

ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ. ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ

ПЛАН:

1. Психическое недоразвитие. Понятие «умственная отсталость» (интеллектуальная недостаточность). Этиология. Степени олигофрении. Структура дефекта. Классификации. Психолого-педагогическая характеристика.
2. Поврежденное развитие. Понятие. Этиология. Структура дефекта. Классификация. Психолого-педагогическая характеристика.
3. Отличие олигофрении от деменции.

Варианты психического дизонтогенеза (по В.В.Лебединскому)

№ п/п	Аномалия	Чем вызвана	Типичная модель
1.	Недоразвитие	Отставание в развитии	Олигофрения
2.	Задержанное развитие		Задержка психического развития
3.	Поврежденное развитие	Поломка в развитии	Деменция
4.	Дефицитарное развитие		ДЦП
5.	Искаженное развитие	Асинхрония в развитии	РДА
6.	Дисгармоническое развитие		Психопатия

Олигофрения – это стойкое недоразвитие познавательной сферы, всей личности в целом, вследствие диффузного органического поражения коры головного мозга

- стойкое – значит непреходящее состояние, ребенок не может избавиться от недоразвития;
- страдают все стороны психики, поэтому говорим о недоразвитии всей личности в целом, а не только познавательной деятельности;
- диффузное поражение – разлитое поражение, затрагивает разные зоны коры головного мозга (в противоположность – локальное);
- органическое поражение предполагает нарушение мозговой ткани, функциональную слабость клеток мозга.

Умственная отсталость не подразумевает обозначение определенного заболевания, а является состоянием, общим показателем психического недоразвития ребенка.

В Республике Беларусь на 15.09.2010г. дети с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью) составили 11,81% от всех детей с ОПФР

Олигофрения рассматривается как стойкое недоразвитие сложных форм психической деятельности, возникшее вследствие поражения центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза (до 1,5 - 2 лет).

Определяющими признаками олигофрении являются:

- ✓ ранние сроки поражения центральной нервной системы, при этом *процесс не прогрессирует*, ребенок развивается уже на дефектной основе;
- ✓ недоразвитие познавательной деятельности, связанное с замедленностью темпа психических процессов, ущербностью формирования всех интеллектуальных умений и навыков, несформированностью эмоционально-волевой сферы и личности в целом;
- ✓ при олигофрении органическая недостаточность мозга носит *резидуальный (остаточный), непрогредиентный (неусугубляющийся) характер*. Ребенок оказывается практически здоровым. Хотя его развитие осуществляется на дефектной основе, есть основания для оптимистического прогноза.

Причины возникновения интеллектуальной недостаточности разделяют на две большие группы: эндогенные (генетические) и экзогенные (факторы среды).

К группе внутренних причин возникновения умственной отсталости относят:

- наследственные (они составляют около 70%) – изменение наследственных структур (мутация); эндокринные заболевания и метаболические дефекты; перезревание половых клеток; возраст родителей.
- врожденные (составляют примерно 15-20%) – хронические заболевания матери; несовместимость по Rh-фактору; внутриутробные инфекции.
- приобретенные (составляют около 10%) – перинатальные вредности (гипоксия, асфиксия, затяжные роды и др.); травмы; заболевания в первый год жизни.

К группе внешних причин относят социальные и культурологические (психическая депривация).

Степени олигофрении

- Дебильность (F 70, легкая интеллектуальная недостаточность)
- Имбецильность (F 71, умеренная интеллектуальная недостаточность; F 72, тяжелая интеллектуальная недостаточность)
- Идиотия (F 73, глубокая интеллектуальная недостаточность)

Структура дефекта при умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности) (по Л.С. Выготскому)

Первичный дефект	Инактивность (бездеятельность)
Вторичный дефект	Нарушения психических функций в качестве высших
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

Классификации

В клинико-патогенетической классификации Г. Е. Сухаревой (1965) выделяют следующие формы олигофрении:

- неосложненные;
- осложненные (церебрастенический, неврозоподобный, психопатоподобный, эпилептиформный, апатико-адинамический синдромы);
- атипичные.

Классификации

Классификация М. С. Певзнер (1959):

- 1) неосложненная форма;
- 2) с преобладанием процессов возбуждения или торможения;
- 3) со снижением функций анализаторов или с речевыми отклонениями;
- 4) с психопатоподобным поведением;
- 5) с выраженной недостаточностью лобных отделов коры головного мозга.

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при нарушениях интеллекта.

- внимание - все характеристики внимания (избирательность, устойчивость, концентрация, переключаемость, распределение) у детей с олигофренией снижены по сравнению с нормой. Гиперактивным детям наиболее свойственна отвлекаемость, астеничным – быстрая истощаемость. Это приводит к быстрой потере интереса к объекту внимания;
- сенсорно-перцептивная сфера – восприятие нарушено на всех уровнях перцептивных действий. Страдает обнаружение (ориентировочно-исследовательский рефлекс или поисковая активность), недостаточно дифференцировано различение (выделение отдельных признаков предмета), выпадают отдельные характеристики объекта. Вследствие этого страдает последующая идентификация (отождествление с образом памяти по ведущему признаку или существенным признакам), что приводит к ошибочному опознанию. Характерно недостаточное опосредование образа словом, что является причиной недоразвития образа восприятия и представления в качестве высших психических функций. Дети лишены способности предугадывать развитие событий. Нарушаются такие существенные свойства восприятия, как скорость, целостность, константность, структурность, осмысленность;

- психомоторная сфера — разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движений;
- мнемическая сфера — преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания — над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к произвольному запоминанию, неспособность к целенаправленному запоминанию, замедленный темп запоминания;
- мыслительная сфера — замедленный характер развития, непоследовательность, стереотипность, некритичность мышления; анализ отличается бедностью, фрагментарностью, неадекватный синтез, затруднения в обобщении, сниженная способность к классификации, сравнению, неспособность действовать по аналогии, недоразвитие абстрактного мышления; вязкость мышления

- речевое развитие – ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, дефекты произношения, трудности овладения письменной речью;
- эмоционально-волевая сфера – недостаточная дифференцированность эмоций, их неадекватность по силе и содержанию, зависимость от эмоций оценочных суждений и мышления; недоразвитие воли, недостаток инициативы, неумение руководить своими действиями, неумение преодолевать препятствия и др.;
- личность характеризуется эгоцентризмом, общей незрелостью, неадекватностью самооценки, «зеркальным» характером представлений о себе, некритичностью, повышенной внушаемостью и др.;

- межличностные отношения имеют свою специфику, они в большей степени зависят от социального окружения и могут сильно варьироваться. Вместе с тем, может наблюдаться низкая потребность в общении в сочетании с дезадаптивными формами взаимодействия (отчуждение, избегание конфликтов); мимолетные, неустойчивые контакты; повышенная возбудимость, приводящая к импульсивному поведению (крик, драки, ссоры, бурные обиды и т.п.) и неадекватным способам выхода из конфликтов. Аффективные реакции быстро закрепляются и могут повторяться уже без видимых причин. Прimitивная зависимости от более волевых членов коллектива, подчиненности им. Дети не понимают социальные контексты и содержание межличностных отношений;
- деятельность — несформированность ориентировочного этапа деятельности, трудности удержания цели деятельности, нарушение блоков контроля и оценки, неумение использовать приобретенные навыки для решения задач, отсутствие дальней мотивации и др. Страдает и мотивационно-целевая и операционально-техническая основа деятельности.

Особенности социализации и социальной адаптации при психическом недоразвитии

Затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватно реагировать на происходящие изменения. Такие дети испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и часто приводит к нарушениям поведения.

*Эскироль сравнил идиотию с бедняком, который
никогда не имел богатства,
а приобретенную деменцию с состоянием
постепенно разоряющегося богача*
Д. Н. Исаев

Понятие «деменция»

Деменция = приобретенное слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

Этиология

Этиология органической деменции связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга.

Систематика органической деменции исходя из критерия динамики болезненного процесса

Различают *резидуальную деменцию*, при которой слабоумие представляет собой остаточные явления поражения мозга травмой, инфекцией, интоксикацией, и *прогрессирующую деменцию*, обусловленную так называемыми текущими органическими процессами (хронически протекающими менингитами и энцефалитами, опухолевыми, наследственными дегенеративными и обменными заболеваниями, прогрессирующим склерозом мозга и т.д.).

Виды органической деменции по этиологическому критерию

В зависимости от этиологии различают разные виды деменции: эпилептическая (возникшая вследствие прогрессирующей эпилепсии), травматическая (возникшая вследствие травмы нервной системы), склеротическая (возникшая вследствие прогрессирующего склероза мозга), постэнцефалическая (возникшая вследствие энцефалопатии) и т.д.

Структура дефекта

Структура дефекта при органической деменции определяется в первую очередь фактором повреждения мозговых систем в отличие от структуры дефекта при олигофрении, отражающей явления недоразвития. Она зависит от времени, так при более позднем поражении наблюдается парциальность (частичность) повреждения мозга, отсутствует тотальность и иерархичность нарушения психических функций, характерная для олигофрении.

И. И. Мамайчук приводит яркий пример: «... исследования детей с тяжелыми энцефалопатическими нарушениями вследствие натальной травмы показали, что в структуре их познавательных процессов наблюдается ... недоразвитие памяти и внимания во всех модальностях (зрительной, слуховой и др.) ... У детей, перенесших травму мозга в более позднем возрасте, структура психического дефекта была качественно иная. У них также имелись нарушения внимания и памяти, но ... или в слухоречевой, или в зрительной модальностях».

Классификация Г. Е. Сухаревой

- Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения.
- При втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению. Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная склонность к персеверациям.
- При третьем типе органической деменции более всего выступает недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления.
- При четвертом типе — в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением». Наиболее частыми типами являются два последних.

«Полевое» поведение

отличается хаотической двигательной расторможенностью, бестормозностью, действиями по первому побуждению. Общий фон настроения характеризуется выраженной эйфорией со склонностью к дурашливости и в то же время кратковременными агрессивными вспышками. Эмоции крайне примитивны и поверхностны. Реакции на замечания отсутствуют. Отмечается грубая некритичность. Нередко выступает расторможенность влечений (повышенная сексуальность, прожорливость). Из-за отсутствия волевых задержек, недостаточного понимания ситуаций, большой эмоциональной заражаемости в условиях конфликта эти дети часто не принимаются в коллективе сверстников. Обучению помимо особенностей поведения препятствуют и грубые нарушения внимания, нецеленаправленность в любой деятельности, персеверации по гипердинамическому типу

Характеризуя детей с поврежденным развитием можно отметить следующее:

- сенсорно-перцептивная сфера – иногда наблюдаются расстройства восприятия (галлюцинации и иллюзии);
- внимание – утрачивается способность реагировать на несколько стимулов одновременно, переключать внимание с одной темы на другую;
- психомоторная сфера – более грубо, чем при олигофрении, у одних детей выражены адинамия, вялость, аспонтанность, у других – расторможенность;
- мнемическая сфера – непродуктивность запоминания, фрагментарность воспроизведения, страдает как кратковременная, так и долговременная память. Для лёгкой деменции характерны умеренные нарушения памяти, в большей степени касающиеся событий недавнего прошлого, например, забывание номеров телефонов, бесед или событий, происходивших в течение дня. В более тяжёлых случаях в памяти удерживается только хорошо заученный материал, а новая информация быстро забывается. На последних стадиях могут забываться имена близких родственников, свою профессию или даже собственное имя, что проявляется дезориентацией в собственной личности;

- мыслительная сфера — нарушения целенаправленности мышления, которые выражены более грубо, чем при олигофрении, снижение функции обобщения, нарушение логического строя мышления;
- речевое развитие — речь становится обеднённой, стереотипной, обстоятельной, в далеко зашедших случаях отсутствует;
- эмоционально-волевая сфера — может быть отсутствие чувства стыда, жалости, других симпатических эмоций; может наблюдаться эйфория или дисфория с угрюмостью, злобностью, склонностью к агрессии, патология влечений (прожорливость, сексуальность и т.д.); а может быть данная сфера относительно сохранна;
- изменения личности большей частью диссоциируют с уровнем интеллектуального снижения. В одних случаях они выступают очень резко и особенно проявляются в малой привязанности к родным и близким, в других — наоборот, личностные изменения выражены менее грубо, чем интеллектуальные; выраженное снижение критики своего поведения;

- межличностные отношения имеют свою специфику: утрачиваются межличностные связи, игнорируется окружающий мир, происходит непонимание социальных контекстов и содержания межличностных отношений;
- в деятельности — наблюдается распад основных структурных составляющих, нарастает инактивность, снижается мотивация.

Особенности социализации и социальной адаптации при поврежденном развитии

Затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватно реагировать на происходящие изменения. Такие дети испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и часто приводит к нарушениям поведения. Наступает социальная деградация.

Различия в динамике деменции и олигофрении

- Деменция возникает или начинает грубо прогрессировать после 2-3 лет. К этому возрасту значительная часть мозговых структур относительно сформирована, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение, а не только недоразвитие.
- В отличие от олигофрении, представляющей собой недоразвитие психики, деменция — это распад психических функций, происходящий в результате поражений мозга. При органической деменции, в отличие от олигофрении, часто имеются указания на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка до перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга, хронологическая связь начавшегося психического снижения с перенесенной вредностью.
- Большое дифференциально-диагностическое значение имеют данные неврологического и соматического обследования. В неврологическом статусе детей с органической деменцией чаще, чем при олигофрении, будут наблюдаться явления повреждения, локальные знаки (парезы, параличи, судорожные припадки). В физическом же облике, наоборот, будут отсутствовать диспластические признаки телосложения, характерные для олигофрении.