

## **Интеллектуальные нарушения (умственная отсталость)**

**Интеллектуальные нарушения (УО)** - это стойкое органическое поражение головного мозга, при котором наблюдается нарушение нормального развития психических, особенно высших познавательных процессов (активного восприятия, произвольной памяти, словесно-логического мышления, речи и т.д.).

Проблема исследования нарушений в развитии детей с интеллектуальной недостаточностью привлекала внимание многих отечественных и зарубежных авторов. Вопрос о разнообразии сочетающихся нарушений у дошкольников рассматривался в середине XX века такими учёными, как Г. Зондерзорге, Х. Барт (Sondersorge, Barth), Ф. Хилл (Hill), Э. Фишер (Fischer) и Я. Дайк (специальная педагогика). В России основоположником понятия «структура дефекта» следует считать Л.С. Выготского. Именно в его исследованиях было отмечено, что в структуру дефекта входят первичный и вторичный дефекты, при этом первичный дефект является повреждением биологических систем, т. е. вызывается биологическими факторами, а вторичный дефект представляет следствие недоразвития высших психических функций.

Различная структура дефекта у детей с интеллектуальной недостаточностью вызывает различные виды (или степени) умственной отсталости. В литературе отмечается, что интеллектуальная недостаточность характеризуется стойким психическим недоразвитием, имеющим сложную структуру, системой различных наследственных, врождённых или рано приобретённых этиологических причин, носящих стойкий непрогрессирующий характер, которые затрудняют социальную адаптацию из-за преобладающих интеллектуальных нарушений.

Умственно отсталые лица – очень разнородная по составу группа. В нее входят дети, у которых поражение мозга возникло внутриутробно, в период родов и в первые годы жизни (олигофрения); лица, у которых нарушения возникли после трех лет в результате травм и заболеваний; лица, у которых умственная отсталость сочетается с текущими психическими заболеваниями (шизофренией, эпилепсией) и заболеваниями, обусловленными наследственными нарушениями обмена веществ (фенилкетонурия и др.). Если психическое недоразвитие определяется с рождения или возникает на протяжении первых 3 лет жизни, то такое состояние относят к олигофрении. Если нарушения коры головного мозга и интеллектуальный дефект возникают в последующие годы жизни, то в таких случаях говорят о деменции. К умственной отсталости относят только те состояния, при которых отмечается стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, вызванное органическими повреждениями коры головного мозга.

## **Этиология**

Этиологические факторы, приводящие к умственной отсталости, полиморфны и выступают в сложном взаимодействии, вызывая морфологические, биохимические, нейрофизиологические нарушения головного мозга. Патогенные факторы могут быть как экзогенными, так и эндогенными.

### Экзогенные причины умственной отсталости:

- гипоксия плода и новорожденного;
- травматические поражения плода;
- нейроинфекции в раннем возрасте;
- тяжелые соматические заболевания в раннем возрасте;
- тяжелые инфекционные заболевания, которые женщина перенесла во время беременности (грипп, краснуха и др.);
- различные интоксикации при беременности;
- врожденный сифилис и др.

### Эндогенные причины умственной отсталости:

- наследственность;
- хромосомные аномалии;
- несовместимость крови матери и плода;
- нарушение белкового обмена в организме и др.

Важная роль в возникновении умственной отсталости принадлежит хроногенному фактору — периоду онтогенеза, в котором происходит поражение развивающегося мозга. Характер нарушений и клиническая картина во многом зависят от уровня морфологической и функциональной зрелости ЦНС. Большая часть (75%) олигофрении обусловлена поражением развивающегося мозга во внутриутробном периоде. Нарушения чаще происходят во время критических этапов их развития, которые характеризуются повышенной чувствительностью к воздействию патогенных факторов.

В практической работе используется «Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра» (МКБ — 10), в которой **умственная отсталость подразделяется по степени выраженности с учетом психометрического критерия IQ.**

- F70 Легкая умственная отсталость (IQ 50 — 69);
- F71 Умеренная умственная отсталость (IQ 35 — 49);
- F72 Тяжелая умственная отсталость (IQ 20 — 34);
- F73 Глубокая умственная отсталость (IQ ниже 20).

### **Психологические особенности детей с умственной отсталостью**

Психопатологические особенности при умственной отсталости, включая сам интеллектуальный дефект, полиморфны как по характеру, так и по степени выраженности. Остановимся на общих признаках, характерных для детей разного возраста.

На первом году жизни олигофрения проявляется отставанием в развитии моторики и недостаточностью эмоциональной сферы. Это отражается в иных, чем у нормально развивающихся сверстников, сроках становления и 17 развития основных рефлексов, неполноценности «комплекса оживления» в трехмесячном возрасте, неадекватном эмоциональном реагировании, излишней возбудимости или тормозимости.

На 2—3-м году умственная отсталость проявляется прежде всего в особенностях игровой деятельности. Игры отличаются манипулированием и непониманием игровых правил. У детей отмечается крайне низкая познавательная и коммуникативная активность. Они с трудом овладевают навыками самообслуживания.

В дошкольном возрасте дети предпочитают подвижные и нецеленаправленные игры. Игры характеризуются стереотипностью, подражательностью, простыми бытовыми сюжетами. Эмоциональная сфера развита недостаточно, с низкой способностью к дифференцированию высших эмоций. Познавательная активность таких детей очень низкая. Произвольные процессы формируются медленно.

В школьном возрасте дети значительно отстают в познавательном развитии от сверстников, что находит отражение прежде всего в особенностях учебной деятельности и поведении. Клиническая картина умственной отсталости становится все более полиморфной, но на первый план выходят интеллектуальные проблемы. Интеллектуальная недостаточность наиболее ярко себя проявляет с началом обучения в школе (7 — 8 лет). Недостаточная способность к отвлеченному мышлению находит свое отражение в слабости предпосылок интеллекта, в частности внимания, памяти, психической работоспособности.

## **1. Особенности развития познавательной сферы**

### **Ощущения и восприятие:**

- узость зрительного восприятия;
- недостаточная дифференцированность зрительного восприятия (неточное распознавание цветов);
- снижение остроты зрения;
- отождествление сходных предметов;
- недостаточное приспособление зрительного восприятия к изменяющимся условиям;
- нарушения пространственной ориентировки;
- пассивность и недостаточная целенаправленность осязательной деятельности;
- распознавание объекта на основе неспецифических признаков.

### **Внимание:**

- свойственно пассивное непроизвольное внимание;
- ориентировочная реакция слабее, по сравнению с нормально развивающимися детьми;
- недостаточность произвольного внимания;
- небольшой объем внимания;
- неустойчивость внимания;
- чрезмерная отвлекаемость;
- трудности переключения;
- неспособность распределения внимания между объектами.

### **Память:**

- развита очень слабо;
- преобладает непроизвольное запоминание, объем запоминания равен трем единицам;
- наглядный материал запоминают успешнее, чем вербальный;
- низкая точность и прочность запоминания;
- склонность к привнесениям при воспроизведении запомненного материала;
- наличие ритма и рифмы облегчает протекание мнемического процесса.

### **Мышление:**

- недостаточность всех уровней мыслительной деятельности;
- неумение обобщать и выделять главное;
- затруднения в наглядно-действенном решении задач;
- решение задач методом проб и ошибок;
- трудности при выполнении заданий на наглядно-образное и словесно-логическое мышление;
- анализ зрительно воспринимаемых объектов беден, непоследователен, фрагментарен;
- затруднения работы с образцом;
- сложности в установлении причинно-следственных связей;
- мышление стереотипно, тугоподвижно.

### **Речь:**

- замедленное овладение речью;
- речевым общением пользуются с трудом;
- более позднее и дефектное развитие фонематического слуха;
- часто встречаются дефекты строения органов речи;
- косные стереотипы речевого поведения;
- бедность словарного запаса;

- существенное преобладание пассивного словаря над активным;
- дети используют простые предложения, построение их примитивное и часто неправильное;
- значительные сложности в овладении диалогической речью;
- чрезмерные сложности в овладении монологической речью (трудности планирования высказывания, неумение следовать заранее определенной схеме);
- недостаточно сформирована регуляторная функция речи.

#### **Чтение и письмо:**

- затруднения в овладении навыками чтения (общее недоразвитие речи и несформированность фонематического восприятия);
- медленное овладение техникой чтения;
- затруднения при письме на слух;
- несформированность основных предпосылок письменной речи.

#### **Моторика:**

- моторное развитие замедленное;
- двигательная неловкость;
- плохая координация движений;
- трудности в произвольных движениях, направленных на достижение цели;
- отсутствие навыков самообслуживания;
- трудности овладения письмом.

## **2. Особенности деятельности**

Для умственно отсталых детей характерно выраженное запаздывание в становлении всех ведущих видов деятельности.

#### **Игровая деятельность:**

- нарушение всех компонентов игровой деятельности;
- предпочтение игр в одиночку;
- однообразие и бедность воспроизводимых ситуаций;
- преобладание бытовых тем в игре;
- отсутствие творчества, бедность воображения;
- низкая активность;
- сюжетно-ролевой игрой самостоятельно не овладевают.

#### **Изобразительная деятельность:**

- формируется замедленно;
- трудности проведения простых линий;
- трудности в изображении деталей рисунка;
- отсутствие творчества, воображения.

#### **Учебная деятельность:**

- отсутствие интереса к обучению;
- нарушения целенаправленности деятельности (неправильная ориентировка в задании, ошибочное и фрагментарное выполнение и т.д.);
- при трудностях – «соскальзывание» с правильных действий на ошибочные;
- критика к результатам своей деятельности недостаточная;
- импульсивность, слабая регуляция своего поведения;
- низкая работоспособность;

- группы учащихся, по-разному относящихся к учению: с положительным устойчиво продуктивным отношением, с неустойчиво продуктивным отношением, с малопродуктивным отношением, с индифферентным отношением.

### 3. Особенности развития эмоционально-волевой сферы и личности

- резко выраженное отставание в развитии эмоций;
- недифференцированность и нестабильность чувств;
- ограничение диапазона переживаний;
- крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья;
- импульсивность проявления эмоций, которая может быть сглажена воспитанием;
- стереотипность поведенческих реакций на основе инертности нервных процессов;
- неадекватная самооценка.

### 4. Поврежденное психическое развитие – деменция Деменция (слабоумие) – приобретенное необратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок, проявляющееся в ослаблении познавательных способностей, обеднении чувств и изменении поведения.

Приобретенное слабоумие вызывается болезнями или повреждением головного мозга. После трех лет умственная отсталость развивается в результате травм головного мозга, менингитов, энцефалитов, интоксикаций. Происходит распад уже сформировавшихся психических функций. Интеллектуальный дефект при слабоумии также необратим. В отличие от олигофрении наряду с выраженными нарушениями может наблюдаться сохранность тех или иных функций. У детей с эпилепсией, шизофренией при прогрессировании заболеваний умственная отсталость усугубляется, появляются специфические особенности эмоциональной, волевой сферы и личности в целом (Шац И.К., 2002).

Органическая деменция возникает в результате органического поражения головного мозга инфекционного, травматического, токсического и другого генеза, а также как следствие текущего органического заболевания головного мозга (наследственно-дегенеративные заболевания, нейроревматизм, токсоплазмоз и др.). При этой форме деменции интеллектуальная недостаточность сопровождается характерными аффективными и волевыми нарушениями. Клиническая картина зависит от возраста, в котором началось заболевание.

Эпилептическая деменция проявляется нарушениями в познавательной сфере, эмоционально-волевой сфере и в личности в целом, а именно:

- сужением круга интересов;
- общей тугоподвижностью, инертностью психических процессов;
- патологической обстоятельностью мышления, застреванием на второстепенных деталях;
- своеобразными расстройствами памяти с лучшим сохранением в памяти событий, касающихся личных интересов;
- эмоциональной вязкостью, т.е. склонностью к длительной фиксации на эмоционально окрашенных переживаниях, особенно отрицательных;
- злопамятностью, мстительностью и одновременно слащавостью, употреблением уменьшительно-ласкательных суффиксов в словах;

- аффективной взрывчатостью;
- угрюмостью, резкой раздражительностью;
- склонностью к агрессии;
- нарушениями влечений (повышенная сексуальность, садистические тенденции и др.).

Шизофреническая деменция характеризуется резким снижением психической активности и уровня побуждений, аутизацией, диспропорцией между запасом знаний и возможностью их использовать, эмоциональной опустошенностью. При прогрессивном течении заболевания наступают распад навыков и полная социальная дезадаптация. В свою очередь, отсутствие мотивации, интереса к окружающему определяют невозможность усвоения новых знаний и навыков, что является причиной формирования интеллектуальной недостаточности.

### Список литературных источников:

1. Психология лиц с умственной отсталостью: Уч. -- метод. пособие / Составитель Е.А. Калмыкова. – Курск: Курск. гос. ун-т, 2007. – 121 с.
2. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. М., 1972. С. 6-17,37-46.
3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.:Речь, 2003.
4. Коломинский Н. Л. Развитие личности умственно отсталого ребёнка и школьника. Киев, 1978.
5. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
6. Леонтьев А. Н. Психическое развитие ребёнка и проблемы умственной недостаточности // Проблемы развития психики. М.: МГУ, 1972.
7. Лурия А. Р. Умственно отсталый ребёнок. М., 1969.
8. Маринтева Г. С., Гаврилов В. И. Умственная отсталость при наследственных болезнях. М., 1988.