Федеральное агентство по образованию ГОУ ВПО

«Уральский государственный педагогический университет»

Факультет психологии

Кафедра психологии развития

Реферат

**История становления учения по проблеме «умственная отсталость»**

Исполнитель:

Пузан Я.Г. – студент 3 курса

заочного отделения

Екатеринбург 2008

**Оглавление**

Введение

Глава 1. Основные этапы развития учения о слабоумии

* 1. Отношение к слабоумным и развитие учения о слабоумии с древности и средние века
  2. Влияние французской революции на развитие учения о слабоумии
  3. Развитие учения о проблеме слабоумия 19 – 20век. Основные направления учения о слабоумии

Заключение

Список используемой литературы

**Введение**

Изучение интеллектуального недоразвития имеет длительную историю, в которой мы выделим 3 периода. Первый период характеризовался попытками классификации интеллектуальной недостаточности. Второй период в основном был описательным с развитием подходов к определению количественной оценки степени задержки развития психики. Третий период это период интенсивного развития исследований по изучению причин умственной отсталости. В этот период были уточнены многие биологические, главным образом генетические, факторы, приводящие к умственной отсталости, что позволило достичь и определенных успехов в ее профилактике. Достижением последних десятилетий является и изучение неспецифических форм психического недоразвития, возникающих под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды, в том числе психологических (дефицит мотивации, дефицит внимания и др.). В развитии представлений об умственной отсталости определенное значение имели и изменения взглядов на психическое недоразвитие в целом от признания ведущей роли конституционально-наследственной предопределенности, через период увлечения ролью «чистого» влияния окружающей среды и до признания воздействия биологических и социальных факторов.

В зарубежной литературе существует несколько подходов к определению умственной отсталости, основанных главным образом на данных психометрического исследования.

В отечественной специальной литературе вплоть до 60-х годов наряду с термином **«умственная отсталость»** широко использовался и используется в настоящее время термин **«слабоумие».** Согласно современным научным представлениям, понятие **"умственная** **отсталость"** имеет значение, объединяющее различные по своему происхождению формы патологии психической деятельности. Это формы умственной отсталости, связанные с повреждением мозга генетическими, органическими, интоксикационными и иными вредностями. Выделяют формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социальных и культурных факторов: неправильное воспитание, педагогическая запущенность, отрицательные соматические и психогенные влияния, дефекты зрения и слуха.

Любая вредность, действующая на еще не до конца сформированный организм, приводит к общей или частичной задержке его развития. Длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонениям в его дифференцировании, а, следовательно, и к нарушениям в психическом развитии ребенка. Выраженность и формы умственной отсталости зависят от времени влияния повреждающих биологических и неблагоприятных социальных факторов, локализации и распространенности болезненного процесса, а также его интенсивности.

Умственная отсталость характеризуется общими клиническими признаками. Основной признак - общее недоразвитие всех сложных форм психической деятельности. При этом патологическом состоянии - врожденном или приобретенном в возрасте до 3-х лет - страдают интеллект, мышление, восприятие, память, внимание, речь, двигательная и эмоционально-волевая сферы.

Причины умственной отсталости заключаются в неправильном формировании или в поражении головного мозга на ранних этапах его развития. Поэтому отличительной чертой умственной отсталости от приобретенного слабоумия является то, что умственная отсталость представляет собой не снижение функций психики вследствие психического заболевания, а их первоначальное недоразвитие. В случаях приобретенного слабоумия болезненное расстройство психической деятельности возникает у полноценного до этого человека, причем во время обследования удается выявить остатки прежних навыков и знаний. У лиц с приобретенным слабоумием речь более развита, уровень абстрактного мышления более высок, имеется резкое несоответствие между интересами и устремлениями больного до развития слабоумия и после этого.

При умственной отсталости страдают те функции психики, которые обеспечивают нормальное развитие человека. Привести к повреждению головного мозга, обусловливающему умственную отсталость, могут различные факторы, действующие на зародыш и плод в периоде внутриутробного развития, во время родов или в послеродовом развитии. Различного рода интоксикации, заболевания матери во время беременности, травмы, полученные плодом в период внутриутробного развития и родов – все это может быть причиной умственной отсталости. Наиболее частыми причинами умственной отсталости являются тяжелые инфекции, черепно-мозговые травмы.

Умственная отсталость широко распространена среди населения всего мира, в зависимости от различных причин принято считать, что ею страдают от 1% до 5% людей. Данные о распространенности умственной отсталости разноречивы, что объясняется рядом причин. Умственная отсталость различается по своей глубине, и ее диагностика, особенно это касается легкой степени, может быть затруднена.

Говоря о понятии «умственная отсталость» необходимо разобраться, вникнуть, как и откуда возникло это понятие. Для этого нужно целиком окунуться в историю этой проблемы.

**Цель моей работы** - дать исторический обзор зарождения, становления и развития учения о такой проблеме как умственная отсталость.

**Актуальность выбранной темы -** Эта работа – самая первая ступенька в ознакомлении с проблемой «умственная отсталость», т.к. изучая какую – либо проблему, необходимо знать, как известное явление в истории возникло, какие главные этапы в своем развитии это явление проходило и чем это явление стало сейчас.

**Практическая значимость -** Данная работа по этой проблеме может быть использована педагогами в своей обучающей и организационной практической деятельности, в частности для ознакомления учеников старших классов и студентов с понятием «умственная отсталость».

**Данная работа состоит из :**

1) Введения;

2)Одной главы;

3)Заключения;

4)Списка используемой литературы.

**Глава 1. Основные этапы развития учения о слабоумии.**

**1.1 Отношение к слабоумным и развитие учения о слабоумии с древности и средние века**

Еще с древнейших времен в обществе существовали аномальные люди. Вплоть до 6 в.до н.э. еще не было научного объяснения психической деятельности. Отношение к таким людям на протяжении веков тоже было разным.

Существуют данные о **первобытном обществе**, где слабые и не участвующие в процессе добывания пищи люди, погибали, либо их убивали.

**В Древней Греции** (особенно в Спарте), где много столетий создавался культ здорового тела, люди, и в первую очередь дети, имеющие ярко выраженные физические отклонения от нормы, просто уничтожались**.**

**В** **Древнем Риме** тоже происходило детоубийство детей – уродов, причем это считалось нормально. Римский философ Сенека высказывал по этому поводу, что убивая детей, которые появились на свет хилыми и безобразными, мы таким образом отделяем негодное от здорового. Такое же отношение к аномальным детям было и **в Индии** до 19века. Детей – уродов оставляли в джунглях на произвол судьбы. Однако общество еще и находило выгоду от существования слабоумных. «Дураков» держали на богатых дворах для потехи гостей и хозяев. Либо слабоумных при монастырях обучали просить милостыню, что шло на пользу церкви.

Начиная **с 6в.до н.э.** появляются первые попытки найти естественное объяснение психическим заболеваниям. Это период формирования древней греко – римской медицины. Это **Пифагор** (6в.до н.э.), **Гиппократ**(5-4в.до н.э.), **Герофил** (4в. До н.э.). Они создали и в дальнейшем развивали «мозговую теорию». С деятельностью мозга они связывали не только рассудок, эмоции, но и считали мозг главным органом нервной системы. Также они считали возможным определять степень развития ума и способностей по площади поверхности мозга, разнообразию и глубине мозговых извилин.

В период **раннего и позднего средневековья (5 – 14в.)** на пути развития науки и культуры встала церковь, религиозная идеология, подавлявшая свободную мысль и преследовавшая научные знания. Уничтожается и древнее естественное объяснение психической деятельности человека. Начинается время демонологической трактовки нарушений психической деятельности. Появляются и различные **религиозные воззрения** на слабоумных людей. Одни религии считают слабоумных **«детьми бога»,** а другие (в основном католическая религия) – **«детьми дьявола».** Душевные заболевания рассматриваются как одержимость злым духом. Начинается период расправ над ведьмами. Многие душевнобольные заканчивали жизнь на кострах инквизиции, будучи отнесены к «одержимым нечистой силой или злым духом». По всей Европе пылали костры, в которые бросали стариков, детей и женщин, чье поведение было ненормальным из-за душевных болезней. Также уничтожались и врачи.

А вот в славянских государствах на слабоумных (юродивых) смотрели как на «божьих людей», окружая их ореолом святости. Православная церковь оправдывала существование детей – идиотов и калек божьей волей, побуждая людей творить милостыню во имя бога, якобы эта милость нужна аномальным детям. Но на самом деле эти пожертвования не доходили до аномальных лиц.

Несмотря на все сложности того времени происходило развитие тенденций, которые все более укреплялись во взглядах врачей и ученых. Наука боролась с церковью, что дало развитие научных знаний. Поднимая архивы древних греков и римлян теологи стали признавать роль мозга в происхождении помешательств. Ученые стали посещать монастыри и тюрьмы, где находились душевнобольные и наблюдать за ними. Врачи стремились понять душевный мир психически больных и слабоумных.

Профессор медицины **Б.Ф.Платтер (16 – 17в.)** наблюдая за аномальными людьми, был одним из **первых психиатров, кто дал первую классификацию душевнобольных.** В основу своей классификации он положил признаки, характеризующие различные нарушения интеллекта, эмоций и физического состояния человека. Все симптомы Б.Ф.Платтер связал с анатомо-физиологической этиологией – это травмы головы, наследственность, отравления наркотиками, старость и другие факторы. Он также был первым психиатром, выделившим среди душевных заболеваний форму, характеризующуюся стойким нарушением интеллекта. В дальнейшем эта форма стала называться **слабоумием**.

**1.2 Влияние французской революции на развитие учения о слабоумии**

**18век – французская революция** дала начало новой исторической эпохе. Она оказала огромное влияние на дальнейшее развитие во всех областях знаний. С XVIII в. началось изучение и анализ выраженных нарушений умственного развития (психиатры **-Ж.Эскироль, Э.Сеген, Ф.Гальтон, А.Бине, Э.Крепелин, Дж.Кэттэл).** Основной задачей было определить связь интеллектуальной недостаточности с душевными, психическими заболеваниями и оценить глубину этих нарушений.

Первые попытки гуманного отношения к душевнобольным, а также научного подхода к этим заболеваниям были предприняты французским врачом-психиатром **Филиппом Пинелем** (1745-1826). Он впервые снял цепи с душевнобольных в психиатрических лечебницах. Новый принцип «долой притеснения» установил между врачами и больными более доверительные отношения. Это создало условия для более глубокого изучения душевнобольных. Пинель дал свою классификацию душевных болезней, где тупоумие и идиотию он рассмотрел как две особые формы психозов. Пинель – первый психиатр, рассмотревший идиотию как психическое заболевание с остановкой в развитии интеллектуальных и аффективных способностей. Он различил две клинические формы слабоумия – врожденную и приобретенную. Пинель расширил понятие «идиотия», выделив 4 вида идиотии:

1. состояние, близкое к животному (дикость, отсутствие всех чувств),
2. состояние, при котором есть некоторые понятия и физические потребности,
3. глупость – состояние, если имеются разум и речь,
4. имбецилизм – состояние, при котором у субъекта наблюдается постепенное ухудшение ранее имевшегося разума.

Проблемой идиотии как особого состояния, при котором умственные способности никогда не проявлялись или же не развивались в течение жизни продолжал заниматься ученик Пинеля **Жан-Этьен-Доминик Эскироль** (1772-1840). До него врачи считали идиотию болезнью, такой же как безумие. Но Эскироль впервые указывал, что идиотия – это не болезнь, а состояние, характеризующееся тем, что при нем умственные способности никогда не проявлялись или же не развились в течении жизни. Эскироль впервые разграничил врожденное и приобретенное слабоумие. Он ввел понятия **«аменция»** и **«деменция»** для обозначения врожденного или приобретенного слабоумия, и понятие **«имбецилизм»** - для обозначения более легкой формы идиотии. Для обозначения одной из степеней слабоумия ввел термин **«умственная отсталость».** Эскироль считал, что идиотия – это врожденное слабоумие, а умственная отсталость – приобретенное. В своей классификации в качестве ведущего симптома он выделил состояние речи слабоумных и показатели, выражающие эмоциональные качества. Он делал попытки установить взаимосвязь между симптомами слабоумия. Эскироль положил начало клиническому и психологическому изучению слабоумия. Основные его положения о слабоумии легли в основу всех последующих исследований и учений в этой области. Многие психиатры пытались выделить отдельные формы врожденного слабоумия. Одной из первых, основанных на клинических критериях, классификаций была группировка форм психического недоразвития в зависимости от нарушений темперамента.

**1.3 Развитие учения о проблеме слабоумия 19 – 20 век**

**Со второй половины 19века** проблема слабоумия приобрела острый социальный характер. Развитие промышленности при капиталистическом строе привели к усилению эксплуатации трудящихся, к резкому ухудшению их быта и как следствие этого к росту числа аномальных детей. Буржуазный строй требует грамотных квалифицированных рабочих и в связи с этим появляется борьба с неуспеваемостью, которая часто бывает обусловлена патологией психического развития. Это означает, что если раньше **(нач.19века) главными были глубокие формы умственной отсталости,** с видными симптомами, то сейчас выявляются лица с **легкими формами отсталости.** Отставание у детей выявляется в процессе обучения, а у взрослых – в условиях работы на производстве. Внимание к легким формам умственной отсталости побудило пересмотреть раннее определение слабоумия, критерии этого состояния, классификации форм, степеней и видов слабоумия.

Фундаментальные открытия в области естественных наук в середине XIX в. оказали большое влияние на педагогику и психологию: на смену *наблюдения* и умозрительным выводам приходит *экспериментальный метод исследования.* Это обусловило **два направления в понимании характера и сущности слабоумия.** **Первое направление** - **анатомо-физиологическое.**Представители этого направления клинически исследовали слабоумие. Они считали, что слабоумие появилось из-за влияния вредностей, нанесенных организму ребенка на разных стадиях его развития. За рубежом это психиатры: **Д. Бурневиль, Б.Морель, Э.Крепелин**; а в России - **С.С.Корсаков, В. П. Сербский, А. Н. Берштейн, Г.И.Россолимо, Г.Я.Трошин и другие**. Они делили причины слабоумия на три группы**. Первая группа** - причины, действующие до рождения ребенка (неблагоприятная наследственность, неблагоприятные моменты в период зачатия и беременности, физическое состояние и возраст родителей). **Вторая группа** – причины, действующие во время рождения (преждевременные роды, долгие и неправильные роды). **И третья группа** – причины, действующие после рождения ребенка (болезни внутренних органов, нервной, эндокринной системы, тяжелые эмоциональные переживания, плохие условия воспитания в семье, пед.запущенность…).

Наибольший вклад в анатомо-физиологическое направление в учении о слабоумии **начала 20века** внес немецкий психиатр **Э.Крепелин** (1856-1926). Он первый **объединил все формы слабоумия в одну группу** под общим названием **«задержка психического развития»** **и ввел термин «олигофрения»** для обозначения этой группы врожденных болезненных состояний, происхождение которых он видит в наследственном вырождении или повреждении зародыша, и в болезненных процессах подвергшегося мозга в эмбриональном периоде развития. **Он выделили 2 клинических варианта олигофрении** и соответственно 2 типа больных: **эретичные олигофрены** - больные с врожденным слабоумием, сопровождающимся двигательным беспокойством и раздражительностью; **торпидные олигофрены** - больные, отличающиеся тупым безразличием, апатией и заторможенностью.

Крепелин придерживался традиционной **классификации олигофрении по степени дефекта: идиотия, имбецильность и дебильность.** Его учение дало толчок для дальнейших исследований слабоумия как формы врожденной задержки психического развития.

Бельгийский психиатр **Ж.Демор** (1867-1941)первый разделил причины отсталости, связанные с патологией, от внешних причин, зависящих от условий воспитания ребенка. Он первый попытался **в этиологии выделить биологические и социальные (педагогические) компоненты слабоумия.** Он разделял отсталых детей на **медицински отсталые** (отставание в развитии связано с перенесенными ребенком утробно или в раннем детстве вредных факторов) и **педагогически отсталых** (не получившие хорошего воспитания в раннем детстве, перенесшие в детстве опасные болезни).

По этиологическому принципу впервые классифицировать формы психического недоразвития стал **В.Айрленд** (1880), который **выделял психическое недоразвитие травматического, воспалительного происхождения, а также вследствие дистрофических нарушений.**

В последующем многие исследователи подразделяли умственную отсталость на "первичную" (наследственную) и "вторичную" (экзогенную). Внутри каждой группы проводится дальнейшая дифференциация по клиническим проявлениям и степени интеллектуального недоразвития.

К числу наиболее детально разработанных этиологических классификаций относится группировка умственной отсталости, предложенная **Д.Джервис.** (1959). Он выделял **физиологические и патологические формы,** а **патологические** в свою очередь **делил на экзогенные и эндогенные.** Эта классификация - одна из наиболее подробных (включает более 40 форм).

Существенный вклад в учение о слабоумии внес русский психиатр **Г.Я.Трошин** (1874-1938). Он четко отграничивал формы психического недоразвития от неврозов и психозов и от тех форм ненормальности, которые **являются следствием соматической ослабленности** ребенка или **неблагоприятных условий жизни и воспитания.**

**Второе направление** - ***психолого-педагогическое* (А. Бинэ, Т. Симон, Санте де Санктис, Л.В.Занков, А.Р.Лурия, С.Я.Рубинштейн и другие).** Сторонники этого направления уделяли изучению **легких форм умственной отсталости.** Они понимали слабоумие как **количественное** отставание развития ненормального ребенка от развития его нормального сверстника и занимались в основном поиском путей выявления уровня психического развития ребенка. **В начале 20века** *психолого – педагогическое направление* в изучении слабоумия стало ведущим в основном из-за педагогических нужд – необходимостью разделения содержания обучения, его методов и типов учреждений.

Французский педагог **Ж.Филипп** и врач **П.Бонкур** развивают это *психолого-педагогическое направление,* выделяя тот контингент учащихся, которые не смогут справиться с общеобразовательной программой в обычных школьных условиях, т.е. детей с достаточно сильными формами умственной отсталости.

Бельгийский врач и педагог **О.Декроли** пытается объединить эти два направления и создает свою (достаточно сложную) систему классификации умственной отсталости. Эта классификация была основана на физиологических, биологических данных, а также социальных данных, педагогических и психологических. Но эта классификация не призналась его коллегами из-за сложности и непонятности.

Эти направления шли по одной линии, сотрудничая друг с другом. Клиницисты в своих исследованиях использовали данные и методы психологии, а психологические и педагогические исследования подкреплялись клиническими материалами.

Накопленный к **началу XX в**. опыт врачей и психологов, разнообразные подходы к проблеме, различная терминология потребовали определенной унификации на основе **выделения одного ведущего признака умственного развития** ребенка. В том случае, когда речь идет об умственной отсталости, наиболее эффективным был бы показатель интеллектуального развития ребенка, определенный достаточно объективными инструментальными методами и фиксируемый в единицах, поддающихся измерению. Эти мысли привели французского психолога **Альфреда Бинэ** (1857-1911) и врача **Тома Симона** к разработке *метода тестов и игр.* В основу тестов Бинэ и Симона было положено состояние коммуникативной функции речи. Ученые разработали определенный набор игр, которые предъявлялись ребенку вербально, и требовали от него выполнения определенных действий и вербального же ответа.

Результаты выполнения этих игр были распределены в соответствии с возрастом нормально развивающегося ребенка. В случае отклонения от нормы (например, при нарушении интеллекта) ребенок, естественно, не мог справиться с заданием, соответствующим его физиологическому возрасту. В этом случае экспериментатор подбирал задания для более функционального раннего возраста. Соотношение «возраста» выполненных заданий к истинному физиологическому возрасту выражалось определенным числом (коэффициентом). Например, ребенок справлялся с заданием, рассчитанным на нормально развивающегося ребенка 5 лет. Физиологический возраст ребенка - 6 лет, следовательно, коэффициент данного ребенка - 0,83 (5/6 = 0,83)

В результате огромного количества проведенных экспериментальных исследований был определен диапазон **«нормы»** и отклонений от нее. Так, диапазон «нормы» лежал в пределах 1,0-0,8, следовательно, этот ребенок может быть отнесен к нормально развивающимся.

Приведем другой пример. Физиологический возраст ребенка - 6 лет. В результате экспериментального исследования (тестирования) было установлено, что он справляется с заданиями, рассчитанными на 3-летний возраст. В этом случае его коэффициент составляет 0,5, и ребенок попадает в более низкий диапазон. В данном случае, естественно, встает вопрос о степени его интеллектуального развития. **Так как Бинэ и Симон считали, что между уровнем интеллекта и уровнем развития коммуникативной функции речи существует жесткая корреляция , то и коэффициент получил название *«интеллектуального коэффициента».*** Это название позволило исследователям разработать специальную «Метрическую шкалу умственных способностей», которая и была опубликована в работе «Новые методы диагностирования умственного уровня ненормальных» (1905).

Таким образом, **Бинэ и Симона** можно справедливо считать **основоположниками *психометрического направления* в изучении интеллектуальной недостаточности.**

В отечественной науке рассмотрение различных проявлений умственной отсталости, началось несколько позже -- **в начале XX в.** Это стало предметом широкого изучения не только в **медицине (И.П.Кащенко, Г. И. Россолимо и др.),** но и в **дефектологии, возникшей в 20-е гг. XX в., усилиями Л.С.Выготского,** объединившей исследования врачей, психофизиологов, психологов, педагогов и получившей свое развитие в трудах учеников и последователей выдающегося психолога. Он раскритиковал те учения о слабоумии, которые умственно отсталого характеризовали с негативной стороны. Он считал, что в умственно отсталом ребенке нужно найти то здоровое, незатронутое.

Выготский положил начало **динамическому подходу** к сущности умственной отсталости, считая что дефект умственной отсталости очень сложен и не может быть констатирован путем простого перечисления симптомов. Симптом - не признак умственной отсталости, а результат развития умственно отсталого. Он раскритиковал интеллектуалистическое направление, где на первый план выдвигалась интеллектуальная недостаточность и отрицалось ее значимость и где недостатки выводятся из расстройств аффекта и воли. Выготский считает, что **интеллект и аффект едины.** Он по своему понимал умственную отсталость, выделяя при этом и разграничая первичную и вторичную природу дефекта. **Первичный – материальная основа умственной отсталости (органические нарушения ЦНС), а вторичная – место умственно отсталого в социальной среде.**

При разработке проблемы слабоумия отечественные дефектологи руководствуются положениями Выготского, т.е. опираться на здоровые качества умственно отсталого, учитывая возможность воздействовать на первичный дефект через коррекцию вторичного. В отечественной дефектологии исследования слабоумия ведутся в различных аспектах: клиническом, психологическом, педагогическом. В зависимости от характера и причин нарушения ЦНС, от времени нанесения вреда ЦНС слабоумие может иметь формы **олигофрений и деменций.**

При ***олигофрении*** имеет место раннее, обычно внутриутробное, недоразвитие головного мозга, обусловленное наследственными влияниями или различными повреждающими факторами окружающей среды, действующими в период внутриутробного развития плода, во время родов и в течение первого года жизни. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта.

*Для олигофрении* характерно недоразвитие всех нервно-психических функций с недостаточностью абстрактных форм мышления. Интеллектуальный дефект сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения.

Недоразвитие познавательной деятельности *при олигофрении* проявляется, прежде всего, в недостаточности логического мышления, нарушении подвижности психических процессов, инертности мышления. Слабость логического мышления заключается в низком уровне развития обобщения, сравнения предметов и явлений окружающей действительности, но существенным признакам, в невозможности понимания переносного смысла пословиц и метафор.

Темп мышления замедлен, характерна инертность психических процессов, отсутствует возможность переноса усвоенного в процессе обучения способа действия в новые условия. Недоразвитие мышления сказывается на протекании всех психических процессов. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недостаточности сложных эмоций и произвольных форм поведения. Интеллектуальный дефект отличается стойкостью, при тяжелых формах выявляется уже с первых месяцев жизни ребенка.

Отечественная дефектология еще придерживается традиционной классификации олигофрении по трем степеням отсталости: дебильность, имбецильность и идиотию, но эта классификация не отражает всех градаций, которые можно наблюдать у слабоумных.

**Дебильность** является наиболее ***легкой*** по степени и наиболее распространенной *формой олигофрении* (коэффициент интеллекта 50--69). При отсутствии осложняющих интеллектуальную недостаточность расстройств, а также при ранних и адекватных коррекционных мероприятиях социальный прогноз благоприятен.

***Более тяжелой степенью*** *олигофрении* является **имбецильность** (коэффициент интеллекта 20--49). При имбецильности грубо нарушена способность к отвлеченной деятельности и к образованию понятий.

***Самая тяжелая степень*** *олигофрении* - **идиотия** (коэффициент интеллекта менее 20) - характеризуется грубым недоразвитием всех психических функций.

Ряд отечественных ученых предлагали свои классификации слабоумных, исходя из **этиологических принципов** **(Д.А.Азбукин**), **патогенетических** **и физиологических принципов.** (**Г.Е.Сухарева** - В ее основу положены критерии времени поражения и особенностей патогенного воздействия. В зависимости от времени воздействия этиологического фактора *все формы олигофрении* она делит на **3 группы**: **первая группа** - олигофрения эндогенной природы, обусловленная поражением генеративных клеток родителей; **вторая группа** - эмбрио- и фетопатии; **третья группа** - олигофрения, возникающая в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве. Внутри каждой из названных форм она проводила дифференциацию в зависимости от особенностей клинической картины, включая степень глубины интеллектуального дефекта.

**М.С.Певзнер**, выделяет 5 клинических форм олигофрении:

1) не осложненную форму без выраженных нарушений эмоционально-волевой сферы и без грубых выпадений функций анализаторов;

1. осложненную гидроцефалией;
2. сочетающуюся с локальными нарушениями слуха и речи, пространственного синтеза, двигательных систем;
3. с недоразвитием переднелобных отделов головного мозга;
4. сочетающуюся с поражением подкорковых структур мозга.

Основным диагностическим критерием умственной отсталости считается количественная оценка интеллекта по стандартным психологическим тестам интеллектуальный коэффициент **– IQ.**

Эти классификации помогают решить проблему диагностики слабоумия и при исследовании психологических особенностей олигофренов.

***Деменция*** представляет собой распад более или менее сфор-мированных интеллектуальных и других психических функций, т. е. при деменции имеет место приобретенный интеллектуальный дефект.

В раннем возрасте разграничение *деменции* и *олигофрении* представляет большие сложности. Это связано с тем, что любое заболевание или повреждение мозга, приводящее к утрате ранее приобретенных навыков и распаду сформированных интеллектуальных функций, обязательно сопровождается отставанием психического развития в целом. Поэтому в раннем возрасте крайне трудно разграничить приобретенную и врожденную интеллектуальную недостаточность. В связи с этим приобретенный интеллектуальный дефект, связанный с прогрессирующими органическими заболеваниями мозга, с эпилепсией, шизофренией, начавшимися в первые годы жизни ребенка, имеет сложную структуру, включающую как отдельные черты деменции, так и олигофрении. При преобладании последних говорят об *олигофреноподобных состояниях.*

При возникновении *деменции* у детей **старше трех лет** ее отграничение от *олигофрении* становится более четким. Для разграничения этих форм интеллектуальных нарушений важно иметь в виду, что при деменции в отличие от олигофрении имеет место период нормального интеллектуального развития. Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности познавательных различных функций.

**Признаками** ***деменции*** являются выраженные нарушения умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации. Кроме того, характерны личностные и эмоциональные расстройства: дети часто некритичны, расторможены, эмоции их примитивны.

В раннем возрасте *деменция* проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка трех лет, то, прежде всего, теряется речь, пропадают начальные навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки - ходьба, чувство привязанности к близким и т. п.

**Заключение**

Рассмотрев и изучив основные этапы развития учения о слабоумии и различные взгляды на эту проблему умственной отсталости, становится ясно, что проблема слабоумия привлекает внимание на протяжении долгого времени врачей, педагогов. Решаются вопросы исследования слабоумия.

Среди разнообразия исследования слабоумия выделяются основные аспекты этих исследований:

1. **- медико-клинический** - основывается на знании этиологии умственной отсталости**. Рассматриваются анатомо-физиологические и генетические нарушения, приводящие к нарушениям интеллекта.** Этот аспект в наше время – менее разработанный. В этом учении о слабоумии мы видим различные концепции в понимании патогенеза слабоумия: **концепции дегенеративности** (Б.Морель), **эндокринологические, генетические, соматические** (Э.Крепелин) и **нейрофизиологические** (Д.Бурневиль, Азбукин).
2. **- психологический** - **рассматривает картину психической деятельности лиц с интеллектуальными нарушениями, состояние эмоциональной сферы и личности в целом; исследуется психологические симптомы отдельных форм слабоумия.** Здесь такие **концепции:** 
   * *Интеллектуалистическая.* Умственная отсталость видится в недостатке интеллекта (Платтер, Санте де Санктис А.Бине, Симон).
   * *Аффективная.* Нарушение аффективной стороны считается основным симптомом слабоумия (Пинель).
   * *Психометрическая.* Умственная отсталость видится как количественное отставание умственного развития и всех способностей. Основным критерием диагностики умственной отсталости является интеллектуальный коэффициент, устанавливаемый методом психометрического тестирования.
   * *Концепция статистического понимания характера дефекта*. Это значит то, что умственная отсталость – это состояние, не поддающееся коррекции.
   * *Концепция динамического подхода* к пониманию структуры дефекта и перспектив развития умственно отсталых. **Этой концепции придерживаются все отечественные дефектологи.** Утверждается, что умственная отсталость – это форма патологического развития, затрагивающее познавательные, эмоционально – волевые стороны психической деятельности и личности в целом (Л.С.Выготский, Певзнер, Сухарева, Азбукин).
3. *Педагогический* - **исследует и организует педагогические принципы, методы и формы коррекции, обучения и воспитания детей с нарушениями интеллекта.** В последние десятилетия в этом направлении складывается концепция обучения лиц более старшего (послешкольного) возраста, т.е. взрослых с различными степенями нарушения интеллекта.

Эти аспекты в изучении слабоумия разрабатываются вместе, взаимодополняют друг друга.

Еще не в одной стране не разработана такая классификация, которая бы учитывала все компоненты, составляющие типологическую картину слабоумия. Еще не одна из классификаций не признана и поэтому до сих пор продолжаются поиски все новых и новых принципов и критериев для подобных классификаций. Но в науке идет прогресс, нет застоя, происходит совершенствование и углубление известного. Появление нового в учении о слабоумии – новый успех всех наук, занимающихся исследованием слабоумия.

**Список литературы**

1. Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости. Собр. соч., т. 5. - М., 1983.
2. Замский Х.С. История олигофренопедагогики. Уч.пособие для студентов дефектологического фак.пед.инст. М., «Просвещение», 1974.
3. Основы специальной психологии/ Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. -- М., 2002.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М.: ЗАО «ЭКСМО-Пресс», 1999.
5. Рубинштейн С.Я.Психология умственно отсталого школьника. -- М., 1986.