

ЭЛЕКТРОННЫЙ
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ**

для специальности 1-03 03 08 – «Олигофренопедагогика. Логопедия»

2011

Составитель: И.С. Казимиров, доцент кафедры анатомии и физиологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат биологических наук

Р е ц е н з е н т:

М.Н. Нурбаева, доцент кафедры анатомии и физиологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат медицинских наук

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Клинические основы интеллектуальных нарушений» содержит учебную программу по дисциплине, теоретические вопросы курса, практикум, контролирующие материалы и литературу для самоподготовки.

Предназначен для студентов педагогического факультета, обучающихся по специальности «Олигофренопедагогика. Логопедия» отделения дневного обучения.

Карта электронного учебно-методического комплекса «КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ»

Содержание учебно-методического комплекса	Стр.
1. Организационно-методический раздел:.....	4
1.1 Цели и задачи дисциплины.....	4
1.2 Требования к уровню освоения содержания курса.....	4
1.3 Перечень дисциплин с указанием разделов, усвоение которых необходимо для изучения курса «КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ».....	4
2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины.....	4
2.1 Базовая учебная программа курса.....	4
2.2 Учебная программа курса.....	7
Объем дисциплины и виды учебной работы ДО.....	7
3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса «КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ».....	11
4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ».....	52
Практические и лабораторные занятия.....	52
5. Блок контроля знаний электронного учебно-методического комплекса «КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ».....	60
5.1 Тесты по дисциплине «КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ» для студентов ДО и ЗО.....	60
5.2 Вопросы к зачёту.....	68
6. Материально-техническое обеспечение дисциплины.....	69
7. Учебно-методическое обеспечение дисциплины.....	70

1. Организационно-методический раздел

1.1. Цели и задачи дисциплины:

Изучение дисциплины имеет целью изучение основных психопатологических синдромов, признаков основных психических и поведенческих расстройств, правил оказания психиатрической помощи для использования полученных знаний в работе воспитателя-логопеда и социального работника.

Задачи курса:

- изучить меры психогигиены и психопрофилактики;
- знать результаты воздействия психотропных препаратов и методов лечения психических нарушений.
- выработать следующие практические умения и навыки:
различать симптомы и синдромы психических нарушений;
усвоить методы психиатрического обследования;
владеть способами оказания психиатрической помощи.

1.2. Требования к уровню освоения содержания курса

При изучении курса «Клинические основы интеллектуальных нарушений» студенты педагогического факультета должны овладеть основами знаниями в области нарушений интеллектуальной деятельности, формами её проявления, основами лечебных и профилактических мероприятий.

1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов (тем), усвоение которых студентами необходимо для изучения дисциплины

№ п/п	Наименование дисциплины	Раздел, тема
1	Анатомия человека	Анатомия нервной системы
2	Физиология человека	Физиология нервной системы
3	Гистология человека	Гистология нервной системы
4	Биохимия	Обмен веществ. Гормоны. Ферменты.
5	Генетика	Механизмы наследования
6	Философия	Основные понятия. Диалектика.

2. Содержание разделов и тем учебной дисциплины

2.1. Базовая учебная программа курса

Пояснительная записка

Программа по дисциплине «Клинические основы интеллектуальных нарушений» составлена для студентов, обучающихся по специальности 1-03 03 08 – «Олигофренопедагогика. Логопедия».

Цель курса состоит в изучении вопросов интеллектуальных нарушений.

Задачи курса:

- ознакомить студентов с понятием интеллекта;
- ознакомиться с общей характеристикой олигофрении и деменции;
- изучить этиологию, клиническую картину и классификацию олигофрений;
- рассмотреть отдельные формы олигофрений;
- получить представление о формах реабилитации и социальной адаптации.

На изучение дисциплины «Клинические основы интеллектуальных нарушений» отводится 30 аудиторных часов из них 18 на лекции и 12 часов на практические и семинарские занятия. Форма контроля - зачет.

ПРОГРАММА КУРСА

«КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ»

РАЗДЕЛ I. ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Тема 1. Интеллект и его нарушения. Общая характеристика олигофрений

Интеллект. Нарушения интеллекта. Понятие «умственной отсталости». Олигофрения. Деменция.

Признаки олигофрении: психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности; отсутствие прогрессивности. Динамика олигофрений. Основные диагностические критерии умственной отсталости. Количественная оценка интеллекта, интеллектуальный коэффициент. Степени умственной отсталости: лёгкая, средней тяжести, резко выраженная, глубокая. Эпидемиология.

- Тема 2. Этиология олигофрений

Группы этиологических факторов олигофрений в зависимости от времени воздействия: наследственные, в том числе связанные с повреждением генеративных клеток; внутриутробные, действующие на зародыш и плод; перинатальные и первых 3 лет внеутробной жизни.

Понятия «дифференцированной» и «недифференцированной» олигофрении.

РАЗДЕЛ II. КЛАССИФИКАЦИЯ ОЛИГОФРЕНИЙ

- Тема 3. Классификация олигофрений

Классификация олигофрений по выраженности слабоумия. Классификация олигофрений по этиологическому признаку. Торпидные (заторможенные) и эретичные (возбудимые) олигофрены. Олигофрении простые («истинные») и осложнённые.

Тема 4. Клинические формы олигофрении по выраженности слабоумия

Идиотия. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика идиотии. Формы идиотии.

Имбецильность. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика имбецильности. Резко выраженная умственная отсталость и умственная отсталость средней тяжести.

Дебильность. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика дебильности. Выраженная, средняя и лёгкая дебильность.

Тема 5. Олигофрении, обусловленные наследственными факторами

Истинная микроцефалия; дизостотические формы (синдром Крузона, синдром Апера и др.); ксеродермические формы (синдром Рада); энзимопатические формы, обусловленные нарушениями

ми белкового, углеводного, липидного и других видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм, синдром Марфана и др.); болезнь Лоуренса-Муна-Барде-Бидля и другие редкие наследственные заболевания; олигофрени, обусловленные хромосомными aberrациями (болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфелтера и др.); олигофрени, вызванные мутагенным поражением генеративных клеток родителей.

Тема 6. Олигофрени, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода

Вирусными инфекциями (рубеолярная эмбриопатия); врождённым сифилисом, токсоплазмозом, листериозом и другими инфекциями; гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

Тема 7. Олигофрени, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3 лет внеутробной жизни

Обусловленные иммунологической несовместимостью крови матери и плода; вызванные асфиксией плода и новорождённого, а также родовой травмой; вызванные перенесёнными в раннем детстве инфекциями и черепно-мозговыми травмами; атипичные олигофрени, обусловленные врождённой гидроцефалией или краниостенозом, сочетающиеся с детским церебральным параличом, преимущественным недоразвитием отдельных систем головного мозга, тяжёлыми нарушениями сенсорных функций и т.п.

РАЗДЕЛ III. ОТДЕЛЬНЫЕ ФОРМЫ ОЛИГОФРЕНИЙ

Тема 8. Отдельные формы олигофрени

Истинная (первичная), наследственно обусловленная микроцефалия. Ложная (вторичная), церебропатическая микроцефалия. Синдром Рада. Невоидные формы слабоумия, или факоматозы (болезнь Стерджа-Вебера-Краббе, болезнь Гиппеля-Линдау, нейрофиброматоз Реклингхаузена, туберозный склероз). Фенилкетонурия. Гомоцистеинурия. Галактоземия, фруктозурия, сукрозурия. Гаргоилизм (мукополисахаридоз, множественный дизостоз). Арахнодактилия (синдром Марфана). Болезнь Лоуренса-Муна-Барде-Бидля. Болезнь Дауна. Синдром Шерешевского-Тернера. Синдром Клайнфелтера. Рубеолярная олигофрени. Олигофрени, обусловленная врождённым сифилисом. Олигофрени, вызванная токсоплазмозом. Олигофрени, обусловленная листериозом. Гипотиреоидная олигофрени (кретинизм). Олигофрени, обусловленная гемолитической болезнью новорождённых. Олигофрени, вызванная асфиксией плода и новорождённого, а также родовой травмой. Олигофрени, обусловленные ранними постнатальными инфекциями и травмами. Олигофрени, вызванная гидроцефалией. Краниостеноз. Олигофрени, сочетающаяся с детским церебральным параличом.

РАЗДЕЛ IV. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОЛИГОФРЕНИЙ

Тема 9. Лечение и профилактика олигофрени. Реабилитация и социальная адаптация

Специфическое, симптоматическое и коррекционное (лечебно-педагогическое) лечение олигофрени. Профилактика олигофрени.

Реабилитация больных олигофренией: лечение, обучение, трудовое приспособление. Организация лечебно-профилактической и социальной помощи больным. Сеть учреждений для больных олигофренией. Социальные мероприятия: трудоустройство, попечение. Юридическая защита прав и интересов.

Примерный тематический план курса

№ темы	Название темы	Количество аудиторных часов		
		всего	лекции	семинарские
1	Интеллект и его нарушения. Общая характеристика олигофрений	3	2	1
2	Этиология олигофрений	3	2	1
3	Классификация олигофрений	3	2	1
4	Клинические формы олигофрении по выраженности слабоумия	4	2	2
5	Олигофрении, обусловленные наследственными факторами	4	2	2
6	Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода	4	2	2
7	Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3 лет внеутробной жизни	3	2	1
8	Отдельные формы олигофрений	3	2	1
9	Лечение и профилактика олигофрений. Реабилитация и социальная адаптация	3	2	1
Всего:		30	18	12

2.2. Учебная программа курса

2.2.1. Объем дисциплины и виды учебной работы ДО

Вид учебной работы	Всего часов	семестр
Всего часов по дисциплине	74	2, 3
Количество аудиторных часов	36	
Лекции	16	
Практические	12	
Лабораторные	10	
Самостоятельная работа	2	
Курсовая работа/рефераты		
Вид итогового контроля		Зачёт 3 семестр

Наименование тем, их содержание, объём в часах лекционных занятий

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объём в часах
1	Введение в предмет.	Предмет и задачи курса. Общие понятия дисциплины.	2
2	Патология интеллектуальной деятельности.	Понятие патологии интеллектуальной деятельности. Виды патологии интеллектуальной деятельности.	4
3	Расстройства интеллекта	Врождённая умственная отсталость (олигофрения) и приобретенная (деменция). Определение степени умственной отсталости: дебильность (умеренная), имбецильность (выраженная), идиотия (глубокая). Виды деменции и её особенности при разных заболеваниях.	4
4	Олигофрения.	Определение олигофрении. Общая характеристика олигофрении. Признаки олигофрении: психическое недоразвитие, отсутствие прогрессивности.	4
5	Олигофрении (умственная отсталость)	Степени олигофрении: дебильность (лёгкая умственная отсталость); имбецильность (умеренная) и тяжёлая умственная отсталость; идиотия (глубокая умственная отсталость). Общая клиническая характеристика.	2
6	Клинические формы олигофрении по этиологическому признаку:	Вызванные наследственными факторами: истинная микроцефалия, энзимопатические формы с нарушением белкового, углеводного, липидного и др. видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, синдром Марфана и др.), обусловленные хромосомными aberrациями (болезнь Дауна, синдром Кляйнфельтера и др.), вызванные мутагенным повреждением генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические агенты и др.).	2
7	Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода	Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода (эмбрио и фетопатии), вирусной инфекцией, врождённым сифилисом, токсоплазмозом и другими	2

		инфекциями.	
8	Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода.	Конфликт по резус-фактору, асфиксией и родовой травмой, тяжёлыми инфекциями и черепно-мозговой травмой в раннем детстве. Лечение и профилактика олигофрении, реабилитация и социальная адаптация. Психологические методы исследования.	2
9	Психопатии. Расстройства личности и поведения	Основные клинические формы психопатий: паранойяльная, шизоидная, истерическая, психастеническая, аффективно-возбудимая (импульсивная). Понятие об акцентуации личности (характера).	2
10	Отдельные формы олигофрении.	Истинная и ложная олигофрения. Синдром Рада. Фенилкетонурия. Галактоземия. Энзимопатии. Болезнь Дауна. Синдром Шерешевского-Тернера.	4
11	Реабилитация и социальная адаптация больных олигофренией. Деменция.	Реабилитация и социальная адаптация больных олигофренией. Психозы у больных олигофренией. Понятие деменции. Характеристика деменции.	2

Практические занятия, их содержание и объём в часах

№ п/п	Наименование тем	Содержание	Объём в часах
1	Введение в предмет.	Предмет и задачи курса. Общие понятия дисциплины.	2
2	Патология интеллектуальной деятельности.	Понятие патологии интеллектуальной деятельности. Виды патологии интеллектуальной деятельности.	2
3	Расстройства интеллекта	Врождённая умственная отсталость (олигофрения) и приобретенная (деменция). Определение степени умственной отсталости: дебильность (умеренная), имбецильность (выраженная), идиотия (глубокая). Виды	2

		деменции и её особенности при разных заболеваниях.	
4	Олигофрения.	Определение олигофрении. Общая характеристика олигофрении. Признаки олигофрении: психическое недоразвитие, отсутствие прогрессивности.	2
5	Олигофрении (умственная отсталость)	Степени олигофрении: дебильность (лёгкая умственная отсталость); имбецильность (умеренная) и тяжёлая умственная отсталость; идиотия (глубокая умственная отсталость). Общая клиническая характеристика.	2
6	Клинические формы олигофрении по этиологическому признаку:	Вызванные наследственными факторами: истинная микроцефалия, энзимопатические формы с нарушением белкового, углеводного, липидного и др. видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, синдром Марфана и др.), обусловленные хромосомными aberrациями (болезнь Дауна, синдром Кляйнфельтера и др.), вызванные мутагенным повреждением генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические агенты и др.).	2
7	Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода	Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода (эмбрио и фетопатии), вирусной инфекцией, врождённым сифилисом, токсоплазмозом и другими инфекциями.	2
8	Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода.	Конфликт по резус-фактору, асфиксией и родовой травмой, тяжёлыми инфекциями и черепно-мозговой травмой в раннем детстве. Лечение и профилактика олигофрении, реабилитация и социальная адаптация. Психологические методы исследования.	2
9	Отдельные формы олигофрении.	Истинная и ложная олигофрения. Синдром Рада. Фенилкетонурия. Галактоземия. Энзимопатии. Болезнь Дауна. Синдром Шерешевского-Тернера.	2
10	Реабилитация и социальная адаптация	Реабилитация и социальная адаптация боль-	2

больных олигофренией. Деменция.	ных олигофренией. Психозы у больных олигофренией. Плнятие деменции. Характеристика деменции.	
---------------------------------	---	--

Лабораторные занятия, их наименование и объём в часах

№ п/п	Наименование	Объём в часах
1	Олигофрениии (умственная отсталость)	2
2	Клинические формы олигофрениии по этиологическому признаку	2
3	Олигофрениии, вызванные внутриутробным поражением зародыща и плода	2
4	Олигофрениии, обусловленные вредными факторами перинатального периода	2

3. Теоретический раздел электронного учебно-методического комплекса « Клинические основы интеллектуальных нарушений »

Нарушения психического развития: общие вопросы.

Важнейшая особенность детского и подросткового возраста - непрерывный, но неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной системы (ЦНС). Этот процесс - процесс развития и созревания - осуществляется в результате контактов ребёнка с окружающей средой и представляет собой взаимодействие биологических и социальных факторов. В силу недостаточной сформированности ЦНС, особенно во внутриутробном периоде, организм ребенка особенно уязвим к действию различных повреждающих факторов.

Все пороки развития в зависимости от механизма и этапа их формирования можно разделить на 3 группы.

Первичные врожденные пороки развития. Обусловлены генетическими (наследственными) влияниями. Этого рода пороки развития называют генопатиями или генокопиями.

Вторичные врожденные пороки развития. Возникают в результате действия на плод внешних - лучевых, обменных, токсических, инфекционных, механических - факторов на разных этапах его развития. Такие пороки называют фенопатиями (фенокопиями). Средой, окружающей эмбрион, является организм матери. В этой связи предупреждение вторичных врожденных пороков развития обеспечивается главным образом путём мероприятий, направленных на оздоровление матери.

Постнатальные, приобретенные пороки развития. Могут быть вызваны действием массивных внешних вредностей: интоксикации, инфекции, травмы и асфиксия при рождении, которые изменяют, а нередко и нарушают дальнейшее психическое развитие ребёнка.

Вторая и третья группы пороков развития могут быть отнесены в широком плане к дизонтогеням.

Швальбе в 1927г. впервые употребил термин "дизонтогении", обозначив ими отклонения структуры организма от нормальной в период внутриутробного развития. Аномалии развития, по данным ВОЗ, наблюдаются у 4-6% новорожденных. У подавляющего большинства из них имеются повреждения функции центральных нервных аппаратов.

Собственно, **дизонтогенез** (от греч. dys - отрицание + ontogenesis - индивидуальное развитие) - неправильное, нарушенное, порочное развитие. Можно выделить общий и психический дизонтогенез.

Чаще всего дизонтогенез психики (психический дизонтогенез) определяют как различные нарушения темпа, сроков развития психики в целом и её отдельных составных частей, а также как нарушения соотношения компонентов развивающейся психики ребёнка и подростка.

Однако правильнее использовать более широкое понимание дизонтогенеза, которое включает не только как бы "количественные" нарушения (замедление или ускорение развития, недоразвитие), но и "качественные" нарушения и, соответственно, говорить о действительно **искаженном**, в этих случаях, развитии психики. В этой связи выделяют (преимущественно, психиатры) дизонтогенетические симптомы негативные (недоразвитие, "выпадение" какой-либо психической функции) и продуктивные ("продуцирование" каких-либо патологических проявлений типа эхолоалии, эхопраксии, стереотипий, некоторых видов страхов, сверхценных увлечений и интересов).

Основными типами дизонтогенеза психики принято считать **ретардацию**, т.е. запаздывание или приостановка развития всех сторон или, преимущественно, отдельных компонентов психики, и **асинхронии** развития, т.е. неравномерное, диспропорциональное психическое развитие, при котором одни компоненты психики развиваются со значительным опережением, а другие запаздывают или происходит усиленное развитие отдельных свойств формирующейся личности, характера, которое ведёт к его дисгармонии, т.е. асинхрония развития часто создаёт ретардация одних качеств и акселерация других (случаи развития, в которых одна или несколько функциональных систем развиваются, значительно обгоняя типичную для них хронологию, обозначают термином **акселерация**; принято выделять 4 функциональные системы, последовательно формирующиеся в онтогенезе: моторную, сенсомоторную, аффективную и идеаторную). Асинхронии развития наиболее полно раскрываются в периоды возрастных кризов. Случаи идеального (синхронного) развития достаточно редки, однако в большинстве случаев различия в формировании функциональных систем незначительны, разброс как бы находится в пределах нормальных величин и на таких детей не обращается внимание.

К ретардациям принято, в первую очередь, относить олигофрению и так называемые задержки психического развития (ЗПР), включая состояния психического инфантилизма.

В психологии также принято выделять ведущий дефект, который проявляется в виде недостаточности интеллекта, речи, зрения, слуха, моторики, нарушений эмоционально-волевой сферы, поведения. Нередко встречается несколько нарушений, тогда говорят об осложненном или сложном дефекте. Сложный дефект характеризуется сочетанием двух или более нарушений, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности обучения и воспитания ребёнка. При осложненном дефекте возможно выделение ведущего, или главного, нарушения и осложняющих его расстройств. Как ведущий, так и осложняющий дефект могут иметь характер как повреждения, так и недоразвития; нередко наблюдается их сочетание.

Также выделяют первичные нарушения развития и вторичные. Структура последних зависит от характера ведущего дефекта. Например, отставание психического развития у детей с системным недоразвитием речи прежде всего будет проявляться в слабости вербальной (словесной) памяти и мышления; у детей с церебральным параличом - в недостаточности пространственных представлений и конструктивной деятельности. Вторичные нарушения в развитии затрагивают прежде всего те психические функции, которые наиболее интенсивно развиваются в раннем и дошкольном возрасте (речь, тонкая дифференцированная моторика, пространственные представления, произвольная регуляция деятельности).

Диагностика отклонений развития основывается на сравнительном анализе общих и специфических закономерностей психического развития и носит комплексный характер. т.е. при её

проведении учитываются данные детской психоневрологии, медицинской генетики, педиатрии, психологии, дефектологии.

Оценка интеллекта - это оценка, в первую очередь, мышления, а также и предпосылок интеллекта - объема знаний, памяти, умственной работоспособности, внимательности. Основные синдромы нарушенного интеллекта - слабоумие и малоумие.

Олигофрения: основные понятия.

Слабоумие (деменция) - вызванная патологическим процессом стойкая, трудно восполнимая утрата интеллектуальных способностей, т.е. обратное развитие, снижающее приобретенный характер. Наблюдается снижение памяти, ослабление познавательных способностей, оскудение эмоциональной сферы и изменение поведения.

Малоумие (олигофрения) - врожденное состояние умственной недостаточности различной степени. Малоумие является результатом того, что мозг поражается патологическим процессом внутриутробно, во время родов или после рождения ребенка на начальном этапе его развития, так и не успев сформироваться (условно, в первые 3 года). Если слабоумие - снижение интеллекта от нормального уровня, то при олигофрении интеллект так и не достигает уровня взрослого человека.

Синдром олигофрении является достаточно стабильным состоянием - выраженность олигофрении не нарастает и не уменьшается (имеется в виду состояние собственно интеллекта, в то время как предпосылки интеллекта, эмоционально-волевая сфера в определенной мере могут развиваться и/или корригироваться).

При олигофрении в наибольшей степени страдает абстрактное мышление (наблюдается различной степени выраженности конкретизация мышления - затруднения разграничения главного и второстепенного), другие психические функции - память, эмоциональная, волевая сфера и соматическое развитие в меньшей степени; как правило есть параллели между выраженностью снижения интеллекта и нарушением других функций (при легких формах олигофрении подобных нарушений может и не быть).

Выделяют следующие степени олигофрении: идиотию, имбецильность и дебильность.

При идиотии отсутствует речь, не вырабатываются навыки, ребенок не в состоянии себя элементарно обслужить (даже отсутствует инстинкт самосохранения), эмоционально не выделяет близких людей их окружающих, обучение невозможно.

При имбецильности речь косноязычна, словарный запас около 200 простейших слов, фразы из 2-3-х слов, грамматически часто не связанных, обучение во вспомогательной школе практически невозможно, под присмотром и при постоянной стимуляции могут выполнять простейшие виды деятельности, имеются элементарные навыки самообслуживания.

При дебильности люди нередко получают начальное или неполное среднее образование, формально могут и полное среднее, но учатся с трудом, преимущественно путем зазубривания материала. Возможны простейшие обобщения (особенно при легких проявлениях дебильности), доступно понимание обыденных правил (при совершении правонарушений чаще признаются виновными), могут работать и выполнять простейшие виды деятельности и хорошо адаптироваться в обществе, но действуют, преимущественно, по шаблону, однообразно. Отличаются повышенной внушаемостью в одних ситуациях, что сочетается с повышенной упрямостью в других. Раннее развитие (когда начали сидеть, ходить, произносит первые слова) может быть без особенностей и нередко вопрос об олигофрении (в степени легкой дебильности) встает в 4-6 лет, когда ребенка начинает учиться считать, читать, писать и становится заметным его отставание от сверстников (в прошлом особенно часто олигофрения в степени легкой дебильности обнаруживалась, когда ребенок начинал ходить в школу).

Выделяют 3 основные группы олигофрений:

Первая группа: олигофрении эндогенной природы, вызванные поражением генеративных клеток родителей. Сюда относятся (одни из наиболее частых):

- Болезнь Дауна - одна из самых распространенных форм (встречается у 0,1% новорожденных). Наблюдается наличие лишней хромосомы - 47-й хромосомы (трисомия по 21-й паре). Умственная отсталость в большинстве случаев достигает выраженной имбецильности, реже - идиотии и ещё реже - дебильности.

Характерен внешний вид: голова маленькая, затылок уплощен; косой разрез глаз, с кожной складкой во внутреннем углу (третье веко, эпикант); круглое широкое лицо с румянцем на щеках, маленький нос и маленькая верхняя челюсть; язык и верхняя губа увеличены; зубы редкие и мелкие; рот небольшой, открыт, слюнотечение; пальцы кисти толстые и короткие; имеются уродства развития внутренних органов.

- Истинная микроцефалия (малоголовость) - в основе недоразвитие головного мозга, в первую очередь его полушарий, особенно недоразвиты лобные доли (соответственно, внешне видно недоразвитие мозгового черепа). Чаще всего наблюдается идиотия. Рост и телосложение обычно не обнаруживают существенных отклонений, отмечается относительно удовлетворительное развитие эмоциональной сферы.
- Фенилпировиноградная олигофрения (фенилкетонурия; встречается у 1 на 10 тыс. новорожденных) относится к так называемым энзимопатическим олигофрениям. Основой заболевания является нарушение переработки фенилаланина в тирозин и образование избыточных количеств полупродуктов его распада. Назначение больным детям с первых месяцев жизни специальной диеты, не содержащей фенилаланина, предупреждает развитие умственной отсталости (в противном случае она достигает идиотии, реже - имбецильности).

Вторая группа: олигофрении, обусловленные внутриутробными вредностями (эмбрио- и фетопатии). Сюда относят формы, в происхождении которых имеет значение поражение зародышевых тканей вирусами (при заболеваниях гриппом, гепатитом, эпидемическим паротитом, нейроинфекциями). Одна из распространенных форм - рубеолярная эмбриопатия, умственная отсталость при ней резко выражена (идиотия, иногда имбецильность; имеется глухота, врожденные пороки сердца). Наряду с вирусами, олигофрении могут вызывать бактериальные инфекции, в частности сифилис матери (умственная отсталость может быть различной - от легкой дебильности до глубокой идиотии). К этой группе также относятся формы, обусловленные токсоплазмозом и при гемолитической болезни новорожденных (резус-конфликте; умственная отсталость различна - от дебильности до идиотии).

Третья группа: олигофрении, обусловленные постнатальными вредностями, т.е. развившимися в результате действия вредностей во время родов и в раннем детстве - родовые травмы и асфиксия, перенесенные в возрасте до 3-х лет травмы головы и нейроинфекции. Наряду с биологически повреждающими факторами, к олигофрении (преимущественно, к дебильности) могут приводить и отрицательные микросоциальные факторы, в первую очередь такие виды депривации, как материнская, сенсорная и социальная депривация, особенно в их сочетании (депривация- лишение или ограничение возможностей удовлетворения каких-либо потребностей организма).

Раньше диагноз "Олигофрения" был как бы "официальным" диагнозом, но МКБ-10 ("Классификация психических и поведенческих расстройств") данный термин не предполагает, а использует "умственная отсталость" (термин "умственная отсталость", фактически, объединяет случаи олигофрении и рано возникшей деменции).

Рубрика МКБ-10	Умственная отсталость	IQ умственного развития	Диапазон (возраст)	Олигофрении
F 70	Легкая	50-69	9-12 лет (до 12) лет	дебильность
F 71	Умеренная	35-49	6-9 лет	нерезко выраженная имбецильность
F 72	Тяжелая	20-34	3-6 лет	резко выраженная имбецильность
F 73	Глубокая	до 20	до 3 лет	идиотия

Пограничные формы интеллектуальной недостаточности.

В отечественной литературе распространены термины "задержка психического развития" (ЗПР), "задержка темпа психического развития" (ЗПР встречается у 5-11% младших школьников). Состояния, относящиеся к ЗПР, являются составной частью более широкого понятия - "пограничной интеллектуальной недостаточности". По МКБ-10 при пограничной умственной отсталости IQ в пределах 70-80 (шифруется чаще всего как F89 "Неуточненное расстройство психологического развития" или в рубриках F00- F09 "Органические, включая симптоматические, психические расстройства).

Выделяют тотальную ЗПР, при которой задерживаются в развитии все психические функции и парциальную ЗПР, проявляющуюся задержками отдельных сторон психического развития, включая а) недоразвитие отдельных сторон психических функций, б) недоразвитие моторных функций, в) инфантилизм (эмоциональную и социальную незрелость) и г) невропатию (вегетативную незрелость).

В отличие от олигофрении, при ЗПР отсутствует инертность психических процессов - дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные навыки умственной деятельности в другие ситуации.

Психологический аспект готовности к обучению подразумевает сформированность определенного уровня:

1. Знаний и представлений об окружающем мире.
2. Умственных операций, действий и навыков.
3. Речевого развития, предполагающего владение довольно обширным словарём, основами грамматического строя речи, связным высказыванием и элементами монологической речи
4. Познавательной активности, проявляющейся в соответствующих интересах и мотивации.
5. Регуляции поведения.

Дети с ЗПР оказываются не готовыми к обучению по всем этим параметрам, причем они не только сами негативны к обучению в школе, но и оказывают отрицательное влияние на своих одноклассников.

Характерные особенности детей с ЗПР:

1. Выраженное нарушение у большинства из них функций активного внимания.
2. В связи с недостаточностью интегративной деятельности мозга затрудняются в узнавании нестандартных изображений, им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый образ.
3. Отставание в формировании пространственных представлений, недостаточная ориентировка в собственном теле.
4. Низкая познавательная активность.
5. Недостаточное развитие тонкой моторики рук.
6. Двигательная расторможенность.
7. Недостаточны или искажены навыки чтения, письма.
8. Эмоциональная неустойчивость, такие дети с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

Различают 4 этиологических (по происхождению) варианта ЗПР:

- конституциональный;
- соматогенный, обусловленный длительными хроническими заболеваниями, тормозящими психическую активность ребёнка и создающими систему особого режима и запретов;
- психогенный, связанный с неблагоприятными условиями воспитания, выражающимися в безнадзорности, гиперопеки или жестокости;
- церебрально-органический - в результате относительно негрубого повреждения головного мозга. Наиболее стойкими формами ЗПР являются различные её варианты, связанные с церебрально-органической недостаточностью, к числу которых относится так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД, этот термин особенно характерен для англо-американской литературы).

С точки зрения медико-психологических проявлений можно выделить следующие виды пограничных состояний интеллектуальной недостаточности:

1. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности.

1.1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма.

Ускоренное созревание подростков как массовое явление принято называть акселерацией, а рано созревающих подростков - акселератами. У мальчиков - акселератов вторичные половые признаки становятся заметными уже на 11-м году жизни, а максимальный рост приходится на 13-й год. Их поздно созревающие ровесники - так называемые ретарданты - отстают примерно на 2 года. Мальчики-акселераты в течение целого ряда лет выше, тяжелее и сильнее остальных, максимум различий приходится на 14-16 лет; у девочек - на 12-14 лет.

Об акселерации очень много говорилось в 1970-х годах, затем стали отмечать ее окончание, а с конца 1980-х годов принято считать, что преобладают проявления инфантильности, а не акселерации.

Об инфантилизме говорят в тех случаях, когда случаи отставания, задержки развития (т.е. ретардации) бывают достаточно заметны. Физический инфантилизм часто сочетается с психическим, т.е. с незрелостью для календарного возраста поведения, интересов, с недостаточной самостоятельностью, недоразвитием чувства долга, ответственности при вполне удовлетворительном интеллекте. Выделяют:

1. Психофизический или гармоничный инфантилизм - начинает выделяться с первых классов школы, но особенно заметным становится в подростковом возрасте. Характерны тонкое телосложение, мелкие черты лица, его не по возрасту "детское выражение", а также эмоциональная и вегетативная лабильность. Поведение соответствует более младшему возрасту, даже в 15-16 лет доминирует интерес к играм. Такие подростки любят компании более младших товарищей и отличаются несамостоятельностью, детской требовательностью и капризностью ("хочу"), некоторой наивностью при достаточно развитом интеллекте; учатся вполне удовлетворительно, даже старательно, обладают неплохим запасом общих знаний.

2. Психический инфантилизм на фоне нормального или акселерированного физического развития - обнаруживается в 13-16 лет. Касается прежде всего интересов и поведения. Задерживается развитие чувства долга, ответственности, умения согласовывать свои желания с интересами других, гибко учитывать ситуацию. Медленно формируются морально-этические принципы. Бросается в глаза физическое созревание.

3. Дисгармоничный (эндокринопатический) инфантилизм связан в первую очередь с нарушением функций гипофиза и половых желез.

4. Соматогенный инфантилизм встречается у детей и подростков, которые в силу какого-то заболевания были надолго прикованы к постели или крайне ограничены в двигательной активности. Характерно преимущественное отставание в развитии костно-мышечной системы и моторики при удовлетворительном, а иногда и ускоренном половом созревании. Психические черты инфантилизма более всего касаются навыков и умений, а отсюда беспомощность, зависимость от старших, тяготение к обществу малышей.

5. Инфантилизм как следствие неправильного воспитания чаще всего встречается при сочетании в воспитании элементов "кумира семьи" с чрезмерной опекой. Стремление оградить ребенка от сверстников, избавление от всякого самообслуживания, ограничения в подвижных играх, потакание прихотям приводят к задержке развития навыков и умений моторной неловкости, недостаточной физической силе, неумению общаться со сверстниками, неспособность сдерживать желания. Отсюда тяготение к обществу младших, где легче маскировать свою несостоятельность, а также недостаточное развитие чувства долга и ответственности.

Психофизический и дисгармоничный инфантилизм обусловлены какими-то внутренними факторами, в том числе возможна их генетическая обусловленность. С возрастом проявления этих видов инфантилизма несколько сглаживаются, но никогда не проходят полностью. До пожилого возраста такие лица остаются молодежьими, но зато старение наступает рано и бурно. Соматогенный инфантилизм в благоприятных условиях нивелируется. Инфантилизирующее воспитание может оставить печать на всю жизнь в виде истероидных черт характера.

Психическая незрелость - это, собственно, легкое (нев्यраженное) проявление инфантилизма.

Осложненный психический инфантилизм - кроме незрелости психики имеется такая патология как церебральные проявления (результат, как правило, легких органических повреждений головного мозга), невротические расстройства, соматические и эндокринные заболевания, при отсутствии такой патологии - простой психический инфантилизм.

1.2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности (при задержках речи; т. наз. школьных навыков - чтения, письма, счета; при отставании развития психомоторики).

При парциальных задержках речевого развития в отличие от общих форм речевого недоразвития (алалии; чаще встречается моторная алалия - недостаточность или полное отсутствие речевой продукции при сохранности понимания речи; сенсорная алалия - нарушение понимания речи при сохранности и раннем появлении речевой активности) не сформированными в нормальные возрастные сроки оказываются отдельные компоненты речевой функции - например, способность воспринимать и четко дифференцировать части слышимой речи и использовать её в собственной речи, а также при чтении и письме. Даже при легком недоразвитии этой функции могут возникать серьезные проблемы при овладении грамотой и они не любят читать, пересказывать. У таких детей отмечаются нарушения различных близких фонем, звонких и глухих согласных (б-п, д-т, г-к), свистящих и шипящих (с-з, ж-ш), ошибки при сочетании нескольких согласных. В то же время успеваемость по другим предметам, в т.ч. и по математике, удовлетворительная; моторика не страдает.

Показателем правильного развития детской речи является способность ребёнка 2.5-3-х лет строить предложения из 3-4 и более слов и употреблять знакомые слова в нескольких грамматических формах (дай - дает - не дам или киса - кису - кисе). Допустимо, что к 4-м годам у ребенка с хорошо развитой речью может остаться неувоенными отдельные согласные звуки, например, звук "р" или звуки "л", "ш" или "ч"; если в этом возрасте дети не выговаривают много звуков, то их следует проконсультировать у логопеда.

У некоторых детей могут наблюдаться парциальные (частичные) расстройства навыков письма, чтения и счета при отсутствии признаков нарушенного речевого развития. Эти расстройства проявляются в процессе обучения и могут быть связаны с запаздыванием созревания и функциональной слабостью соответствующих корковых механизмов. Нарушения счета, напоминающие акалькулию у взрослых, относительно редко наблюдаются у детей в изолированном виде, имеют негрубый характер и подвергаются коррекции в процессе специальных занятий. Они проявляются в неузнавании или смешении отдельных цифр, плохой дифференцировке арифметических знаков, замедленном усвоении числа и его разрядного строения при удовлетворительной способности к логическому мышлению.

В школьном возрасте могут встречаться проявления парциального моторного инфантилизма. При этом преобладают избыточность движений, непоседливость, недостаточность корковой моторики при целенаправленных видах деятельности (плохая координированность движений, неспособность к тонким, изолированным двигательным актам, затруднения в выполнении комбинированных движений, нарушения пространственной организации движений).

1.3. Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

Ранний детский аутизм (РДА) может встречаться в рамках различных состояний - как вариант синдрома Каннера (самостоятельная аномалия развития), как синдром Аспергера (формирующееся шизоидное расстройство личности по МКБ-10 или шизоидная психопатия по МКБ-9), при органических поражениях головного мозга и при шизофреническом процессе. В последнем случае проявления РДА наиболее выражены и наблюдаются следующие нарушения:

- Аутизм:
 - игнорирование окружающего (в т.ч. слабая реакция на мать);
 - активное отвержение или избегание окружающего.
- Страхи:
 - сверхценные, типичные для детского возраста вообще;

- обусловленные характерной аффективной и сенсорной гиперчувствительностью (например, страхи различных бытовых шумов);
- неадекватные, бредоподобные (предпосылка к бредовым образованиям).
- "Феномен тождества" - непереносимость перемен, изменений в жизни и окружающей обстановке.
- Нарушение чувства самосохранения.
- Стереотипии.
- Речевые расстройства и нарушения интеллектуального развития:
 - эхоталии, в основном, отставленные;
 - нередко первые слова необычные, малоупотребляемые;
 - особые обозначения людей и предметов, неологизмы;
 - преобладание комментирующего характера фраз;
 - относительно большой запас знаний в самых неожиданных областях;
 - любовь к слушанию чтения, особенно стихов (часто на втором году жизни декларируют много стихов при минимальной речи в общении).
- Немотивированные колебания настроения (чаще - периоды напряженности с негативизмом, агрессивной готовностью).

2. Энцефалопатические формы. Вследствие различных органических повреждений головного мозга и носят более или менее обратимый характер.

2.1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков. На первый план выступает повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках, особенно в младшем школьном возрасте, когда ребёнку предъявляют не просто повышенные, а новые требования. При этом после отдыха и лечения эффективность интеллектуальной деятельности возрастает.

2.2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций. Наряду с явлениями церебрастении отмечаются другие расстройства - эмоционально-волевые (повышенная раздражительность, неустойчивость настроения, безразличие и др.).

В выраженных случаях психоорганический синдром проявляется снижением памяти, ригидность (плохой переключаемостью) психических функций, конкретизацией мышления.

2.3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах. Основу детского церебрального паралича (ДЦП) составляет мозговой органический дефект. Особенность психологического развития при ДЦП является не только его замедленный темп, но и неравномерный характер - отмечается диссоциация между относительно удовлетворительным уровнем развития абстрактного мышления и недоразвитием функций пространственного анализа и синтеза, праксиса., счетных способностей.

2.4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (алалии). В детском возрасте наблюдается отсутствие лепета. Первые слова возникают лишь с 2-3 лет или позднее; фразовая речь появляется к 5-6 годам и состоит из упрощенных предложений, включающих 2-3 слова. Обнаруживаются грубые расстройства всех сторон речи. Важной особенностью является то, что при понимании обиходных фраз ребёнок почти не владеет самостоятельной речью.

3. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств (при врожденной или рано приобретённой глухоте или тугоухости; при слепоте, возникшей в детстве).

Основными механизмами задержанного интеллектуального развития у детей с врожденной или рано приобретённой глухотой или тугоухостью являются замедление и искажение формирования речи в первые годы жизни ребёнка. Степень и характер задержки речевого развития зависят не только от степени снижения слуха, но и от времени возникновения слухового дефекта. В тоже время дети с нарушениями слуха проявляют достаточную способность к выполнению довольно сложных конструктивных заданий (кубики Кооса, создание по образцам моделей из конструктора, рисование, лепка и др.).

В отличие от детей с нарушениями слуха у слепых и слабовидящих отмечается высокий уровень развития вербальной памяти; в структуре интеллектуальной недостаточности у таких детей преобладает недостаточность тех функций, в развитии которых ощущениям и представлениям принадлежит важная или ведущая роль.

4. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность). В основе - социальная незрелость личности и недостаточность таких её высших функций как система интересов и идеалов, нравственных установок. Отсутствие или недостаточная сформированность интеллектуальных интересов, потребности в труде, недостаточность чувства долга. Ответственности, незрелость и искаженное понимание нравственных обязанностей ведут к отклонениям в поведении и отказу от посещения школы, нежеланию учиться, стремлению к легкой жизни, непосредственному удовлетворению элементарных интересов, пренебрежению обязанностями. Объем знаний таких детей меньше, чем у их сверстников; у них относительно бедная речь.

Принципы психологической диагностики и коррекции задержки психического развития

Основные затруднения, возникающие при необходимости разграничения ЗПР с легкой дебильностью, с одной стороны, и с вариантами интеллектуальной нормы - с другой, связаны главным образом с необходимостью возможно более полной и точной оценки структуры и уровня нарушений интеллектуальной деятельности ребёнка. Не менее значимым является и анализ особенностей эмоционально-волевой сферы ребёнка. Кроме того, качественная неоднородность детей с ЗПР требует внутренней дифференциации, которая должна рассматриваться как обязательное условие для оптимального выбора форм и методов психолого-педагогической и медицинской коррекции. (Принцип комплексности заключается так же и в том, что отставание в развитии не просто лечится, а преодолевается совместными усилиями специалистов разного профиля - невропатологами, психиатрами, психологами, логопедами, педагогами и другими специалистами при активном участии родителей).

Поэтому методы психологической диагностики ЗПР должны обеспечить достаточно полный охват различных компонентов психологической деятельности ребёнка. Существенное значение имеет оценка степени выраженности тех или иных её нарушений. Поэтому применяемые методики должны быть не только стандартизированы, но и давать количественные показатели. При этом целесообразно противопоставление качественного и количественного подходов, т.к. это позволяет, с одной стороны, дать содержательную психологическую трактовку выявляемых особенностей психологического развития ребёнка и, с другой стороны, сопоставить их по степени выраженности как с возрастной нормой, так и с легкой дебильностью.

Существующие в теории и практике психологической диагностики разделение на вербальные и невербальные методики более, чем условно; при этом используемый для психодиагностики стимульный материал может использоваться и для психокоррекционной работы

Особенности происхождения и проявлений пограничных форм интеллектуальной недостаточности определяют дифференцированное применение мер социальной адаптации и реабилитации при них (в частности, более интенсивное медикаментозное лечение требуется при энцефалопатических формах и раннем детском аутизме).

Для детей с ЗПР требуется более длительное время на ознакомление с наглядными пособиями, текстами и т.д. Зрительно воспринимаемый материал, предназначенный для этих детей, должен содержать небольшое число деталей, сопровождаться дополнительными комментариями, облегчающими объединение отдельных элементов материала в интегральный образ.

Занятия с детьми должны строиться по типу игр.

Рекомендации родителям:

- **Коррекция распространенных представлений:** родители часто понимают отставание в развитии как некое преходящее качество, исчезающее само по себе, по мере развития ребенка (как только выявлено отставание, так с ребенком надо и заниматься); родители часто акцентируют внима-

ние ребенка на произношении отдельных слов и не обращают внимание на умение строить предложения из нескольких слов, перестановку слов, понимание речи.

- Нормальные семейные отношения.
- Не следует отгораживаться от окружающей жизни (собственная изоляция способствует невротизации и соответствующей неблагоприятной семейной обстановки, позиция "жертвовать всем ради ребенка", полного самоотречения редко эффективна).
- Не следует стесняться своего ребенка.
- Не следует максимально ограничивать ребенка.
- Родители должны активно сами заниматься с ребёнком.

Определенную помощь могут оказать различные общественные организации, помогающие детям с отклонениями в развитии (в частности, в 1990г. создан Фонд помощи детям с отклонениями в развитии им. Л.С.Выготского), различные встречи-

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Комплексная клинико-психолого-педагогическая коррекция раннего детского аутизма включает (К.С.Лебединская, 1986):

1. Психологическая коррекция РДА:

- преодоление негативизма к общению и установление контакта со взрослыми;
- смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов;
- стимуляция психической активности аутичного ребёнка, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;
- формирование целенаправленного поведения;
- преодоление отрицательных форм поведения - агрессии, негативизма, расторможенности влечений.

2. Педагогическая коррекция РДА:

- формирование активного взаимодействия с педагогом;
- формирование навыков самообслуживания;
- пропедевтика обучения:
 - коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи;
 - формирование навыков изобразительной деятельности;
 - подготовка к обучению письму, чтению, счету.

3. Медикаментозная коррекция РДА:

- поддерживающая психофармакологическая терапия;
- поддерживающая общеукрепляющая терапия.

4. Работа с семьей:

- психотерапия членов семьи;
- ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка, учет которых необходим при его воспитании и обучении;
- составление программы воспитания и обучения аутичного ребёнка, учитывающей его психические особенности, как общие для синдрома РДА, так и типологические, обусловленные его вариантом;
- обучение родителей методам воспитания аутичного ребёнка, организации его режима, привития навыков самообслуживания, подготовки к школе.

СИНДРОМ НЕВРОПАТИИ (ДЕТСКОЙ НЕРВНОСТИ)

Синдром невропатии или "врожденной детской нервнойности" является наиболее распространенным синдромом психических заболеваний в раннем возрасте (от 0 до 3 лет). Проявления невропатии наиболее типичны в первые 2 года жизни, однако, претерпевая возрастную эволюцию, они в той или иной степени могут наблюдаться до 7-10 лет, а у некоторых детей - вплоть до пубертатного периода.

Основные клинические проявления невропатии (В.И.Гарбузов, 1990):

1. Нарушения сна (с первых месяцев жизни и налаживается чаще только к 3-м годам жизни).
2. Нарушения вскармливания (плохо берёт грудь, нередко кусает грудь, быстро устает при кормлении и теряет к нему интерес, часты срыгивания, рвота, отказ от пищи); плохой аппетит сохраняется до 7-8-ми лет.
3. Нарушения дефекации и мочеиспускания (мочеиспускание, как правило, учащенное, часто дневной и ночной энурез; стул чаще задержан, реже - учащен, нередко отказывается от горшка и до 2-4-х лет при нужде забивается в угол, где происходит дефекация в штанишки).
4. Контрастность поведения (агрессивность, конфликтность, робость, застенчивость, боязливость, назойливость и т.п.).
5. Чрезвычайная подвижность.
6. Ускоренное психоречевое развитие (учатся чаще всего самостоятельно, быстро улавливают кто есть кто в семье, на гостей производят впечатление вундеркиндов, нередко наблюдается нечистое произнесение звуков или замена одних звуков другими - дислалия).
7. Сверхчувствительность ("принцесса на горошине" - раздражает складка на простыне, рубчик на трусиках; сверхчувствительны к запахам, шум и яркий свет возбуждают и обессиливают их).
8. Эмоциональная нестабильность.
9. Перевозбудимость вегетативной нервной системы и аллергическая предрасположенность (нередко ложный круп, ларингоспазм, астматический синдром, патологические реакции на прививки, чувствительны к перемене погоды).
10. Нарушение терморегуляции (у возбудимых - повышение до 37,2-37,6 С, у ослабленных - понижение до 36,0-36,2 С; повышенная температура чаще не отражается на самочувствии и обнаруживается случайно).
11. Предрасположены к вредным привычкам - сосут палец, мнут кожу на шее, занимаются онанизмом.

Патогенетической основой невропатических состояний является дисфункция высших отделов вегетативной регуляции, связанная с их функциональной незрелостью и пониженным порогом возбудимости.

Синдром невропатии относится к числу наименее специфичных в нозологическом отношении:

1. Он может иметь самостоятельное значение, выступая в виде " конституциональной детской нервнойности", т.е. истинной невропатии. В этих случаях начальные проявления обнаруживаются не сразу после рождения, а на 3-4-м месяце жизни, когда ребенок начинает более активно контактировать с социальной средой.

2. Синдром невропатии часто входит в структуру резидуально - органических невропсихических расстройств, возникающих в результате внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга ("органическая" или " резидуальная" невропатия). В этих случаях проявления невропатии обнаруживаются у ребенка уже в родильном доме, носят более грубый и монотонный характер, сочетаются с разнообразной резидуальной неврологической симптоматикой, нередко наблюдается задержка темпа развития эмоционально-волевых и интеллектуальных функций (Е.И.Кириченко, Л.Т.Журба, 1976).

3. Синдром невропатии возможен в начальной стадии текущих органических заболеваний головного мозга при возникновении их в младенческом возрасте.

4. Синдром невропатии или отдельные его компоненты, прежде всего симптомы повышенной вегетативной возбудимости и неустойчивости вегетативной регуляции, а также проявления болезненно повышенного инстинкта самосохранения могут наблюдаться у детей, у которых впоследствии диагностируется шизофрения, чаще непрерывная вялотекущая. В этом случае синдром невропатии часто сочетается с проявлениями дизонтогенеза по типу "искаженного развития" (О.П.Юрьева, 1970) в виде диссоциации опережающего развития интеллектуальных функций и выраженной недостаточности психомоторики.

5. Симптомы невропатии у детей первых 2-х лет жизни могут быть проявлением переходящей возрастной "дисфункции созревания".

Синдром невропатии может полностью редуцироваться к 10-12 годам, но чаще он является начальным проявлением неврозов или формирующегося зависимого расстройства личности (астенической психопатии).

ГИПЕРДИНАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Другие названия - синдром двигательной расторможенности, гиперкинетический (гипермоторный) синдром, синдром гиперкинетического поведения, гиперактивности.

Относится к числу наиболее распространенных форм психических расстройств в детском возрасте. Он встречается у 5-10% школьников начальных классов, причем у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. Синдром встречается в возрастном диапазоне от 1,5 до 15 лет, однако он наиболее интенсивен в 6-8 лет. В возрасте старше 9-10 лет болезненные проявления, в первую очередь двигательная расторможенность постепенно сглаживаются, исчезая к 14-16-ти годам.

Основные клинические проявления:

1. Общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, недостаточная целенаправленность и частая импульсивность.

2. Нарушения концентрации активного внимания.

3. Раздражительность, склонность к колебаниям настроения.

Поведение детей с гипердинамическим синдромом характеризуется стремлением к постоянным движениям, крайней неусидчивостью, они трогают и хватают попадающие в их поле зрения предметы, задают много вопросов, часто не слушая ответов на них. Их внимание может быть привлечено лишь на короткое время, что крайне затрудняет проведение воспитательной работы с ними в дошкольных учреждениях, а также их школьное обучение. В связи с повышенной двигательной активностью и общей возбудимостью дети легко вступают в конфликты со сверстниками и часто нарушают режим детских учреждений.

Расстройство очень неспецифично, может встречаться при органических поражениях головного мозга (что часто рассматривается как "минимальная мозговая дисфункция"), при олигофрениях и пограничных состояниях интеллектуальной недостаточности, возможно при шизофрении. В качестве самостоятельного расстройства формулируется как "Гиперкинетическое расстройство поведения" (F90.1; F90-F98 - "Поведенческие и эмоциональные расстройства с началом, характерным для детского и подросткового возраста").

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Уже с 6-7 лет нередко приходится встречаться с так называемыми психогенными характерологическими и патохарактерологическими реакциями, т.е. выражающими как нормальное, так и патологическое психическое реагирование.

Под характерологической реакцией следует понимать переходящее ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка, которое проявляется преимущественно в определенной микросреде, имеет четкую психологическую направленность, не ведет к нарушению социальной адаптации и не сопровождается расстройствами соматических функций.

Патохарактерологическими реакциями называются психогенные личностные реакции, которые проявляются преимущественно в разнообразных отклонениях поведения ребенка, ведут к нарушению социально-психологической адаптации и, как правило, сопровождаются соматовегетативными расстройствами. Чаще всего патохарактерологическая реакция развивается из характерологической.

Патологические реакции от нормальных отличаются следующим:

1. Они усилены количественно и не адекватны значимости вызванной их ситуации.
2. Склонны к генерализации, т.е. распространению за пределы той ситуации и микросреды, где они возникли.
3. Имеют тенденцию становится стереотипом поведения в разных ситуациях.
4. Приводят к социальной дезадаптации.

В отечественной психиатрии и психологии принято выделять:

Детские реакции, они встречаются с 6-7-ми лет и могут переходить в подростковый период.

К ним относят:

1) **реакции отказа.** Наблюдаются у робких, пугливых детей, инфантильных детей, когда нарушаются эмоциональные отношения ребенка или подростка, при смене ситуации, в условиях лишения чего-то (вследствие помещения в интернат, на длительное время в больницу, разлучения с друзьями из-за переезда на новое место жительства или перевода в другую школу). Ребенок как бы испытывает "потерю перспективы", в поведении отмечаются отсутствие стремления к контактам с окружающими, отказ от обычных желаний и стремлений, страх всего нового, нарушается сон, испытывает общую слабость.

2) **реакции оппозиции (протеста).** Встречаются наиболее часто и включают большую группу разнообразных преходящих расстройств поведения, в основе которых лежит комплекс аффективно заряженных переживаний, имеющих особое значение - переживания обиды, ущемленного самолюбия, недовольства отношением близких и т.п. Причины возникновения реакций протеста разнообразны: конфликты между родителями, равнодушное отношение их к ребенку, появление второго ребенка в семье, несправедливые или оскорбляющие самолюбие ребенка наказания, школьная неуспеваемость и т.д.

В зависимости от характера нарушений поведения различают реакции активного и пассивного протеста. Реакции активного протеста проявляются в форме грубости, агрессивного поведения, нередко с оттенком жестокости, стремления делать все назло и др.; пассивного протеста - отказ от еды, уходы из дома, отказы от речевого общения, соматовегетативные нарушения (особенно рвота, энурез, энкопрез), редко - суицидальные попытки. Часто пассивные реакции протеста - это примитивные истерические реакции.

3) **реакции имитации** тех людей, которые имеют наибольшее значение. В детском возрасте чаще имитируются формы поведения родителей и воспитателей, в подростковом - формы поведения более старших подростков. Реакциям имитации принадлежит важная роль в формировании, прежде всего системы ценностей. Однако имитироваться могут как положительные, так и отрицательные проявления (курение, употребление спиртного и наркотиков, бродяжничество, воровство, хулиганские поступки; болезненные проявления - заикание и др.).

4) **реакции компенсации и гиперкомпенсации** - возникновение таких форм поведения, которые маскируют ту или иную слабую сторону личности, что иногда приобретает карикатурный характер. Самореализация при этом идет в сферах, где ребенок чувствует себя лучше. К этим реакциям могут относиться:

- компенсаторные фантазии замещающего характера (физически слабый, робкий ребенок в мечтах представляет себя бойцом, воином);
- компенсаторные игры (ребенок, подавляемый деспотичными родителями и/или сверстниками, играет с малышами, которые беспрекословно подчиняются ему, командует ими, наказывает их);
- внешняя показная бравада, самооговоры (связан с шайкой бандитов или рэкетиров).

Реакции данной группы наиболее часто возникают при ситуациях эмоциональной депривации и в случае наличия "чувства неполноценности" (дети с физическими дефектами, длительно болеющие).

В подростковом возрасте к этим реакциям могут присоединяться другие:

5) **реакции эмансипации** характеризуются повышенным стремлением подростков к самостоятельности, независимости от родителей и вообще от взрослых. Часто возникают как следствие пребывания в условиях сильной опеки, но, возможно, и вследствие безнадзорности. Могут проявляться в виде отрицательного поведения, стремления все делать "по-своему", негативных высказывания и критике окружающих взрослых, уходах из дома, бродяжничестве, определенной трудовой деятельности (мойка машин, продажа газет).

6) **реакции группирования со сверстниками** типичны для подростков. Проявляются в стремлении подростков образовывать более или менее определенные спонтанные группы, в которых устанавливаются неформальные отношения, происходит распределение ролей. Склонность подростков к группированию объясняет факт преобладания групповых правонарушений, совершаемых подростками.

7) **реакции увлечения** или "**хобби-реакции**". Наличие тех или иных увлечений - одна из важнейших черт психологии подростка.

8) **реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением**, к которым относятся различные виды мастурбации у подростков, раннее вступление в половую жизнь, беспорядочные половые связи, преходящие гомосексуальные действия и др. В их происхождении ведущая роль принадлежит повышенному, но в то же время недостаточно дифференцированному половому влечению.

Патохарактерологические реакции - обратимая форма пограничных нарушений. Однако при их повторении обнаруживается тенденция к постоянной фиксации соответствующих форм поведения, что становится основой формирования патологических черт характера и, в дальнейшем, расстройства личности (психопатии).

До 1999г. чаще всего сначала ставится диагноз Патологические реакции (реакция - это что-то кратковременное, преходящее; причина исчезла и нет реакции). Но в большинстве случаев причины сохраняются и реакции (патологические) становятся постоянными, т.е. они закрепляются, перерастают в постоянные особенности и диагноз уже Патологические черты характера. Когда (при преобладании факторов неадекватного воспитания) в динамике идет формирование и нарастание выраженности патологических черт, то диагноз - Патохарактерологическое развитие. Однако МКБ-10 данных диагнозов (патологические реакции, патологические черты) не предусматривает и соответствующие расстройства чаще всего проходят в рубрике F43.2 "Расстройства адаптации (Расстройства адаптации с преобладанием нарушения поведения, смешанное расстройство эмоций и поведения)"; иногда в рубриках F91 "Расстройства поведения" и F92 "Смешанные расстройства поведения и эмоций".

СИНДРОМЫ СТРАХОВ

Поскольку легкость появления страхов - характерная особенность детского возраста, то важной, хотя и не всегда легкой, задачей является отграничение "нормальных", психологически понятных страхов от страхов, имеющих патологический характер.

Признаками патологических страхов считаются их беспричинность или явное несоответствие выраженности страхов интенсивности вызвавшего их воздействия, длительность существования, склонность к генерализации, нарушение общего состояния (сна, аппетита, физического состояния) и поведения ребёнка под влиянием страхов.

У детей и подростков можно выделить 5 основных групп синдромов (или симптомов) патологического страха:

- Навязчивые страхи. Неотступны, возникают вопреки желанию ребёнка. Отличаются конкретностью содержания, относительно простотой, более или менее отчетливой связью с содержанием психотравмирующей ситуации, ребенок пытается их преодолеть. Чаще всего это страхи заражения, загрязнения, острых предметов (особенно иголок), закрытых помещений, транспорта, страх смерти от удушья во сне, от остановки сердца. У подростков могут быть навязчивые страхи покраснения, а также того, что окружающие могут заметить тот или иной физический недостаток (прыщи на лице, недостаточно прямые ноги, узкие плечи и т.п.).

Особую группу навязчивых страхов составляют страхи оказаться несостоятельными во время той или иной деятельности, например, страх устных ответов в школе, страх речи у заикающихся (логофобия). К этой группе страхов близко примыкает страх подавиться твердой пищей или костью, который возникает после испуга, связанного с тем. Что ребенок во время еды действительно подавился.

Завершенные навязчивые страхи наблюдаются у детей преимущественно с возраста 10-12 лет. Характерны для невроза навязчивых состояний и вялотекущей шизофрении (шизотипического расстройства). При шизофрении страхи становятся всё более оторванными от реальности, аффективно бледными, обнаруживая в ряде случаев тенденцию к трансформации в бредовые идеи (воздействия, ипохондрические).

- Страхи со сверхценным содержанием. Чаще встречаются при психогенных заболеваниях (неврозе страха), но возможны и при психогенно индуцированном приступе шизофрении. Среди этих страхов у детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладают страхи темноты, одиночества и страхи, связанные с живыми объектами, вызвавшими испуг (различные животные, "черный дятка" и т.п.).

Своеобразную разновидность сверхценных страхов у детей младшего школьного возраста (7-9 лет) представляет так называемый страх школы, связанный со школьной ситуацией: страх неуспеваемости, наказания за нарушение дисциплины, страх перед строгим учителем и т.п. Страх школы может быть источником упорных отказов от её посещения и явлений школьной дезадаптации.

Начиная с 10-11 лет в тематике сверхценных страхов на первый план выступают страхи за жизнь и здоровье.

- Бредовые страхи. Дети младшего возраста боятся одиночества, теней, ветра, шума воды, разнообразных быденных предметов (водопроводных кранов, электрических ламп), любых работающих машин и механизмов, незнакомых людей, персонажей сказок. ТВ-передач. Ко всем этим объектам и явлениям ребенок относится как к враждебным, угрожающим его благополучию, таящим в себе какую-то опасность. Он старается избегать контакта с ними, требует от окружающих не упоминать о них в разговоре, загораживает лицо или прячется от реальных или воображаемых объектов. В более старшем возрасте собственно к страхам присоединяются неразвернутые бредовые идеи. Наиболее часты в инициальной стадии шубообразной шизофрении, а также при шизотипическом расстройстве, когда они менее интенсивны; значительно реже встречаются как кратковременные эпизоды в начальной стадии экзогенно-органических психозов, когда имеют преимущественно ипохондрическое содержание и сочетаются с массивными сенестопатиями; также иногда встречаются при некоторых реактивных психозах.
- Психопатологически недифференцированные страхи - нозологически наименее специфичны и проявляются в виде приступов.
- Ночные страхи (состояние выраженного страха и двигательного возбуждения на фоне суженного сознания или рудиментарного сумеречного помрачения сознания). Можно выделить: ночные страхи сверхценного содержания, бредовые страхи, психопатологически недифференцированные страхи и пароксизмальные ночные страхи. Пароксизмальные ночные страхи (наиболее часто встречающиеся при так называемой височной эпилепсии) отличаются следующими особенностями:
 - внезапно возникают и прекращаются;
 - приурочены к определенному времени ночного сна (чаще - спустя 2 часа после засыпания);
 - склонны к повторению через равные промежутки времени;
 - стереотипны;
 - сочетаются с однообразными автоматизированными движениями и отрывочными бессвязными высказываниями;
 - возможны устрашающие зрительные галлюцинации, иногда бывает упущение мочи, кала;
 - полностью амнезируются.

СИНДРОМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАНТАЗИРОВАНИЯ

Это разнородная в психопатологическом отношении и отличающаяся разнообразием форм проявлений группа состояний, общим для которых является их тесная связь с болезненно измененным воображением (фантазированием) ребенка или подростка. Патологическое фантазирование встречается у детей разного возраста и подростков, в связи с чем не может быть отнесено к проявлению какого-либо одного уровня нервно-психического реагирования.

Склонность к фантазированию, как одно из проявлений воображения, свойственна здоровым детям. Особенно ярко она выступает в играх и мечтах ребенка. Живость воображения и связанная с ним склонность к фантазии в детском возрасте отчасти связаны с относительной слабостью его абстрактного мышления, деятельность которого с возрастом подчиняет себе воображение. В связи с незрелостью психики ребенка, грань между образами фантазии и реальностью у него не столь четкая, как у взрослого. Эти особенности детской психики обуславливают относительную легкость возникновения не только обычных, не болезненных, но и патологических фантазий в случае расстройств психической деятельности.

Разным периодам детского и подросткового возраста свойственны различные (как по внешним проявлениям, так и психопатологически) синдромы патологического фантазирования. Это находится в определенной связи с возрастной эволюцией воображения от его ранних форм, проявляющихся в игровой деятельности, через преимущественно образное воображение к отвлеченным, словесно-логическим формам воображения.

Впервые о возникновении патологического фантазирования можно говорить у детей дошкольного возраста (3-5 года), когда оно выражается в виде своеобразной, непривычной для здоровых детей игровой деятельности, которая в зависимости от характера заболевания, особенностей личности ребенка и среды, в которой он растет, может проявляться в разных формах.

Одной из них, представляющей рудиментарное проявление деперсонализации, является **игровое перевоплощение**. При этом ребенок на какое-то время, иногда довольно длительное (от нескольких дней до нескольких недель) как бы перевоплощается в тот или иной образ, например, животного (волк, заяц, лошадь, собака), какого-то персонажа из сказки или услышанной книги, иногда в образ выдуманного фантастического существа или даже неодушевленный предмет. Поведение ребенка изменяется в соответствии с его представлениями об облике и образе жизни данного существа или животного.

Так, например, 4-5-ти летний мальчик перевоплощается в "паровоз" и часами изображает езду по рельсам, крутя руками или ногами как колесами, издавая гудки, делая остановки для того, чтобы "загрузиться углем и водой". Или 4-5-ти летний мальчик перевоплощается в собаку, залезает под стол, лает на других детей, кусает их. При этом отвлечь детей от этих игр, игровых перевоплощений, переключить на другие занятия очень трудно. Прием пищи, необходимые режимные моменты они выполняют поспешно и механически, тут же возвращаясь к "своим" играм. Отмечается особая охваченность процессом игры, т.е. можно говорить о механизмах сверхценности.

Патологические фантазии данного типа, т.е. в виде игрового перевоплощения у детей 3-5-ти лет встречаются при вялотекущей шизофрении, как проявления психогенных реакций, а также в редких случаях при органических поражениях головного мозга.

В случаях шизофрении перевоплощение:

а) имеет особенно полный характер - ребенок в течении некоторого времени совершенно не может быть возвращен к реальности, он целиком захвачен патологической игровой деятельностью, попытки отвлечь его от нее вызывают у ребенка бурный протест с криками, негативизмом, иногда даже с агрессией;

б) имеет типичный так называемый аутистический характер поведения, проявляющийся в том, что при этом ребенок не замечает окружающих, не стремится привлечь к игре других детей, часто не вступает в речевой контакт;

в) очень характерны односторонние стереотипные игры.

При психогенных расстройствах игровое перевоплощение чаще всего имеет характер реакций гиперкомпенсации и несколько реже оно может быть выражением истероидных реакций. В

первом случае ребенок в игровом образе олицетворяет нереализованные желания и стремления, подавляет чувство неполноценности, неудовлетворенности своим положением. Так, слабый ребенок, которого постоянно обижают другие дети и который не может постоять за себя, перевоплощается, например, в волка, на время становится сильным и злым существом, которого все боятся. Примером примитивных истероидных реакций в форме игрового перевоплощения, может быть, например, поведение девочки 4-6 лет, постоянно стремящейся быть в центре внимания и для этого постоянно перевоплощающейся то в собачку, то в котенка, то в принцессу, обращая этим на себя повышенное внимание взрослых, постоянно обращаясь к ним, чтобы услышать похвалу в свой адрес.

Психогенное игровое перевоплощение всегда имеет содержание, связанное с определенной ситуацией и психологически понятное, оно отличается меньшей глубиной "ухода в озражаемый образ", меньшей степенью "охваченности" ребенка, сохранением у него контактов с реальной ситуацией.

У детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста патологическое фантазирование чаще всего выступает в форме **синдрома образного патологического фантазирования**. В основе его лежат яркие образы воображения, мечты, приобретающие характер чувственно ярких представлений. Образные фантазии активно вызываются самим ребенком, который испытывает определенную потребность в них, а в процессе фантазирования нередко переживает чувство удовольствия. Содержание образных фантазий весьма разнообразно и в значительной степени зависит от характера заболевания, при котором возникает.

Дети ярко представляют различных животных, маленьких человечков, детей, мысленно играют с ними, наделяют их теми или иными именами и прозвищами, вместе с ними путешествуют, попадают в незнакомые страны, красивые города, а иногда и на другие планеты. У мальчиков образные фантазии часто связаны с военной тематикой, они представляют собой сцены сражений, в которых нередко участвуют воины прошлого (средневековые рыцари). Детям видятся убитые, раненые, разные виды оружия и т.п.

Сюжет фантазий может быть взят из повседневной жизни, придуман ребенком или заимствован из услышанной или прочитанной книги, сказки, фильма и т.п.

У некоторых детей образы фантазий имеют неприятный или даже устрашающий характер, как, например, сцены стихийных бедствий и катастроф, "глаз черта" и др. В некоторых случаях образное фантазирование может носить даже садистический характер, когда представляются сцены убийств, казней, пыток. Такое образное фантазирование садистического характера может наблюдаться не только в детском, но и в пубертатном возрасте.

Образное патологическое фантазирование встречается в основном при:

1. Шизофрении (особенно вялотекущей), тогда образные патологические фантазии:
 - с самого начала далеки от реальности;
 - нередко вычурны (кошачий город);
 - имеют ярко выраженный аутистический характер, в связи с чем близкие и родители часто впервые узнают о наличии особых фантазий у ребенка только во время консультации детского психиатра;
 - обладают тенденцией сравнительно быстро трансформироваться в элементарные псевдогаллюцинации и другие галлюцинаторно-бредовые нарушения.
2. Формирующейся шизоидной психопатии или шизоидной акцентуации характера, тогда образные патологические фантазии:
 - более изменчивы по содержанию в зависимости от меняющейся ситуации;
 - в них можно видеть патологическое выражение различных психотравмирующих ситуаций, связанных с неумением ребенка установить контакт со сверстниками (например, фантазии о нахождении в чужом лесу, окруженным дружелюбными зверями).
3. Психогенных реакциях, преимущественно реакциях компенсации и гиперкомпенсации при чувстве неполноценности, страхах. Так, например, образные представления каких-либо добрых существ, которые защищают ребенка (гномы, люди, животные как бы появляются в тех реальных ситуациях, когда ребенку было плохо, когда его обижали и они помогают, спасают его).

Особую форму патологического фантазирования представляет **фантазирование познавательного характера**, основанное на сверхценном увлечении какой-либо областью знаний. В дошкольном и младшем школьном возрасте фантазирование данного типа проявляется в сверхценном увлечении составлением различных схем, маршрутов, географических карт (например, хождение по всем улицам и составление каталога улиц; путешествия по всем трамвайным или автобусным маршрутам и т.д.).

Познавательные фантазии отвлеченного характера встречаются преимущественно при шизофрении либо при наличии формирующейся шизоидной психопатии. В первом случае они имеют выраженный аутистический характер, нередко нелепы, обнаруживают тенденцию нарастания нелепости и переходу в параноидные и парафренные бредовые идеи. Во втором случае, при формирующейся психопатии познавательные фантазии отвлеченного характера психологически более или менее понятны и носят гиперкомпенсаторный характер, возникая под влиянием различных неблагоприятных ситуаций, связанных с трудностями адаптации в коллективе.

В пубертатном возрасте, наряду с познавательными фантазиями, наблюдается характерный для этого возраста **синдром самооговоров и оговоров**, связанный с повышенными и извращенными влечениями.

Чаще всего это самооговоры мальчиков-подростков, которые рассказывают о мнимом участии в ограблениях, воровстве, вооруженных нападениях, угонах автомашин, принадлежности к различным бандам, шпионским организациям, рэкетирам. Фантазии обычно имеют детективно-приключенческий характер, изобилуют вымышленными деталями, названиями явок, кличками членов шайки, жаргонными выражениями. С целью доказательства "истинности" всех этих историй подростки сами пишут измененным почерком и подкидывают знакомым записки, якобы полученные ими от главарей и членов шайки, в которых содержатся всевозможные требования, угрозы, нецензурные выражения. Самооговоры нередко сочетаются с оговорами других лиц.

У девочек-подростков оговоры нередко носят характер ложных обвинений в изнасиловании.

Как при самооговорах, так и при оговорах подростки временами почти начинают верить в реальность своих фантазий. Этот момент, а также красочность и эмоциональная заряженность сообщений о вымышленных событиях часто ведут к тому, что окружающие считают их правдивыми, в связи с чем возникают попытки расследования с привлечением милиции и т.п.

Патологические фантазии типа оговоров и самооговоров встречаются, с одной стороны, при шизофрении, а, с другой - при некоторых пограничных психических расстройствах, в особенности у подростков с ускоренным половым созреванием.

При шизофрении синдром оговоров и самооговоров склонен приобретать парафренную структуру, т.е. почти космический размах с карикатурно гиперболизированными, нередко нелепыми фантазиями, грубой переоценкой личностных качеств. Характерна яркая садистическая окраска фантазий. В этом случае (при шизофрении) фантазии в динамике постепенно трансформируются в идеи преследования и конфабуляторно-парафренные построения (типа бреда воображения), нередко с включением явлений психического автоматизма.

При пограничных состояниях самооговоры и оговоры встречаются у лиц с истероидными чертами, как правило, на фоне дисгармонично протекающего пубертатного периода и значительным усилением полового влечения. В этих случаях фантазии более просты, лишены вычурности, в них отсутствует стремление к гиперболизации поступков, к символике, не отмечается трансформации в бредовые идеи, менее выражен садистический компонент.

При маниакальном состоянии в пубертатном возрасте может встречаться особое **патологическое фантазирование с идеями переоценки собственной личности и величия**. К этой группе фантазий могут быть отнесены высказывания следующего типа: "Я одной левой поднимаю штангу в 100 кг", "Со мной дрались 10 взрослых и я их разбросал как щенков", "Я задавал вопросы академикам и они не смогли мне ответить". Содержание таких фантазий обычно нестойкое, подростки легко отказываются от них. Подобные фантазии встречаются при маниакальных состояниях разной нозологической принадлежности (шизофрения, циклотимия, экзогенно-органические психические расстройства и другие).

Заключая тему "Синдромы патологического фантазирования", краткие выводы:

В норме возрастное фантазирование не нарушает резко поведение детей, легко отличается ими от реальности, не складывается в психопатологический синдром. Сохранение склонности к фантазированию после 15 лет свидетельствует об отклонении от нормального психического развития.

Фантазирование, как психопатологический феномен определяется следующим набором признаков:

1. Устойчивая склонность к фантазированию.
2. Сверхценное содержание фантазий, когда последние становятся более значимыми, чем события реальной действительности.
3. Наличие феномена "ухода в мир грез и фантазий".
4. Готовность к перевоплощению в вымышленные образы.
5. Гипер- или псевдокомпенсаторные механизмы фантазирования.
6. Связь нарушений поведения с содержанием фантазий.
7. Устойчивые тенденции к реализации фантазий, несмотря на меры воспитательного характера (т.е. некоррегируемость).

СИНДРОМ ДИСМОРФОФОБИИ И ДИСМОРФОМАНИИ

Суть этих нарушений состоит в опасении (дисморфофобия) или страстной убежденности без критического отношения (дисморфомания) в наличии у себя физического недостатка, неприятного для других.

Дисморфофобия - навязчивый страх невротического (непсихотического) характера; дисморфомания - сверхценная или бредовая идея (психотического уровня).

Данный синдром свойственен преимущественно подростковому возрасту, более 80% случаев падает на период полового созревания. Однако он не так специфичен для этого периода, как аноректический синдром, потому что дисморфофобия или дисморфомания могут встречаться и у взрослых и у детей.

Дисморфофобии и дисморфомании чаще возникают у девочек. Развиваются они, как правило, в среднем и старшем подростковом возрасте.

Чаще всего недостаток видится у себя на лице - крупный, уродливый нос ("комплекс Сирано де Бержерака"), оттопыренные уши, круглое "как луна" лицо, большой рот и т.п. В других случаях опасения сосредоточены на фигуре - чрезмерная полнота или худоба, слишком большие ягодицы, кривые или тонкие "как соломинка" ноги. Для подростков женского пола болезненные мысли нередко касаются размеров груди, талии, живота, бедер. У мальчиков же опасения иногда касаются гениталий - слишком маленький или "кривой" и уродливый половой член. Такие мальчики не могут мочиться в присутствии посторонних, избегают общественных туалетов.

У подростков мужского пола дисморфофобии и дисморфомании часто сочетаются с задержанным или недостаточным сексуальным развитием. Поэтому темой для переживаний служит малый рост, евнухоидные пропорции тела, слаборазвитые вторичные половые признаки. У девочек же данный синдром часто развивается на фоне акселерации и болезненно переживается чрезмерно большой рост, гирсутизм и т.д.

К кругу дисморфофобических и дисморфоманических расстройств многие также относят болезненные мысли больного о том, что он постоянно распространяет неприятные запахи, наиболее часто - запах кишечных газов.

Переживания о наличии у себя физического недостатка возникают чаще остро, под действием ситуации, в которой подросток становится объектом неблагоприятного внимания окружающих или нелестного замечания в свой адрес (подростка обозвали "толстым", "нос крючком или картофелиной" и т.п.). Так, например, действительно крупный, но отнюдь не уродливый нос, после реплики одной из подруг ("Не суй свой здоровенный нос в мои дела") начинает казаться огромным и отвратительным.

В некоторых ситуациях провоцирующего толчка обнаружить не удастся и переживания вызревают постепенно или вспыхивают внезапно, как озарение.

Дисморфофобический синдром может встречаться у подростков как:

1. Преходящие (транзиторные) подростковые дисморфофобии. Эти явления могут встречаться как преходящие у практически здоровых подростков, особенно если те отличаются повышенной ранимостью, впечатлительностью. Эти переживания были точно подмечены и мастерски описаны у себя еще Чарльзом Дарвиным. Ломающийся голос, покрытое юношескими угрями лицо, нескладная фигура в период интенсивного роста, колебания массы тела - все это создает благоприятную почву для дисморфофобических переживаний с преувеличением значений недостатков во внешности. отношение к этим переживаниям первое время практически не критичное.

Однако преходящие (транзиторные) дисморфофобии существенно отличаются от иных дисморфофобий и дисморфоманий 2-мя следующими особенностями:

а) Они не сказываются на всем поведении подростка. Например, мальчик, лицо которого покрыто юношескими угрями, избегает общества девочек, но свободно чувствует себя в своей мальчишеской компании. Действительно, очень худощавый подросток избегает пляжей, бассейнов и бань, не ходит на занятия физкультурой, но в других местах забывает о своей худобе.

б) Подобная дисморфофобия поддается психотерапии, а с возрастом вообще проходит.

Таким образом, подобные дисморфофобии имеют под собой какие-то реальные основания, психогенный генез и вполне благоприятный исход.

2. Встречаются случаи, когда переживания по поводу своих физических недостатков существуют в качестве крайне стойкого "моносимптома". Их принято оценивать как своеобразные реактивные заболевания - затяжные реактивные состояния подросткового возраста (однако их генез не чисто психогенный - не меньшую роль играют эндогенные предпосылки, одной из которых является сенситивная акцентуация характера - пугливость, чрезмерная впечатлительность, чувство собственной неполноценности).

По содержанию такие дисморфофобии не отличаются от транзиторных дисморфофобий, но им присуща страстная, не поддающаяся никаким психотерапевтическим воздействиям убежденность в наличии дефекта - чисто воображаемого или преувеличенного. Эта убежденность может достигать уровня настоящего паранойального бреда.

Дисморфофобии целиком овладевают больным, становятся главенствующими в его жизни, именно они определяют, регулируют все поведение больного. Они заслоняют все другое - волнения за близких, планы на будущее, прежние увлечения; превращают подростка в замкнутого, уклоняющегося от контактов, занятого только самим собой, озлобленного и раздражительного субъекта. Эти состояния могут приводить к утрате работоспособности и социальной дезадаптации. Иногда присоединяются идеи отношения.

Дисморфофобии нередко диссимулируются. Тогда о них приходится догадываться по поведению подростка. Например, по стремлению часто и подолгу в отсутствие посторонних подозрительно рассматривать себя в зеркало - "симптом зеркала" Абели-Дельма. По той же причине подростки могут упорно отказываться фотографироваться, даже для того, чтобы получить паспорт.

Больные могут упорно добиваться косметических операций - требовать "исправить нос", "вырезать жир из ягодиц" и т.п.

Прогноз в этих случаях менее благоприятен. Полного выздоровления часто не наступает. Однако с годами больные приучаются настолько хорошо скрывать свои переживания от посторонних, что эти переживания почти не сказываются на их поведении или же забота о своей внешности утрачивает прежнюю актуальность.

3. Дисморфофобии при вялотекущей и прогрессивной шизофрении. Здесь речь уже нередко идет не об одном проявлении дисморфомании, а о нескольких, причем также нередко очень вычурно излагаемых. Болезненная симптоматика в этих случаях развернута и включает в себя:

- наличие подавленного настроения;
- маскировку больными (с элементами нелепости) своих переживаний;
- активную деятельность, направленную на исправление мнимого дефекта (вплоть до хирургических операций), причем иногда сами больные выполняют у себя калечащие операции;
- тенденцию к возникновению и развитию идей отношения.

Наряду с дисморфоманией обычно скоро начинают вырисовываться и другие психопатологические симптомы - появляются галлюцинации, бред, который, как правило, так или иначе связан с мнимым дефектом ("тощая фигура - из-за онанизма", "длинный нос служит антенной для радиостанции инопланетян"). Т.е. здесь уже, как правило, довольно отчетливая, заметная симптоматика шизофрении.

По началу психогенез дисморфомании сходен с описанным при аноректическом синдроме. Как отмечалось ранее, в подростковом возрасте собственная внешность, желание быть привлекательным становится предметом особого внимания и заботы. Бурный рост изменяет телесные ощущения. Возникающие диспропорции в росте частей тела, неуклюжесть и неловкость в ходе освоения его новых особенностей рожают недовольство своими физическими данными.

Вместе с тем у детей с невропатическими состояниями, а также избалованных в условиях неправильного воспитания, невротическая анорексия может приобретать затяжное течение с длительным упорным отказом от еды. В этих случаях возможно снижение массы ребенка.

Лечение дисморфофобий и дисморфоманий зависит от их вида.

АНОРЕКТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Так же, как и у взрослых, отказ от пищи, как симптом психического заболевания у подростков, бывает связан с различными причинами, например, с бредовой мотивацией - при бреде самообвинения больной считает себя недостойным пищи, тех денег, которые на нее затрачены; при бреде преследования и, особенно, отравления, возникают подозрения, что пища отравлена и ее естественно нельзя есть.

Причиной отказа от пищи могут стать и галлюцинации - императивные слуховые, приказывающие "не есть" или обонятельные, когда кажется, что от пищи исходит странный и неприятный запах.

Отказ от пищи может быть проявлением истерической реакции, но тогда он непродолжителен и всегда носит явно демонстративный характер. Подросток не ест, когда едят другие члены семьи или товарищи по интернату, но наедине или тайком охотно поглощает пищу. Этот отказ чаще всего обусловлен инфантильной реакцией оппозиции, носит символический характер. Таким поступком подросток как бы призывает обратить на него особое внимание, в чем-то утешить.

Протестный отказ от пищи может быть одной из форм группового нарушения поведения ("голодовка") и также бывает сопряжен с предъявлением каких-либо требований. Групповые отказы у подростков всегда непродолжительны.

С протестным отказом от пищи приходится также сталкиваться в случаях принудительной госпитализации подростков. Но и в таких случаях подросток вскоре начинает есть - как только убеждается, что путем отказа от еды он ничего не достигнет.

Однако в особых случаях отказ от пищи становится ведущим и чрезвычайно упорным синдромом, тогда говорят об анорексии или об аноректическом синдроме.

Собственно говоря, это обозначение неточно - в дословном переводе с древнегреческого *an ophexis* - отсутствие аппетита. Здесь же аппетит обычно бывает сохранен и даже наоборот, подросток может испытывать мучительный голод и тем не менее упорно отказываться от пищи.

Хотя начало научному исследованию анорексии положено У.Гуллом в 1868г. и наблюдается все усиливающееся число исследований этой проблемы, однако и до настоящего времени сохраняются многочисленные дискуссии, касающиеся ее этиологии, патогенеза, нозологической принадлежности. Сторонники психоаналитических концепций пытаются объяснить анорексию у подростков его подсознательным желанием задержать голодом половое созревание, "остаться в детстве".

Все же синдром анорексии считается характерным для подросткового возраста и встречается в двух случаях - при вялотекущей шизофрении (одно из проявлений неврозоподобной формы) и при особом подростковом заболевании, которое в психиатрической литературе фигурирует

под названием *anorexia nervosa* - нервная (психическая) анорексия, которая в подавляющем большинстве случаев наблюдается у девочек.

В обоих случаях ведущим является прогрессирующее ограничение себя в еде. Начинается оно чаще всего с исключения из пищевого рациона отдельных видов пищи, либо калорийных (масла, хлеба, сладкого), либо по своеобразному и прихотливому выбору. Далее вообще перестают есть по утрам или за ужином, едят только раз в день. Затем диета включает лишь узкий набор пищевых продуктов и то в небольшом количестве, например, только яблоки или только огурцы и капуста. Наконец, диета доводится до крайности, когда в день съедается, например, корочка хлеба или половина яблока.

Все это делается во имя того, чтобы "похудеть", "согнуть жир", "исправить фигуру", а при похудании продолжение диеты объясняется стремлением "не располнеть" или странными мало-вразумительными мотивами.

Аппетит при этом не утрачен, чувство голода перебарывается. Иногда бывают "срывы" - не удержавшись, подросток наедается досыта. Но сразу же за этим происходит "ожесточение" рациона. Чтобы побороть голод, дети иногда часами жуют маленький кусочек пищи. Подавляемый голод нередко толкает подростка к разного рода заместительной деятельности. Девочки охотно готовят для других, приготавливают изысканные блюда, угощают, даже силком кормят младших братьев и сестер. Лишь при далеко зашедшем истощении аппетит действительно пропадает.

Ни уговоры, ни просьбы, ни угрозы или принуждения близких не могут заставить таких больных достаточно есть. Чтобы избежать скандалов дома, насильственного кормления и помещения в больницу, подростки с анорексией идут на обман и различные ухищрения, обнаруживая при этом большую выдумку и изворотливость - стараются размазать пищу по тарелке; съедают еду и тут же, уйдя в туалет, вызывают рвоту; тайком принимают слабительное, иногда до изнурения делают физические упражнения, моют и перебивают полы.

Следствие голодания является прогрессирующее истощение. На протяжении недель и месяцев развивается картина алиментарной дистрофии. Лицо становится бледным, с сероватым или желтоватым оттенком, кожа сухой, конечности холодными, иногда синюшными. Подкожная клетчатка исчезает, мышцы истощаются. У девочек наступает аменорея.

Несмотря на истощение, может сохраниться достаточная и даже повышенная активность. Интеллектуальные способности, память, успехи в учебе заметно не страдают.

Госпитализации в больницу сопротивляются, рыдают. В больнице постоянно разговаривают о выписке, требуют ее, врачам и родственникам дают постоянные обещания "дома начать все есть", а родственникам еще и про тяжелые условия в больнице, часто при этом обманывая, что их в больнице избивают и корят родителей, что те их бросили, хотят избавиться от них (часто врачи даже не разрешают свидания родителей с такими больными).

Настроение при аноректическом синдроме обычно несколько снижено, но отчетливой депрессии нет. Интересы больных сосредоточены на диете.

Аноректический синдром нередко сочетается с дисморфофобией, т.е. с опасением располнеть, стать уродливым от избытка жира.

С известной долей условности можно выделить 3 этапа болезни

а) первый этап - дисморфоманический, когда у больных могут иметь место идеи отношения ("они слишком жирные и окружающие с осуждением смотрят на них") и подавленное настроение;

б) второй этап - аноректический, период активной коррекции "излишней полноты" - идеи отношения уже полностью исчезают и депрессивные переживания становятся все менее выраженными;

в) третий этап - кахектический.

Особенностью психогенеза аноректического синдрома является его несомненная связь с процессом полового созревания. В этом периоде возникает интерес к своей внешности, болезненная чувствительность к ее оценке со стороны, опасения по поводу своей непривлекательности. Чрезмерная полнота тела в сознании подростка ассоциируется с пассивностью, неповоротливостью, служит предметом постоянных насмешек сверстников. отсюда стремление избавиться от "излишнего" веса и боязнь располнеть. Странники психоаналитических концепций пытаются

объяснить анорексию у подростков подсознательным желанием задержать голодом половое созревание, "остаться в детстве".

Для нервной анорексии характерны довольно типичные преморбидные особенности личности - пунктуальность, аккуратность, упрямство, стремление к самоутверждению, сочетающиеся с неспособностью к решительным поступкам, очень большая привязанность к матери.

Начало голодания, как правило, связано с реальной психотравмирующей ситуацией (обидные замечания, не принята в спортивную или хореографическую секцию, желание походить на ограничивающую себя в еде мать, известную актрису и т.д.), т.е. причина психологически понятна, в отличие от шизофрении, где причина странная, вычурная.

При шизофрении также и нередко странная, вычурная диета, необычные физические упражнения (например, 3 раза в день по 15 минут сидеть на корточках).

О шизофреническом процессе говорит и нарастающая аутизация таких больных, когда они теряют друзей, становятся безразличными к своим прежним увлечениям, появляется склонность к бесплодному мудрствованию при объяснении своего поведения, более значительная выраженность идей отношения. Если анорексия развивается у мальчиков, то это, как правило, означает наличие у них шизофренического процесса.

Невротическая анорексия нередко наблюдается у детей раннего и дошкольного возраста. Как правило, в этих случаях этиологическую роль играют разнообразные психотравмирующие моменты: разлука с матерью, помещение в детское учреждение, неровный воспитательный подход к ребенку, физические наказания, недостаточное внимание к ребенку, реже - шоковые и субшоковые психические травмы. Непосредственным поводом часто является попытка матери насильственно накормить ребенка при отказе его от еды, перекармливание, случайное совпадение кормления с каким-либо неприятным впечатлением (резкий окрик, испуг, ссора родителей).

Способствующими факторами являются резко повышенная вегетативная возбудимость, соматическая ослабленность ребенка, чрезмерная тревожность родителей в отношении питания ребенка и процесса его кормления, а также неправильное воспитание с удовлетворением всех прихотей и капризов ребенка, ведущее к его чрезмерной избалованности.

Клинические проявления анорексии при этом довольно однотипны и просты. У ребенка отсутствует желание есть любую пищу или он проявляет большую избирательность в еде, отказываясь от многих обычных продуктов. Как правило, он неохотно садится за стол, очень медленно ест, подолгу "перекатывает" пищу во рту. В связи с повышенным рвотным рефлексом, часто во время еды возникает рвота. Прием пищи вызывает у ребенка пониженное настроение, капризность, плаксивость.

Течение невротической анорексии может быть непродолжительным, не превышая 2-3-х недель, что чаще наблюдается после острых или подострых психических травм, сопровождающихся испугом.

Дебильность. Имбецильность. Идиотия.

При анализе психопатологических особенностей идиотии, имбецильности и дебильности можно отметить: 1) тотальный характер психического недоразвития; 2) преимущественное поражение наиболее дифференцированных, специфически человеческих функций — мышления и речи — при относительной сохранности более древних инстинктивных переживаний. Однако в зависимости от глубины психического недоразвития меняется и степень выраженности каждой из этих особенностей олигофренического слабоумия. Понятно, что чем более снижен уровень психического развития, тем яснее выступает тотальный характер олигофренического слабоумия.

Характерным для детей, страдающих идиотией, является резкое снижение реакции на окружающее. Больные либо совершенно не реагируют на все, что происходит вокруг них, либо дают неадекватные реакции, откликаясь на любой раздражитель, ни на одном из них не задерживаются. Ощущения, как биологический древний механизм, у них сохранены, но восприятия неполноценны из-за отсутствия внимания и необходимых умственных операций. Речь либо отсутствует и заменяется нечленораздельными звуками, либо ограничивается отдельными словами, смысл которых они

плохо понимают. В обращенной к ним речи они воспринимают интонацию, но смысла не понимают. Сознание собственной личности у этих больных отсутствует или очень смутное. Осмысленная деятельность, даже игровая, им недоступна, у них нет интереса к игрушкам. Их действия—либо инстинктивные или автоматические акты, либо элементарные двигательные реакции на внешние раздражения. Предоставленные самим себе, многие из них остаются неподвижными, другие находятся в постоянном бесцельном движении, ползают, кувыркаются. В их движениях много стереотипий. Однообразные повторные акты (автоматическое раскачивание) доставляют им удовольствие. Состояния двигательного возбуждения иногда возникают периодически без внешних причин. Характерным является их своеобразный негативизм. На все новое и непривычное они дают реакцию отказа, при попытке завязать с ними контакт многие оказывают упорное сопротивление, иногда становятся агрессивными.

Эмоции этих больных элементарны и связаны главным образом с общим самочувствием, с удовлетворением органических потребностей. Соматическое благополучие, ощущение сытости, теплоты и т. п. вызывает у них чувство удовольствия, (которое проявляется в благодушно-спокойном настроении, иногда же в своеобразных движениях, выразительном крике и визге. Чувство неудовольствия, связанное с голодом, холодом и другими неприятными ощущениями, может выразиться в двигательном возбуждении, воплях и криках, имеющих **в таких** случаях часто определенную характерную интонацию. Формы выражения удовольствия и неудовольствия очень примитивны. У некоторых из них отсутствуют слезы; вместо обычного детского смеха и радости они кричат, визжат. У других наблюдается и улыбка радости, и плач со слезами. Наиболее выражен у них аффект злобы и гнева, который проявляется обычно в двигательном возбуждении с наклонностью к слепой ярости, с разрушительными тенденциями и агрессивными актами против окружающих и самих себя—они кусают себя, царапают. Наблюдается также аффект страха, но реже, чем гнев. Страх проявляется в форме примитивной реакции испуга на новое, неизвестное. Более дифференцированные эмоции, как печаль, грусть, им недоступны. Колебания настроения характеризуются либо преобладанием вялости и апатии, либо пустой эйфории. **Очень** часто отмечаются повышенные и извращенные влечения, они упорно онанируют. Многие из них жуют все, что попадает в рот, не различают сладкого и горького.

Глубокому недоразвитию психики соответствуют и грубые дефекты физического развития (диспластичность, деформация черепа, пороки костной системы и недостаточность моторики). Дети, страдающие идиотией, либо совершенно не овладевают статическими и локомоторными функциями, либо приобретают их очень поздно. Нередки и неврологические симптомы (парезы, параличи, судорожные припадки). Причиной олигофрении можно считать грубое нарушение развития головного мозга обусловленное длительным токсическим воздействием в течение эмбрионального развития. Психическое недоразвитие здесь носит тотальный характер.

Наряду с такими тяжелыми отмечаются и более легкие формы идиотии. Больные научаются ходить и говорить, приобретают навыки самообслуживания. Эмоциональное развитие достигает более высокого уровня. У некоторых из них можно отметить элементы привязанности к людям, которые за ними ухаживают. Они больше любят тех, кто их кормит, бьют тех, кто с ними строг. Эти привязанности нестойки (они любят человека, пока видят его, и быстро забывают о нем), но все же в этих эмоциях симпатии есть зерно тех чувств, которые можно отнести к социальным. У некоторых из этих больных отмечается любовь к музыке и ритмическим движениям. Музыка успокаивает их в состоянии двигательного возбуждения и выводит из состояния апатии и вялости торпидных больных. Таким образом, даже при тяжелых формах психического недоразвития можно отметить характерную для олигофрении закономерность: относительную сохранность непосредственных эмоций при большой глубине интеллектуального дефекта.

Прогноз различных форм олигофрении с глубоким интеллектуальным дефектом в степени идиотии обычно неблагоприятен в смысле возможности значительного улучшения. Темп дальнейшего развития обычно медленный и в очень узких пределах. Эти больные часто и во взрослом состоянии беспомощны, неспособны жить самостоятельно, требуют надзора, а иногда и ухода. Однако в отдельных случаях такой пессимистический прогноз в дальнейшем не подтверждается. При своевременном и рациональном лечении при наличии коррекционно-воспитательной работы в 7—8-летнем возрасте отмечается некоторое усиление темпа развития ребенка.

При олигофрении в степени имбецильности психика больного значительно сложнее, чем при идиотии. У этих больных можно обнаружить более оживленные и разнообразные реакции на окружающее. Некоторые из них обнаруживают даже наблюдательность, когда дело идет о житейских вопросах. В своем развитии эти дети достигают значительно более высокого уровня, чем при идиотии. Они способны накопить некоторый запас сведений. Механическая память у многих из них достаточно развита. Они овладевают и речью. Хотя запас слов у них невелик, речь грамматична, звукопроизношение дефектно, все же наличие речи свидетельствует о том, что больные в степени имбецильности способны к элементарному обобщению. Они могут установить признаки различия между отдельными предметами, сложить картинку из отдельных частей. Однако различие между отдельными предметами и явлениями устанавливается ими только в пределах конкретного; при необходимости отвлечения от конкретной ситуации они становятся беспомощными. Их логические процессы совершаются на очень низком уровне. Прочитанный им рассказ они могут воспроизвести только по вопросам, уловить основную идею и последовательно передать содержание рассказа они не в состоянии. Им совершенно недоступен процесс образования абстрактных понятий. Они могут обучиться чтению и письму, овладевают порядковым счетом, производят с помощью наглядных пособий элементарные арифметические действия, но отвлеченный счет им недоступен даже в пределах первого десятка. При наличии пассивного внимания и хорошей механической памяти смысловая память у них очень слаба, произвольное активное внимание недостаточно и очень неустойчиво. При длительном наблюдении удается установить, что знания этих больных очень непрочны. Они пользуются ими как «заученными штампами», осмыслить которые они не в состоянии. Их суждения очень бедны, несамостоятельны: они повторяют заимствованное от окружающих их людей без переработки на основе собственного опыта. Многие в их суждениях является простым подражанием. Таким образом, и при имбецильности еще отчетливее, чем при идиотии, обнаруживается, что при тотальном психическом недоразвитии больше всего страдают, наиболее дифференцированные функции мышления. Наряду с этим у них нетрудно обнаружить и другую особенность олигофрении — относительную сохранность непосредственных эмоций даже при наличии выраженного интеллектуального дефекта.

В отличие от идиотии при имбецильности сознание собственной личности более или менее развито. У многих из них преобладает особое «чувство силы», они стремятся обижать более слабых; у других доминирует сознание своего бессилия, слабости и неумелости, что проявляется в робости, неуверенности в себе, застенчивости и нерешительности. Многие из них эгоцентричны, очень ревниво относятся к оценке их личности, требуют к себе внимания, проявляют большую радость при положительной оценке и чувство обиды, когда их ругают.

Чувства симпатии неодинаково развиты у различных больных. Одни из них недоверчивы, угрюмы, жестоки, мстительны, любят избивать маленьких детей, отнимать у них игрушки. У некоторых из них выраженное чувство собственности, они очень скупы, бережливы, боятся потерять свою вещь, мстительны по отношению к тем, кто заберет у них что-нибудь, причем долго помнят обиду и отомстят даже на следующий день. У других обнаруживаются относительно стойкие привязанности к близким. Они сочувствуют чужому горю, стремятся помочь товарищам. Охотно подражают тому, кого хвалят, и любят делать замечания, читать нравоучения.

Однако и у больных с более высоким развитием можно отметить монотонность и тугоподвижность эмоций. Столь характерные для олигофрении косность и инертность психических процессов очень ясно выступают во всех проявлениях личности больных в степени имбецильности. Они «рабы привычек», по выражению Г. Я. Трошина, предпочитают все старое, им известное, противодействуя всему новому. Так же, как и при идиотии, имбецилы на все непонятное им отвечают упорным негативизмом. Негативистические реакции во время обследования у них принимают форму отказа, на всякий вопрос, требующий от них напряжения, дают ответ «не знаю», «не могу».

При достаточном моторном развитии больные олигофренией в степени имбецильности способны овладеть элементарными видами труда. Некоторые из них обнаруживают интерес к физическому труду, который им под силу, и работают с большим старанием. Однако работа их носит машинообразный характер. Они не могут изменить свою деятельность в соответствии с изменившейся обстановкой. Тредголд приводит пример автоматического использования привычных на-

выков больной, страдающей олигофренией в степени имбедильности. В течение длительного времени эта больная работала в прачечной учреждения для слабоумных. Однажды ей поручили искупать ребенка, она в соответствии со своим прошлым опытом положила его в кипяток.

Они предпочитают стереотипное повторение одних и тех же заученных ими приемов. Переключение на новые виды труда вызывает недовольство, иногда негативистическую реакцию. В деятельности этих больных отмечается не только отсутствие самостоятельности, инициативы, но и негибкость, тугоподвижность. При необходимости изменить шаблон они теряются. Поэтому к самостоятельной жизни: они мало приспособлены, нуждаются в постоянной опеке. Обучение грамоте возможно в небольших пределах, но эти больные могут быть приспособлены к жизни и труду при наличии постоянной помощи и заботы о них, контроля и руководства их работой.

Качественные особенности олигофренического слабоумия можно отметить и в тех более легких формах общего психического недоразвития, которое характеризуют термином «дебильность». Эти формы олигофрении у детей обычно труднее распознаются, так как при них нет такого грубого интеллектуального дефекта, как при имбецильности. Отграничение этих форм от нормы несколько облегчается, если сравнить особенности мышления при дебильности и при более тяжелых формах психического недоразвития (идиотии и имбецильности). Таким путем удастся установить, что в клинической картине дебильности всегда имеются типичные признаки олигофренического слабоумия, рутинность, косность мысли, неспособность к образованию абстрактных понятий.

Трудности распознавания олигофрении в степени дебильности особенно велики в том случае, когда ребенок обладает достаточным запасом слов. При удовлетворительном внимании и хорошей механической памяти эти дети способны приобрести достаточный запас сведений и элементарные навыки чтения, письма и счета. Хорошая механическая память и богатая по запасу слов речь может маскировать слабость мышления. Диагностические затруднения еще усиливаются при неправильном «вербалистическом» воспитании, когда родители и педагоги не учитывают, что ребенок, страдающий олигофренией в степени дебильности, часто пользуется словом как речевым штампом, без полного понимания его смысла.

Богатый запас слов у этих детей отнюдь не свидетельствует о высоком уровне абстрактного мышления, слово у этих больных не имеет обобщающей функции, как у здорового ребенка. При более тщательном анализе психопатологической картины становится ясным, что отвлеченные понятия у них носят чисто внешний характер, что здесь речь идет о том типе абстракции, который был назван Г. Я. Трошиным «пустой словесной абстракцией», характеризующейся словесным заимствованием, не имеющим определенного содержания.

При более тщательном обследовании интеллектуальной деятельности ребенка обнаруживается, что основным дефектом здесь является затрудненный переход от чувственного познания к рациональному, от более низкого уровня обобщения (конкретного) к более высокому— абстрактному. В отличие от больных олигофренией в степени имбецильности дебилные дети обнаруживают большую способность к обобщению. Но когда требуется более высокий уровень обобщения, они оказываются несостоятельными.

На основании педагогических данных и клинического наблюдения можно установить, что и для больных в степени дебильности так же, как и для больных с более грубым интеллектуальным дефектом, наиболее характерно отсутствие самостоятельности и инициативы в работе. Они обычно охотно повторяют старое, не любят нового и избегают его. Так, Л. В. Занков указывает, что для умственно отсталого ребенка основная трудность заключается в переходе к мыслительным задачам, решение которых требует замены старого привычного способа деятельности новым, еще неизвестным. И. М. Соловьев, изучая особенности мышления умственно отсталых школьников, обнаружил, что при решении задач эти дети всегда пытаются применить схему-шаблон старой задачи к новой. Эмоциональная и волевая сторона личности при дебильности достигает более высокого уровня развития, чем у больных в степени имбецильности. По своим характерологическим особенностям они значительно более разнообразны. Среди них наблюдаются старательные, целенаправленные, работоспособные и чрезмерно возбудимые, двигательно беспокойные, и вялые, плаксивые, и малоподвижные. Для многих из них характерны эгоцентрические и эгоистические черты, большое самомнение, не критичность в отношении собственной личности. Однако это отнюдь не

является правилом: многие из " них характеризуются застенчивостью, неуверенностью в себе. Тем не менее при всем разнообразии характерологических особенностей у больных олигофренией в степени дебильности можно отметить и общие черты: это недостаточная способность к самообладанию и подавлению влечений, недостаточное обдумывание своих поступков, некоторая импульсивность при повышенной внушаемости и подражательности. Поэтому в неблагоприятных условиях и отсутствии достаточного надзора эти дети легко поддаются дурному влиянию других, более активных подростков. В то же время при правильном воспитании, при своевременном привитии навыков к трудовой жизни они могут овладеть несложной профессией и приспособиться к требованиям социальной среды. В отличие от дементных больных у детей и подростков, страдающих олигофренией, нет диссоциации между деятельностью и уровнем интеллектуальных способностей, нет диссоциации между возможностями и направленностью в работе. Как показывают катamnестические данные, большой процент детей, закончивших вспомогательную школу, хорошо приспосабливается к жизни.

Из приведенных данных о клинических особенностях трех степеней олигофрении — идиотии, имбецильности и дебильности — явствует, что при каждой из них имеется свой темп развития, свои качественные особенности и время их проявления. В то же время между ними нет ясных границ, и они обнаруживают более или менее отчетливо такие общие признаки олигофрении, так тотальность задержки развития и преимущественное недоразвитие более сложных дифференцированных, более «молодых» психических функций.

Наиболее тотально и глубоко искажено психическое развитие при идиотии, при которой в зачаточном состоянии находятся не только познавательная деятельность и эмоциональные переживания и волевые проявления. (При глубоких степенях недоразвития и двигательная активность сводится только к нецеленаправленным автоматическим или импульсивным движениям.

При имбецильности тотальность поражения также выражена достаточно отчетливо. Однако здесь степень недоразвития меньше и поэтому яснее выступает преимущественная недостаточность более дифференцированных, более поздно формирующихся функций. При относительной сохранности непосредственных эмоциональных переживаний у них глубоко недоразвиты те уровни познавательной деятельности, которые необходимы для осмысленной переработки впечатлений и адекватного приспособления к требованиям реальной жизни. Поведение больного формируется не на основе полноценного опыта, представляющего синтез новых восприятия с ранее накопленными, а определяется преимущественно раз навсегда усвоенными «штампами», скудными и косными, дающими лишь относительное приспособление к привычным условиям, но совершенно непригодными в новых, изменяющихся ситуациях.

Наиболее эксквиzitна недостаточность именно высших форм познавательной деятельности при дебильности. Более или менее удовлетворительное конкретное мышление, сравнительно сохранная эмоциональность и известная возможность регуляции своего поведения позволяют таким лицам неплохо ориентироваться и приспособляться к требованиям практической жизни. Однако неспособность к абстракции препятствует освоению более сложных причинно-следственных связей. Это обнаруживается в несамостоятельности их суждений и взглядов. И у больных в степени дебильности легко создаются «штампы» поведения и взглядов, которые они без должной критики заимствуют из ближайшего окружения. Характерным и для них является отсутствие творческой инициативы, самостоятельности, любознательности.

КЛИНИКА ПОГРАНИЧНЫХ ФОРМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ.

Общие положения.

К данной группе расстройств относятся состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающее промежуточное положение между интеллектуальной нормой и олигофренией. Состояния, описываемые в рамках пограничной интеллектуальной недостаточности – это гетерогенная группа как в отношении этиологии и патогенетических механизмов, так и в отношении клинических проявлений и особенностей их динамики.

Границы группы четко не определены, они в значительной степени зависят от социальных критериев, в частности от требований, предъявляемых обществом к интеллектуальным способностям ребенка. В целом пограничная интеллектуальная недостаточность является **одной из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста**. Чаще она выявляется с началом обучения ребенка в подготовительной группе детского сада или школе; пик ее выявляемости приходится на младший школьный возраст (7-10 лет), что связано с большей диагностической возможностью в этот возрастной период.

Составной частью более широкого понятия - «пограничная интеллектуальная недостаточность» - являются психические состояния, относимые к задержкам психического развития, задержке темпа психического развития (ЗПР).

Этиология пограничных форм интеллектуальной недостаточности многозначна. С одной стороны, в генезе их могут играть роль различные биологические факторы, в том числе интоксикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы и т.п., которые ведут к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывают легкие церебральные органические повреждения. С другой стороны, играют роль социальные факторы, включая неблагоприятные условия воспитания, дефицит информации и т.п. Большему выявлению пограничных состояний интеллектуальной недостаточности способствует рост требований, предъявляемых обществом к личности ребенка и подростка (усложнение школьных программ, более ранние сроки начала обучения и т.п.).

Единых принципов систематики пограничных форм интеллектуальной недостаточности в настоящее время не существует. Г.Е. Сухарева, исходя из этиопатогенетического принципа, выделяет следующие формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития:

- 1) 1) интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- 2) 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- 3) 3) нарушения при различных формах инфантилизма;
- 4) 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;
- 5) 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы.

М.С. Певзнер в группе детей с задержкой психического развития описывает разные варианты инфантилизма, интеллектуальные нарушения при церебрастенических состояниях, дефектах слуха, речи, отклонениях в характере и поведении.

К.С. Лебединской предложена клиническая систематика задержки психического развития по этиопатогенетическому принципу. Выделено 4 основных варианта ЗПР:

- 1) 1) конституционального,
- 2) 2) соматогенного,
- 3) 3) психогенного,
- 4) 4) церебрально-органического происхождения.

Эти варианты отличаются друг от друга особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии развития: типом инфантилизма и характером нейродинамических расстройств.

И. Ф. Марковская выделила два варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза, которые характеризуются соотношением черт органической незрелости и поврежденности центральной нервной системы. При первом варианте преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма. Энцефалопатическая симптоматика представлена негрубыми церебрастеническими и неврозоподобными расстройствами. Нарушения высших психических функций имеют динамический характер, обусловленный их недостаточной сформированностью и повышенной истощаемостью. При втором варианте в клинической картине доминируют черты поврежденности: стойкие энцефалопатические расстройства в

виде выраженных церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, субклинических эпилептиформных и апатико-астенических синдромов. Кортикальная патология также имеет более грубый характер: тяжелые нейродинамические расстройства, выраженная дефицитарность корковых функций.

На основе патогенетического принципа В. В. Ковалев все пограничные формы интеллектуальной недостаточности условно разделил на четыре группы:

- 1) 1) дизонтогенетические формы, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного психического развития ребенка;
- 2) 2) энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
- 3) 3) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств (слуха, зрения) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации;
- 4) 4) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства («социо-культуральная умственная отсталость» по терминологии, принятой Американской ассоциацией по проблеме умственной неполноценности).

Хотя в каждой из названных групп ведущая роль в патогенезе отводится какому-либо одному фактору, в происхождении интеллектуальной недостаточности обычно участвуют и другие патогенетические факторы. Внутри основных четырех групп выделяются варианты на основе клинико-психопатологического критерия.

Классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности (В. В. Ковалев, 1973)

I. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности.

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях

психического инфантилизма:

- а) при простом психическом инфантилизме;
- б) при осложненном психическом инфантилизме:
 - при сочетании психического инфантилизма с психоорганическим синдромом (органический инфантилизм по Г.Е. Сухаревой);
 - при сочетании психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;
 - при сочетании психического инфантилизма с невропатическими состояниями;
 - при сочетании психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в

развитии отдельных компонентов психической деятельности:

- а) при задержках развития речи;
- б) при отставании развития так называемых школьных навыков (чтения, письма, счета);
- в) при отставании развития психомоторики.

3. Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант синдрома раннего детского аутизма).

II. Энцефалопатические формы.

1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития

- школьных навыков.
2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций.
 3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах.
 4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии).

III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств.

1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте или тугоухости.
2. Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве.

IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность).

В развитие классификации В. В. Ковалева приведем данные Шалимова В. Ф. и Новиковой Г. Р., полученные в результате клинико-нейропсихологических исследования пограничных психических расстройств у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Авторы характеризуют пограничные формы интеллектуальной недостаточности, исходя из соотношения двух критериев: особенности психопатологической картины психического состояния детей и степени возрастной сформированности высших психических функций (ВПФ). На этом основании выделены 4 группы системных психических нарушений, определяющих пограничные формы интеллектуальной недостаточности:

1 группа: несформированная по возрасту эмоционально-волевая сфера, сочетающаяся с явлениями личностной и психической незрелости. Состояние высших психических функций соответствует возрастной норме.

2 группа: нарушения невротического круга, сочетающиеся с несформированными по возрасту отдельными системами высших психических функций.

3 группа: последствия церебрально-органической недостаточности с психопатологическими расстройствами психоорганического уровня, сочетающиеся с системными нарушениями высших психических функций в форме их "выпадения".

4 группа: психосоциальные нарушения в виде депривационных расстройств (задержанное или дисгармоническое развитие с патохарактерологическими реакциями) при сформированных по возрасту высших психических функциях.

Выделение степени сформированности по возрасту высших психических функций в качестве одного из ведущих механизмов пограничной интеллектуальной недостаточности дает возможность, во-первых, клинической оценки разной степени пограничной интеллектуальной недостаточности, в том числе и легких форм, в основе которых лежит гетерохрония морфофункционального созревания мозга. Во-вторых, - выделения ведущего фактора, определяющего как нарушение высших корковых функций, так и возрастную несформированность отдельных системных ВПФ (чтения, письма, моторики и т. д.) или, пользуясь терминологией В. В. Ковалева, «отдельных компонентов психической деятельности».

Описаны два ведущих симптомокомплекса нейропсихологических показателей, которые обуславливают пограничную интеллектуальную недостаточность. Первый симптомокомплекс характеризуется отсутствием первичных (структурных) нарушений ВПФ и задержкой формирования по возрасту нового уровня их функциональной организации, отражающего переход с одного

этапа онтогенеза на другой. Второй симптомокомплекс включает группу нарушений высших психических функций, соответствующих базовым нейропсихологическим синдромам.

Так, для детей 6-7 лет первый симптомокомплекс отражает задержку формирования нового уровня функциональной организации ВПФ на основе высокоопосредованных форм регуляции психической деятельности (преобразование внешней деятельности в структуру умственного плана сознания). Задержка перестройки внутрисистемных отношений и развития новой иерархической организации психических процессов у детей этого возраста связана с гетерохронией (неравномерностью) созревания фронтальных отделов лобных долей, заднелобных отделов, зоны ТРО (теменно-височно-затылочной), внеслуховых корковых зон левой височной извилины, а так же с несформированностью суб- или транскортикальных связей отдельных структур головного мозга с фронтальными лобными структурами.

Определяющими признаками первого симптомокомплекса для детей 6-7 лет являются: деавтоматизация динамической и пространственной основы предметных действий; сужение объема оперативной слухоречевой памяти; истощение, схематичность образов-представлений, замена их образами непосредственно воспринимаемых предметов; несформированность ориентировочно-исследовательской деятельности в звене контроля и программирования при решении мыслительных задач.

Второй симптомокомплекс у детей в возрасте 6-7 лет включает группу нарушений высших психических функций, соответствующих базовым нейропсихологическим синдромам: лобному (префронтальные конвекситальные отделы) и височно-затылочному (средние отделы височной области коры левого полушария и передняя часть 19 поля).

Классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности по Ковалеву В. В. взята за основу клинической характеристики дифференцированных форм интеллектуальных нарушений.

5.2. Клиника интеллектуальной недостаточности при неосложненном психическом инфантилизме.

Наиболее изучена клинико-психопатологическая характеристика простого (неосложненно-го) психического инфантилизма (по В. В. Ковалеву), к которому относится также выделенный Г. Е. Сухаревой гармонический инфантилизм. При этой форме психическая незрелость охватывает все сферы деятельности ребенка, в том числе и интеллектуальную, однако преобладают проявления эмоционально-волевой незрелости (без дополнительных, осложняющих психопатологических синдромов). Это выражается в свойственных детям более младшего возраста повышенной эмоциональной живости, неустойчивости, непосредственности, беспечности, беззаботности, преобладании мотива получения непосредственного удовольствия, чрезмерной доверчивости и внушаемости. Эти дети неутомимы в игре, им свойственны живость воображения, выдумка, фантазия, жизнерадостность. В интеллектуальной деятельности также преобладает влияние эмоций, слабо развиты собственно интеллектуальные интересы, в то время как игровые продолжают преобладать и в школьном возрасте. Активное внимание характеризуется повышенной неустойчивостью, истощаемостью и пресыщаемостью, дети не способны к занятиям, требующим волевого усилия, не могут организовать свою деятельность, подчинить ее требованиям школы, коллектива. Все это создает феномен «школьной незрелости», выявляющейся с началом школьного обучения.

По мнению В. В. Ковалева, хотя у большинства детей интеллектуальная недостаточность имеет вторичный характер, определяемый главным образом отставанием в созревании компонентов формирующейся личности, особенности их мышления сближаются с особенностями мышления детей, страдающих олигофренией. К их числу относятся преобладание конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим, склонность к подражательному виду деятельности при выполнении интеллектуальных заданий (Т. В. Егорова Т.В., З. И. Калмыкова), недостаточная целенаправленность психической деятельности, слабость логической памяти (Н. А. Менчинская, Н. Г. Лутонян, Н. Г. Поддубная).

Вместе с тем структура и динамика интеллектуальной недостаточности отличаются от таковых при ядерной умственной отсталости. Экспериментально-психологическое исследование (А. Я.

Иванова, В. И. Лубовский и др.) позволяет выявить у детей этой группы более широкую и относительно сохранную зону ближайшего развития. Их потенциальные интеллектуальные возможности, уровень абстрактно-логического мышления превышают таковые у умственно отсталых детей. Им доступна способность к использованию помощи и к переносу усвоенного на новый материал. Продуктивность в самостоятельных видах деятельности у них более высокая.

В соматическом статусе детей с психическим инфантилизмом обнаруживаются признаки незрелости, задержка в росте, грациальное телосложение, свойственное детям более младшего возраста. В то же время отсутствуют черты грубой диспластичности, аномалии развития отдельных систем и органов, столь характерных для детей-олигофренов.

Динамика описываемых состояний благоприятная (И. А. Юркова, Г. Е. Сухарева, А. Г. Асафова, М. Г. Рейдбойм). С возрастом, особенно при правильно организованном воспитании и обучении, проявления психического инфантилизма могут сглаживаться иногда вплоть до полного исчезновения, а интеллектуальная недостаточность – компенсироваться. Наиболее заметные положительные сдвиги выявляются в основном к 10-летнему возрасту, когда наступает компенсация пограничной интеллектуальной недостаточности и личностных нарушений, а в связи с этим и школьной неуспеваемости (И. Л. Крыжановская). Выраженная тенденция к сглаживанию и обратимости позволяет говорить о «задержке психического развития» (Г. Е. Сухарева, М. С. Певзнер, К. С. Лебединская).

Клиника интеллектуальной недостаточности при осложненном психическом инфантилизме.

При осложненном психическом инфантилизме, который встречается значительно чаще, чем неосложненный, **в клинической картине имеет место сочетание психического инфантилизма с другими психопатологическими проявлениями.** В этой группе можно выделить несколько вариантов. Наиболее труден для дифференцировки первый вариант – «органический инфантилизм», описанный отечественными психиатрами (М. О. Гуревич, И. А. Юркова, Г. Е. Сухарева, С. С. Мнухин, К. С. Лебединская и др.).

При органическом инфантилизме психический инфантилизм сочетается с психоорганическим синдромом. Этот вид инфантилизма чаще всего возникает в связи с последствиями ранних органических повреждений головного мозга разного генеза. В связи с этим он представляет промежуточную форму патологии между дизонтогенетическими и энцефалопатическими вариантами пограничной интеллектуальной недостаточности (В. В. Ковалев).

В отличие от простого инфантилизма, в клинической картине органического инфантилизма у детей отсутствует эмоциональная живость, яркость эмоций. Они скорее эйфоричны, благодушны, расторможены; иногда встречаются и элементы психопатоподобного поведения. Игры детей более бедны, однообразны, лишены воображения, творчества. Привязанности и эмоциональные проявления менее глубоки и дифференцированы. Отмечаются низкий уровень притязаний, малая заинтересованность в оценке действий, грубая внушаемость с элементами не критичности. В отличие от детей с неосложненным инфантилизмом у них чаще встречаются отдельные дисплазии органов и систем.

При психологическом исследовании у таких детей обнаруживается конкретность мышления и менее выраженная способность к использованию помощи. Интеллектуальная деятельность их характеризуется инертностью, тугоподвижностью, плохой переключаемостью, нередко персеверативностью мыслительных процессов, недостаточностью высших корковых функций. В выраженных случаях дифференциальный диагноз с олигофренией бывает затруднен. Решающее значение при этом имеет структура интеллектуальных нарушений. При органическом инфантилизме преобладают недостаточность эмоционально-волевой сферы и нарушения так называемых предпосылок интеллекта (внимания, памяти, психической работоспособности), в то время как собственно интеллектуальная недостаточность у них хотя и имеется, но не является ведущей в клинической картине.

Исходя из особенностей эмоционально-волевой сферы, выделяются два варианта органического инфантилизма: неустойчивый и тормозимый (К. С. Лебединская). Первый характеризуется психомоторной расторможенностью, преобладанием эйфорического фона настроения, импульсивностью, что создает внешнее впечатление детской жизнерадостности и непосредственности. Второму варианту свойственны тормозимость, пониженная инициативность, нерешительность, боязливость, преобладание сниженного фона настроения.

Динамика органического инфантилизма менее благоприятна (И. А. Юркова, Е. Н. Исаева, Е. Н. Самодумская, И. Л. Крыжановская). У детей этой группы с возрастом более отчетливо становится интеллектуальная недостаточность, выступающая на первый план, что ведет к нарастанию школьной неуспеваемости при обучении в массовой школе. У части детей усиливается психопатоподобные нарушения поведения, связанные с повышенной аффективной возбудимостью, агрессивностью, колебаниями настроения, патологией влечений. Не все дети удерживаются в массовой школе. Они нуждаются в специальных условиях обучения.

К вариантам осложненного инфантилизма относится довольно распространенный церебрастенический вариант (В. В. Ковалев). При этом варианте психический инфантилизм сочетается с церебрастеническим синдромом, который проявляется симптомами раздражительной слабости: повышенной возбудимостью в сочетании с истощаемостью, выраженной неустойчивостью внимания, капризностью, двигательной расторможенностью и разнообразными соматовегетативными нарушениями (расстройства сна, аппетита, вазовегетативные проявления). Признаки собственно инфантилизма имеют менее яркий характер по сравнению с простым психическим инфантилизмом; часто встречаются черты повышенной тормозимости в незнакомой обстановке.

Динамика данного вида патологии относительно благоприятна. У большинства детей этой группы в среднем к 10 годам, как и при простом инфантилизме, проявления психической незрелости и церебрастенические нарушения значительно сглаживаются или полностью исчезают, ликвидируется школьная неуспеваемость (И. Л. Крыжановская). Отдаленный катамнез таких детей показывает, что в части наблюдений формируется астенические черты личности в рамках акцентуаций характера или психопатий астенического круга (М. И. Буянов).

Близок к церебрастеническому невропатический вариант инфантилизма (В. В. Ковалев), при котором психический инфантилизм сочетается с проявлением синдрома невропатии. В структуре личности детей с этим вариантом наряду с эмоционально-волевой незрелостью также выражены астенические радикалы, свойственные невропатии, - повышенная тормозимость, робость, пугливость, впечатлительность, несамостоятельность, чрезмерная привязанность к матери, неумение постоять за себя, трудности адаптации в условиях детских учреждений. Кроме того, отмечаются нарушения соматовегетативной регуляции.

Изучение катамнеза таких детей (М. И. Буянов, М. Г. Рейдибойм) показывает, что при неблагоприятных условиях воспитания и обучения при невропатическом инфантилизме обнаруживается тенденция к закреплению астенических черт характера либо в рамках тормозимого варианта патохарактерологического формирования личности, либо в плане становления астенической психопатии. Интеллектуальные нарушения и школьная неуспеваемость при этом имеют тенденцию к компенсации (И. Л. Крыжановская).

При эндокринных вариантах психического инфантилизма клиническая картина определяется сочетанием черт инфантилизма с особенностями психики, типичными для того или иного эндокринного психосиндрома (М. Bleuler). Так, например, для детей с гипогенитализмом характерны черты инфантилизма в сочетании с вялостью, безынициативностью, медлительностью, несобранностью, рассеянностью, слабостью волевых усилий, неумением постоять за себя, эмоциональной лабильностью, а также моторная недостаточность, неуклюжесть на фоне характерных особенностей соматического статуса (М. Я. Серейский, Е. Н. Крылова, К. С. Лебединская). При гипофизарном субанизме наблюдаются черты старообразности в физическом и психическом облике ребенка, склонность к поучениям и пр. Школьная неуспеваемость у этих детей является следствием слабости волевого усилия, малой активности, медлительности, расстройства внимания, логической памяти, невысокого уровня развития способности к абстрактно-логическому мышлению.

Психические особенности при эндокринных вариантах психического инфантилизма в значительном числе наблюдений отличаются стойкостью (Е. И. Исаева, М. Г. Рейдибойм), хотя возрастная динамика психического инфантилизма при гипогенитализме оказывается в ряде случаев более благоприятной (Г. Е. Сухарева). Нарушения интеллектуальной деятельности и предпосылок к ней при гипогенитализме остаются в школьном возрасте стойкими (И. Л. Крыжановская).

Клиника интеллектуальных нарушений при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности.

В этой группе интеллектуальная недостаточность неразрывно связана с парциальным нарушением темпа созревания отдельных нейрофизиологических систем: мозговых механизмов речи, психомоторики, механизмов, определяющих выработку так называемых школьных навыков (чтение, письмо, счет). Запоздывают в своем созревании чаще всего функции или их компоненты, которые в процессе онтогенеза возникают в более позднем периоде и формирование которых находится в тесной зависимости от воспитания и обучения. При этом в структуре психического дефекта основное место занимает недостаточность тех сторон познавательной деятельности, которые тесно связаны с задержанными в своем созревании функциями.

При парциальных задержках речевого развития, в отличие от общих форм речевого недоразвития (алалии), не сформированными в нормальные возрастные сроки оказываются отдельные компоненты речевой функции, такие, например, как фонематический синтез и анализ (способность воспринимать и четко дифференцировать звуки слышимой речи и использовать ее в собственной речи, а также при письме и чтении). Даже при легком недоразвитии этой функции могут возникать серьезные затруднения при овладении грамотой. У таких детей отмечаются нарушения различения близких фонем, звонких и глухих согласных (б-п, д-т, г-к), свистящих и шипящих (с-з, ж-ш), ошибки при сочетании нескольких согласных. При нарушении фонематической стороны речи возникают затруднения в понимании речи окружающих, невозможность чтения и письма или ошибки при чтении и особенно при письме под диктовку. В то же время успеваемость по другим предметам, в том числе и по математике, удовлетворительная, достаточен уровень обобщения, часто сохраняемая работоспособность. Вместе с тем у детей обнаруживаются снижение или отсутствие интереса к изучению родного языка, нежелание читать, пересказывать. У этих детей больше страдает вербальное мышление, тогда как с заданиями, связанными с предметно-практической и манипуляторной деятельностью, они успешно справляются (Е. М. Мастюкова).

В других случаях может быть задержка формирования звукопроизводительной стороны речи при сохранности физического и фонематического слуха, а также при отсутствии артикуляторных расстройств. При этом речь идет о задержке формирования речевого праксиса – функции, тесно связанной с нарушением созревания теменных и премоторных отделов коры доминантного полушария. В устной речи у таких детей наблюдаются нечеткость произношения, смешение звуков, близких по способу произнесения, но разных по месту артикуляции. Нечеткость произношения у них связана с недостаточностью кинестетических ощущений. При формировании письма и чтения у таких детей резко выражено проговаривание вслух, которое позволяет им как бы улучшить кинестетический компонент, который у них является дефектным.

У некоторых детей могут наблюдаться парциальные расстройства навыков письма, чтения и счета. Эти расстройства возникают в процессе обучения и могут быть связаны с запоздыванием созревания и функциональной слабостью соответствующих корковых механизмов. Нарушения счета, напоминающие акалькулию у взрослых, относительно редко наблюдаются у детей в изолированном виде, имеют негрубый характер и подвергаются коррекции в процессе специальных занятий. Они проявляются в неузнавании или смешении отдельных цифр, плохой дифференцировке арифметических знаков, замедленном усвоении числа и его разрядного строения при удовлетворительной способности к логическому мышлению.

В школьном возрасте могут встречаться симптомы парциального моторного инфантилизма, описанные под разными названиями: «моторная дебильность» Дюпре, «моторный инфантилизм» Гомбургера. Особенности задержанного моторного развития, обусловленные незрелостью пира-

мидных и лобных систем мозга, описывали М.О. Гуревич, Н. И. Озерецкий, Н. П. Вайзман. При задержанном моторном развитии у детей преобладают избыточность движений, непринужденность изобразительной и игровой моторики. В школе такой ребенок непоседлив, плохо сосредотачивается, может вставать и ходить во время урока, чрезмерно подвижен по время перемен. При этом обнаруживается недостаточность корковой моторики при целенаправленных видах деятельности: плохая координированность движений, неспособность к тонким, изолированным двигательным актам, затруднения в выполнении комбинированных движений, ослабленная способность воспринимать и воспроизводить ритмы, нарушения пространственной организации движений.

Указанные расстройства моторики могут лежать в основе замедленного и неполноценного формирования социальных и учебных навыков и обуславливать школьную неуспеваемость. Дети испытывают затруднения в овладении навыками самообслуживания, долго не могут обучиться навыку письма, почерк отличается некоординированностью, неравномерностью, неправильной пространственной ориентацией отдельных букв, пишут медленно. Значительные затруднения возникают у них в процессе рисования, лепки, вырезания и других видах деятельности, требующих ручной умелости, четкости, тонкости и дифференцированности движений. На уроках физкультуры детям также свойственны неловкость, медлительность или суетливость, они испытывают затруднения в исполнении более сложных упражнений, особенно по словесной инструкции. При относительно сохранном интеллекте и его предпосылках такие дети могут стать неуспевающими учениками из-за расторможенности, неусидчивости, суетливости или медлительности, неспособности овладеть необходимыми школьными навыками.

Клиника интеллектуальных нарушений при церебрастеническом и психоорганическом синдромах.

Интеллектуальная недостаточность в данной группе связана главным образом с нарушениями интеллектуальной деятельности и предпосылок интеллекта, обусловленными остаточными явлениями органического поражения головного мозга вследствие перенесенных мозговых инфекций, травм, интоксикаций. В отличие от более грубых и менее обратимых расстройств при органических деменциях описываемые в данной группе состояния чаще имеют функционально-динамический, более или менее обратимый характер, что позволяет включить их в группу пограничных форм интеллектуальной недостаточности.

При церебрастенических состояниях на первый план выступают повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках, особенно в младшем школьном возрасте, когда ребенку предъявляют не только повышенные, но и новые требования. Интеллектуальная недостаточность при этом определяется неравномерной, колеблющейся работоспособностью, замедленным темпом психической деятельности, низкой продуктивностью, нарушениями внимания и памяти. Картина церебрастении может усложняться расстройством формирования высших корковых функций.

В этих случаях речь идет о тех вариантах церебрастении, которые С. С. Мнухин называет «резидуальной церебрастенией с нарушениями развития школьных навыков». В структуре церебрастенического синдрома у этих людей отмечаются затруднения в анализе и синтезе пространственных отношений (ориентировка в сторонах тела, конструирование пространственных фигур, складывание разрезных картинок); нарушения праксиса, которые проявляются в затруднениях при выполнении проб на воспроизведение и дифференцировку ритмов, в недостаточной автоматизации речевых рядов, неспособности быстро изучить алфавит. В период школьного обучения у детей долго не автоматизируются навыки чтения и письма. При письме под диктовку у таких детей наблюдаются дисграфические ошибки акустического и оптического характера (Ю. Г. Демьянов, Е. С. Иванов). Вместе с тем клинико-психологическое обследование, проводимое после отдыха и лечения, обнаруживает у этих детей хотя и невысокую, но достаточную способность к абстрактному мышлению.

При психоорганических синдромах наряду с явлениями церебрастении могут наблюдаться другие психопатологические синдромы и симптомы, характерные для резидуальной стадии органического поражения мозга.

У части детей с психоорганическим синдромом на первый план выступают апатические расстройства, которые характеризуются явлениями вялости, замедленности, монотонности и слабости побуждений. Интеллектуальная деятельность в таких случаях значительно нарушена. При выполнении трудных заданий, связанных с интеллектуальным напряжением и концентрацией внимания, нарастают симптомы вялости, усиливается замедленность и инертность, появляется склонность к персеверациям. Поведение этих детей вне школы характеризуется пассивностью, безынициативностью, хотя у части их медлительность, инертность в интеллектуальных видах деятельности сосуществуют с двигательной расторможенностью в играх и спонтанном поведении. Работы нейропсихологов (А. Р. Лурия) говорят о связи апатической формы психоорганического синдрома с преимущественным поражением конвекситальной коры лобной доли доминантного полушария большого мозга.

У части детей с психоорганическим синдромом на первый план выступают симптомы психомоторной расторможенности и нарушения целенаправленной деятельности. В период школьного обучения это проявляется недостаточной способностью к организованной деятельности. Интеллектуальная продуктивность при этом отличается неравномерностью, но она в меньшей степени обусловлена повышенной утомляемостью, истощаемостью, чем у детей с церебральной, а страдает вследствие сниженной критики, недостаточно развитых интеллектуальных интересов, чувства ответственности. Поведение характеризуется беспокойством, суетливостью, некритичностью, недостаточным чувством дистанции. Эмоциональные реакции этих детей менее дифференцированы и глубоки по сравнению как со здоровыми детьми, так и с детьми, у которых имеется психический инфантилизм. У некоторых детей на первый план выступают эйфорический фон настроения, импульсивность поведения, расторможенность низких влечений. Нейроморфологические и нейропсихологические исследования указывают на преимущественное поражение базальной (орбитальной) коры лобных долей полушарий большого мозга при эйфорических нарушениях в рамках психоорганического синдрома. Так же как у больных с церебральным синдромом, клиническая картина психоорганических синдромов может осложняться расстройствами высших корковых функций, вызванными последствиями раннего органического поражения головного мозга.

Динамика интеллектуальной недостаточности при церебральных и психоорганических синдромах различна, однако общим является их относительная обратимость в условиях специального обучения и воспитания и проведения соответствующих лечебных мероприятий, хотя при церебральных вариантах возможность достижения полной или относительно хорошей компенсации значительно выше.

При обучении этих детей в массовой школе, в которой условия обучения и воспитания не являются для них адекватными, результаты, полученные при катamnестическом обследовании, оказываются намного хуже: интеллектуальная деятельность не становится более продуктивной, дети остаются стойко неуспевающими (И. А. Юркова). В условиях массовой школы возрастная динамика интеллектуальных расстройств оказывается неблагоприятной у половины детей с церебральным синдромом и у преобладающего большинства детей с психоорганическими (особенно психопатоподобными) нарушениями (И. Л. Крыжановская, Ф. М. Гайдук). У некоторых детей наряду с сохранением интеллектуальной недостаточности наблюдается стойкость невротоподобных проявлений, а также нарастание психопатоподобных расстройств, на основе которых происходит формирование девиантных форм поведения.

Дифференциальный диагноз этих состояний с умственной отсталостью основывается на данных клинического и психологического исследований и динамического наблюдения. Основным диагностическим критерием является диссоциация между сравнительно грубо выраженными нарушениями деятельности и предпосылок интеллекта и относительной сохранностью собственно интеллектуальных возможностей. Уровень обобщения, абстрагирования, логических процессов, способность к использованию помощи и переносу усвоенных способов действия на новый материал у таких детей значительно выше, чем у детей-олигофренов. Кроме того, почти всегда обнаруживается тенденция к положительной динамике показателей интеллектуальной деятельности, особенно в специальных условиях.

Клиника интеллектуальных нарушений при детских церебральных параличах.

Мозговой органический дефект, составляющий основу детского церебрального паралича, возникает рано, в период незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психопатологических расстройств. В полиморфной картине последних значительное место занимают нарушения психического развития, в том числе его пограничные формы.

Диссоциация между относительно удовлетворительным уровнем развития абстрактного мышления и недоразвитием функций пространственного анализа и синтеза, праксиса, счетных способностей и других высших корковых функций определяет формирование интеллектуальной деятельности и развития школьных навыков (Е. Н. Кириченко, Е. М. Мастюкова, С. С. Калижнюк и др.). Особенностью недостаточности высших корковых функций является сочетание различных нарушений (чаще всего несформированностью праксиса и гнозиса). Нарушения пространственно-гнозиса проявляются в замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое (для выявления пространственных нарушений используют пробы Хеда, кубики Кооса, тесты «лицо», «нарисуй человека» и др., адаптированные для детей с церебральными параличами (С. С. Калижнюк). Характерно, что активное включение речевой инструкции облегчает выполнение задания (в отличие от выполнения задания по показу). Во время письма выявляются зеркальность, ошибки графического изображения букв, цифр и другие ошибки.

В тесной связи с нарушениями зрительно-пространственного синтеза находится недостаточность функции счета (как устного, так и на конкретном материале). Эти расстройства проявляются в замедленном усвоении понятия числа и его разрядного строения, замедленной автоматизации механического счета, неузнавании и смещении арифметических знаков и цифр при письме и чтении.

Особенностью процесса мышления является его диссоциация – более выраженная недостаточность наглядно-действенного мышления по сравнению с вербальным (Е. М. Мастюкова). Дети с церебральным параличом в большинстве случаев уже в подготовительном классе способны к элементарному абстрагированию и обобщению, справляются с простым вариантом классификации, проводят сравнения предметов по существенным признакам, могут составить рассказ по сериям сюжетных картинок, понять скрытый смысл простого рассказа (самостоятельно или с помощью, после первого объяснения).

Вместе с тем у детей с церебральным параличом выявляются специфические нарушения семантической стороны речи, недостаточное понимание логико-грамматических конструкций. Формирование понятийного мышления у этих детей отстает по сравнению со здоровыми детьми. Хотя формально они имеют достаточный словарный запас, у них отмечаются задержка формирования слова как понятия, ограниченное или искаженное понимание значения отдельных слов. Это связано с ограниченным практическим опытом детей и приводит к тому, что многие обобщающие понятия имеют заученный характер.

Кроме того, всем детям с церебральным параличом свойственны замедленность мышления, некоторая его инертность; в части наблюдений имеют место нарушения последовательности и целенаправленности мышления. Низкий уровень наглядно-действенного мышления часто наблюдается у детей со значительной недостаточностью сформированности пространственных представлений.

В результате динамического обследования (Е. М. Мастюкова) выяснилось, что наиболее обратимыми являются несформированность стереогноза и пространственных представлений, а наиболее стойкими – недостаточность праксиса и оптико-пространственного гнозиса (последняя недостаточность, как правило, коррелировала с тяжестью поражения двигательной системы в целом и особенно с недоразвитием зрительно-моторной координации). Следовательно, у детей с церебральным параличом наиболее задержаны в развитии высшие корковые функции, тесно связанные в своем формировании с двигательнo-кинестетическим анализатором.

В структуре интеллектуального дефекта корковые расстройства сочетаются с церебральными и психоорганическими симптомами.

Не менее важное значение в формировании своеобразных интеллектуальных нарушений приобретают неблагоприятные условия среды и воспитания, в которых проходит развитие ребенка с церебральным параличом (ограничение общения со здоровыми сверстниками, недостаточность игровой деятельности и подвижности, зависимость от взрослых).

В целом для прогноза заболевания имеют значение не только характер и тяжесть двигательных нарушений, но и уровень и характер как интеллектуального, так и эмоционального развития.

Клиника интеллектуальных нарушений при общем недоразвитии речи.

Одной из распространенных форм речевой патологии, которой, как правило, сопутствует интеллектуальная недостаточность, является «недоразвитие речи» (Р. Я. Левина), или «алалия» (Д. Ф. Фельдберг). Этими терминами обозначают отсутствие или врожденное недоразвитие всех сторон речи в связи с поражением мозговых механизмов в период, предшествующий ее появлению. В зарубежной литературе эти расстройства известны под названиями «врожденная афазия», «афазия развития», «конституциональная задержка развития речи».

Недоразвитие речи (алалия) чаще встречается в форме моторной алалии, при которой преобладает недоразвитие экспрессивной речи. Клиника и динамика имеют свои особенности на разных возрастных этапах.

В раннем детском возрасте наблюдается отсутствие лепета, запаздывание речевых реакций. Первые слова возникают лишь с 2-3 лет, а иногда позднее. Фразовая речь появляется к 5-6 годам и состоит из упрощенных предложений, включающих 2-3 слова. Обнаруживаются грубые расстройства всех сторон речи: фонематические, фонетические, лексические и грамматические нарушения (расстройства звукопроизношения, бедность словарного запаса, искажение структуры слова и грамматического оформления фразы и пр.). Важной особенностью речи этих детей является выраженный разрыв между импрессивной и экспрессивной сторонами речи: при понимании обиходных фраз ребенок почти не владеет самостоятельной речью. В дошкольном возрасте у детей обнаруживается определенная интеллектуальная продуктивность, которая диссоциируется с почти полным отсутствием речи.

В младшем школьном возрасте продолжают превалировать речевые расстройства, остается разрыв между импрессивной и экспрессивной речью. С началом обучения выявляются специфические расстройства чтения и письма, отражающие нарушения устной речи: дети медленно усваивают написание букв, плохо запоминают сходные по звучанию фонемы, затрудняются при написании окончаний, безударных гласных, слов со стечением согласных, в согласовании слов и написании предлогов.

Дальнейшая возрастная динамика речевого недоразвития характеризуется постепенным сглаживанием речевых расстройств, некоторым обогащением словарного запаса, уменьшением фонетических и грамматических ошибок в устной речи и письме. Однако и у учащихся старших классов специализированной школы еще остаются дефекты в произношении, грамматическом строе устной и письменной речи, в понимании и написании сложных логико-грамматических конструкций.

Дети с недоразвитием речи проявляют интерес к играм, неплохо ориентируются в быту, овладевают навыками самообслуживания. Их эмоции и привязанности достаточно дифференцированы.

Интеллектуальная недостаточность в дошкольном возрасте маскируется речевыми расстройствами, в школьном же возрасте она выступает достаточно отчетливо и выражается в бедном запасе сведений об окружающем, замедленном формировании понятий о форме и величине предметов, трудностях выполнения счетных операций, неспособности к пересказу прочитанного, непониманию скрытого смысла простых рассказов. У детей преобладает конкретно-образный тип

мышления, слабо выражена способность к речевым абстракциям. В школе они плохо успевают не только по русскому языку и чтению, но и по математике.

Интеллектуальная недостаточность проявляется также в инертности психических процессов, выраженной истощаемости и пресыщаемости, нарушениях активности и побуждений. Поведение характеризуется незрелостью, недостаточным пониманием социальных требований, повышенной тормозимостью при предъявлении речевых заданий.

Таким образом, детям с недоразвитием речи по типу алалии свойственна интеллектуальная недостаточность, которая, однако, отличается от дефекта при типичной умственной отсталости (олигофрении). Подтверждением этого является не только способность этих детей выполнять задание по конструктивной деятельности, образованию понятий в безречевых текстах, но и недоступный олигофренам содержательный характер тех видов деятельности, которые не требуют значительного участия речи (рисование, лепка, некоторые игры).

При наличии неплохого уровня практически-действенного и наглядно-образного мышления абстрактно-логический уровень мышления, неразрывно связанный с внутренней речью, оказывается недостаточным. При выполнении ряда заданий их словесная формулировка ухудшает результаты (Е. М. Мастюкова). Особенностью структуры дефекта является также его неравномерность, мозаичность. Значительное место в нем принадлежит общеорганическим психопатологическим проявлениям: нарушение темпа, направленности и переключаемости психических процессов, расстройствам активного внимания и памяти.

Таким образом, психический дефект при нерезко выраженном общем недоразвитии может рассматриваться как особый вид пограничной интеллектуальной недостаточности, в генезе которого, помимо раннего повреждения церебральных структур, важная роль принадлежит нарушению внутренней речи, а также фактору социальной депривации в связи с дефицитом речевого общения.

Клиника интеллектуальных нарушений при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости.

Исследования отечественных дефектологов и психиатров (Р. М. Боскис, Т. А. Власова, М. С. Певзнер, В. Ф. Матвеев, Л. М. Барденштейн и др.) свидетельствуют о том, что основными механизмами задержанного интеллектуального развития у детей с нарушениями слуха являются замедление и искажение формирования речи в первые годы жизни ребенка. Резкое снижение слуха в раннем детстве приводит к грубому недоразвитию речи. К значительным нарушениям речевого развития приводит и менее выраженная тугоухость. При этом степень и характер задержки речевого развития зависят не только от степени снижения слуха, но и от времени возникновения слухового дефекта (Р. М. Боскис и др.). Тугоухость, возникшая в период, когда речь у детей еще не сформирована, ведет к грубому ее недоразвитию – глухонемоте. Если речь уже сформирована и функционирует, то при возникновении тугоухости дальнейшее развитие речи будет продолжаться, но с характерными особенностями.

Речевые расстройства занимают ведущее место в клинической картине интеллектуальной недостаточности при глухоте и тугоухости и определяют характер процессов мышления этих детей. Имеется ряд характерных для тугоухости особенностей речи, в частности замедление темпа формирования речи в первые 3 года жизни. Отмечается недоразвитие фонетической стороны речи: смазанность произношения, смешение звонких и глухих звуков (нож – ноз, часы – сисы и т.п.), своеобразное татирование, т.е. замена многих звуков на звук «т» (собака - тобака); нечеткость произношения и опускание безударных окончаний и начала слов. При осложнении тугоухости нарушениями фонематического слуха могут иметь место ошибки на различение близких по звучанию фонем: б-п (гриб – грипп), т-д (том - дом) и пр. Ошибки в письме и при чтении повторяют ошибки устной речи. Весьма характерно своеобразие голоса и интонаций: приглушенность, хриплость, неестественные модуляции.

Особенностями речевого поведения тугоухих являются повышенное внимание к жестикуляции и мимике говорящего собеседника или учителя в связи со стремлением «считывать с губ» говорящего, а также замена речи или сопровождение ее обильной жестикуляцией и мимическими движениями.

Наблюдаются ограниченное понимание речи окружающих и читаемых текстов, бедность собственного словарного запаса, широкое использование обиходных выражений и житейских штампов.

Помимо речевых нарушений, в формировании интеллектуальной недостаточности при тугоухости имеют значение особенности абстрактно-познавательной деятельности. В. Ф. Матвеев, Л. М. Барденштейн описали особенности «вторичной парциальной задержки интеллектуального развития», этиологически связанной с глухотой и тугоухостью и ближайшим их следствием – отсутствием формирования речи в первые годы жизни ребенка. Они отметили задержку развития словесно-логического мышления при сохранности конкретных форм мышления.

Дети с нарушением слуха проявляют достаточную способность к выполнению довольно сложных конструктивных заданий (кубики Кооса, создание по образцам моделей из конструктора, рисование, лепка и др.), что значительно отличает их от детей-олигофренов, изобразительная конструктивная деятельность которых намного беднее и в основном имеет подражательный характер. В то же время у детей с тугоухостью обнаруживается недостаточность тех видов интеллектуальной деятельности, которые тесно связаны с речью. Затруднения у них вызывают задания, требующие речевого оформления и речевого отчета. Нарушено выделение и закрепление отдельных свойств предметов, вследствие чего страдает формирование предметных представлений. Это в свою очередь приводит к тому, что ребенок не может свободно оперировать представлениями, возникают трудности в их актуализации (Т. В. Розанова). Предъявленные при психологическом исследовании задания на классификацию предметов, установление последовательности событий, выделение «четвертого лишнего», осмысление сюжетных картинок вызывают затруднения в речевом оформлении ответа, в то время как способ выполнения задания, понимание задачи, поставленной экспериментатором, свидетельствуют о достаточном уровне интеллектуального развития. Более богаты и содержательны по сравнению с таковыми у умственно отсталых детей игры и практические навыки. При неглубокой тугоухости поведение детей практически ничем не отличается от поведения и игр их здоровых сверстников.

Клиническая картина интеллектуальной недостаточности у глухих и тугоухих детей осложняется вследствие эмоционально-волевой незрелости, своеобразного психического инфантилизма, формирующегося в условиях сенсорной и социальной депривации, особенностей семейного воспитания и длительной психической травматизации.

Клиника интеллектуальных нарушений при слепоте и слабовидении, возникших в раннем детстве.

Исследования отечественных психиатров и дефектологов (Л. И. Солнцева, Г. В. Козловская, М. С. Певзнер и др.) подтверждают мнение старых авторов о том, что потенциальные возможности интеллектуальной деятельности в условиях недоразвития зрительной функции снижены. Они в значительной мере зависят от степени выраженности дефекта зрения. Так, на уровне слабовидения зрительное восприятие ограничивается замедленностью, узостью обзора, недостаточностью четкости и яркости, иногда искаженностью предметов. При этом сохраняются значительно большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем при слепоте (В. В. Лебединский). Характер и степень интеллектуальных расстройств, так же как при поражении слуха, зависят от времени возникновения дефекта зрения.

У слепых и слабовидящих детей задержка интеллектуального развития выражается в виде более позднего формирования первичного обобщения, дефицита информации, замедления развития познавательных процессов. Качественные особенности интеллектуальной недостаточности проявляются в особенности мышления, речи и других предпосылок интеллектуальной деятельности. У них обнаруживаются известная слабость абстрактного мышления и преобладание чувственно-образного способа суждений.

По сравнению со зрячими их представления и знания о предметах реального мира схематичны, скудны, не отражают полностью существенных признаков (Г. В. Козловская). Часто речь формируется с задержкой на 1-2 года. Вместе с тем сформировавшаяся речь нередко бывает более богатой по лексике, чем у зрячих сверстников. По структуре и интонациям она напоминает речь

взрослых. Отмечается склонность к рассуждательству, разрыв между относительно богатым словарем и фактическими знаниями ребенка. Слова часто не выражают истинного, конкретного их значения. Это, по-видимому, связано с особыми условиями формирования речи у детей с дефектами зрения – при преобладании слухового подражания в отрыве от непосредственного чувственного опыта. С этим связаны также такие особенности интеллекта, как формальность мышления, преобладание общих, неконкретных знаний, недостаточно адекватное использование понятий, словесных обозначений. Речевая функция отличается большой хрупкостью и истощаемостью. Изменение привычного стереотипа, например поступление в школу, часто вызывает нарушение ее в виде элективного мутизма или регресса (возвращение к этапу эгоцентрической речи, лепету и пр.).

У слабовидящих детей в период начала обучения могут возникать специфические затруднения в овладении навыками письма и чтения. Дети не всегда видят строку, путают сходные по начертанию буквы, что мешает овладению техникой чтения, пониманию содержания прочитанного. Смещение цифр по начертанию препятствует овладению процессами счета и решению задачи. В обычных условиях обучения эти дети не видят написанного на школьной доске, таблице, у них быстро наступают утомление и снижение работоспособности.

Слепота тормозит двигательную активность ребенка. Малоподвижность, вялость, медлительность и возникающие на этом фоне двигательные стереотипии являются характерными особенностями психомоторики детей с дефектом зрения. Задержка развития моторики и пространственных представлений обуславливает замедленное формирование навыков самообслуживания, которые часто оказываются несформированными к периоду школьного обучения. Позднее овладение практическими навыками связано также с условиями воспитания по типу гиперопеки.

Патопсихологическое исследование выявляет у этих детей такие особенности психической деятельности, как вязкость, обстоятельность мышления, склонность к детализации, инертность психических процессов, их замедленность, малую активность и повышенную истощаемость. Однако, несмотря на описанные нарушения психической деятельности, наблюдается неплохая «вработываемость» в процессе деятельности, которая значительно повышает общий итог выполнения заданий. В отличие от детей с нарушениями слуха у слепых и слабовидящих отмечается высокий уровень развития вербальной памяти, что имеет значение для компенсации нарушений функций зрения в процессе обучения.

Так же как у глухих и тугоухих детей, у слепых и слабовидящих наблюдается своеобразный парциальный инфантилизм: выраженная зависимость от матери, склонность к одиночеству, негативизму, боязнь всего нового. Возникающие в период начала школьного обучения у этих детей невротические расстройства относятся некоторыми авторами к «неврозам адаптации» и связываются с задержкой возрастного созревания, перегрузкой нервной системы раздражителями во время смены динамического стереотипа, изменениями функции общения, а также эмоциональной депривацией, которую испытывают дети при отрыве их от семьи (И. А. Мизрухин, Г. В. Козловская).

Возникновению интеллектуальной недостаточности при дефектах анализаторов и органов чувств способствует отсутствие своевременного и полноценного дефектолого-педагогического (сурдологического и тифлопедагогического) воздействия. В структуре интеллектуального дефекта у этих детей преобладает недостаточность тех функций, в развитии которых ощущениям и представлениям, связанным с дефектным анализатором, принадлежит важная или ведущая роль.

Клиника интеллектуальных нарушений при микросоциальной педагогической запущенности.

В отечественной литературе эта группа пограничной интеллектуальной недостаточности рассматривается в рамках сборной неклинической группы «педагогической запущенности» (Г. Е. Сухарева Г.Е.) или «микросоциально-педагогической запущенности» (В. В. Ковалев). В немецкой литературе она обозначается как просто «запущенность» (G. Nissen). К микросоциально-педагогической запущенности могут привести разные факторы. Среди них большое место занимают факторы воспитания ребенка в семьях умственно отсталых и примитивных родителей (С. Venda), воспитание в условиях «порочной эмоциональной ситуации» (фрустрации) (H. Stutte), в конфликтных семьях, где отсутствует один из родителей или создаются условия безнадзорности.

Микросоциально-педагогическая запущенность и нарушения школьной адаптации могут возникать у детей с потенциально сохранными интеллектуальными способностями, но с проявлениями патологии поведения как следствия конституциональных или приобретенных нарушений формирующейся личности и характера.

В. В. Ковалев считает, что в основе микросоциально-педагогической запущенности лежат социальная незрелость личности и недостаточность таких ее высших компонентов, как система социально обусловленных интересов, идеалов, нравственных установок.

Отсутствие или недостаточная сформированность интеллектуальных интересов, потребности в труде, недостаточность чувства долга, ответственности, незрелость и искаженное понимание нравственных обязанностей ведут к отклонениям в поведении и отказу от посещения школы, нежеланию учиться, стремлению к легкой жизни, непосредственному удовлетворению элементарных интересов, пренебрежению обязанностями.

Интеллектуальная недостаточность у этих детей и подростков проявляется в более или менее выраженном недостатке объема знаний, представлений, которые должны иметься у ребенка данного возраста, при наличии достаточной способности к обобщению и абстрагированию, умения использовать помощь в выполнении тех или иных заданий, хорошей ориентировке в повседневной житейской ситуации.

Структура интеллектуальной недостаточности при микросоциально-педагогической запущенности не ограничивается только недостатком объема знаний, но включает в себя относительно бедную, неразвитую речь, с преобладанием речевых штампов, бедность интеллектуальных интересов, недостаточность высших потребностей и установок личности.

Картина интеллектуальной недостаточности значительно усложняется и может приобретать патологический характер при сочетании микросоциально-педагогической запущенности с легкими проявлениями нарушения психического развития или негрубой резидуальной церебрально-органической недостаточностью. В этих случаях отграничение от ядерной умственной отсталости становится более сложным, хотя психопатологическая структура интеллектуальной недостаточности в описываемой группе значительно отличается от структуры интеллектуального дефекта при олигофрении. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации, обнаруживает особую зависимость от микросоциально-средовых факторов и выраженную тенденцию к сглаживанию, ликвидации интеллектуальных отклонений с возрастом. Данная группа интеллектуальной недостаточности может вести к нарушениям социальной адаптации, однако отечественные психиатры не склонны рассматривать ее как форму клинической патологии (Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев, С. С. Мнухин).

4. Практический раздел электронного учебно-методического комплекса «Клинические основы интеллектуальных нарушений»

4.1. Практические занятия

ЗАНЯТИЕ № 1

ТЕМА: Интеллект и его нарушения. Общая характеристика олигофрений

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить виды нарушения интеллекта, деменции. Научиться определять признаки олигофрении. Освоить динамику олигофрений. Познакомиться с основными диагностическими критериями умственной отсталости.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: устный опрос, дискуссия, тестирование.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Справочная литература

Сообщения по теме занятия «Интеллект и его нарушения»

Тесты

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ

Интеллект. Нарушения интеллекта. Понятие «умственной отсталости». Олигофрения. Деменция.

Признаки олигофрении: психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности; отсутствие прогрессивности. Динамика олигофрений. Основные диагностические критерии умственной отсталости. Количественная оценка интеллекта, интеллектуальный коэффициент. Степени умственной отсталости: лёгкая, средней тяжести, резко выраженная, глубокая. Эпидемиология.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Интеллект. Нарушения интеллекта. Понятие «умственной отсталости».
2. Олигофрения. Деменция.
3. Признаки олигофрении: психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности; отсутствие прогрессивности. Динамика олигофрений.
4. Основные диагностические критерии умственной отсталости. Количественная оценка интеллекта, интеллектуальный коэффициент.
5. Степени умственной отсталости: лёгкая, средней тяжести, резко выраженная, глубокая.
6. Эпидемиология.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Раскрыть содержание понятий: дизонтогенез; дизонтогения; асинхрония ; акселерация; гетерохрония; децелерация; недоразвитие; нарушение интеллектуального развития; ретардация; церебральная альтерация с использованием словаря [10].

2. Привести подобранные примеры для дифференциации понятий.

3. Обосновать различие между нарушениями интеллектуального развития и нарушениями интеллекта путём дискуссии в студенческой группе.

4. С помощью справочной литературы раскрыть содержание терминов: асинхрония развития, акселерация, децелерация, гетерохрония, ретардация, церебральная альтерация, недоразвитие, нарушение развития. Привести примеры для дифференциации этих терминов [6-10].

5. Объяснить, как вы понимаете высказывание Л.С.Выготского о том, что структура аномального развития сложна, что наличие дефекта какого-то одного анализатора или интеллектуального дефекта не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает целостная картина своеобразного развития.

ЗАНЯТИЕ № 2

ТЕМА: Этиология олигофрений

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Изучить группы этиологических факторов олигофрений в зависимости от времени воздействия: наследственные, в том числе связанные с повреждением генеративных клеток; внутриутробные, действующие на зародыш и плод; перинатальные и первых 3 лет внеутробной жизни.

Познакомиться с понятиями «дифференцированной» и «недифференцированной» олигофрении, научиться определять их признаки.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: устный опрос, дискуссия, тестирование.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Справочная литература

Сообщения по теме занятия «Группы этиологических факторов олигофрений»

Тесты

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ

Группы этиологических факторов олигофрений в зависимости от времени воздействия: наследственные, в том числе связанные с повреждением генеративных клеток; внутриутробные, действующие на зародыш и плод; перинатальные и первых 3 лет внеутробной жизни.

Понятия «дифференцированной» и «недифференцированной» олигофрении.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Группы этиологических факторов олигофрений в зависимости от времени воздействия
2. Наследственные факторы, в том числе связанные с повреждением генеративных клеток;
3. Внутриутробные факторы, действующие на зародыш и плод;
4. Перинатальные факторы и первых 3 лет внеутробной жизни.
5. «Дифференцированная» и «недифференцированная» олигофрении.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Дать определение понятиям: психофизический инфантилизм, гармонический психофизический инфантилизм, гармонический психический инфантилизм, церебрастенический синдром, астенический синдром, децелерация, церебральная альтерация, ретардация (задание выполняется письменно) [5-10].

2. Составить прогноз интеллектуального развития детей с ЗПР, относящихся к разным типам [2-4].

ЗАНЯТИЕ № 3

ТЕМА: Классификация олигофрений

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить классификацию олигофрений по выраженности слабоумия. Освоить классификация олигофрений по этиологическому признаку. Изучить этиологию торпидных (заторможенных) и эретичных (возбудимых) олигофренов. Познакомиться с олигофренией простой («истинной») и осложнённой.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: устный опрос, дискуссия, тестирование.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Справочная литература

Сообщения по теме занятия «Классификация олигофрений по выраженности слабоумия»

Тесты

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ

Классификация олигофрений по выраженности слабоумия. Классификация олигофрений по этиологическому признаку. Торпидные (заторможенные) и эретичные (возбудимые) олигофрены. Олигофрении простые («истинные») и осложнённые.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Классификация олигофрений по выраженности слабоумия.
2. Классификация олигофрений по этиологическому признаку.
3. Торпидные (заторможенные) и эретичные (возбудимые) олигофрены.
4. Олигофрении простые («истинные») и осложнённые.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Дать определение понятиям: торпидные (заторможенные) олигофрены, эретичные (возбудимые) олигофрены, олигофрения простая («истинная»), олигофрения осложнённая (задание выполняется письменно) [5-10].

2. Проанализировать клинический пример с целью квалификации интеллектуального дефекта: Лена Л., ученица 3-го класса массовой школы, была направлена на консультацию с жалобами на большие затруднения в обучении. Со слов матери, беременность этой девочкой протекала при плохом самочувствии, с наличием токсикоза и резко повышенного кровяного давления. Роды затяжные, с выдавливанием плода. Раннее развитие ребенка шло с задержкой ходьбы и речи. В дошкольном возрасте родные отметили, что девочка заметно отстает в развитии

по сравнению с другими детьми. Она не проявляла никакой любознательности, не задавала вопросов, не запоминала стихов, не интересовалась книгами, в игре была мало инициативна и зачастую не понимала игровой ситуации. Отставание в развитии особенно резко проявилось, когда девочка в возрасте 7 лет пошла в школу. Во 2-м классе девочка механически заучила некоторые приемы счета, таблицу умножения, но очень плохо справлялась с решением арифметических задач. В 3-м классе Лена, даже при большой помощи, которая ей оказывалась, справиться со школьными требованиями не могла [2].

ЗАНЯТИЕ № 4

ТЕМА: Клинические формы олигофрении по выраженности слабоумия

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Освоить классификацию олигофрений по выраженности слабоумия. Знать определения идиотии, имбецильности, дебильности. Уметь давать характеристику идиотии, имбецильности, дебильности. Освоить практические навыки работы с больными идиотией, имбецильностью, дебильностью.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: устный опрос, дискуссия, тестирование.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Справочная литература

Сообщения по теме занятия «Критерии оценки интеллекта»

Тесты

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ

Идиотия. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика идиотии. Формы идиотии. Имбецильность. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика имбецильности. Резко выраженная умственная отсталость и умственная отсталость средней тяжести. Дебильность. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика дебильности. Выявленная, средняя и лёгкая дебильность.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Идиотия. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика идиотии. Формы идиотии.
2. Имбецильность. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика имбецильности. Резко выраженная умственная отсталость и умственная отсталость средней тяжести.
3. Дебильность. Определение. Величина интеллектуального коэффициента. Характеристика дебильности. Выявленная, средняя и лёгкая дебильность.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Студенты дают определение понятиям: идиотия, имбецильность, дебильность [5-10].
2. Проанализировать клинический пример с целью квалификации интеллектуального дефекта: Мальчик В., 10 лет. Ребенок от второй беременности, к-рая протекала нормально. В раннем возрасте развивался нормально. В 7 лет заболел корью в тяжелой форме, сопровождавшейся нарушениями сознания, судорогами, рвотой, явлениями общего психомоторного возбуждения, выраженными менингеальными симптомами. Вскоре после выписки из больницы родители заметили ряд изменений состояния мальчика: появились беспокойный сон, сильная истощаемость, головные боли. Мальчик стал раздражительным, драчливым, непослушным. В школу пошел в 8 лет, интереса к занятиям не проявил, учебные навыки не приобрел. Резко ухудшилась память, не понимал сказок, рассказов, смысл которых ему был доступен до болезни. Школьную программу не усваивал. [2].

ТЕМА: Олигофрении, обусловленные наследственными факторами

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Уметь давать характеристику истинной микроцефалии; дизостотическим формам (синдром Крузона, синдром Апера и др.); ксеродермическим формам (синдром Рада); энзимопатическим формам, обусловленными нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм, синдром Марфана и др.). Освоить признаки болезни Лоуренса-Муна-Барде-Бидля и другие редких наследственных заболеваний. Различать олигофрении, обусловленные хромосомными абберациями (болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфелтера и др.); олигофрении, вызванные мутагенным поражением генеративных клеток родителей.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: устный опрос, дискуссия, тестирование.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Справочная литература

Сообщения по теме занятия «Болезнь Лоуренса-Муна-Барде-Бидля»

Тесты

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ

Истинная микроцефалия; дизостотические формы (синдром Крузона, синдром Апера и др.); ксеродермические формы (синдром Рада); энзимопатические формы, обусловленные нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм, синдром Марфана и др.); болезнь Лоуренса-Муна-Барде-Бидля и другие редкие наследственные заболевания; олигофрении, обусловленные хромосомными абберациями (болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфелтера и др.); олигофрении, вызванные мутагенным поражением генеративных клеток родителей.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Истинная микроцефалия;
2. Дизостотические формы (синдром Крузона, синдром Апера и др.); ксеродермические формы (синдром Рада); энзимопатические формы, обусловленные нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм, синдром Марфана и др.);
3. Болезнь Лоуренса-Муна-Барде-Бидля и другие редкие наследственные заболевания;
4. Олигофрении, обусловленные хромосомными абберациями (болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфелтера и др.);
5. Олигофрении, вызванные мутагенным поражением генеративных клеток родителей.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Дать определение понятиям: истинной микроцефалии; дизостотическим формам (синдром Крузона, синдром Апера и др.); ксеродермическим формам (синдром Рада); энзимопатическим формам, обусловленными нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена (фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм, синдром Марфана и др.). болезни Лоуренса-Муна-Барде-Бидля и другие редких наследственных заболеваний; олигофрении, обусловленные хромосомными абберациями (болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфелтера и др.); олигофрении, вызванные мутагенным поражением генеративных клеток родителей [5-10].

2. Проанализировать клинический пример с целью квалификации интеллектуального дефекта: мальчик К., 12 лет. Учится в 3-м классе школы 8-го вида. Ребенок от первой беременности, родился недоношенным. С самого раннего детства отмечается значительная

задержка в развитии. Первые слова стал говорить к трем годам. Всегда был двигательно беспокоен, криклив, плаксив. С детьми играть не умел. Обижал младших, отнимал у них игрушки. Импульсивен, груб, развязен. Учиться начал с 7 лет. За год обучения не овладел грамотой, другими школьными навыками. За время уроков ни минуты ни оставался спокоен, играл с разными предметами, гримасничал, расхаживал по классу, задевал соседей, выкрикивал. На перемене становился крайне расторможенным. Психологическое исследование выявило крайне ограниченный запас сведений. Знал всего лишь несколько букв, понятие о числе отсутствовало, часто соскальзывал с задания, легко отвлекался, реактивно реагировал на случайные раздражители [2].

ЗАНЯТИЕ № 6

ТЕМА: Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Уметь давать характеристику вирусным инфекциям (рубеолярная эмбриопатия). Освоить признаки врождённого сифилиса, токсоплазмоза, листериоза и других инфекций. Различать олигофрении, вызванные гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: устный опрос, дискуссия, тестирование.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Справочная литература

Сообщения по теме занятия «Рубеолярная эмбриопатия»

Тесты

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ

Вирусными инфекциями (рубеолярная эмбриопатия); врождённым сифилисом, токсоплазмозом, листериозом и другими инфекциями; гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Олигофрении, вызванные вирусными инфекциями (рубеолярная эмбриопатия).
2. Олигофрении, вызванные врождённым сифилисом, токсоплазмозом, листериозом и другими инфекциями.
3. Олигофрении, вызванные гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Дать определение понятиям: вирусные инфекции (рубеолярная эмбриопатия); врождённый сифилис, токсоплазмоз, листериоз [5-10].

2. Проанализировать клинический пример с целью квалификации интеллектуального дефекта: Мальчик А., 7 лет 6 мес. Поступил на консультацию из 1-го класса массовой школы. В жалобах отмечалось отсутствие интереса к школьным занятиям, значительные трудности в обучении, общее беспокойство и недисциплинированность. По сведениям, полученным от матери, известно, что мальчик родился недоношенным (7,5мес), вскармливался искусственно, в раннем возрасте перенес ветрянку, коклюш, у него был нарушен обмен веществ (диатез); было несколько задержано развитие моторики и речи.

В детском саду, куда Алеша пошел в 3,5 года, отмечалась его излишняя подвижность, многоречивость и повышенная склонность к фантазированию. Воспитатели детского сада считали мальчика достаточно развитым. Он хорошо запоминал стихи, понимал сказки, легко включался в игру. К этому времени у него уже не отмечалась имевшаяся раньше задержка в развитии моторики и речи, но все же Алеша неохотно и плохо выполнял задания, связанные с ручной умелостью. С момента организации занятий по подготовке к школе стали особенно заметны инфантильность мальчика и его затруднения в обучении.

С первых же дней в школе не понимал школьной ситуации, ходил во время урока, играл с учебными принадлежностями, задавал неуместные вопросы, к обучению интереса не проявлял, программный материал не усваивал. На перемене с удовольствием играл, в игре был активен, отдавал предпочтение шумным подвижным играм. По своему физическому развитию мальчик отставал от возрастных норм и был похож на дошкольника [2].

ЗАНЯТИЕ № 7

ТЕМА: Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3 лет внеутробной жизни

Продолжительность практического занятия - 2 академических часа.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Уметь давать характеристику олигофрениям, обусловленным иммунологической несовместимостью крови матери и плода; вызванным асфиксией плода и новорождённого, а также родовой травмой; вызванные перенесёнными в раннем детстве инфекциями и черепно-мозговыми травмами. Освоить признаки атипичных олигофрений, обусловленных врождённой гидроцефалией или краниостенозом, сочетающихся с детским церебральным параличом. Различать олигофрении, вызванные преимущественным недоразвитием отдельных систем головного мозга, тяжёлыми нарушениями сенсорных функций.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ: устный опрос, дискуссия, тестирование.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Справочная литература

Сообщения по теме занятия «Атипичные олигофрении»

Тесты

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ

Обусловленные иммунологической несовместимостью крови матери и плода; вызванные асфиксией плода и новорождённого, а также родовой травмой; вызванные перенесёнными в раннем детстве инфекциями и черепно-мозговыми травмами; атипичные олигофрении, обусловленные врождённой гидроцефалией или краниостенозом, сочетающиеся с детским церебральным параличом, преимущественным недоразвитием отдельных систем головного мозга, тяжёлыми нарушениями сенсорных функций.

ВОПРОСЫ ДЛЯ АУДИТОРНОГО КОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Олигофрении, обусловленные иммунологической несовместимостью крови матери и плода
2. Олигофрении, вызванные асфиксией плода и новорождённого, а также родовой травмой
3. Олигофрении, вызванные перенесёнными в раннем детстве инфекциями и черепно-мозговыми травмами
4. Атипичные олигофрении
5. Олигофрении, вызванные преимущественным недоразвитием отдельных систем головного мозга, тяжёлыми нарушениями сенсорных функций.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Дать определение понятиям: олигофрении, обусловленные иммунологической несовместимостью крови матери и плода; олигофрении, вызванные асфиксией плода и новорождённого, а также родовой травмой; олигофрении, вызванные перенесёнными в раннем детстве инфекциями и черепно-мозговыми травмами; атипичные олигофрении; олигофрении, вызванные преимущественным недоразвитием отдельных систем головного мозга, тяжёлыми нарушениями сенсорных функций [5-10].

2. Определить, чем обусловлены проблемы в обучении ребенка.

Серёжа Д. лет, ученик 2-го класса, был труден в обучении и поведении, не успевал по всем предметам, не включался в школьную жизнь, не ладил с детьми, был двигательно беспокоен, много и несвязно говорил, иногда на одну и ту же тему.

В анамнезе отмечалось, что ряд родственников по линии отца были людьми нервными, раздражительными с большими странностями в характере.

Сереза родился от 2-й беременности, роды в срок, без осложнений. До 6 лет психическое и физическое развитие протекало нормально. С 6 лет мальчик стал постепенно меняться. У него появилось двигательное беспокойство, повышенная раздражительность, речевое возбуждение. К 7 годам странности в поведении увеличились. Он не мог сосредоточиться на каком-либо занятии, быстро переходил от одного дела к другому. Когда ему читали рассказ, он нередко перебивал чтение фразой, не имеющей к рассказу никакого отношения. В школу Сереза пошел 8 лет, в обучении был непродуктивен.

При обследовании было установлено, что физическое развитие мальчика соответствует возрасту; со стороны нервной системы отклонений нет. Установить с ним контакт почти невозможно в силу расстройства внимания. При обследовании выявилась «разорванность» мышления. В его речь неожиданно вплетаются непонятные и не связанные между собой фразы: «Он далеко, если не сможет позвонить. Все равно я поеду. У меня Петькин ножик. Надо прыщик содрать....»

Сереза неэмоционален, часто стоит один и гримасничает [2].

5. БЛОК КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ЭЛЕКТРОННОГО УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ»

5.1. Тесты по дисциплине «Клинические основы интеллектуальных нарушений» для студентов ДО и ЗО

1. Клиника интеллектуальных нарушений — это:
 - а) научная дисциплина;
 - б) самостоятельная учебная дисциплина;
 - в) раздел психологии.
2. Медико-педагогический комплекс — блок учебных дисциплин:
 - а) медицинских и педагогических;
 - б) медицинских, педагогических, психологических;
 - в) общемедицинских, клинических, педагогических и психологических.
3. Базисная подготовка будущих специалистов в области специального образования включает в себя изучение:
 - а) всех дисциплин медико-педагогического комплекса;
 - б) общемедицинских и клинических дисциплин;
 - в) общепедагогических и общепсихологических дисциплин.
4. Интеллект (по Амасьянцу Р.А. и Амасьянцу Э.А.) - это:
 - а) основная форма познания человеком действительности;
 - б) интегральная деятельность высших психических функций в сочетании;
 - в) система живых и действующих операций.
5. Какая из трактовок интеллекта принадлежит Р. Стенбергу:
 - а) целенаправленное адаптационное поведение;
 - б) совокупность всех познавательных функций индивида;
 - в) проявление наследственности.
6. Гнозис — это:
 - а) высшая форма познавательной деятельности;
 - б) функция, обеспечивающая общение между людьми;
 - в) узнавание предметов через органы чувств и систему анализаторов;
7. Праксис — это:
 - а) целенаправленное действие, привычное движение;
 - б) мысленное установление явлений окружающего мира;
 - в) произвольный двигательный акт.
8. Энергетический блок — это:
 - а) блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации;
 - б) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности;
 - в) блок регуляции тонуса-активности человеческого мозга.
9. Активность познавательных процессов — это:
 - а) фактор интеллектуального развития;
 - б) одна из предпосылок интеллекта;
 - в) уровень интеллекта.
10. Нарушение адаптации (расстройство приспособительных реакции) — фактор риска нарушений интеллекта:
 - а) наследственный;
 - б) психосоциальный;
 - в) экзогенный.
11. Хромосомы — это:
 - а) совокупность всех признаков организма;
 - б) единицы наследственности;

- в) элементы клеточного ядра, содержащие гены.
12. В норме у человека насчитывается хромосом:
а) 48; б) 46; в) 44.
13. Мужчины имеют хромосомы:
а) «X» и «Y»; б) «X» и «X»; в) «Y» и «Y»,
14. Причинами развития алкогольного синдрома плода являются:
а) генетические расстройства;
б) хромосомные нарушения;
в) предшествующая интоксикация,
15. Экзогенный фактор риска это:
а) этиологический фактор, обусловленный неблагоприятной микросоциальной средой;
б) этиологический фактор, обусловленный предшествующей инфекцией, интоксикацией, травмой;
в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием,
16. Психосоциальный фактор риска - это:
а) этиологический фактор, обусловленный неблагоприятной микросоциальной средой;
б) этиологический фактор, обусловленный отягощенной наследственностью;
в) этиологический фактор, обусловленный психическим заболеванием.
17. Наследственный фактор риска это:
а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного воздействия;
б) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
в) этиологический фактор, обусловленный предшествующей инфекцией либо травмой.
18. Умственная отсталость как проявление:
а) разных наследственных болезней;
б) перенесенных инфекций в раннем возрасте;
в) токсического воздействия в постнатальном периоде.
19. Характерные особенности наследственных заболеваний:
а) проявления врожденных аномалий-
б) клиника интеллектуальных нарушений;
в) клинический полиморфизм и индивидуальное течение болезни.
20. Дизонтогенез - это:
а) нарушение индивидуального развития организма на каком-либо этапе онтогенеза;
б) патологический процесс с внутренними закономерностями;
в) нарушение единства биологического и социального в процессе формирования личности.
21. Ретардация - это:
а) искаженное и дисгармоничное психическое развитие;
б) поврежденное и дефицитное психическое развитие;
в) запаздывание или приостановка психического развития.
22. В 10-й международной классификации болезней используется термин:
а) болезнь;
б) расстройство;
в) заболевание.
23. Интеллектуальный коэффициент - это:
а) показатель имеющихся знаний;
б) количественный показатель интеллектуального развития;
в) оценка навыков и умений, полученных в процессе учебы.
24. Умственная отсталость - это:
а) временное ослабление интеллекта;
б) приобретенное слабоумие;
в) врожденное слабоумие.
25. Степени умственной отсталости – это
а) характеристика типа интеллектуального недоразвития;

- б) показатель выраженности врожденного слабоумия: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость;
- в) показатель фактора риска развития умственной отсталости.
26. Деменция - это:
- а) нарушение психических свойств личности;
- б) приобретенное слабоумие;
- в) тяжелое нарушение памяти.
27. Синдром Дауна - это:
- а) патологический синдром, обусловленный предшествующей инфекцией;
- б) патологический синдром, обусловленный асфиксией плода;
- в) патологический синдром, обусловленный хромосомными нарушениями.
28. Детский церебральный паралич -это:
- а) заболевание, обусловленное генными мутациями;
- б) заболевание, обусловленное механической травмой головки плода при родах;
- в) заболевание, обусловленное инфекцией, перенесенной в постнатальном периоде.
29. Аментивный синдром - это:
- а) одно из проявлений приобретенного слабоумия;
- б) одно из проявлений врожденного слабоумия;
- в) одно из проявлений помрачнения сознания.
30. Общим клиническим проявлением для различных форм умственной отсталости является:
- а) парциальное недоразвитие психики*
- б) недоразвитие лимбической системы мозга;
- в) тотальное недоразвитие психики.'
31. Интеллектуальная недостаточность при умственной отсталости проявляется в виде:
- а) недостаточности мыслительной деятельности; '
- б) недостаточности всех психических процессов;
- в) недостаточности всех психических процессов и моторной активности.
32. Динамика клиники умственной отсталости зависит от степени возрастного созревания:
- а) коры головного мозга;
- б) всех отделов головного мозга;
- в) центральной нервной системы.
33. В основе структуры психического дефекта лежит:
- а) недостаточность высших форм познавательной деятельности;
- б) несформированность психических свойств личности;
- в) функциональная недостаточность, обусловленная психотравмой.
34. Клиническая структура деменции включает в себя:
- а) нарушение интеллектуальной деятельности;
- б) патологическое изменение личности;
- в) нарушение интеллектуальной деятельности и патологическое изменение личности.
35. Маразм - это:
- а) стационарное слабоумие;
- б) состояние распада психической " деятельности;
- в) состояние распада психической деятельности в сочетании с физической истощаемостью.
36. Виды деменции:
- а) дебильность, имбецильность, идиотия;
- б) тотальная деменция, парциальная деменция;
- в) промежуточная деменция, постоянная деменция.
37. При умственной отсталости легкой степени:
- а) сохраняется способность к освоению общеобразовательных программ;
- б) сохраняется способность к освоению специальных программ;
- в) не сохраняется способность к освоению никаких программ.
38. Для умственной отсталости тяжелой степени характерны:
- а) видимые интеллектуальные нарушения и выраженная моторная недостаточность;

- б) низкий уровень интеллекта и низкий уровень сенсомоторики;
в) весьма низкий уровень интеллекта и минимальный уровень сенсомоторики.
39. Задержка психического развития в соответствии с МКБ-10 - это:
а) синдром неврологического, психического или соматического заболевания;
б) самостоятельная нозологическая форма;
в) составная часть понятия пограничная интеллектуальная недостаточность.
40. Варианты задержки психического развития по К.С. Лебединской:
а) психогенного, соматогенного и церебрально-органического происхождения;
б) конституционального, соматогенного и церебрально-органического происхождения;
в) конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения.
41. Гармонический инфантилизм - это:
а) стойкое нарушение развития мозговых структур;
б) незрелость всех сфер деятельности ребенка, включая и интеллектуальную без психоорганических проявлений;
в) патологическое развитие личности по невротическому типу.
42. Дисгармонический инфантилизм - это:
а) сочетание гармонического инфантилизма с проявлениями органического поражения нервной системы;
б) явление органического поражения нервной системы;
в) сочетание гармонического инфантилизма с проявлениями функциональных расстройств нервной системы.
43. Особенности задержки психического развития:
а) парциальность, необратимость, стойкость;
б) парциальность, обратимость, стойкость;
в) тотальность, необратимость, стойкость.
44. Задержка психического развития:
а) обусловлена патологической наследственностью;
б) не обусловлена патологической наследственностью;
в) обусловлена генными или хромосомными мутациями.
45. Патологическое развитие личности при ЗПР обусловлено:
а) соматогенной астенией;
б) воздействием инфекционного фактора
в) ранним возникновением и длительным воздействием психотравмирующего фактора.
46. Парциальность при ЗПР - это:
а) нарушение темпа созревания всех структур головного мозга;
б) нарушение темпа развития отдельных нейрофизиологических систем;
в) изолированное недоразвитие одной из психических функций.
47. Моторный инфантилизм обусловлен:
а) незрелостью теменно-затылочных областей головного мозга;
б) незрелостью височных и базальных областей головного мозга;
в) незрелостью лобных и теменных областей мозга.
48. При задержанном моторном развитии отмечается:
а) преобладание функционирования стриарной системы над паллидарной;
б) преобладание функционирования паллидарной системы над стриарной;
в) равнозначное функционирование паллидарной и стриарной систем.
49. Феномен «скачкообразность динамики мыслительной деятельности» характерен для:
а) умственной отсталости;
б) деменции;
в) задержки психического развития.
50. Патология двигательной сферы при детском церебральном параличе проявляется в виде:
а) центрального паралича;
б) периферического паралича;

- в) центрального и периферического паралича.
51. Для каких месяцев первого года жизни ребенка характерно начало формирования лепетной речи:
- а) 5-6 месяцев; б) 7-8 месяцев; в) 9-10 месяцев.
52. Для каких месяцев первого года жизни ребенка характерно появление понимания обращенной речи и выполнение простых словесных инструкций:
- а) 7-8 месяцев; б) 9-10 месяцев; в) 11—12 месяцев.
53. Развитие зрительно-моторной координации начинает появляться на:
- а) 4-5 месяцах первого года жизни ребенка;
б) 6-7 месяцах первого года жизни ребенка;
в) 8-9 месяцах первого года жизни ребенка.
54. Появление примитивной игровой деятельности у ребенка первого года жизни отмечается в
- а) 7-8 месяцев; б) 9-10 месяцев; в) 11—12 месяцев.
55. Осмотр ребенка раннего возраста проводится в кабинете врача при температуре:
- а) 21-22; б) 23-24; в) 25-27.
56. Опистоническая поза характеризуется:
- а) мышечной гипотонией;
б) резким напряжением мышечного тонуса;
в) пластичным повышением мышечного тонуса.
57. «Монголоидные» черты лица с широко расставленными глазами характерны для: а) болезни Дауна; б) гидроцефалии; в) микроцефалии.
58. Хоботковый рефлекс в норме определяется до:
- а) 2-3 месяцев; б) 4-5 месяцев; в) 6-7 месяцев.
59. Хватательный рефлекс в норме определяется до :
- а) 3 месяцев; б) 4 месяцев; в) 5 месяцев.
60. Рефлекс Бабинского физиологичен до: а) 4-5 месяцев; б) 6-8 месяцев; в) 9-10 месяцев.
61. К позотоническим рефлексам первого года жизни относятся:
- а) рефлексы Таланта и рефлекс Пареза,
б) ладонно-ротовой и сосательный рефлекс;
в) ассиметричный и симметричный шейный тонический рефлекс.
62. Рефлексы первого года жизни ребенка, направленные на приспособление туловища к вертикальному положению:
- а) рефлекс Ландау;
б) рефлекс Таланта и рефлекс Пареза;
в) рефлекс Бабкина и рефлекс Куссмауля.
63. Состояние мышечного тонуса выявляется при исследовании:
- а) активных движений;
б) пассивных движений;
в) координации движений.
64. Отсутствие феномена «Заражение улыбкой» характерно для :
- а) нарушения эмоционального развития;
б) нарушения интеллектуального развития;
в) нарушения моторного развития.
65. Медико-генетическое консультирование осуществляется в :
- а) учреждениях образования;
б) учреждениях социального развития;
в) учреждениях здравоохранения.
66. Основной вид деятельности медико-генетической службы:
- а) профилактика приобретенного слабоумия;
б) профилактика врожденной и наследственной патологии;
в) профилактика задержки психического развития.
67. Специфическая особенность познавательной деятельности при ДЦП:

- а) дисгармонический характер нарушений отдельных психических функций;
б) равномерный характер нарушений отдельных психических функций;
в) дисгармоничный характер нарушений всех психических функций.
68. При всех формах ДЦП имеют место:
а) задержка и нарушение развития всех видов чувствительности;
б) задержка и нарушение развития кинестетического анализатора;
в) задержка и нарушение развития спинальных рефлексов.
69. Основным и наиболее частым нарушением познавательной деятельности у детей с ДЦП является:
а) умственная отсталость;
б) задержка психического развития;
в) деменция.
70. К речевым нарушениям при различных формах ДЦП относятся:
а) ринолалия, заикание, дислалия;
б) алалия, дизартрия, задержка речевого развития;
в) дислалия, мутизм, афазия.
71. Для психического развития при ДЦП характерны:
а) быстрота психических процессов и их истощаемость;
б) замедленность психических процессов и их истощаемость;
в) равномерность протекания психических процессов.
72. Умственная отсталость при синдроме Лоу-Терри-Мах-Лехиана сочетается с поражением:
а) гипоталамической области;
б) почек и глаз;
в) слуха и печени.
73. Умственная отсталость при синдроме Луи-Барре проявляется полным симптомокомплексом умственной отсталости:
а) легкой степени;
б) умеренной степени;
в) тяжелой степени;
74. Синдром Лоренса-Муна-Бидля-Барце — это симптомокомплекс:
а) врожденных аномалий развития, умственной отсталости и диффузным поражением внутренних органов;
б) врожденных аномалий развития, умственной отсталости и выраженной дисфункцией гипоталамической области;
в) умственной отсталостью, гемипарезом и поражением анализаторных систем.
75. К специфическим расстройствам речи относятся:
а) расстройства артикуляции речи, экспрессивной и рецептивной речи и приобретенная афазия с эпилепсией;
б) расстройства звукопроизношения, грамматического строя речи и стертая форма дизартрии;
в) нарушение голоса, темпа речи и ринолалия.
76. В комплекс коррекционных мероприятий при ДЦП на этапе младенческого и раннего возраста входит:
а) стимуляция лимбической системы;
б) стимуляция рефлекторной сферы;
в) стимуляция сенсорной сферы.
77. Интеллектуальная недостаточность при Трисомии-х обусловлена:
а) задержкой психического развития;
б) умственной отсталости легкой или умеренной степени;
в) умственной отсталости тяжелой или глубокой степени.
78. Синдром Берьесона-Форемана-Лемана- это синдром:
а) слабоумия и слепоты;
б) слабоумия и кахексии;
в) слабоумия и ожирения.

79. Интеллектуальная недостаточность при синдроме Клипееля-Фейля обусловлена:
- а) задержкой психического развития;
 - б) умственной отсталостью легкой или умеренной степени;
 - в) умственной отсталости тяжелой или глубокой степени.
80. Умственная отсталость при гипер- или гипотериозе носит:
- а) стабильный характер в виде легкой или умеренной степени;
 - б) стабильный характер в виде тяжелой или глубокой степени;
 - в) прогрессирующий характер от легкой до глубокой степени.
81. Предельная наполняемость классов в специальном (коррекционном) учреждении V вида:
- а) 6 человек; б) 10 человек; в) 12 человек.
82. Предельная наполняемость классов в специальном (коррекционном) образовательном учреждении VIII вида:
- а) 8 человек; б) 10 человек; в) 12 человек
83. Синдром Клайнфельтера обусловлен:
- а) предшествующей инфекцией;
 - б) предшествующей травмой;
 - в) хромосомными нарушениями.
84. Моносомия - это:
- а) появление добавочной хромосомы в хромосомном наборе;
 - б) отсутствие одной хромосомы в хромосомном наборе;
 - в) обмен сегментами между хромосомами.
85. Делеция - это:
- а) отсутствие части хромосом;
 - б) появление добавочной хромосомы в хромосомном наборе;
 - в) обмен сегментами между хромосомами.
86. Для синдрома Дауна характерно:
- а) нормальные размеры черепа и величины головного мозга;
 - б) уменьшение размеров черепа и величины головного мозга;
 - в) увеличение размеров черепа и величины головного мозга.
87. Особенность психического дефекта при синдроме Дауна - это:
- а) относительная сохранность интеллектуального развития по сравнению с тяжестью эмоциональных расстройств;
 - б) относительная сохранность эмоциональной сферы по сравнению с тяжестью интеллектуального развития;
 - в) тяжесть интеллектуальных нарушений.
88. Гидроцефалия - это:
- а) врожденное недоразвитие черепа;
 - б) водянка головного мозга;
 - в) паразитарное заболевание головного мозга.
89. Энцефалит - это:
- а) воспаление головного мозга;
 - б) воспаление мозговых оболочек;
 - в) воспаление спинного мозга,
90. Менингеальные симптомы - это:
- а) симптомы Бабинского, гемипарез, косоглазие;
 - б) ригидность мышц затылка;
 - в) гиперрефлексия, гипертония мышц, патологические рефлексы.
91. Болезнь Феллинка — это:
- а) хромосомное нарушение, обусловленное мутацией хромосом;
 - б) генетическое нарушение, обусловленное генными мутациями;
 - в) наследственное заболевание, обусловленное нарушением обмена фенилаланина.
92. При синдроме Дуна:

- а) лишняя хромосома в 21 паре;
б) лишняя хромосома в 23 паре;
в) отсутствует хромосома в 18 паре.
93. Молекулярно-генетические методы направлены на :
а) выявление деления клетки и ее изменчивость;
б) выявление изменений молекулярной структуры ДНК;
в) изучение патологических признаков генов.
94. Медико-генетическая служба – это
а) составная часть системы образования;
б) составная часть системы социального развития;
в) составная часть системы лечебно-профилактических учреждений практического здравоохранения.
95. Медико-генетическое консультирование состоит из :
а) 2-х этапов; б) 3-х этапов; в) 4-х этапов.
96. Генеалогический метод - это:
а) метод изучения структуры и набора хромосом;
б) метод изучения характера наследования определенного признака в будущем у членов изучаемой семьи;
в) метод изучения структуры и набора генов.
97. Генеалогический метод используется для :
а) профилактики наследственных болезней;
б) установления типа наследования болезней или отдельного признака;
в) разработки соответствующего метода лечения.
98. Цитогенетические методы - это:
а) методы изучения хромосом;
б) методы изучения генов;
в) методы изучения клетки.
99. Метод анализа сцепления генов - это.
а) локализация генов, расположенных на одной хромосоме, связанных с наследственным заболеванием или иным выраженным признаком;
б) локализация генов, расположенных на 2-х хромосомах;
в) локализация генов, расположенных на всех хромосомах.
100. Генетическая карта - это:
а) схема структуры конкретных генов на конкретных хромосомах;
б) схема расположения конкретных генов на конкретных хромосомах;
в) схема расположения генов на одной хромосоме.
100. Генетическая карта - это:
а) схема структуры конкретных генов на конкретных хромосомах;
б) схема расположения конкретных генов на конкретных хромосомах;
в) схема расположения генов на одной хромосоме.
101. Первичная (педагогическая) профилактика направлена на:
а) профилактику осложнений после перенесенных заболеваний;
б) профилактику факторов риска различных заболеваний и интоксикации, травм и др.;
в) профилактику наследственных болезней.
102. Участниками образовательного процесса специальных (коррекционных) учреждений являются:
а) педагогические, медицинские работники и воспитанники;
б) педагогические работники, воспитанники и их родители (законные представители);
в) педагогические и медицинские работники, воспитанники и их родители (законные представители).
103. На 2-ой ступени образования в специальном (коррекционном) учреждении I вида осуществляется:
а) начальное общее образование;

- б) среднее общее образование;
в) основное общее образование.
104. Нормативный срок освоения 2-ой ступени общего образования в специальном (коррекционном) учреждении I вида составляет:
а) 5-6 лет; б) 6-7 лет; в) 2 года.
105. Специальное (коррекционное) учреждение I вида предназначено для обучения и воспитания:
а) слабослышащих детей;
б) неслышащих детей;
в) незрячих детей.
106. Нормативный срок освоения 2-ой ступени общего образования в специальном (коррекционном) учреждении IV вида составляет:
а) 4 года; б) 5 лет; в) 6 лет.
107. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида предназначено для:
а) с речевой патологией;
б) с тяжелой речевой патологией;
в) с тяжелой формой заикания.
108. Во 2-ое отделение специального (коррекционного) образовательного учреждения V вида принимаются дети:
а) с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи;
б) с общим недоразвитием речи тяжелой степени;
в) с афазией.
109. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида предназначено для детей:
а) с умственной отсталостью;
б) с деменцией;
в) с задержкой психического развития.
110. Специальное (коррекционное) учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ:
а) одной ступени общего образования;
б) двух ступеней общего образования;
в) трех ступеней общего образования.
111. Сроки обучения в специальном (коррекционном) образовательном учреждении вида: а) 6-8 лет; б) 9-11 лет; в) 12 лет.

5.2. Вопросы к зачёту для студентов ДО

1. Интеллект. Нарушения интеллекта.
2. Понятие «умственной отсталости».
3. Признаки олигофрении: психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности; отсутствие прогрессивности.
4. Динамика олигофрений.
5. Основные диагностические критерии умственной отсталости.
6. Степени умственной отсталости: лёгкая, средней тяжести, резко выраженная, глубокая.
7. Группы этиологических факторов олигофрений в зависимости от времени воздействия.
8. Понятия «дифференцированной» и «недифференцированной» олигофрении.
9. Классификация олигофрений по выраженности слабоумия.
10. Классификация олигофрений по этиологическому признаку.
11. Торпидные (заторможенные) и эретичные (возбудимые) олигофрены.
12. Олигофрении простые («истинные») и осложнённые.

13. Идиотия. Определение. Величина интеллектуального коэффициента.
14. Характеристика идиотии. Формы идиотии.
15. Имбецильность. Определение. Величина интеллектуального коэффициента.
16. Характеристика имбецильности. Резко выраженная умственная отсталость и умственная отсталость средней тяжести.
17. Дебильность. Определение. Величина интеллектуального коэффициента.
18. Характеристика дебильности. Выраженная, средняя и лёгкая дебильность.
19. Олигофрении, обусловленные наследственными факторами.
20. Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода.
21. Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3 лет внеутробной жизни.
22. Истинная (первичная), наследственно обусловленная микроцефалия.
23. Ложная (вторичная), церебропатическая микроцефалия.
24. Синдром Рада.
25. Невоидные формы слабоумия, или факоматозы.
26. Фенилкетонурия.
27. Гомоцистеинурия.
28. Галактоземия, фруктозурия, сукрозурия.
29. Гаргоилизм (мукополисахаридоз, множественный дизостоз).
30. Арахнодактилия (синдром Марфана).
31. Болезнь Лоуренса-Муна-Барде-Бидля.
32. Болезнь Дауна.
33. Синдром Шерешевского-Тернера.
34. Синдром Клайнфелтера.
35. Рубеолярная олигофрения.
36. Олигофрения, обусловленная врождённым сифилисом.
37. Олигофрения, вызванная токсоплазмозом.
38. Олигофрения, обусловленная листериозом.
39. Гипотиреоидная олигофрения (кретинизм).
40. Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорождённых.

6. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для обеспечения данной дисциплины необходимы:

а). Перечень наглядных и других пособий, методических указаний по проведению конкретных видов учебных занятий, а также методических материалов к используемым в учебном процессе техническим средствам

- 1 Таблицы
- 2 Рефераты
- 3 Комплект наглядно-методических пособий
- 4 Учебно-методические материалы для кураторов студенческих групп
- 5 Тесты для определения уровня интеллекта

б) Методические материалы, раскрывающие методику использования ЭВМ в учебном процессе

- 6 Компьютерные тесты
- 7 Видеофильмы

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Общая психопатология. Б.М. Банщиков, Ц.П. Короленко, И.В. Давыдов. М., 1971.
Психиатрия. Н.М. Жариков, Л.Г. Урсова, Д.Ф. Хритинин. 1989.
Психиатрия. А.А. Кирпиченко, Минск, 1996.
Психиатрия. М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. М., 1995.
Детская психиатрия. Г.К. Ушаков, 1973.
Основы психиатрии. В.С. Чудновский, Н.Ф. Чистяков. 1997.
История психиатрии. Ю. Каннабих. 1994.
Толковый словарь психиатрических терминов. В 2 т. В.М. Блейхер, И.В. Крук. 1996.
Практикум по психиатрии. М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Морилов, М.А. Карева. М., 1986.
Практическое пособие по психиатрии. Т.Т. Сорокина, Ф.М. Гайдук, Р.А. Евсегнеев. Минск, 1993.
Диагностика психических нарушений: практикум. Ю.Г. Демьянов. 1999.
Практическое пособие по основам психосоматической медицины и психотерапии. Под ред. Ф.М. Гаидука. Мн., 1996.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Неотложная помощь в психиатрии. Г.Я. Авруцкий. М., 1979.
Фармакотерапия психических заболеваний. Г.Я. Авруцкий, И.Я. Гурович, В.В. Громова. 1974.
Реабилитация психически больных. М.М. Кабанов. Л., 1978.
Психотерапия. Б.Д. Карвасарский. М., 1985.
Психиатрия детского возраста. В.В. Ковалёв. М., 1979.
Акцентуированные личности. К. Леонгард. Киев, 1984.
Пограничные нервно-психические расстройства. Г.К. Ушаков. 1987.
Ребёнок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция. Е.М. Мастюкова. М., 1992.