

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ АБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНОГО С УМСТВЕННОЙ ОТСАЛОСТЬЮ
В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Выполнил:
Карепов Олег Валерьевич



Научный руководитель:
кандидат психологических наук,
доцент
Арышева А. П.



Красноярск 2019

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 46 стр., источников 30, иллюстраций 6.

УМСТВЕННАЯ ОТСАЛОСТЬ, НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ВПФ), ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, АБИЛИТАЦИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ ПО АБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С УМСТВЕННОЙ ОТСАЛОСТЬЮ

В рамках исследовательской работы разработаны рекомендации по абилитации больного с умственной отсталостью взрослого возраста, что является актуальным в свете того, что большинство описанных исследований по адаптации и абилитации больных с умственной отсталостью касалось детского возраста.

Цель работы: разработать рекомендации для абилитации больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте.

Объект работы: абилитация больного с умственной отсталостью.

Предмет работы: разработка рекомендаций по абилитации больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте.

Гипотеза: программа абилитации окажется эффективной, если будет включать в себя мероприятия по расширению коммуникативных ситуаций у больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте (чем больше он общается с разными людьми в разных ситуациях, тем будет более социально адаптирован).

Методы выполнения работы: теоретический анализ специальной литературы; клиническое интервью, патопсихологическое исследование.

Были разработаны рекомендации по абилитации больного с умственной отсталостью во взрослом возрасте.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	6
1.1 Психологическая сущность умственной отсталости	6
1.2 Классификация умственной отсталости	9
1.3 Раскрытие понятия абилитации	19
II РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО АБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ	22
2.1 Клиническое интервью с больным	22
2.2 Протокол патопсихологического исследования	25
2.3 Психологическое заключение	40
2.4 Рекомендации по абилитации больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	45

ВВЕДЕНИЕ

Умственная отсталость у взрослых – гетерогенная группа состояний, обусловленных врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта (когнитивных, речевых, социальных способностей), сопровождающееся нарушением адаптивного поведения, затрудняющим или делающим полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума.

Умственная отсталость – заболевание, в отношении которого помочь не может и не должна ограничиваться только биологической терапией. Она должна включать психосоциальную терапию и психосоциальную абилитацию, психотерапию, клинико-социальные мероприятия и использование различных организационных форм помощи.

Показатели распространенности умственной отсталости в мире по данным официальной медицинской отчетности колеблются в широком диапазоне: от 3,04 до 24,6 и выше на тысячу населения. По данным Всемирной организации здравоохранения показатели распространенности умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1 до 3% населения. В регионах, где имеет место воздействие экопатогенных факторов, а также наблюдаются изолированные социальные группы, распространность данной патологии может достигать 7 %. Среди лиц мужского пола умственная отсталость встречается примерно в 1,5 раза чаще, чем среди женщин. Подобное соотношение наиболее заметно при легкой степени психического недоразвития, а при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, как правило, количественной разницы между мужчинами и женщинами не наблюдается [1].

Распространенность умственной отсталости среди различных возрастных групп населения в значительной степени различается. Максимальные значения показателя диагностики приходятся на возраст 8 - 19 лет, то есть возраст, в котором общество предъявляет наиболее высокие требования к уровню познавательных способностей населения (всеобщее школьное образование, призыв на армейскую службу и др.). Этим обусловлено то, что большинство исследований и рекомендаций по абилитации относятся к детскому и подростковому возрасту.

Тем не менее актуально стоит проблема социальной поддержки, адаптации и абилитации взрослых людей с умственной отсталостью. Целью абилитации является улучшение качества жизни и социального функционирования взрослых больных с умственной отсталостью посредством преодоления их социальной отчужденности, повышения уровня социального функционирования и устойчивой адаптации в сообществе, а также выбор оптимальных путей для развития наиболее сохранных функций. В то же время важным причинным фактором абилитации взрослых больных с умственной отсталостью является снижение нагрузки на социальные и специализированные

учреждения, поскольку умственная отсталость глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности требует предоставления инвалидности пожизненно, умственной отсталости в лёгкой степени в сочетании с выраженнымми нарушениями слуха, зрения, речи, функций других органов и систем, сопутствующей стойкой психопатологической симптоматикой также предоставляется инвалидность.

Цель работы: разработать рекомендации для абилитации больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте.

Объект работы: абилитация больного с умственной отсталостью.

Предмет работы: разработка рекомендаций по абилитации больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте.

Задачи работы:

1. Теоретический анализ специальной литературы, посвященной раскрытию содержания понятия «умственная отсталость».
2. Теоретический анализ специальной литературы, посвященной раскрытию содержания понятия «абилитации».
3. Провести и описать результаты обследования больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте.
4. Разработать рекомендации по абилитации больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте.

Гипотеза: программа абилитации окажется эффективной, если будет включать в себя мероприятия по расширению коммуникативных ситуаций у больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте (чем больше он общается с разными людьми в разных ситуациях, тем будет более социально адаптирован).

I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

1.1 Психологическая сущность умственной отсталости

Основой для специальной психологии и специальной педагогики послужило заключение Л.С. Выготского о том, что развитие психики индивида с проблемами в развитии подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального индивида. К таким закономерностям относятся следующие: цикличность психического развития, показывающее, что развитие имеет сложную организацию во времени; неравномерность психического развития, которая обусловлена активным созреванием мозга в определенные периоды жизни человека и наличием сенситивных периодов в развитии психических функций; определенная последовательность стадий развития психики; ведущая роль деятельности и речи в формировании высших психических функций; ведущая роль обучения в психическом развитии; пластичность нервной системы, обеспечивающая компенсацию одних функций другими; интеграция, которая представляет собой объединение разрозненных вначале психических состояний и свойств личности ребенка в устойчивые комплексы.

Большое значение для специальной психологии имеет положение о соотношении биологических и социальных факторов в процессе психического развития. Л.С. Выготский подчеркивал единство и взаимодействие биологических и социальных факторов в процессе развития. Л.С. Выготский подчеркивал, что «основной отличительной чертой психического развития ненормального индивида является дивергенция, расхождение обоих планов развития, слияние которых характерно для развития нормального индивида». Выделение этих двух факторов имеет большое значение, так как нарушения психического развития могут быть вызваны и биологическими и социальными факторами.

Вопрос об общих и специфических закономерностях отклоняющегося развития был поставлен Л. С. Выготским в начале XX в. В связи с формированием дефектологии как комплексной науки о человеке, включающей разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития. Для более полного рассмотрения данной проблемы необходимо выделить условия нормального развития человека. Такие условия были сформулированы Г.М. Дульневым и А.Р. Лурья: нормальная работа головного мозга и его коры; нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов; сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь с внешним миром; систематичность и последовательность обучения и

социализации.

Анализ работ зарубежных психологов начала XX века позволяет обнаружить две принципиально разные концепции развития.

Первая заключается в следующем: умственно отсталый более или менее успешно усваивает все простое, элементарное, но не может достичнуть высших уровней обобщения и абстракции, а также высот нравственной культуры. Такая позиция рассматривает психику лиц с умственной отсталостью как «усеченный конус».

Иная концепция развития психики умственно отсталого создана Л.С. Выготским. Он говорит о необходимости различать первичный дефект и вторичные осложнения развития. При оценке развития психики умственно отсталого Л. С. Выготский предлагает отличать (недостаточно хорошо, по его мнению, изученные, но в основном определенные) ядерные признаки умственной отсталости от вторичных и третичных наслоений, надстраивающихся над этим ядром. Л. С. Выготский пишет «Первым и наиболее частым осложнением, возникающим как вторичный синдром при умственной отсталости, оказывается недоразвитие высших психологических функций. Под этим разумеют обычно недоразвитие высших форм памяти, мышления, характера, слагающихся и возникающих в процессе социального развития. При этом замечательным является тот факт, что само по себе недоразвитие высших психологических функций не является обязательно связанным с картиной дебильности». Различение первичных и вторичных задержек в развитии имеет, по мнению Л. С. Выготского, не только теоретический, но и сугубо практический интерес в том смысле, что вторичные осложнения и задержки оказываются наиболее поддающимися лечебно-педагогическому воздействию. Важнейший вывод, к которому приходит Л. С. Выготский, состоит в том, что «дебил принципиально способен к культурному развитию, принципиально может выработать в себе высшие психические функции, но фактически оказывается часто культурно недоразвитым и лишенным этих высших функций». Он объясняет это своеобразием истории развития дебила.

Для того чтобы понять суть концепции Л. С. Выготского, следует разобраться в том, что он подразумевает под своеобразной историей развития умственно отсталого. В работе «Развитие высших психических функций» Л. С. Выготский обосновывает необходимость различать культурный и биологический процессы развития. Он говорит о тесном сплетеении этих двух линий развития в реальной жизни обычного человека: «Культура человечества слагалась и созидалась при условии известной устойчивости и постоянства биологического человеческого типа. Поэтому ее материальные орудия и приспособления, ее социально-психофизиологические институты и аппараты рассчитаны на нормальную психофизиологическую организацию». Далее он пишет: «Врастание в цивилизацию обусловлено созреванием соответствующих

функций и аппаратов». «Эта связь,— продолжает Выготский,— приуроченность той или иной стадии или формы развития к определенным моментам органического созревания возникла столетиями и тысячелетиями и привела к такому сращиванию одного и другого процессов, так что психика перестала различать один процесс и утвердилась в той мысли, что овладение культурными формами поведения является столь же естественным симптомом иронического созревания, как те или иные телесные признаки».

По теории Л. С. Выготского, высшие психические функции, т. е. высшие формы памяти, мышления, характера, — продукт культурного развития, а не биологического созревания. Это культурное развитие возможно, но оно лишь ограничено ядерными признаками умственной отсталости: плохой восприимчивостью ко всему новому и его недостаточной активностью. Влияние расхождения между биологическим и культурным развитием умственно отсталого проявляется, в частности, в дисгармоничном росте потребностей. Недостаточная познавательная активность, слабость ориентировочной деятельности — это, видимо, ядерный симптом, прямо вытекающий из неполноценности коры. Слабость ориентировочной деятельности должна быть поставлена в один ряд со слабостью замыкающей функции коры, повышенной склонностью к инертности нервных процессов и охранительному торможению.

Эти в настоящее время достаточно изученные признаки неполноценности корковой деятельности и составляют то, что Л. С. Выготский называл «ядром дебильности». Особый интерес представляет анализ возникающей в младенческом возрасте потребности умственно отсталого в общении. Все органические потребности здорового и неполноценного ребенка могут быть удовлетворены только взрослыми. У умственно отсталого такая полная зависимость сохраняется гораздо дольше. Потребность в общении у него очень велика. Вместе с тем она не сразу перерастает в подлинную потребность в собственно общении. Она длительное время сохраняется лишь как потребность в помощи.

Л. С. Выготский подчеркивал, что коллектив является центральным фактором в развитии высших психических функций. Умственно отсталый с самого начала общения с нормальными сверстниками (братьями, сестрами, соседями) как бы «выпадает» из коллектива. Он не занимает в этом коллективе адекватной позиции. Нормальные сверстники с ним не коммуницируют вовсе, либо предлагают ему самые невыгодные роли.

Важным моментом при изучении психики лиц с умственной отсталостью является рассмотрение вопроса о компенсаторных и псевдокомпенсаторных образованиях. Очень многие симптомы патологии психики умственно отсталых лиц в действительности относятся симптомам компенсации и декомпенсации. Еще Э. Сеген писал о том, что облик глубоко отсталого индивида определяется в основном, «не природой, а привычками». К

мнимоприспособительным (псевдокомпенсаторным) образованиям относятся, например, отрицательные черты характера: грубоść, агрессивность и т.д. Л. С. Выготский говорит о том, что из-за низких оценок со стороны окружающих,, умственно отсталый индивид начинает осознавать свою малооценность и реагировать развитием целого ряда тенденций которые имеют явно невротический характер.

На первый план выступают неблагоприятные стереотипы поведения. Но бывают и удачные, найденные самим больным, компенсаторные механизмы. Л.С. Выготский указывал, что анализ механизмов симптомообразования, отграничение первичных синдромов от вторичных, прослеживание закономерностей развития психики умственно отсталого имеют огромное значение для современной специальной психологии и педагогики.

1.2 Классификация умственной отсталости

Слабоумие как одна из форм психической неполноценности известно давно. В трудах философов и учёных древности — Платона, Гиппокрита, Аристотеля, Пифагора (VII век до н.э. - III век н.э.) - делаются попытки раскрыть причины и наметить пути профилактики слабоумия. Первое упоминание о детском слабоумии под названием стультиция (врождённая глупость) можно найти у Ф. Платтера (1536-1614) [2].

Французский психиатр Ф. Пинель (1745-1826) первым выделил из группы психозов слабоумие и идиотизм. А Д. Бурневиль (1840-1910) в труде «Об идиотизме и психической отсталости» даёт классификацию слабоумия и применяет новый термин «имбэцильность» (от латинских «им» и «бэциллум» - без палки). К имбэцилам он причислял умственно неполноценных детей с менее выраженным, чем у идиотов, интеллектуальным дефектом [2].

В начале XX века немецкий психиатр Э. Крепелин (1856-1926) создал новую классификацию психических болезней, в которой учитывались не только отдельные частные симптомы (на которых основывались старые авторы), но и главным образом этиология, патогенез, данные клиники. В своей классификации психических болезней Э. Крепелин выделил понятие о детском слабоумии. Он объединил все формы раннего поражения мозга в одну общую группу и дал ей название — олигофрения (малоумие), а существовавшие в то время термины «идиотия», «имбэцильность», «дебильность» предложил использовать как показатели степени олигофрении (т. е. Выраженности умственной неполноценности).

Предложенная Крепеленом классификация слабоумия используется и в настоящее время в практике специальных школ. В последние годы накоплены дополнительные сведения по вопросам этиологии, патогенеза и клиники слабоумия. Этим обусловлено появление других видов классификаций.

М. С. Певзнер в работах с 1959 по 1979 года [3,4,5] разработала и предложила классификацию с учётом этиопатогенеза и качественного своеобразия аномального развития:

Неосложнённая олигофрения. При неосложненной форме ребенок характеризуется уравновешенностью основных нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются у него грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Ребенок способен к целенаправленной деятельности, однако, лишь в случаях, когда задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение не имеет резких отклонений.

Олигофрения, сопровождающаяся нейродинамическими нарушениями. При олигофрении, характеризующейся неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности, присущие ребенку нарушения отчётливо проявляются в изменениях поведения и снижении работоспособности.

Олигофрения с нарушением функций анализаторов. У олигофренов с нарушениями анализаторов диффузное поражение коры сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Эти дети дополнитель но имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

Олигофрения, сопровождающаяся психопатоподобным поведением. У этих детей отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у них оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, рассторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.

Олигофрения с выраженной любой недостаточностью. При олигофрении данной формы дети вялы, безынициативны, беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

С. С. Мнухин и Д.Н. Исаев [6] разработали классификацию по особенностям нарушений эмоционально-волевой сферы, вне зависимости от степени выраженности психического недоразвития:

Стеническая. Волевые процессы у этих больных обладают достаточной силой и устойчивостью. Больные работоспособны, деятельны. При легких степенях интеллектуальной недостаточности они имеют хорошую способность к адаптации, способны в полной мере использовать усвоенные навыки и знания. У некоторых больных отмечается аффективная неустойчивость, поэтому выделяют два варианта стенической формы: уравновешенный и неуравновешенный.

Дисфорическая. Характеризуется постоянным злобно-тоскливым аффектом, склонностью к дисфориям, импульсивным поступкам, негативизму, конфликтности, расторможенности влечений. Даже при незначительной интеллектуальной недостаточности такие больные неспособны к обучению и труду. Во время дисфорий они часто проявляют агрессию (обычно по отношению к близким, осуществляющим за ними уход, при этом агрессия может быть очень жестокой и изощренной) и аутоагressию (наносят себе глубокие порезы, прижигают кожу сигаретой, вырывают волосы и пр.).

Астеническая. Характеризуется нестойкостью волевых процессов, быстрой истощаемостью, утомляемостью, медлительностью, нарушениями внимания, затруднениями в усвоении и использовании практических навыков.

Атоническая. Характеризуется практически полным отсутствием способности к психическому напряжению и целенаправленной деятельности. Больные или полностью бездеятельны или находятся в состоянии хаотической двигательной расторможенности.

Классификацию по этиопатогенетическому принципу разработали и предложила Г. Е. Сухарева [7]:

- олиофрении эндогенной природы, которые обусловлены поражением половых клеток родителей (гаметопатиями):
 - синдром Дауна;
 - истинная микроцефалия
 - олиофрения, сочетающееся с системными поражениями костной системы и кожи;
 - энзимопатические формы олиофрении, которые связаны с наследственными нарушениями обмена (фенилкетонурия, галактозурия и другие энзимопатии);
- олиофрении, которые обусловлены вредностями, воздействующими на ребёнка в раннем детстве (постнатально), либо во время его рождения (интранатально):
 - олиофрении, связанные с черепно-мозговой травмой в раннем детстве;
 - олиофрении, связанные с асфиксиею или родовой травмой;
 - олиофрения, связанная с нейроинфекциами, перенесёнными в раннем детстве;
- олиофрении, которые обусловлены внутриутробным (антенатальным) поражением плода (фетопатии) или эмбриона (эмбриопатии):
 - олиофрении, связанные с внутриутробным поражением эндотоксическими или экзотоксическими агентами (при

интоксикациях беременной или гормональных нарушениях у матери);

- олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорождённого;
- олигофrenии, связанные с внутриутробным инфекционным поражением (вирусами гриппа, краснухи, гепатита, цитомегаловируса, паротита и др., возбудителями сифилиса, токсоплазмоза, листериоза и т. п.).

На сегодняшний день действует классификация согласно МКБ-10 (Международной классификации болезней 10-го пересмотра) [8, 20]:

- F70 Умственная отсталость лёгкой степени

Ориентировочный IQ составляет 50-69 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 9-12 лет). Вероятны некоторые трудности обучения в школе. Многие взрослые будут в состоянии работать, поддерживать нормальные социальные отношения и вносить вклад в общество.

- F71 Умственная отсталость умеренная

Ориентировочный IQ колеблется от 35 до 49 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 6-9 лет). Вероятно заметное отставание в развитии с детства, но большинство может обучаться и достичь определенной степени независимости в самообслуживании, приобрести адекватные коммуникационные и учебные навыки. Взрослые будут нуждаться в разных видах поддержки в быту и на работе.

- F72 Умственная отсталость тяжёлая

Ориентировочный IQ колеблется от 20 до 34 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 3-6 лет). Вероятна необходимость постоянной поддержки.

- F73 Умственная отсталость глубокая

Ориентировочный IQ ниже 20 (в зрелом возрасте умственное развитие ниже развития в трехлетнем возрасте). Результатом является тяжелое ограничение самообслуживания, коммуникабельности и подвижности, а также повышенная сексуальность.

- F78 Другие формы умственной отсталости

- F79 Умственная отсталость неуточнённая

Несмотря на большое разнообразие клинических форм, умственной отсталости свойственны общие признаки психического недоразвития. Во-

первых, слабоумие диффузно, «тотально»: страдает не только познавательная деятельность, но и личность в целом. Обнаруживаются признаки недоразвития не только интеллекта и мышления, но и других психических функций (восприятие, память, внимание, речь, моторика, эмоции, воля и т. д.). Во-вторых, наблюдается преимущественное недоразвитие наиболее дифференцированных, онтогенетически молодых функций — мышления и речи при относительной сохранности эволюционно более древних элементарных функций и инстинктов. Больше всего эта особенность выявляется у больных в слабости абстрактного мышления, неспособности к обобщению, к отвлеченным ассоциациям, в преобладании сугубо конкретных связей, не выходящих за пределы привычных представлений. Слабость абстрактного мышления отражают и особенности восприятия, внимания, памяти. Критика снижена, память недоразвита. Выраженность различных психопатологических проявлений при умственной отсталости прямо зависит от глубины интеллектуального дефекта.

В анамнезе больных умственной отсталостью обычно есть задержка физического и психического развития (статических и локомоторных функций, понимания и воспроизведения речи, интеллекта и личности). Степень задержки развития также коррелирует с глубиной слабоумия.

Умственная отсталость нередко сопровождается пороками развития отдельных органов и систем. Эти пороки иногда настолько типичны, что позволяют поставить диагноз еще до проявлений психического недоразвития (например, микроцефалия, болезнь Дауна). Пороки физического развития — различные дисгенезии и дисплазии — чаще наблюдаются при внутриутробном поражении, причем наиболее грубые системные аномалии связаны с более ранними сроками поражения или патологией хромосомного аппарата.

Типичной, «истинной», умственной отсталости не свойственна сколько-нибудь характерная неврологическая картина, можно отметить лишь разлитую неотчетливую симптоматику. Очаговая резидуальная неврологическая симптоматика наблюдается в случаях осложненной умственной отсталости.

Симптоматика складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Восприятие отличается сужением его объема, недостаточной дифференциированностью. При этом плохо различаются сходные предметы при их узнавании (при выраженной степени нарушения). В связи с нечеткостью восприятия для правильного узнавания изображений требуется значительное количество времени. Кроме того, восприятие недостаточно активно. При рассматривании картинок отмечается поверхностное узнавание отдельных объектов, изображенных на них. При выраженной дебильности восприятие

недоразвитое, недостаточно четкое. Это относится к восприятию зрительных образов, когда обследуемые путают изображения схожих предметов, плохо различают цвета. Дебилам трудно уловить целостное содержание картинок, поэтому они перечисляют отдельные детали рисунка.

Внимание характеризуется недоразвитием прежде всего произвольного внимания, сужением его объема, плохим распределением, затрудненным переключением и истощаемостью. Этим обусловлены трудности сосредоточения на заданиях, требующих умственного напряжения. При отыскании чисел по таблицам Шульте отмечаются пропуски чисел, их «потери», увеличение времени работы с каждой отдельной таблицей. Внимание, особенно произвольное, отличается узким объемом. В пробе на запоминание такой больной называет, например, четыре слова. Ему повторно зачитывают все подлежащие запоминанию слова. После этого больной называет уже другие четыре слова, но не может вспомнить называвшиеся им прежде слова. Внимание с трудом переключается с одного вида деятельности на другой, неустойчиво.

Память также имеет ряд особенностей. Выявляются нарушения операционного, динамического, мотивационного компонентов процесса запоминания. Механическая память более развита, чем опосредованная. Однако для запоминания не связанных между собой по смыслу слов требуются многие повторения, а через короткое время воспроизводится небольшое их количество. Медленно и с трудом усваивается новый материал, необходимо его неоднократное повторение, но он быстро забывается, а использование на практике каких-либо приобретенных знаний затруднено. В методике пиктограмм в связи с нарушением образования логических связей между словами и изображением слабой оказывается опосредованная память. Лучше запоминаются внешние признаки предметов и явлений в их случайных сочетаниях, но внутренние логические связи и отношения запоминаются плохо, так как недостаточно понимаются. Выраженность ослабления памяти часто соответствует степени слабоумия. Чем глубже дебильность, тем более заметна недостаточность памяти. Представляет интерес соотношение между механической памятью и логической. При легкой дебильности существенной разницы между показателями, характеризующими оба вида памяти, нет. Зато при выраженной дебильности механическая память страдает меньше. Глубоким дебилам опосредованное заучивание представляется очень трудным, а пробы на ассоциативную память даются труднее, чем заучивание 10 слов; ассоциации в парах слов этими больными не улавливаются, и поэтому задание оказывается для них большим по объему (содержит 20 слов). Существенное значение приобретает попытка исследующего корректировать суждения обследуемого. Возможность коррекции свидетельствует о более легкой степени дебильности.

В структуре мышления выявляются нарушения его операциональной стороны по типу снижения уровня доступных обобщений; нарушение динамики

мышления по типу замедления протекания мыслительных операций (тугоподвижность мышления), инертности; ослабления мотивационного компонента мышления; нарушения критичности мышления. Снижение уровня доступных обобщений проявляется конкретно-ситуационным характером мышления, затруднением абстрагирования. Выделение существенных признаков, закономерных связей затруднено. Плохо усваиваются правила и общие понятия; при способности установления различий в предметах невозможным оказывается выделение существенных черт их сходства. При «сравнении понятий» внимание акцентируется на случайных, внешних признаках, а существенные игнорируются. Особые затруднения отмечаются при выполнении больным «классификации предметов», где формирование групп осуществляется с опорой на включенность тех или иных предметов в единую конкретную ситуацию из опыта испытуемого. Невозможным оказывается абстрагирование какого-либо признака всех предъявляемых предметов, согласно которому предметы, обычно входящие в различные наглядные ситуации, могли бы быть объединены в одну группу. Так, затруднено объединение в одну группу по признаку «живое-неживое». При построении «простых аналогий» часто невозможным оказывается усвоение инструкций; выполнение заданий «случайное» проводится по произвольному способу. «Сложные аналогии» недоступны.

Обнаруживаются также слабость регулирующей функции мышления и некритичность суждений при непоследовательности рассуждений.

Возможность перенесения обследуемым уже усвоенного опыта на выполнение аналогичных заданий приобретает особое значение при установлении степени выраженности дебильности. Возможность перенесения усвоенного опыта свидетельствует о легкой степени дебильности.

Чем глубже выражена дебильность, тем беднее оказывается лексикон больного. Речь изобилует штампами, часто неверно употребляются слова («пустая словесная абстракция»). Это легко установить при исследовании по методике подбора антонимов. Когда проверяется не только словарный запас, но и соответствие слов определенному смыслу. Устная речь имеет выраженные дефекты в произношении: наблюдается косноязычие, шепелявость, плохое различение звуков, путаница близких фонем, искажения слов (особенно сложных) при произношении. Словарь, как пассивный, так и активный, мал. Слово часто является не понятием, а называнием конкретных объектов. Речь плохо оформлена грамматически, фразы однословные. Письменная речь часто не сформирована.

Воображение характеризуется выраженным дефектом развития фантазии. В эксперименте оказываются невозможными составление рассказов из заданных слов, связная передача событий из собственной жизни.

В эмоциональной сфере пациентов с олигофреническим

патопсихологическим симптомокомплексом наблюдается незрелость и малая дифференцированность эмоциональных реакций. Тонкие оттенки чувств пациентам обычно недоступны. Высшие чувства развиты слабо. В переживаниях доминируют элементарные чувства, которые нередко исчерпываются удовлетворением физических потребностей. Осознавание эмоций ограничено. Часты как переоценка своих возможностей, некритическое отношение к ним, так и переживание чувства своей неполноценности в связи с отрицательным отношением со стороны других людей, обиды за свою несостоятельность.

Мотивационно-потребностная сфера отличается низким уровнем мотивационной активности и малым мотивационным разнообразием. Отмечаются низкий уровень мотивационного опосредования, слабость целеполагания; несформированность социально направленных мотивов; дефицитарность волевой активности, высокая внушаемость. При этом можно отметить «угловатость» и несформированность тонких двигательных навыков.

Внешний облик пациентов часто отмечен дизонтогенетическими признаками, такими как выраженное ослабление мимической экспрессии, гипомимия, гипопантомимия. Существенное значение имеют речевые нарушения, выраженные затруднения при усвоении инструкций, понимании смысла заданий. Работоспособность в эксперименте низкая, выражена истощаемость, существенно снижен темп психических процессов. Рабочий мотив не формируется, преобладает ведомость. Заинтересованность в результатах мала. Необходима активная стимуляция для получения продукции в эксперименте. Важным диагностическим аспектом является низкая обучаемость испытуемых. С этой целью в течение всего исследования проводится обучающий эксперимент, где испытуемому предлагаются разные виды обучающей помощи — стимулирующая, уточняющая, организующая — и полный обучающий урок. От степени выраженности интеллектуального дефекта зависит использование испытуемым вида обучающей помощи. Следовательно обучаемость будет различной — от небольшого снижения до полного отсутствия обучаемости.

Умственная отсталость имеет различную этиологию. Все причинные факторы условно можно разделить на две группы:

- эндогенные (внутренние);
- экзогенные (внешние).

Эндогенные причины:

Различные наследственные заболевания родителей. На генетическом уровне передается около 50 – 70 % форм умственной отсталости.

Хромосомные нарушения. Частой причиной умственной отсталости являются хромосомные нарушения, связанные с изменениями в численности

или структуре хромосом (хромосомные аберрации). Они составляют около 15 % от всех случаев. Среди хромосомных аномалий чаще других встречается аберрация, вызывающая синдром Дауна.

Нарушения обмена веществ. При наследственных нарушениях обмена имеет место поражение ЦНС, приводящее к возникновению сложного дефекта (различные сочетания интеллектуальной недостаточности с поражениями двигательной системы, недоразвитием речи, нарушениями зрения, слуха, эмоционально-поведенческими расстройствами). Так, при фенилкетонурии (врожденное отсутствие определенного фермента) в организме накапливаются токсические продукты. С данными нарушениями связано возникновение тяжелых форм умственной отсталости.

Экзогенные причины:

В пренатальный (внутриутробный) период:

хронические заболевания матери;

инфекционные болезни, перенесенные матерью в период беременности;

интоксикация, прием материю во время беременности некоторых лекарственных препаратов;

курение, употребление алкоголя и наркотиков матерью.

В натальный (родовой) период:

родовые травмы;

инфектирование плода;

асфиксия (удушье) плода.

В постнатальный период (после рождения, примерно до трехлетнего возраста):

остаточные явления после инфекционных и других заболеваний;

различные травмы головы;

интоксикации, перенесенные ребенком.

Причиной неблагоприятных последствий для психофизического развития плода или ребенка после его рождения может быть и влияние повышенной радиоактивности биосферы (атмосферы, воды, почвы и др.).

К экзогенным причинам возникновения легких форм умственной отсталости можно отнести также неблагоприятные условия социальной среды и психическую депривацию (недостаточное удовлетворение важных психологических потребностей) ребенка в раннем детстве. Часто неблагоприятные наследственные факторы выступают в сложном

взаимодействии с факторами внешней среды, т. е. наблюдается сочетание различных патологических факторов – полиэтиология.

Этиологические факторы олигофрений в зависимости от времени воздействия принято делить на четыре основные группы:

наследственные, в том числе связанные с повреждением генеративных клеток;

внутриутробные, действующие на зародыш и плод;

родовой травматизм и асфиксия;

перинатальные и первых 3 лет внеутробной жизни.

Резюмируя выше сказанное можно заключить, что диагноз умственной отсталости основывается на установлении психического дефекта, центральное место в котором занимает недоразвитие интеллектуальных способностей, на обнаружении признаков отставания в психическом развитии, а также отсутствии прогредиентности, т.е. признаков углубления психического дефекта. С целью определения степени интеллектуального дефекта используют специальные психологические методы оценки интеллекта. Для уточнения этиологии некоторых форм умственной отсталости требуются дополнительные лабораторные и инструментальные исследования.

Следует дифференцировать умственную отсталость (устаревшее название — олигофрению) от олигофренического регистра-синдрома. Умственная отсталость это состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности), врожденное или рано приобретенное (в первые три года жизни) вследствие поражения головного мозга на ранних этапах его развития (внутриутробно, в первые месяцы и годы жизни) или обусловленное наследственной неполнотой мозга. В то время как олигофренический регистр-синдром это симпто-мокомплекс, складывающийся из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств, являющейся сопутствующим другому заболеванию или расстройству.

Так же необходимо дифференцировать умственную отсталость с состояниями, обусловленными педагогической запущенностью (случаи, когда здоровый индивид лишен условий для правильного умственного развития) и прогредиентными психическими заболеваниями (в первую очередь с шизофренией, эпилепсией, деменцией).

1.3 Раскрытие понятия абилитации

Согласно словарю терминов по общей и социальной педагогике [21] абилитация это комплекс мер (услуг), направленных на формирования новых и усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития индивида. Следует различать понятия абилитации и реабилитации. Абилитация это система и процесс формирования отсутствующих и интенсивного развития сохранных способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности с целью социальной адаптации, включая достижение материальной независимости и интеграции в общество. В то время как реабилитация это система и процесс полного или частичного восстановления утраченных способностей. Необходимость и важность абилитации (равно как и реабилитации) закреплена законодательно на федеральном уровне [9].

Атрибутивным признаком процесса абилитации является формирование отсутствующих способностей, т. е. функций и способностей, которые в норме проявляются без специальных усилий окружающих, а у больного могут появиться только в результате целенаправленной работы.

Таким образом, абилитация больного с умственной отсталостью это комплекс мероприятий по формированию функций познавательной деятельности, внимания, памяти, обобщения, абстрактного мышления, опирающихся на интенсивное развитие сохранных функций.

Логика построения функциональной модели абилитации строится на положении, что в ситуации нарушения или невозможности восстановления нарушенных функций необходимо интенсивно развивать сохранные функции и формировать на их основе замещающий или адаптивный механизм для нарушенных функций.

Основные принципы, положенные в абилитацию лиц с умственной отсталостью:

- принцип учета типологических и индивидуальных образовательных потребностей;
- принцип развивающей направленности абилитационного процесса, ориентирующий на развитие личности обучающегося и расширение его «зоны ближайшего развития» с учетом особых образовательных потребностей;
- принцип преемственности, предполагающий взаимосвязь и непрерывность на всех этапах;
- принцип целостности содержания, поскольку в основу структуры содержания образования положено не понятие предмета, а — «образовательной области»;
- принцип направленности на формирование деятельности,

обеспечивает возможность овладения обучающимися с умственной отсталостью всеми видами доступной им предметно-практической деятельности, способами и приемами познавательной и учебной деятельности, коммуникативной деятельности и нормативным поведением;

— принцип переноса усвоенных знаний, умений, навыков и отношений, сформированных в условиях учебной ситуации, в различные жизненные ситуации, что обеспечит готовность обучающегося к самостоятельной ориентировке и активной деятельности в реальном мире;

В основу процесса абилитации для лиц с умственной отсталостью положен деятельностный и дифференцированный подход.,

Эффективной организации абилитации будет способствовать:

— признание в качестве приоритетного средства достижения цели такую организацию познавательной и предметно-практической деятельности, которая обеспечит овладение содержанием абилитации;

— развитие личности лиц с умственной отсталостью в соответствии с требованиями современного общества, обеспечивающее возможность их успешной социальной адаптации;

— разработка содержания и технологий абилитации лиц с умственной отсталостью, для определения путей и способов достижения ими социально желаемого результата личностного и познавательного развития с учетом их особых образовательных потребностей;

— ориентацию на результаты как системообразующий компонент, где общекультурное и личностное развитие составляет цель и основной результат абилитации лиц с умственной отсталостью;

— учет возрастных, типологических и индивидуальных особенностей обучающихся с умственной отсталостью, а также их особых образовательных потребностей;

— вариативность основных абилитационных программ, дифференцированно учитывающих специфические образовательные потребности.

— максимально раздвинутое за пределы учреждения абилитационное пространство;

— практическую направленность всего абилитационного процесса, обеспечивающую овладение обучающимися жизненными компетенциями;

— использование особой формы подачи материала, включая структурную простоту и наглядность;

— организация специальных занятий по коррекции ведущего дефекта (памяти, внимания, мышления);

— предметно-практические действия, направленные на развитие мыслительных операций.

Основные приёмы абилитации:

- индивидуальные коррекционно-развивающие занятия
- групповые коррекционно-развивающие занятия
- курсовая реабилитация
- общение
- мобильность
- самообслуживание
- бытовая жизнь
- межличностные взаимодействия и отношения
- поддержка и взаимосвязи

Принцип сотрудничества выражается в создании атмосферы доброжелательности, эмоциональной раскрепощенности, способствует появлению критичности и адекватности самооценки.

Комплексность подхода предполагает взаимодействие всех специалистов, участвующих в коррекционной работе.

Основными критериями эффективности осуществляющейся абилитационной работы могут служить такие параметры как: повышение самостоятельности, интеллектуальной активности, повышение целенаправленности и работоспособности, что в целом способствует социальной адаптации и интеграции в социум. Как справедливо отмечал И.П. Павлов: «Ничто не остается неподвижным, неподатливым, а все всегда может быть достигнуто, можно изменить к лучшему. Лишь бы были созданы соответствующие условия».

II РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО АБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

2.1 Клиническое интервью с больным

ФИО, Возраст: Смирнов Валерий Геннадьевич, 48 лет

Исследуемый идёт на контакт охотно, настроение бодрое, приподнятое. Находит удобное место для общения, заботливо расчищает стол, пододвигает стул. Узнав что я с ним буду работать, проводить тесты и делать разные упражнения, гордо хвастается: «Я пишу! Хотите я вам покажу?» Показывает листок с аккуратно написанными шестью или семью столбиками таблицы умножения: «Я сам написал!»

Давно в интернате? Как сюда попали? Почему? В интернат поступил 9 октября 2010 года. Из детского интерната. Я был в детском интернете, в Березовке. С 5 лет в детском доме. Живут до 18 лет, а потом в другие дома.

С 18 лет до 2010 года где находился не помнит и даже не осознаёт, что между 18 годами и 2010 годом прошло около 20 лет. На несколько раз в разное время повторённый вопрос, где находился с 18 лет до поступления в этот интернет, отвечает, что до 18 был в детском доме, потом перевели и теперь здесь.

Я работаю. Сейчас в отпуске. А так работаю. В детском доме на садах. Хожу туда на работу. Что делаете на работе? Продукты выдаю. Расскажи подробнее, какие продукты, как, кому выдаёте? Продукты привезут, я разгружу, куда надо принесу. Куда скажут. Один разгружают или помощники есть? Сам разгружаю. Скажут разгрузить, я сам разгружаю. Один. Хорошо. Замечаний нет.

Есть ли жалобы на здоровье? Как себя чувствуете, как здоровье? Жалоб нет. Замечаний нет. Таблетки пью. Какие таблетки? Какие дают, все пью, замечаний нет. И прибор есть, давление меряю. Таблетки от давления? Измеряю, каждый день пью, всё хорошо. Кроме давления что-то беспокоит? Всё хорошо.

Про родителей расскажите, что помните? Умерли. Мать приезжала в детский дом. И домой брала. Сестра приезжала. С матерью приезжала. Сестра старшая. А брат младший. Брат не приезжал, он меньше. Потом перестали приезжать. Сестра написала письмо: «Родители умерли» и перестала приезжать.

Больше ничего ни о родителях, ни о сестре с братом ничего не помнит. Каких бы то ни было чувств или эмоций не проявляет. Рассказывает исключительно как факты, без эмоциональной окраски.

Расскажи о детстве в детском доме, какое было к тебе отношение, чем занимался там? Уважали. Замечаний не было. Учили. Читать, писать. Что больше нравилось из занятий, что лучше получалось, читать или писать? Всё нравилось. Замечаний не было.

А в свободное время чем занимался? В цирк возили. Суббота, воскресенье. Все дни учились, субботу и воскресенье не учились. А друзья были? Были. Друзья были. Как звали друзей? Не помню. Друзья были. Разговаривали. Как звали не помню. В какие игры играли? Кубики, прятки, рисовали. Какие игры больше нравились? Всегда хорошо. Больше нравилось читать, писать. Сяду и пишу. Надо же чем-то заниматься.

А о чём мечтал, какие были мечты в детстве? Конечно были. Задумался. Мечтал что бы сделать. Кому помочь. Придёт сестра-хозяйка или повар: «Поднеси тяжёлое», - помог... Вот и всё моё детство.

Какие то ещё воспоминания о детстве есть? Были воспоминания всегда. Были... Сейчас что-то вспоминается? Пока нет.

Какие-нибудь заболевания в детстве были? Чем-нибудь болел? Начал подрастать — давление было, но не сильно. Других заболеваний не было.

Воспаление лёгких было. Это уже здесь. В больнице вылечили. Спасли докторы.

А когда начал работать? Работал лет с 12-15-18. В столовой. Что надо принести, принесу. Разгрузить. Замечаний не было. За работой время идёт быстро. В отпуске — долго.

Чем занимаешься в отпуске? Помогаю. Памперсы разгрузить. Попросят мусор отнести — вынесу. Я не отказываю.

Раньше выступал в хоре. Пели всё подряд. Россия... Потом это... Нравилось петь? Нравилось. Почему сейчас не поёшь? А потом начал работать.... Смысла нет уже...

Полы мою в комнате сам. Руки ноги есть.

В души моюсь хожу. Надо маленько ополоснуться. Чтоб приятнее было.

В семь часов начинаю смотреть новости. Мультики смотрю про мышку и про кота. Смешные. Не соскучишься. Ну это как же он назывался.... Американский мультик. Он американский. Как же кота-то звали... Мышка всё пакастила ему. А кто из них больше нравится, мышка или кот? Всё нравится, кот и мышка. Ну погоди нравится. Тоже интересно.

Кроме телевизора что интересно? Ну рисовать там... Я вот показывал, я пишу таблицу умножения...

Друзья здесь есть? Друзья есть. Андрюша. Другой Андрюша. А что делаете вместе с друзьями? Замечаний нет. Не ругаемся никогда.

Ну о чём разговариваете с друзьями? Конечно. Разговариваем. Попросят вынести мусор — я вынесу. А я им: я вот сделал салатик — попробуйте. Чаще время провожу один. Пишу. С котом разговариваю. О чём с котом разговариваешь? Кот есть просит. Воды дать ему. Сухой корм дать ему.

А кот чей? Друзей. Андрюшин кот. Андрюшин. А своего кота хотел бы завести? Зачем он. Не надо его.

А ещё кто из друзей есть? Ещё Гена. Он сейчас на работе.

Что можешь про друзей рассказать, они чаще бывают весёлые или грустные? Они всегда добрые. Нет замечаний.

Колкие высказывания друзей («Мясо», «Пузо отрастил — в диван не помещается») не замечает или не принимает на свой счёт, не реагирует на них ни эмоционально, ни словами, ни действиями, ни феноменально (реакциями тела). Единственная реакция на саркастическое замечание друзей о том, что «Сидишь тут, сходил бы прогулялся, глядишь похудел бы, а то растолстел», состояла в том, что он ответил: «А как я пойду, мне некогда — заниматься надо, учить, а то дураком останусь».

Чем ещё занимаешься в отпуске? Люблю читать сказки. О рыбаке и рыбке. Мурзилка. Крокодил. Раньше были. Теперь нет.

Умею готовить. Могу салат приготовить. Мимозочка. Я мастер на все руки. Или всё порезать.

А расскажи, как ты готовишь салат Мимозу? Сайра. Лук. Морковка. Картошка. Сыр. Майонез. Сложи всё это идёт. Я сам научился. Никто меня не учил.

Вкусно получается? Люди обожают. Один-то я не могу сесть. Я как повар. Всем нравится? Ну кто-то с детства не любит. Не ест. Раз они не любят — я ничего не говорю. Они с детства не любят. А кто ест, тому нравится.

Тебе самому нравится для других салат готовить, угощать других? Нравится. Замечаний нет... Замечаний нет...

А что ещё умеешь делать кроме салатов? Оливье тоже умею. А кроме готовки что делать умеешь? Помидоры могу.

А в столовой вас хорошо кормят? Нормально. Я не обижусь. Завтрак. Обед. Ужин.

А ты про сказку рассказывал о Рыбаке и рыбке. Чем понравилась сказка? Бабка всё допытывала. Дед с рыбкой разговаривал. С тем и остались. Чтоб дворец бабке. С рыбкой разговаривал. Бабка всё недовольная. А рыбка уплыла. Опять остались. Хорошая сказка. А что хотел автор нам этой сказкой сказать, про что сказка? Рыбка разозлилась.... Всё...

Какие ещё сказки читал, про что? *Поговорки учу, пословицы про птиц. Мне дадут, я учу.* Какие поговорки? Да про птиц. Галка там. Прогнали её. Или вода. Что там ешё...

Что для тебя самое главное? Сходить куда-то. Купить что-то. В магазин. Или... Люди просят купить. Я куплю им. А я и не отказываю им. Потому что. Надо помогать всё равно им... Тут же инвалиды есть.

А тебе помогают? Да я сам...

А как на работу устроился, как нашёл? Ребята взяли с собой — так и устроился. Я не знал, ребята взяли.

Ты куришь? Нет. А в детстве? Нет. Никогда. Алкоголь употребляешь или употреблял? Никогда.

Почему не куришь? Зачем? Зачем вот это? А как относишься, когда другие курят? Тех кто курит — уже не отучить. Я не лезу.

Какое настроение у тебя чаще бывает? Когда проснёшься, вид не тот. А потом хорошее настроение.

Фразы короткие, односложные. Часто повторяет слова. Иногда приходится повторять вопрос несколько раз, по разному формулировать. При смене темы иногда продолжает отвечать на предыдущий вопрос.

2.2 Протокол патопсихологического исследования

Методика «10 слов»

Оценка состояния слуховой памяти на слова, утомляемости, активности внимания, запоминания, сохранения, воспроизведения, произвольного внимания.

Воспроизведение всех 10-ти слов с 8-го повторения. Воспроизведение в случайному порядке. Многократно (до пяти раз) повторяет уже названные ранее слова. Иногда повторяя слово сам отмечает «уже было». Путает буквы в словах (стул-стол, тень-лень, лён-клён). Воспроизводит большое количество (до пяти) «лишних» слов.

С 1-го, 2-го, 3-го повторения воспроизводит 4-5 слов, частично разных. После того, как ему было предложено объяснить значения слов и изобразить, какие действия он с ними может выполнить, воспроизводимость повысилась до 6-8 и в конечном итоге до 10 слов.

Через 30 минут повторяет все 10 слов после второго повторения.

Через сутки после трёх повторений воспроизвёл 9 слов.

Очень понравилось. Попросил таблицу со словами, сказал «Буду учить».

Интерпретация результата: показатели кратковременной слуховой памяти значительно ниже нормы; большое количество «лишних» слов свидетельствует о расстройствах сознания; утомляемость не выражена; ослабленности или неустойчивости внимания не выявлено; показатели долговременной памяти значительно выше кратковременной, но всё же остаются ниже нормы.

Методика «Повторение цифр в прямом и обратном порядке»

Методика направлена на определение объёма памяти (первая часть) и на концентрацию внимания (вторая часть).

В прямом порядке повторяет ТРИ цифры. Оценка — 3 балла.

В обратном порядке сначала повторяет цифры в прямом порядке, потом в обратном. Справляется только с ДВУМЯ цифрами. Оценка — 2 балла.

При замене цифр произвольными словами запоминает и повторяет в обратном порядке ТРИ слова.

Интерпретация результата: объём кратковременной памяти и показатель объёма внимания на уровне ребенка 5-7 лет; показатель кратковременного запоминания меньше трёх единиц при прямом и обратном счёте обычно свидетельствует о наличии органического поражения мозга.

Счёт по Крепелину

Методику направлена на изучение устойчивости внимания, переключаемости внимания (с видоизменением инструкции), умственной работоспособности и психического темпа.

Проговаривает цифры вслух. Долго не может уяснить инструкцию. Считает на пальцах или чёрточках на бумаге. Сложение цифр с суммой больше 10 вызывает непреодолимое затруднение - «Не хватает пальцев». Подумав некоторое время, берет лист бумаги и считает на чёрточках. В каждом вычислении долго сомневается, переспрашивает, правильный ли результат: «Семь? Семь писать?». Самостоятельно обнаружить ошибку не способен. При указании на ошибку реагирует спокойно, без эмоций: «Значит стираем?», либо улыбкой, смехом: «Даже самому смешно стало». Выполнить пробу полностью не представляется возможным.

Долго учились считать на пальцах. Научились складывать на пальцах числа, сумма которых больше 10.

Попросил оставить таблицу с цифрами, сказал: «Буду учить. Складывать надо? Буду учить».

Интерпретация результата: выполнить пробу полностью не представляется возможным из-за неспособности исследуемого к устному счёту; косвенно это говорит о том, что методика к нему не применима в силу «умственного возраста».

Проба Мюнстерберга

Методика направлена на определение избирательности и концентрации внимания.

Пробу выполняет 8 минут. Находит 15 слов. В одном слове — «психиатрия», подчёркивает «психиатр».

Интерпретация результата: *хорошим считается результат — 20 и более слов (желательно без пропуска слов), низкие показатели — 18 и менее слов; рекомендуемое время выполнения задания — 2 минуты; 15 слов за 8 минут свидетельствуют об очень низкой избирательности и концентрации внимания.*

Методика «Существенные признаки»

Исследование операции абстрагирования, способности дифференциации существенных признаков предметов или явлений от несущественных, второстепенных.

Правильно выделяет существенные признаки для 9 слов из 11. Но 7 из них с помощью вопросов психолога («Это необходимо? Без этого может быть?»). При этом объясняет каждое прочитанное слова, приводя предметно-действенное объяснение.

Слово «Деление» - не понимает смысл: «Деление это.... измерить, не линейка... такая»

Слово «Кольцо» - «Печать всегда надо. Печать поставить», «Диаметр — измерить. Чем...», «Кольцо полукруглое», «Алмаз - (не знает)», «Проба — попробовал, не понравилось. Поставить и стоит, как баночка. В столовой оставляют пробу». После объяснения смысла слов и с помощью наводящих вопросов (см выше) успешно справляется.

Слово «Чтение» - не понимает абстракции «слово». После длительного объяснения, установления аналогии «слова — говорим, слова — читаем, слова — написаны» успешно справляется.

Слово «Газета» - понимает и объясняет слово «редактор».

Интерпретация результата: *Несмотря на относительную успешность пробы после разъяснений и наводящих вопросов испытатели, самостоятельные результаты (2 из 11) испытуемого свидетельствуют о неумении сравнивать, анализировать и обобщать выделенные признаки; наличие в большей мере ошибочных суждений свидетельствует о преобладании конкретно-ситуационного стиля мышления над абстрактно-логическим.*

Методика «Сходство» (тест из методики Векслера)

Позволяет судить об уровне обобщения, умении выделять родовые и видовые понятия, способность к абстрагированию.

Сначала называет различия. При помощи упреждающего вопроса «Что

между ними общего» начинает сначала называть общее, при этом различия указывает только после вопроса «А чем они отличаются?».

Общая оценка — 11 баллов.

Апельсин — банан : «Вытянутый, полукруглый» А как это можно назвать? Это форма? Какая форма у апельсина? «Очищаешь, толстая, жёлтым цветом» А что общего? «Фрукт»

Собака — лев : «Животное», «Здоровый. На цепи сидит.» А где живут?
«В зоопарке. В клетке»

Глаз — ухо : «Видеть. Слышать», А что общего? «Зрение».

Север — запад : «Это [показывает руками круг] земной шар»

Поэма — статуя : «Стихи», А статуя что такое? «Не знаю». Объяснить что такое статуя не удалось.

Яйцо — зерно : «Хлеб делают. Курица несёт», А что это, что общего?
«Продукты»

Поощрение — наказание : «Судья наказывает. Садят»

Древесина — спирт : «Дрова. Алкоголь»

Воздух — вода : «Дышим. Пьём»

Муха — дерево : «Летающая. Садится на неё [про дерево]. Природа. Живое растёт» А муха это не природа? «Нет, муха не природа. Садится и пакастит. Ничего не даёт» А что общего? «Живые».

Интерпретация результата: *максимальная оценка по данному тесту 26 баллов; способность к абстрагированию низкая; испытуемый демонстрирует конкретно-предметно мышление.*

Методика «Дополнение»

Методика, предложенная Г. Эббингаузом, для исследования развития речи и продуктивности ассоциаций. Также может быть использована для проверки критичности больных.

Над городом низко повисли суггестивные снег. Вечером началась пуля (по буквам проговаривает БУРЯ, пишет пуля). Снег повалил большими кусками. Холодный ветер выл как дикий в (начинает писать «ветер», но замечает: «ветер уже написано, не надо писать?»). На конце пустынной и глухой _____ вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с _____ пробиралась по по снегу. Она была худа и бедна удала (проговаривает УСТАЛА, долго сомневается в буквах). Она подвигалась медленно вперед, валенки хлябали и дешало (проговаривает МЕШАЛО) её идти. На ней было плохое балто (проговаривает ПАЛЬТО) с узкими рукавами, а на плечах русак (проговаривает РУКЗАК). Вдруг девочка

и наклонившись начала что-то _уведла (УВИДЕЛА) _ у себя под ногами. Наконец она стала на _и башла (И ПОШЛА) _ и своими посиневшими от _____ ручонками стала _____ по сугробу.

Интерпретация результата: *весьма низкий уровень продуктивности ассоциаций; так же виден распад письма; критичность снижена.*

Таблицы Шульте

Определение устойчивости внимания и динамики работоспособности.

Результаты:

89 секунд — без ошибок

84 секунды — без ошибок

82 секунды — пропустил два числа

116 секунд — очень долго не мог найти одно число, без ошибок

82 секунды — без ошибок

Очень понравилось, попросил таблицы, сказал: «Вечером буду учить».

Интерпретация результата:

Эффективность работы (ЭР) вычисляется по формуле:

$$\text{ЭР} = (T1 + T2 + T3 + T4 + T5) / 5, \text{ где}$$

T_i — время работы с i-той таблицей.

$$\text{ЭР} = (89+84+82+116+82)/5=90.6$$

Оценка ЭР (в секундах) производится с учетом возраста испытуемого.

Полученный результат ниже наименее показателя для 10-летних детей.

Степень врабатываемости (ВР) вычисляется по формуле:

$$BP = T1 / \text{ЭР}$$

$$BP = 89/90.6=0.98$$

Результат меньше 1,0 — показатель хорошей врабатываемости.

Психическая устойчивость (выносливость) вычисляется по формуле:

$$PU = T4 / \text{ЭР}$$

$$PU = 116/90.6=1.28$$

Показатель результата меньше 1,0 говорит о хорошей психической устойчивости, соответственно, чем выше данный показатель, тем хуже психическая устойчивость испытуемого к выполнению заданий.

Проба показала очень низкий уровень устойчивости внимания и низкий уровень психической устойчивости при хорошей врабатываемости.

Ориентировка во времени, месте

Во времени (по часам со стрелками), в дне недели и датах ориентируется хорошо. Легко и правильно отвечает на вопросы «Какой сегодня день?», «Какой день был вчера (будет завтра)?». Договариваясь с ним о встречах, помнит свой рабочий график: «В пятницу я работать буду, в пятницу не приходи. А в четверг буду дома, в четверг можно». Перечисляет дни недели, месяца. Правильно отвечает, какие зимние месяцы, хотя и с задержкой на раздумья или вспоминание.

Уверенно отвечает город. На вопрос «Какие ещё города знаешь?» отвечает: «Курчатова, улица это, интернат на Курчатова».

Методика «Пиктограмма»

Разработанная А. Р. Лурия методика исследования особенностей опосредованного запоминания и его продуктивности, а также характера мыслительной деятельности, уровня формирования понятийного мышления.

№	Словосочетание	Пояснения, что рисует
1	Весёлый праздник	Это куколка. Человечек.
2	Тяжёлая работа	Деревце
3	Развитие	Домик. Дача получилась.
4	Вкусный ужин	Это колбаса
5	Смелый поступок	Это будет корабль. Не правильно. Надо было другой стороной. Ну пусть будет коврик.
6	Болезнь	Можно нарисовать человечка опять. А там мы придумаем. Вот так сделаем. Человечик. И он курит. Что нельзя курить.
7	Счастье	А что можно нарисовать? Яблочко можем нарисовать. Оно поможет счастью.
8	Тёмная ночь	Кровать. Люди спят. Это тёмная ночь.



Примерно через пол-часа выполнения других заданий вспоминаем по пиктограммам слова:

№ Пояснения, рассуждения

- 1 Девочка. Пошла куда-то. В школу. Только сумку не сделал ей. Гулять пошла.
- 2 Осень. Листочки отпали.
- 3 Домик. Дача. Люди живут. Домик хороший. Люди отдыхают.
- 4 Это колбаса. Это продукты. Это мясо. Из мяса делают.
- 5 Это коврик. Чтоб люди босиком не ходили. Разулись и встали на коврик.
- 6 Девочка. Мальчик. Курит. Но нельзя. Даёт вред для здоровья. Я вот не курю. Потом органы портятся.
- 7 Помидор. Овощ. Её кушают.
- 8 Кровать. Люди спят ночью. Человечек спит. Встал и

Какое слово?

Девочка пошла на прогулку

Осень

Дача

Коврик

О здоровье

Овощи-фрукты

Тёмная ночь

заправил. Надо заправить, потом идти.

Из 8-ми изображений 7 конкретные, 1 сюжетное (человек курит).

Интерпретация результата: *проба показывает выраженное конкретно-предметное мышление, что свойственно детям до 10-летнего возраста; понятийное мышление не сформировано; продуктивность запоминания очень низкая; логические ассоциации между словами и пиктограммами отсутствуют.*

Распознавание эмоций (смайлики)

№ Смайлик	Объяснение
1 удивление	Немного не доволен
2 грусть	Не весёлый.
3 недовольство	Тоже что-то злой.
4 злость	Тоже сердитый какой-то. Что-то ругается.
5 печаль	Грустит.
6 плач	Плачет. Обиделся. Кто-то обидел.
7 удивление	Кричит что-то. Злой. Кричит: «На помощь».
8 грусть	Вялый какой-то.
9 игривость	Иш какой довольный, глаз закрыл.

Распознавание эмоций (фотографии)

№ Эмоция на фото	Объяснение
1 радость	Доволен. Радостный.
2 обида	Обиженный.
3 радость	Радостный.
4 удивление	Со страху.
5 злость	Старичок. Злой.
6 злость	Плохое настроение. Страшный.
7 стыд/вина	Задумался. Грустный.
8 печаль	Обиженный.
9 грусть/задумчивость	Заснул.
1 удивление	Глаза на лоб. Ворчит. Бурчит.
0	
1 разочарование	Обиделся.
1	

1	отвращение	Так-то нормально. Вид плохой. Не доволен.
2		
1	Что-то сделал не так	Что-то случилось. Не так.
3		
1	вины	Обиделся. Злой.
4		
1	стыд	Просто думает.
5		

Интерпретация результата: в целом в эмоциях ориентируется; выпадает эмоция «удивление»; лицевой гнонис сохранен.

Методика «Исключение лишнего»

Исследование способности к обобщению и абстрагированию, умения выделять существенные признаки.

№	Слова	Лишнее	Объяснения
1	Стол, стул, кровать, пол, шкаф.	Пол (после наводящих вопросов)	Стул всегда пригодится. Стол должен стоять. Это мебель. Кровать лишняя. Пол само собой (показывает руками)
2	Молоко, сливки, сало, сметана, сыр.	Сало	Молочные
3	Ботинки, сапоги, шнурки, валенки, тапочки.	Сапоги Валенки Шнурки	Сапоги они рабочие. Шнурки никак не лишние. Это обувь.
4	Молоток, клещи, пила, гвоздь, топор.	Клещи	Это инструменты. Вот то лишнее. Лещи или как вы сказали.
5	Сладкий, горячий, кислый, горький, соленый.	Горький Сладкий там не нужен Может кислое	Горький ни к чему. Сладкое идёт. Когда готовят пищу. В щи, картошку положить. Раз готовят суп, сладкое не идёт.
6	Береза, сосна, дерево, дуб, ель.	Дерево Дуб Ёлка	Правильно? Значит ёлка лишняя. Сосна может?
7	Самолёт, телега, человек, корабль, велосипед.	Корабль Телега	Раз самолёт летит. Телега не нужна, раз самолёт летит.
8	Василий, Федор, Семен,	Пётр	Это люди. Это имя. После

Иванов, Петр.

Ваилий
наверно.
Иванов (после
объяснения)

объяснения делает вывод:
потому что фамилия.

Интерпретация результата: конкретное мышление; способность к обобщению и абстрагированию низкая; интеллектуальная недостаточность.

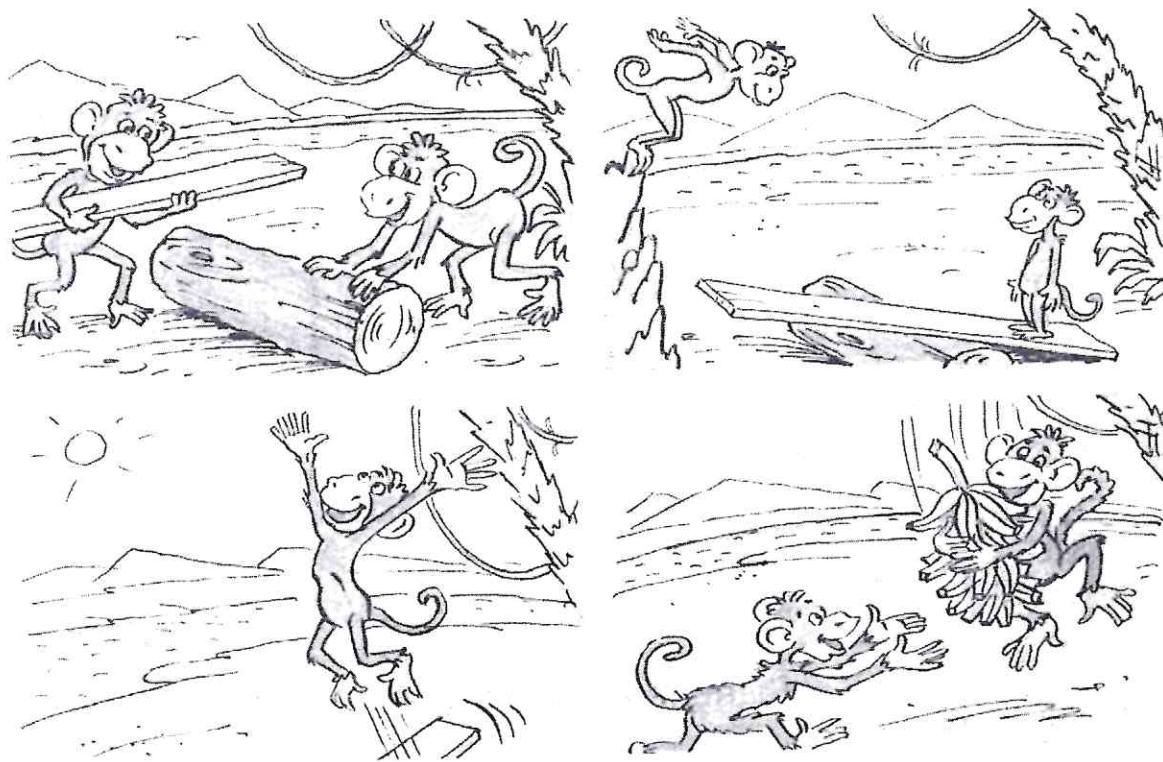
Рассказ по картинке



Пошли все рыбачить. Взяли сумку и пошли на озеро. Мальчик грустный. Не хотел идти. Мама разговаривает с ним: «На природу. Посидим». Он обиделся. Ведёрко бросил. Потом наловили рыбок и пришли домой.

Интерпретация результата: *речь скучна; предложения короткие, мало связные.*

Как достать бананы?



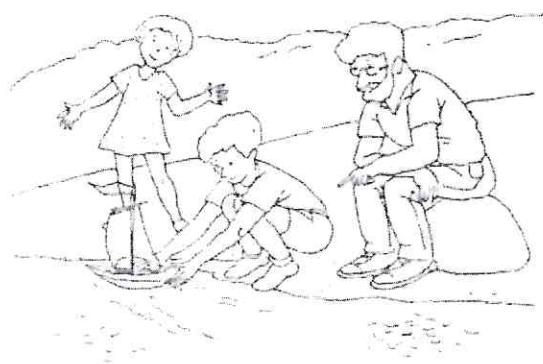
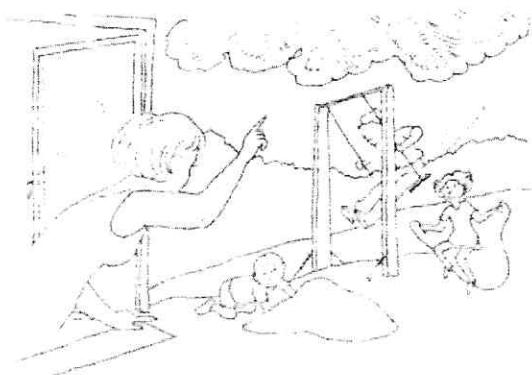
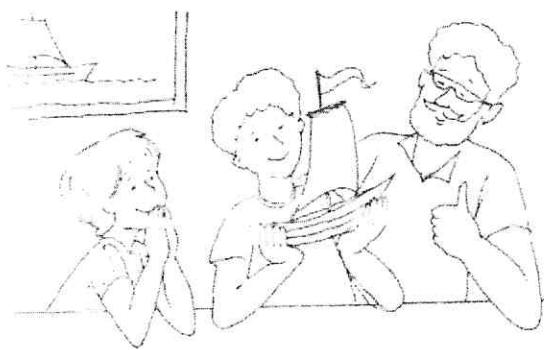
Придумали как качели. Он хочет прыгнуть. Чтоб туда он его перебросил. Он прыгнул, тот подпрыгнул. Играли. Прыгали, чтоб сорвать бананы. Придумали специально чтобы достать бананы. Как люди придумывают.

Интерпретация результата: скучная речь, несвязная, описательная; понимание причинно-следственной связи картинок возникает только после наводящих вопросов.



Мальчик пришёл. Грустный. Собачка встретила. Мама грустная. Мальчик на велосипеде радуется. Мать спрашивает: «Что случилось?» Сестра спрашивает: «Что такой грустный?» Значит в школе что-то не то. Не то поставили. Учительница поставила двойку или тройку. Потому и грустный.

Интерпретация результата: *скучная речь, несвязная, описательная; есть понимание сюжетного смысла картины.*



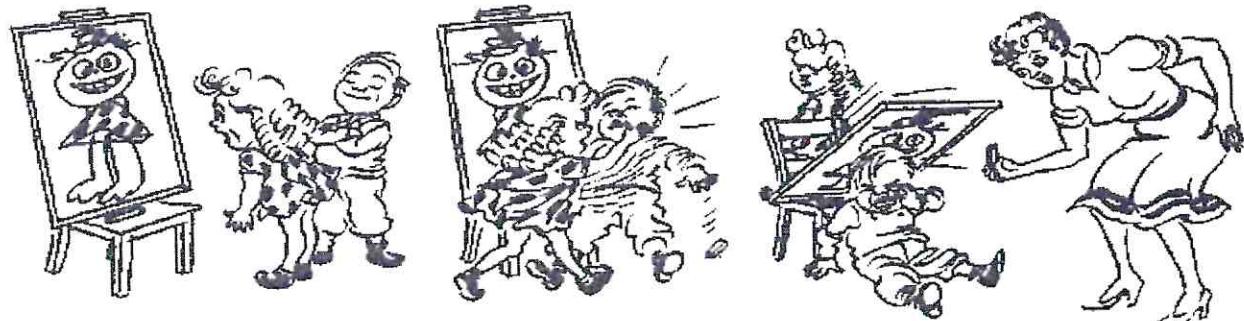
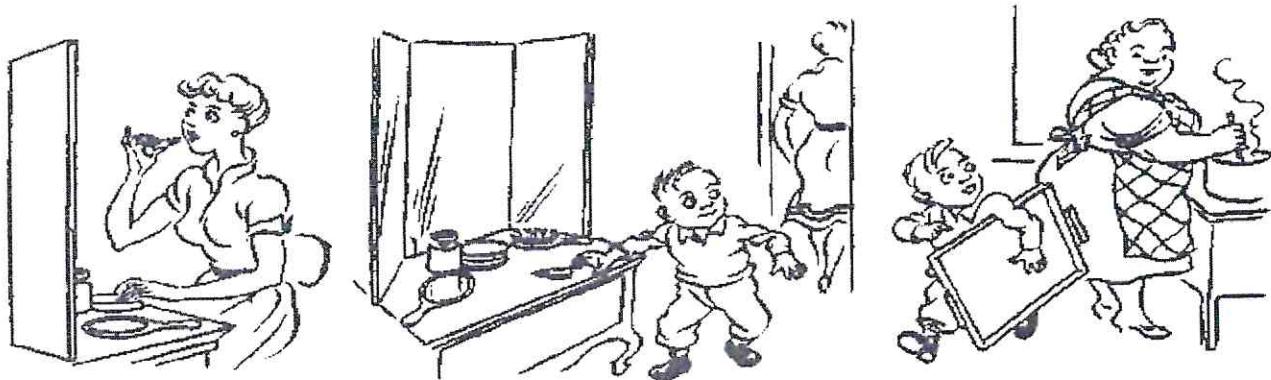
Первая картинка: Домой. Потому что туча.

Вторая картинка: Делает лодочку и показывает как делать.

Третья картинка: Закончили.

Четвёртая: Понесли, чтоб плыла.

Интерпретация результата: *Правильно расставляет сюжетные картинки по порядку. Речь скучна, но логически верна.*



Красит губы. Мать пошла, а мальчик хочет напакостить. Она готовит, а мальчик картину унёс. Девочка была грустная. Стала радостная. Он стал рисовать. Просил не подсматривать. Развернул ей картину. Она с ума сошла. Улыбается она в картине. Он её схватил. Начали кричать. Мать подошла: «Нельзя». Он её уронил. Подошла бабушка. Злится, что он уронил. Смешная картинка. Рассмешила меня сказка. Как бабушке догнать? - Возраст.

Выдрессировал



Даёт указание собаке: «Взять». Она не слушается. Опять: «Взять». Не слушается. Показывает аккуратненько: «Взять». Не слушается. Пришли бандюги. Хотят украсть палочки.

Интерпретация результата: нет понимания скрытого в картинках смысла, юмора; описание конкретно-предметное «что вижу, то называю».

2.3 Психологическое заключение

ФИО: Смирнов Валерий Геннадьевич

Возраст на момент обследования: 48 лет

Дата проведения обследования: 10-20.06.2019 г.

Исследуемый идёт на контакт охотно, настроение бодрое, приподнятое. Проявляет заинтересованность к исследованию, задания выполняет старательно. Речь скудна. Фразы короткие, односложные, мало связные. Часто повторяет слова. Иногда приходится повторять вопрос несколько раз, по разному формулировать. При смене темы иногда продолжает отвечать на предыдущий вопрос.

Во времени (по часам со стрелками), в дне недели и датах ориентируется хорошо. Легко и правильно отвечает на вопросы «Какой сегодня день?», «Какой день был вчера (будет завтра)?». Договариваясь с ним о встречах, помнит свой рабочий график: «В пятницу я работать буду, в пятницу не приходи. А в четверг буду дома, в четверг можно». Перечисляет дни недели, месяца. Правильно отвечает, какие зимние месяцы, хотя и с задержкой на раздумья или вспоминание.

Круг представлений об окружающем - ограничен. Верно отвечает город. На вопрос «Какие ещё города знаешь?» отвечает: «Курчатова, улица это, интернат на Курчатова».

Навыки бытового самообслуживания развиты.

Нарушение пальцевого гнозиса и праксиса. При сгибании-разгибании указанного пальца происходит непроизвольное сгибание-разгибание соседних.

Уровень критики собственных действий низкий, ошибок при выполнении заданий не замечает.

Пространственные представления нарушены. Не сформированы понятия о левой и правой руке в разных пробах, понятиях «впереди», «сзади».

Запоминание словесного материала формируется трудно, показатели кратковременной слуховой памяти значительно ниже нормы; кривая запоминания (4,4,5,5,7,8,7,8,10) большое количество «лишних» слов свидетельствует о расторможенности или расстройствах сознания; утомляемость не выражена; ослабленности или неустойчивости внимания не выявлено; показатели долговременной памяти значительно выше кратковременной, но всё же остаются ниже нормы.

Объём кратковременной памяти и показатель объёма внимания на уровне ребенка 5-7 лет; показатель кратковременного запоминания меньше трёх единиц при прямом и обратном счёте обычно свидетельствует о наличии органического поражения мозга.

Очень низкая избирательности и концентрация внимания.

Операции анализа и синтеза развиты слабо. При анализе использует несущественные признаки. Неумение сравнивать, анализировать и обобщать выделенные признаки.

Способность к обобщению и абстрагированию низкая; интеллектуальная недостаточность. испытуемый демонстрирует конкретно-предметно мышление. Понятийное мышление не сформировано; продуктивность запоминания очень низкая; логические ассоциации между словами и пиктограммами отсутствуют. Весьма низкий уровень продуктивности ассоциаций; так же виден распад письма.

Очень низкий уровень устойчивости внимания и низкий уровень психической устойчивости.

Понимание причинно-следственной связи картинок возникает только после наводящих вопросов. Нет понимания скрытого в картинках смысла, юмора; описание конкретно-предметное «что вижу, то называю».

Таким образом имеются данные за стойкое нарушение познавательной деятельности, внимания, памяти, обобщения, несформированность абстрактного мышления. Предположительно умственная отсталость по типу умеренной умственной отсталости. Требуется дообследование у психиатра для постановки дифференциального диагноза.

2.4 Рекомендации по абилитации больного с умственной отсталостью в зрелом возрасте

Больной озвучивает стойкое желание получить дееспособность, что является для него серьёзной мотивацией в абилитационных мероприятиях.

Исходя из минимально-необходимых несформированных функций и основываясь на сохранных функциях предлагается следующие абилитационные направления:

1. Трудотерапия в аспекте расширения сфер и наполнения освоенных видов деятельности. Цель трудотерапии с одной стороны, в формировании новых навыков, при количественном накоплении которых есть надежда получить качественный скачок в способности переносить уже приобретенные навыки на новые виды деятельности, а с другой стороны, в расширении круга и контекста социальных контактов, что повлечёт за собой повышение социальной адаптации. Рассмотреть как возможное направление работу кухонным работником (опираясь на навык и охоту к нарезке салатов).
2. Участие в творческой самодеятельности как-то хор, театральные постановки. Целью является расширение круга и контекста социальных

контактов, что повлечёт за собой повышение социальной адаптации. Разучивание, репетиция и исполнения различных ролей позволит сформировать новые паттерны поведения, а так же послужит тренировке и развитию памяти.

3. Игротерапия. Обучение простым играм крестики-нолики, морской бой, играм на внимание и реакцию (Барабашка, Весёлые колпачки), играм на тренировку памяти (Мемори). Целью игр, с одной стороны, является тренировка внимания, памяти, мышления, с другой, расширения спектра взаимодействия с другими людьми.
4. Решение кроссвордов и сканвордов. Целью является расширение понятийного аппарата.
5. Простейший тайм-менеджмент — обучение постановке собственных краткосрочных целей, планирование и доведение их до результата, начиная с простых и постепенно переходя к сложным действиям. Целью является развитие абстрактного-логического мышления, волевой сферы.
6. Арт-терапия: рисование, лепка из глины, сбор моделей из набора деталей, лего-конструктор. Целью является развитие мелкой моторики и пространственного мышления.
7. Повышение экономической грамотности. Опираясь на сохранные функции (в частности на конкретное мышление, счёт «на пальцах» и «палочках») научить считать деньги «на бытовом уровне». Целью является повышение самостоятельности.
8. При успешности предыдущих шагов — самостоятельное проживание в тренировочном режиме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате теоретического анализа понятия олигофрения мы можем сделать следующие выводы.

Умственная отсталость это состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности), врожденное или рано приобретенное (в первые три года жизни) вследствие поражения головного мозга на ранних этапах его развития (внутриутробно, в первые месяцы и годы жизни) или обусловленное наследственной неполноценностью мозга.

При всем разнообразии клинических проявлений различных форм умственной отсталости общими чертами для них являются, во-первых, наличие тотального недоразвития психики, включая недоразвитие познавательных способностей и личности в целом, и, во-вторых, — ведущая роль в структуре психического дефекта принадлежит недостаточности высших сторон познавательной деятельности, и прежде всего абстрактного мышления, при относительно удовлетворительном уровне развития эволюционно более древних компонентов личности, таких как темперамент, потребности, связанные с инстинктами, низшая аффективность.

В результате теоретического анализа понятия абилитация можем сформулировать следующее.

Абилитация это система и процесс формирования отсутствующих и интенсивного развития сохранных способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности с целью социальной адаптации, включая достижение материальной независимости и интеграции в общество.

Атрибутивным признаком процесса абилитации является формирование отсутствующих способностей, т. е. функций и способностей, которые в норме проявляются без специальных усилий окружающих, а у больного могут появиться только в результате целенаправленной работы.

Логика построения функциональной модели абилитации строится на положении, что в ситуации нарушения или невозможности восстановления нарушенных функций необходимо интенсивно развивать сохранные функции и формировать на их основе замещающий или адаптивный механизм для нарушенных функций.

В результате проведенного обследования мы выяснили, что имеются данные за стойкое нарушение познавательной деятельности, внимания, памяти, обобщения, несформированность абстрактного мышления. Предположительно умеренная степень умственной отсталости (слабо выраженная имbecильность).

Были разработаны рекомендации по абилитации больного с умственной отсталостью во взрослом возрасте.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сухотина Н.К. Умственная отсталость // Психиатрия. Справочник практического врача / Под ред. А.Г. Гофмана. — М.: «МЕДпресс-информ», 2006. — С. 360–377
2. Ляпидевский С.С. Клиника олигофрении / С.С. Ляпидевский, Б.И. Шостак. М.: Просвещение, 1973.
3. Певзнер М.С. Дети олигофrenы/ Изучение детей-олигофренов в процессе их воспитания и обучения/ М.С. Певзнер. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959.-487 с.
4. Певзнер М. С. и др. Клинико-генетические исследования олигофрении. М., 1972.
5. Учащиеся вспомогательной школы (клинико-психологическое изучение) / под ред. Певзнер М. С., Лебединской К. С.. — М.: Педагогика, 1979. — 232 с.
6. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.:Речь, 2003.
7. Эйдемиллер Э. Г. Глава 12. Олигофрения // Детская психиатрия. — СПб.: Питер, 2005. — С. 474—478. — 1120 с.
8. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).
9. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 29.07.2018) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019)
- 10.Специальная психология: Учеб.пособие для студ.высш.пед.учеб.заведений / Под ред. В.И. Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
- 11.Выготский С.Л. Психология / С.Л. Выготский. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.- 1007 с.
- 12.Медицинская психология: Конспект лекций / М42 Сост. С Л. Соловьева. — М.: ООО «Издательство АСТ»; СПб.: ООО «Сова», 2004. — 154 с.
- 13.Психологические тесты / сост. С. Касьянов. - М. : Эксмо, 2006. - 608 с.
- 14.Михайлова Е. В. Исследование социальной реабилитации лиц с умеренной и тяжелой умственной отсталостью: Дис. . канд. психол. наук: 19.00.10: СПб.- 2005.- 224 с.
- 15.Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. М.:Академия,- 2000.
- 16.Бурлачук Л.Ф. Словарь — справочник по психодиагностике. СПб.: изд-во «Питер», 2000. - 528с.
- 17.Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб.: «Лань», 2003. - 656 с.

Информационные ресурсы:

- 18.<https://www.dissercat.com/content/abilitatsiya-vospitannikov-s-tyazheloi-umstvennoi-otstalostyu-v-usloviyakh-shkoly-internata>
- 19.<https://psychiatr.ru/download/2303?view=1&name=%D0%9A%D0%A0%D0%A3%D0%9E..pdf>
- 20.<http://democenter.nitrosbase.com:12323/mkb/index-141.html?pid=4380>
- 21.https://social_pedagogy.academic.ru/8/%D0%90%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F
- 22.<http://www.dslib.net/psixologija-korrekcji/abilitacija-vospitannikov-s-tjazheloj-umstvennoj-otstalosti-v-uslovijah-shkoly.html>
- 23.<http://childpsy.ru/dissertations/id/23306.php>
- 24.<https://www.dissercat.com/content/pedagogicheskaya-tehnologiya-igrovogo-treninga-v-fizicheskom-vospitanii-detei-s-legkoi-step>
- 25.<https://www.dissercat.com/content/umstvennaya-otstalost-u-podrostkov-doprizyvnogo-i-prizyvnogo-vozrasta-epidemio-logicheskii-k>
- 26.https://superinf.ru/view_article.php?id=59
- 27.https://studme.org/1880041328997/psiologiya/patopsihologicheskie_sindrom_y_oligofrenii
- 28.<https://cyberleninka.ru/article/n/korreksiya-navykov-obscheniya-detey-s-umstvennoy-otstalostyu-na-osnove-optimizatsii-ustanovki>
- 29.<https://cyberleninka.ru/article/n/naibolee-vazhnye-napravleniya-v-izuchenii-problemy-umstvennoy-otstalosti>
- 30.<https://www.dissercat.com/content/emotsionalnoe-razvitiie-umstvenno-otstalykh-shkolnikov>