаимоотношений с окружающими у умственно отсталых затруднено. Умственно отсталые дети не испытывают потребности в общении. Их взаимоотношения пассивны, носят ситуативный, неустойчивый характер. Для деятельности умственно отсталых детей характерны недоразвитие целенаправленности, трудности самостоятельного планирования, отсутствие ориентировки в условиях выполнения задания. Действия умственно отсталых детей неосознанны, непоследовательный, контроль отсутствует.

Выделенные особенности носят стойкий характер, так как являются результатом органического поражения мозга. Но наряду с этим в процессе коррекционного обучения и воспитания у умственно отсталых выявляется положительная динамика в развитии всех сторон психики.

#### **3.4. Потенциальные возможности психического развития умственно отсталых детей**

В зарубежной психологии существовали теории, согласно которым олигофрены школьного возраста приравнивались к нормально развивающимся детям преддошкольного возраста, умственно отсталые подростки – к нормально развивающимся дошкольникам. Таким образом, подчеркивался «потолок» их развития, т.е. предельные возможности. Но систематическое изучение развития детей-олигофренов в условиях их коррекционного обучения в специальной школе дало материал, который служит веским ар-

гументом в борьбе с этим ложным утверждением. Положительный опыт воспитания и обучения умственно отсталых детей в специальной школе и материалы психологических исследований показали, что умственно отсталые дети имеют большие потенциальные возможности развития.

В исследованиях И.М. Соловьева (1940, 1941, 1953) получены данные, показывающие, что восприятие учащихся с умственной отсталостью заметно развивается к 4-5 классам благодаря специальному обучению. Наиболее благоприятные условия для его развития создаются в том случае, если восприятие предметов вызывается интересной, значимой для этих детей практической деятельностью, которая выполняется под руководством педагога, сопровождается сравнениями, обобщениями и оформляется в речи. Чем раньше начинаются целенаправленные коррекционно-воспитательные мероприятия, тем значительнее успехи, достигаемые в развитии олигофренов.

Изучение процессов запоминания и воспроизведения под руководством Л.В. Занкова (1935, 1939, 1940) выявило, что к среднему школьному возрасту при условии специального обучения у олигофренов обнаруживаются очень большие успехи в осмысленном запоминании, вновь возрастающие в старших классах и дающие возможность усвоить определенный объем школьных знаний, умений и навыков. Это явилось доказательством того, что в памяти умственно отсталых детей проявляются те же закономерности, что и у нормально развивающихся. Это удар по распространенной ранее концепции, утверждающей, будто олигофрены пользуются своей сохранной механической памятью, но не способны к осмысленному запоминанию. В связи с этим зарубежные авторы предлагали тренировать механическую память умственно отсталых детей и не развивать сложные процессы памяти. Они считали, что при запоминании учебного материала эффективными являются только многократные повторения учебного материала до полного его зазубривания. Л.В. Занков и его сотрудники показа-

ли, что если помочь детям-олигофренам осмыслить заучиваемый материал в многообразных связях и разных аспектах, они легче расчлениют и гораздо лучше воспроизведут его, чем в случае многократного единообразного повторения без модификаций.

Изучение сохранения в памяти и забывания зрительных представлений у детей-олигофренов младшего и среднего школьного возраста проведено И.М. Соловьевым (1940, 1941). В работе показано, что процессы забывания материала оказываются менее интенсивными, а сохранение становится полноценнее, если у учащихся с умственной отсталостью целенаправленно формировать умение сравнивать и обобщать сходные явления, объекты, правила.

В исследованиях Ж.И. Шиф (1961) установлено, что в процессе обучения развиваются представления умственно отсталых детей, они становятся несколько динамичнее, наглядные обобщения – богаче. Отмечается, что дети-олигофрены испытывают трудности, когда они должны образно представить себе рассказанное им или прочитанное самостоятельно. В этом проявляется недостаточное воздействие речи на развитие наглядного мышления этих детей (А.И. Липкина, 1969; Е. Бедор, 1964). Проведение коррекционной работы может в некоторой степени сгладить и этот недостаток.

В работах И.С. Соловьева, Л.В. Занкова, В.Г. Петровой, Ж.И. Шиф и др. показано, что при интенсивной коррекционной работе развиваются мыслительные операции умственно отсталых детей к среднему и особенно к старшему школьному возрасту. Анализ объектов становится более полным и дробным. В связи с этим богаче и разносторонне осуществляется сравнение объектов, совершенствуются и дифференцируются наглядные обобщения и в какой-то мере формируются системы обобщений.

Успехи в развитии мышления, в осуществлении сложных форм анализа и синтеза, сравнения и обобщения содействуют развитию восприятия

и памяти, повышают возможности усвоения знаний, выполнения интеллектуальных задач и значительно совершенствуют практическую деятельность детей-олигофренов.

В исследованиях В.Г. Петровой, Г.М. Дульнева, Феофанова отмечены в продвижении речи у умственно отсталых детей в процессе обучения. В среднем и старшем школьном возрасте увеличивается объем словаря, корректируется грамматический строй их речи, совершенствуется их устная и письменная речь.

Таким образом, все эти исследования объединяет принципиально важное положение, высказанное в свое время Л.С. Выготским, заключающееся в том, что при коррекционном обучении у детей-олигофренов развиваются такие виды сложной психической деятельности, как целенаправленное наблюдение, осмысленное запоминание, произвольное внимание, сложные формы анализа и синтеза, процессы сравнения и обобщения. Это свидетельствует о том, что наряду с недостатками психического развития у умственно отсталых детей имеются широкие потенциальные возможности развития психики.

### **3.5. Зарубежная наука о возможностях психического развития умственно отсталых детей**

Вопрос о возможностях психического развития умственно отсталого ребенка неоднозначно решается различными зарубежными психологами. Одни из них разделяют позицию русских дефектологов. Другие высказываются более радикально, приводя материалы наблюдений, свидетельствующие о возможностях достижения умственно отсталыми уровня нормы (Е.Н. Моргачева). Третьи отрицают возможность подлинного развития умственно отсталых, утверждают неизменность величины их интеллектуального коэффициента (IQ), с помощью которого зарубежные психологи

судят об уровне умственного развития ребенка.

В зарубежной науке существовали различные теории, раскрывающие возможности психического развития умственно отсталых детей: «остановки развития», «потолка развития», «моральной дефективности», «Дегенерации» и т.п.

Несостоятельными в научном отношении являются концепции таких ученых, как П. Моор, Нормани Эллис, А.Д. Кларк, К. Колер и др., отрицающих возможность развивающего обучения умственно отсталого ребенка. Эти дефектологи возводят в абсолют испытываемые умственно отсталыми детьми затруднения в процессе усвоения знаний, умений, навыков, норм поведения. Тем самым они неправомерно отрицают возможность их обучения, воспитания и социальной адаптации.

Ложность всех этих теорий опровергается тем, что все без исключения умственно отсталые дети получают в нашей стране необходимое им общее образование и подготовку к трудовой деятельности. Результатом этого является положительное развитие личности подавляющего большинства умственно отсталых детей.

Прогрессивные современные зарубежные дефектологи (Э. Хейсерман, Р. Заззо, Дж. Уортис и др.) разделяют мнение отечественных ученых о том, умственно отсталые дети обладают значительными потенциальными возможностями психического развития.

## 4. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

### 4.1. Психическое развитие умственно отсталых детей в младенческом возрасте

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни качественно отличается от развития нормального ребенка. Многие умственно отсталые дети значительно позже, чем нормальные начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Эта задержка у некоторых детей может быть весьма существенной и захватывать не только весь первый, но и второй год жизни.

У всех умственно отсталых детей наблюдается снижение интереса к окружающему, безразличие, общая патологическая инертность. Наряду с этим могут отмечаться крикливость, беспокойство, раздражительность и т.д. У умственно отсталых детей своевременно не возникает потребность в общении со взрослым. «Комплекс оживления», как правило, отсутствует. В дальнейшем у этих детей не возникает интереса к игрушкам. У них не происходит своевременного перехода к общению со взрослым на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения – жестовая. Умственно отсталые дети на первом году жизни не дифференцируют «своих» и «чужих», как это происходит в норме уже в первом полугодии.

Снижение интереса к окружающему сказывается на развитии первых действий с предметами – хватании и на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием. У умственно отсталых детей отсутствует активное хватание, не формируется зрительно-моторная координация и восприятие свойств предметов.

У умственно отсталых детей своевременно не формируются предпосылки развития речи: предметное восприятие, предметные действия, общение со взрослым и, в частности, доречевые средства общения. Недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха связано с тем, что у умственно отсталых не возникает своевременно не только лепет, но и гуление.

Таким образом, уже в младенческом возрасте у умственно отсталых детей возникают вторичные отклонения в психическом развитии, охватывающие многие сферы психического развития. Сензитивные периоды формирования многих психических функций оказываются упущенными. Развивающее воздействие взрослого, как правило, не осуществляется.

#### **4.2. Психическое развитие умственно отсталых детей в раннем возрасте**

Важнейшими достижениями раннего возраста при нормальном развитии являются овладение ходьбой, развитие предметной деятельности и развитие речи. В начале второго года жизни нормально развивающиеся дети начинают самостоятельно ходить. У некоторых умственно отсталых прямохождение возникает в те же сроки, но у многих задерживается на длительный срок, иногда до конца раннего возраста. Движения умственно отсталых детей, как правило, качественно отличаются от движений нормально развивающихся детей. У умственно отсталых отмечается неустойчивость, неуклюжесть походки, замедленность или импульсивность движений.

С овладением ходьбой начинается новый этап в развитии ребенка – этап познания предметного мира. Начинается развитие предметных действий. У умственно отсталых детей подлинного ознакомления с окружающим миром не происходит. У многих из них с овладением ходьбой прояв-

ляется «полевое поведение», которое можно принять за интерес к окружающему миру. Дети хватают в руки все, что попадает в их поле зрения, но тотчас же бросают эти предметы, не проявляя интереса ни к их свойствам, ни к назначению.

У нормально развивающихся детей на основе овладения предметными действиями на втором году жизни возникает, а на третьем становится ведущей предметная деятельность. У умственно отсталых детей раннего возраста предметная деятельность не формируется. Некоторые из них не проявляют интереса к предметам, в том числе к игрушкам. Они вообще не берут игрушки в руки, не манипулируют ими. У них нет не только ориентировки типа «Что с этим можно делать?», но и более простой ориентировки типа «Что это?». В других случаях у детей третьего года жизни появляются манипуляции с предметами, иногда напоминающие специфическое использование предмета, но в действительности ребенок, производя эти действия, совсем не учитывает свойства и назначение предметов. Наряду с манипуляциями выявляются неадекватные действия. Неадекватные действия – это такие действия, которые противоречат логике употребления предмета, вступают в конфликт с ролью предмета в предметном мире. Неадекватные действия для нормально развивающихся детей не характерны. Деятельность умственно отсталых детей раннего возраста отличается нарушением целенаправленности, вербальным обозначением цели при отсутствии ее достижения, равнодушием к результату деятельности. Другие дети ведут себя еще однозначнее, у них нет даже видимости целенаправленной деятельности – они сбрасывают игрушки на пол по одной или все сразу. Такой уровень развития предметных действий не позволяет говорить о тенденции развития подлинной предметной деятельности. У умственно отсталых детей не формируются и другие виды деятельности, которые при нормальном развитии появляются к концу третьего года жизни. В то же время у некоторых умственно отсталых детей появляется же-



вание «сотрудничать» со взрослым, выполнять его требования, а также попытки общения, которые в дальнейшем могут стать основой для возникновения более осмысленных действий с предметами.

У умственно отсталых детей раннего возраста оказываются несформированными необходимые предпосылки для развития речи: действия с предметами, эмоциональное общение со взрослым, развитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха. У умственно отсталых детей меньше собственных действий и действий, совместных со взрослым, совсем не сформировано подражание. Поэтому речь взрослого «повисает» в воздухе, не соединяется с тем опытом, который служит ей опорой при нормальном развитии. Дети совсем не обращают внимания на многие предметы, не запоминают их названия, еще хуже овладевают названиями действий. У большинства умственно отсталых детей первые слова в активной речи появляются после двух лет. Фраза до трех лет, как правило, не появляется. Главное, что речь умственно отсталого ребенка раннего возраста не может еще служить ни средством общения, ни орудием мышления. Она также не может принять на себя функцию передачи ребенку общественного опыта и регуляции его действий.

Таким образом, у умственно отсталых детей в раннем возрасте развитие прямохождения происходит неодинаково: у одних детей - в пределах нормы, у других – со значительной задержкой. Развитие предметных действий фактически только начинается, предметная деятельность не возникает. Развитие речи и общения также задерживается.

#### **4.3. Психическое развитие умственно отсталых детей в дошкольном возрасте**

Для умственно отсталых детей дошкольный возраст оказывается началом развития перцептивного действия. На основе проснувшегося ин-

интереса к предметам, к игрушкам возникает и ознакомление с их свойствами и отношениями. Пятый год жизни становится переломным в развитии восприятия ребенка-олигофрена. Ребенок уже может делать выбор по образцу (по цвету, форме, величине). Намечаются продвижения в развитии целостного восприятия. Развивается зрительная ориентировка. Однако, овладев выбором по образцу на основе зрительной ориентировки, дети затрудняются осуществить выбор из большого количества элементов, не выделяют тонких различий между объектами. Не достигается без специального обучения возможность обобщения по выделенным признакам, умение выстроить по определенному признаку ряд предметов, найти место предмета в этом ряду. У умственно отсталых страдает формирование целостного образа: у половины детей образ не может стать основой действия и не воспроизводится ни в какой форме, у другой половины имеются искаженные, неполноценные образы. При выполнении заданий умственно отсталые дошкольники не используют поисковые способы: примеривание, пробы.

У умственно отсталых детей развитие восприятия происходит неравномерно, усвоенные детьми эталоны зачастую оказываются нестойкими, расплывчатыми. У детей отсутствует перенос усвоенного способа действия с одной ситуации на другую. Весьма сложными, отличными от нормальных оказываются взаимоотношения между восприятием свойства, знанием его названия, возможностью действовать с учетом данного свойства и возможностью производить на его основе простейшие обобщения. Дети, успешно выделяющие свойства во время занятий, совсем не могут выделять их в быту, в самостоятельной деятельности.

Представления умственно отсталых дошкольников об окружающем мире носят ограниченный характер, они поверхностны, фрагментарны, искажены. Нарушенными являются представления о себе и ближайшем окружении, о пространстве и времени.

Преобладающим видом мышления у умственно отсталых дошкольников является наглядно-действенное мышление. Наряду с этим развитие наглядно-действенного мышления значительно отстает от возрастных норм. При решении наглядно-действенных задач умственно отсталые дошкольники часто не осознают наличия проблемной ситуации. У них отсутствует активный поиск решения, они часто остаются равнодушными как к результату, так и к процессу решения задачи даже в тех случаях, когда задача выступает как игровая. У тех детей, которые пытаются выполнить задание, как правило, имеется лишь ориентировка на цель без учета условий ее достижения. Умственно отсталые дошкольники не связывают поиски решения с необходимостью использования вспомогательных средств. Они решают наглядно-действенные задачи путем хаотических проб, не отбрасывают ошибочные варианты и повторяют одни и те же непродуктивные действия. До конца дошкольного возраста у умственно отсталых детей фактически отсутствует возможность решения наглядно-образных задач.

Развитие игры в младшем дошкольном возрасте является прямым продолжением предметной деятельности, может возникнуть только на основе предметной деятельности, на определенном уровне ее развития. К началу дошкольного возраста у умственно отсталых детей фактически не возникает предметная деятельность. Их действия с предметами остаются на уровне манипуляций, в подавляющем большинстве случаев неспецифических. В младшем дошкольном возрасте дети в основном овладевают специфическими манипуляциями, которые должны лечь в основу формирования зрительно-двигательной координации и выделения свойств и отношений предметов. Однако процесс овладения специфическими манипуляциями без специального обучения идет медленно, так как у детей не возникает подлинного интереса к окружающему их предметному миру. Интерес к предметам, в частности, к игрушкам, оказывается кратковременным, так как побуждается лишь их внешним видом. Наряду с неспецифически-

ми манипуляциями у детей четвертого года жизни наблюдается большое количество неадекватных действий с предметами. Количество их резко убывает лишь на шестом году, уступая место специфическим манипуляциям, ведущим к ознакомлению со свойствами и отношениями объектов.

После пяти лет в игре с игрушками у умственно отсталых детей все большее место начинают занимать процессуальные действия. Однако подлинной игры не возникает. Без специального обучения ведущей деятельностью умственно отсталого ребенка к концу дошкольного возраста оказывается не игровая, а предметная. В игре наблюдается стереотипность, формальность действий, отсутствует замысел, нет даже элементов сюжета. Дети не используют предметы-заместители, тем более они не могут замещать действия с реальными предметами изображением действий или речью. Таким образом, функция замещения в игре этих детей не возникает. Не развивается в игре умственно отсталого ребенка и функция речи, у них нет не только планирующей или фиксирующей речи, но и сопровождающей.

Продуктивная деятельность у умственно отсталых детей вне обучения фактически не возникает. У детей не появляются конструктивные умения, не возникает предметный рисунок. При обучении предметные рисунки появляются, но эти рисунки, с одной стороны, носят примитивный, фрагментарный характер, не передают целостных образов, искажают форму и пропорции, с другой – представляют собой усвоенный ребенком графический штамп, не отражающий реального объекта. В связи с недоразвитием зрительно-двигательной координации и моторными трудностями техника изобразительной остается у умственно отсталых детей на примитивном уровне. Дети не используют в своих рисунках цвет как средство изображения.

В дошкольном возрасте у умственно отсталых детей начинают формироваться элементы трудовой деятельности, прежде всего навыки самообслуживания. Умственно отсталые дошкольники имеют разный уровень

овладения навыками самообслуживания. При выполнении навыков самообслуживания движения умственно отсталых дошкольников нечеткие, неуверенные, часто замедленные и суетливые, недостаточно целенаправленные. Сильно выражена несогласованность действий обеих рук. Нарушена последовательность производимых действий.

К началу дошкольного возраста у умственно отсталых детей не сформированы такие предпосылки речевого развития, как предметная деятельность, интерес к окружающему, эмоционально-волевая сфера, общение со взрослым, фонематический слух и артикуляционный аппарат. С точки зрения речи умственно отсталые дошкольники представляют неоднородную группу. Среди них имеются дети, совсем не владеющие речью; дети, владеющие небольшим объемом слов и простых фраз; дети с формально хорошо развитой речью. Но всех их объединяет ограниченное понимание обращенной речи, привязанность к ситуации, с одной стороны, и оторванность речи от деятельности, с другой. Речь не отражает истинных интеллектуальных возможностей ребенка, не может служить полноценным источником передачи ребенку знаний. Для большинства детей с умственной отсталостью развитие речи в дошкольном возрасте только начинается. Первые слова появляются у них после трех лет, фразы – к концу дошкольного возраста. У тех детей, которых появляется фразовая речь. Она отличается большим количеством фонетических и грамматических искажений. Овладения грамматическим строем речи на протяжении дошкольного возраста, как правило, не происходит. Особенно страдает связная речь. Одной из характерных особенностей оказывается при этом стойкое нарушение согласования числительных с существительными. Пассивный словарный запас преобладает над активным. У умственно отсталых длительно сохраняется ситуативное значение слова. Семантическая нагрузка слова у умственно отсталых детей намного меньше, чем у нормально развивающихся. Ситуативное значение слова, недостаточная грамматическая оформ-

ленность речи, нарушение фонематического слуха и замедленность восприятия приводят к тому, что речь взрослого либо часто совсем не понимается умственно отсталым ребенком, либо понимается неточно, даже искаженно. Речь настолько слабо развита, что не может осуществлять и функцию общения. Недоразвитие коммуникативной функции речи не компенсируется и другими средствами общения.

САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО

## **5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ УМ- СТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ**

В составе учащихся специальной школы для умственно отсталых детей выделяют две группы. К первой группе относят детей, перенесших осложнения, на одном из этапов развития, какое-либо поражение головного мозга, а затем развивающихся на дефектной основе, но практически здоровых, а ко второй группе – детей, страдающих текущими заболеваниями.

Первая группа детей делится на две подгруппы в зависимости от того, на каком этапе развития головного мозга произошло его поражение: а) в период внутриутробного развития или в младенчестве; б) в дошкольном или младшем школьном возрасте.

К первой подгруппе первой группы относят детей-олигофренов, ко второй подгруппе – детей с травматическим слабоумием, а также детей, перенесших менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты.

Во второй группе выделяют 5 групп детей: с шизофреническим, эпилептическим слабоумием, с сифилисом головного мозга, с гидроцефалией, с ревматическим поражением центральной нервной системы.

### **5.1. Учащиеся с олигофренией в степени дебильности**

Дети-олигофрены составляют основной контингент учащихся специальной школы. Это клинически разнородная группа. Несмотря на различия по этиологии заболевания, особенности психического развития детей-олигофренов в значительной мере сходны. Их мозг поражается до начала развития речи, дальнейшее психическое развитие в одинаковых условиях перекрывает различия. Группа детей-олигофренов с психологической точки зрения однотипна. Анализ литературы показывает, что разные исследо-

ватели выдвигали свои гипотезы относительно «ведущего синдрома» или основного нарушения при олигофрении. К. Левин в качестве основного нарушения выделял особенности эмоционально-волевой сферы. Большинство современных ученых основным дефектом считают трудность обобщения и отвлечения (М.С. Певзнер), А.Р. Лурия – слабость регулирующей роли речи.

В специальной школе обучаются дети с олигофренией в степени дебильности. У детей с олигофренией в степени дебильности отмечается недоразвитие всей познавательной деятельности и личности в целом. В подавляющем большинстве дети-олигофрены адекватно воспринимают окружающий мир, однако восприятие носит пассивный, недостаточно осмысленный характер. Пониженная реактивность коры приводит к тому, что представления детей-олигофренов нечетки и малодифференцированы. По образному выражению проф. В.А. Гиляровского, «олигофрены смотрят на окружающий мир как бы сквозь мутное стекло». Выработанные условные связи у них непрочны и быстро угасают. Для памяти детей-олигофренов характерны недостаточная осмысленность, неточность и низкий объем запоминания и воспроизведения, непрочность сохранения материала. Своеобразие познавательной деятельности детей-олигофренов состоит в значительном недоразвитии словесно-логического мышления, мыслительных операций обобщения и абстрагирования. У детей-олигофренов страдает произвольное внимание, оно слабо привлекается, носит неустойчивый характер и быстро истощается. Для речи детей-олигофренов характерно системное нарушение всех сторон: фонетической, лексической и грамматической. У многих учащихся наблюдаются дефекты звукопроизношения, отмечается бедность словарного запаса, нарушения грамматического строя.

Общее недоразвитие характерно не только для познавательной деятельности детей-олигофренов, но и для развития личности в целом. Эмо-



ции детей-олигофренов поверхностны, однообразны, носят неустойчивый характер, чувства малодифференцированы, бедны. Для детей-олигофренов характерно недоразвитие воли и волевых качеств. Слабость воли проявляется в том, что они не проявляют настойчивости и инициативы в достижении цели, легко подчиняются чужому влиянию. Поведение детей-олигофренов часто носит импульсивный характер, отмечается неспособность сдерживать свои чувства и влечения. Самооценка, как правило, неадекватна, она носит либо заниженный, либо завышенный характер.

## **5.2. Учащиеся с травматическим слабоумием**

Травматическое слабоумие у детей возникает чаще всего в результате сочетания сотрясения мозга с ушибом. После перенесенной травмы резко меняется развитие детей. У детей отмечаются головные боли, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, головокружением, повышенная утомляемость. После травмы имеют место изменения общего психического тонуса, преобладают вялость, пассивность, замедленность. Некоторые дети этой группы двигательны беспокойны, крайне отвлекаемы. В ряде случаев отмечаются заметные колебания от вялости, заторможенности к двигательному беспокойству и общей расторможенности.

Высшая нервная деятельность при травматическом слабоумии характеризуется прежде всего слабостью процесса возбуждения при его повышенной истощаемости, преобладанием внешнего торможения, слабостью всех видов активного коркового торможения. Новые условные связи образуются у этих детей с большим трудом. При выработке связей обнаруживается их значительная нестойкость, легкая истощаемость, заметно нарушается подвижность нервных процессов. Эти особенности проявляются в астеническом состоянии и стойком нарушении и стойком нарушении познавательной деятельности. У детей-травматиков отмечаются выраженные

затруднения в образовании сложных отвлеченных связей, понимании смысла прочитанного рассказа, при решении арифметических задач.

Иногда структура травматического дефекта осложняется тем, что в результате местного кровоизлияния к нарушению познавательной деятельности и снижению работоспособности присоединяется нарушение деятельности того или иного анализатора, например, при недостаточности в дифференциации звуков речи, что в свою очередь приводит к затруднениям в овладении грамотой. При кровоизлиянии в затылочно-теменную область мозга могут возникать нарушения зрительно-пространственного анализа и синтеза, дефекты в чтении, письме, рисовании, значительные нарушения счета и т.д. Если травматический дефект характеризуется астеническим симптомокомплексом, то ребенок может обучаться в массовой школе или ему показано пребывание в санаторном учреждении. Если астеническое состояние сопровождается грубыми поражениями коры головного мозга, приводящими к стойким нарушениям познавательной деятельности, ребенка направляют на обучение в коррекционную школу VIII вида.

### **5.3. Учащиеся, перенесшие менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты**

Среди учащихся специальной школы выделяют группу детей, перенесших в детском возрасте энцефалиты и менингоэнцефалиты различной этиологии.

Параинфекционный энцефалит. После перенесенного параинфекционного энцефалита могут возникнуть различные формы поражения центральной нервной системы. Если поражение центральной нервной системы носит грубый характер и поражена преимущественно кора больших полушарий, в этих случаях нарушение приводит к стойкому недоразвитию высших форм психической деятельности. Детей, у которых наблюдается

выраженное недоразвитие познавательной деятельности, следует направлять для обучения в специальную школу.

Структура дефекта при постэнцефалитических состояниях может быть различной. В одних случаях выраженные нарушения сложных форм психической деятельности сочетаются с различными очаговыми нарушениями в виде параличей, парезов, речевых нарушений, недостаточности оптического и оптико-пространственного анализа и синтеза. В других случаях в структуре дефекта сочетается нарушение высших форм познавательной деятельности с выраженными изменениями эмоционально-волевой сферы. У детей имеются изменения в поведении, характерологические изменения. Они раздражительны, вспыльчивы, настроение их неустойчиво, у них отмечается общее двигательное беспокойство. В некоторых случаях имеются резкие аффективные вспышки и повышенные труднотормозимые влечения. Эти состояния необходимо дифференцировать от олигофрении и психопатоподобных состояний.

Эпидемический энцефалит. Дети, перенесшие эпидемический энцефалит, редко попадают в специальную школу для умственно отсталых детей. Эпидемический энцефалит обычно поражает подкорковую область головного мозга. Отсюда клиническая картина этого заболевания характеризуется наиболее резко выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы. У детей отмечаются трудности в поведении чаще всего в гипердинамической форме. Дети отличаются двигательным беспокойством. Повышенной раздражительностью. У некоторых наблюдаются колебания настроения, плаксивость, беспомощность, внушаемость. В силу повышенной внушаемости они легко попадают под дурное влияние. Первичного грубого нарушения познавательной деятельности обычно у этих детей не отмечается, однако в большинстве случаев отмечается замедление темпов мышления, быстрая истощаемость нервных процессов, неустойчивость эмоционально-волевой сферы, частые головные боли, что мешает их обу-

чению в массовой школе и делает целесообразным направление в специальную школу для умственно отсталых детей.

#### **5.4. Учащиеся с шизофреническим слабоумием**

В клинико-психологической структуре шизофренической деменции выделяют основные (негативные) и дополнительные (продуктивные) симптомы. К негативным симптомам, отражающим деструктивную сущность болезненного процесса, относят:

1. аутизм – ослабление связи с реальностью, отгороженность от внешнего мира, замкнутость, отсутствие потребности в контактах с окружающими, предпочтение мира фантазий, аутистических игр и интересов;

2. эмоциональные изменения – неадекватность эмоциональных реакций, ослабление эмоциональных связей с близкими, снижение живости и яркости эмоций и переживаний, постепенное эмоциональное оскудение, утрата единства личности;

3. нарушения мышления – сначала в виде его вычурности, парадоксальности, символичности, склонности к резонерству с последующей тенденцией к ослаблению суждений, интеллектуальной непродуктивности.

Степень выраженности этих основных симптомов определяет главную тяжесть шизофренического дефекта. Продуктивные расстройства при шизофрении в значительной мере являются отражением остроты течения заболевания. К ним относятся аффективные, галлюцинаторные, бредовые, неврозоподобные, двигательные (кататонические) синдромы, расстройства сознания. Значительная выраженность аутизма препятствует психическому развитию этих детей.

### **5.5. Учащиеся с эпилептическим слабоумием**

Для эпилептического слабоумия характерны три основных симптома: наличие эпилептических припадков, специфические особенности мышления и специфические особенности эмоционально-волевой сферы. В структуре интеллектуального дефекта при эпилептическом слабоумии на первый план выступает тугоподвижность мышления. Характерна резкая замедленность речи, процесса письма, чтения, счета, воспроизведения. Типичны медленная психическая переключаемость, вязкость, склонность к чрезмерной детализации и педантичности, застревание на малозначительных деталях, отсутствие способности выделять главное. Обращают на себя внимание особенности эмоционально-волевой сферы. На общем фоне настроения преобладают хмурость, угрюмость. Немотивированные колебания настроения имеют характер дисфорий. Характерны напряженность и вязкость аффекта со склонностью к взрывчатости, ярости, гневливости. В выраженных случаях, особенно при эпилепсии наследственного характера, наблюдается так называемая биполярность аффекта: сочетание злопамятности, мстительности, эгоцентрических установок с назойливой ласковостью, угодливостью, нередкой склонностью к экзальтации.

### **5.6. Учащиеся с гидроцефалией**

Психическое состояние детей с гидроцефалией может быть различным. С увеличением давления жидкости на головной мозг состояние ребенка значительно ухудшается. У таких детей могут быть приступы сильных головных болей, колебания настроения. Они плохо переносят тряску, не могут прыгать, плохо себя чувствуют при работах, связанных с наклонами головы назад и вперед. Их необходимо постоянно консультировать у врача. Без медицинского наблюдения и постоянного лечения слабоумие их

может нарастать. Особенности психики детей-гидроцефалов очень разнообразны. Некоторые дети угрюмы, злы, утомляемы, другие оживленны, болтливы, легкомысленны. М.С. Певзнер отмечала характерные для речи детей-гидроцефалов особенности: богатство словарного запаса, развернутость предложений. Но за внешним богатством кроется бедность содержания, дети повторяют чужие слова, фразы, плохо понимая их смысл. В их высказываниях отсутствует самостоятельная мысль.

### **5.7. Учащиеся с ревматическим поражением центральной нервной системы**

Дети отличаются неустойчивым вниманием, низкой работоспособностью, утомляемостью, забывчивостью. Для них характерна чрезмерная суетливость, подвижность, ранимость. При утомлении и волнении они становятся более беспокойными, суетливыми. Строгость и наказания неприемлемы в воспитании таких детей, Детям необходим щадящий режим в вопросах учебной и трудовой нагрузки. Необходимо быть внимательным по отношению к жалобам детей на изменение зрительного восприятия, появление подергиваний и на ухудшение самочувствия.

### **5.8. Учащиеся с сифилисом головного мозга**

Если родители болели сифилисом, дело может ограничиться повреждением зародыша в период внутриутробного развития. В этом случае ребенок развивается как олигофрен. Но в отдельных случаях помимо повреждения зародыша происходит заражение сифилисом, т.е. рождается ребенок, страдающий текущим заболеванием – сифилисом головного мозга. Сифилис проявляется внезапно: внезапно снижается успеваемость без понятных учителю причин, ухудшается поведение, возникают слуховые обманы и

беспричинные страхи. У ребенка ухудшается моторика, речь, а главное нарастает слабоумие. Ребенок становится некритичным, бездеятельным и вместе с тем самодовольным. Запущенный нелеченый сифилис может привести к прогрессивному параличу.

### Библиографический список

*Бгажнокова И.М.* Психология умственно отсталого школьника. М., 1987.

Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / под ред. В.В. Воронковой. М., 1994.

*Выготский Л.С.* Собр. соч. в 6-ти томах. Т. 5. Основы дефектологии. М., 1983.

*Замский Х.С.* Умственно отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. М., 1995.

*Занков Л.В.* Очерки психологии умственно отсталого ребенка. М., 1935.

*Занков Л.В.* Психология умственно отсталого ребенка. М., 1939.

*Катаева А.А., Стребелева Е.А.* Дошкольная олигофренопедагогика: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. М., 2005.

*Лебединский В.В.* Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2011.

*Лурия А.Р.* Умственно отсталый ребенок. М., 1960.

Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) / Под ред. Б.П. Пузанова. М., 2000.

Олигофренопедагогика : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / [Л.М.Шипицына, В.М.Сорокин, Ю. Б. Зеленская и др.; под ред. Л. М. Шипицыной]. М., 2011.

Основы специальной психологии : учеб. пособие / под ред. Л. В. Кузнецовой. М., 2010.

Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / под ред. Ж.И. Шиф. М., 1965.

*Певзнер М.С., Лебединская К.С.* Учащиеся вспомогательной школы. М., 1979.

*Певзнер М.С., Лубовский В.И.* Динамика развития детей-олигофренов. М., 1963.

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

*Петрова В.Г.* Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. М., 1968.

*Петрова В.Г.* Развитие речи учащихся вспомогательной школы. М., 1977.

Практикум по психологии умственно отсталого ребенка / Сост. А.Д.Виноградова. М., 1985.

Психология детей с нарушениями интеллектуального развития: учебник для студентов учреждений высш. проф. образования / Л.М. Шипицына [и др.] ; под ред. Л. М. Шипицыной. М., 2012.

Психолого-педагогическая диагностика : учебное пособие для студентов высших учебных заведений / ред.: И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная. М., 2008.

Психология умственно отсталых школьников : учеб. пособие для студентов / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. М., 2004.

*Рубинштейн С.Я.* Психология умственно отсталого школьника. М., 1986.

*Соловьев М.И.* Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. М., 1966.

Специальная психология : учеб. для студентов вузов / под ред. В.И.Лубовского. М., 2009.