

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

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ АТТЕСТАЦИОННАЯ РАБОТА

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННОЙ ОЛИГОФРЕНИЕЙ



Выполнил: Шутикова Е.Ю.

Научный руководитель: доцент кафедры психологии,
к.п.н. Тодышева Татьяна Юрьевна



Красноярск 2018

Реферат

Выпускная квалификационная работа 75 страниц, 8 приложений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННОЙ ОЛИГОФРЕНИЕЙ.

Цель работы – изучить индивидуально-психологические особенности женщин с врожденной олигофренией.

Предметом данного исследования стали индивидуально-психологические особенности женщин с врожденной олигофренией.

Были разработаны методические рекомендации по сохранению и тренировке двигательной(моторной коррекции) у лиц с врожденной олигофренией.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
I. Теоретический анализ олигофрении	5
1.1.Характеристика олигофрении (олигофренического синдрома).....	5
1.2.Классификации врожденной олигофрении. Патологические особенности при различных формах олигофрении	15
II. Патопсихологическое и нейропсихологическое исследования у женщин с врожденной олигофренией.....	23
2.1. Проведение патопсихологического и нейропсихологического исследований	23
2.2. Интерпретация результатов патопсихологического и нейропсихологического исследований.....	33
2.3. Методические рекомендации по сохранению и тренировке двигательной(моторной) коррекции) для женщин с врожденной олигофренией	47
Вывод	51
Заключение	52
Библиографический список	53
Приложение 1	56
Приложение 2	58
Приложение 3	60
Приложение 4	62
Приложение 5	63
Приложение 6	64
Приложение 7	65
Приложение 8	67

Введение

Болезни развития, которые связаны с различными нарушениями развития мозга, среди расстройств психики занимают отдельное место. Все эти болезни объединены одним общим понятием — олигофрения. Современные дефектологи называют этим термином все виды умственного слабоумия, демонстрирующие нарушения нормального развития, если они возникают до восемнадцатилетнего возраста. Умственная отсталость (психическое недоразвитие). Что такое умственная отсталость, было известно ещё в Древней Греции. Такое психическое недоразвитие греки называли олигофренией, что в переводе означает «малоумие» (oligophreniae: греч. Oligo-олигос- малый + phrēn -френ— ум, разум).

Термин «олигофрен» впервые предложен немецким психиатром Э. Крепелином в 1915 году.

Олигофрения – достаточно распространённое состояние, большинство исследований сообщают, что порядка 1% населения Земли страдает этим заболеванием. Некоторые источники указывают на заболеваемость около 3%. В сельской местности почти в 2 раза чаще, в городе – 3-4 человека на 1000 человек.

Среди больных значительно преобладают лица мужского пола – их примерно в полтора раза больше женщин. Возрастные пики диагностики олигофрении – 6-7 и 18-19 лет – возраст начала обучения в школе и службы в армии.

В последние годы отмечается некоторое увеличение количества умственно отсталых актуален вопрос их социальной адаптации в зависимости от степени нарушений психических функций, главным образом интеллекта.

Но группа олигофрений разнообразна по своей природе, в связи с чем интеллектуальные и личностные особенности, характерные для больных

олигофренией, наиболее отчетливо выступают при экспериментально-психологическом исследовании.

Данная работа является исследовательской

Гипотеза: Индивидуально-психологическими особенностями называются своеобразные свойства психической активности личности, которые выражаются в темпераменте, характере, способностях, чувствах и эмоциях, а также проявление воли.[2]

Наличие индивидуально-психологических особенностей у женщин с врожденной олигофренией.

Объект : Психические процессы у женщин с врожденной олигофренией.

Предмет: Индивидуально-психологические особенности у женщин с врожденной олигофренией.

Цель: Изучить индивидуально-психологические особенности у женщин с врожденной олигофренией.

Задачи:

1. Теоретический анализ проблемы олигофрении;
2. Разработка патопсихологического диагностического комплекса для исследования индивидуально-психологических особенностей у женщин с врожденной олигофренией;
3. Интерпретация полученных результатов исследования;
4. Разработка методических рекомендаций по сохранению и тренировке двигательной(моторной коррекции) у лиц с врожденной олигофренией.

В исследовательской части данной работы примет участие женщина, 35 лет (Испытуемая Е.), врожденная олигофрения.

5. Методы исследования :

- Клиническая беседа
- Нейропсихологическое исследование
- Патопсихологическое исследование

I. Теоретический анализ олигофрении

1.1. Характеристика олигофрении (олигофренического синдрома)

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

«Олигофренический патопсихологический симптомокомплекс» заключается в преобладании сугубо конкретных и ситуационно-наглядных форм мышления, неспособности к правильному определению даже простых понятий, сформулированию обобщающих понятий, установлению связей и зависимости между предметами и явлениями, в инертности психических процессов, ограниченных возможностях памяти с большим снижением смысловой памяти, недифференцированном восприятии, низком уровне речевого развития. Преобладают сугубо конкретные, ситуационные формы связей, отмечается относительно равномерное снижение актуальных и потенциальных возможностей интеллекта (по Выготскому)[3]. Нарушаются восприятие и осознание ситуации, способности изменять свое поведение в зависимости от нее, учитывать возможные последствия своих действий (резко снижен прогностический компонент мышления).

Главная особенность олигофрении – нарушение интеллекта, то есть способности к пониманию и переработке информации. Иначе олигофрению называют умственная отсталость. Ученые выделяют в структуре интеллекта биологический, психометрический и социальный уровни, но ведущим является биологический интеллект, который определяется скоростью протекания процессов высшей нервной деятельности. Основным параметром, определяющим уровень интеллектуального развития, является

индивидуальная скорость переработки информации, которая у олигофренов оказывается минимальной.

Уровень IQ человека характеризует психометрический интеллект и зависит также преимущественно от генотипа и от факторов среды. Социальный уровень интеллекта измеряется способностью человека использовать психометрический интеллект относительно адаптации к требованиям общества. У олигофренов наблюдается нарушение мышления на всех уровнях. Прежде всего, это затрагивает когнитивные способности, возможность к самостоятельному приобретению новых знаний, адаптационные способности. Особенности психофизиологических свойств центральной нервной системы свидетельствуют о врожденных нарушениях интеллекта.

В контексте культурно-исторических исследований интеллект отождествляется с понятийным мышлением, которое отсутствует у умственно отсталых детей. Они лишены возможности оперировать абстрактными понятиями, категориальными единицами, не способны к сравнению, обобщению, классификации предметов. Им не доступны такие мыслительные операции как умозаключение, а также совокупность различных операций (суждение, оценка, рассуждение). Мысление олигофренов примитивно, они мыслят конкретными понятиями, в лучшем случае способны только к простому описанию действий и предметов.

Главным критерием олигофренического слабоумия в психиатрии является клинико-психопатологический подход. Своебразие психоповедения проявляется в недоразвитии эмоциональной сферы. Дети с умственной отсталостью часто очень открыты, добры и ласковы по отношению к людям. Интеллектуальная недостаточность протекает без нарастающих изменений, темп психического развития замедлен. Поэтому у детей-олигофренов нарушена социальная адаптация, приводящая к невозможности усвоения школьной программы.

Крайне важна психическая и социальная реабилитация олигофренов. Больные нетяжелыми формами (дебилизм) – старательные работники, которые эффективно и усердно справляются с монотонным или тяжелым трудом. Для их обучения создаются специальные школы-интернаты и профтехучилища, в которых им дают базовое образование и обучают какой-либо профессии. Параллельно проводится социально-просветительская работа с родителями пациента. Все больные олиофоренией подлежат оформлению инвалидности и получению социального пособия.

В зарубежной литературе имеется тенденция к расширению понятия олиофорении, под которым понимается нарушение умственного развития, обусловленное поражением центральной нервной системы, включая различные наследственные заболевания, сопровождающиеся синдромом слабоумия с прогредиентным течением. В группу олиофорении D. Jervis относит все психические заболевания, где имеются признаки слабоумия (эпилептическое и травматическое слабоумие, конечные состояния при шизофрении и др.). Одновременно автор относит к олиофорении и детей с низким уровнем интеллектуального развития, без каких бы то ни было органических изменений центральной нервной системы.

М. С. Певзнер, Г. Е Сухарева и другие считают необходимым резко сузить группу состояний, относящихся к олиофорении, понимая под ними лишь те виды недоразвития сложных форм психической деятельности, которые не сопровождаются прогредиентным течением.

М. С. Певзнер определяет олиофорению как особый вид аномального развития, возникающего в результате либо наследственной патологии, либо поражения зачатка или плода во время внутриутробного развития, либо поражения центральной нервной системы на самых ранних этапах развития ребенка, и характеризующегося недоразвитием всей познавательной деятельности и, в особенности, мышления.[39] Г. Е. Сухарева считает, что при олиофорическом слабоумии преимущественно недоразвиты наиболее дифференцированные фило- и онтогенетически молодые системы при

большой сохранности ранее сложившихся, эволюционно более старых систем.

Эти положения получили свое подтверждение в работах клиницистов, физиологов, психологов и в других смежных дисциплинах. В работах Г. И. Полякова, И. Н. Филимонова, И. С. Преображенской, Е. П. Кононовой и других было доказано, что филогенетически более старые поля коры головного мозга развиваются более интенсивно в пренатальном периоде, а более новые – в постнатальном. Так, кора полей 44 и 45 в пренатальном периоде расширена на 30-40%, а в постнатальном периоде поле 45 расширено на 95%.

В неврологической картине олигофрении трудно выделить типичные для всех форм умственной отсталости признаки. Е.Н. Правдина-Бинарская указывает, что при олигофрении в степени дебильности имеется остаточная неврологическая симптоматика, которая проявляется в нарушениях произвольных движений, восприятий и анализа различных афферентных раздражений. В ряде случаев неврологическое исследование обнаруживает более грубую, очаговую симптоматику, а также наличие неврологических симптомов, указывающих на поражение подкорковых образований.

Исследование электрической активности мозга детей-олигофренов показало, что в подавляющем большинстве случаев отклонения от нормы у них выражаются в неустойчивости альфа-ритма, снижении его амплитуды и индекса. По сравнению с нормой резко возрастает число случаев, при которых на электроэнцефалограмме регистрируются патологические медленные волны (тета и дельта-ритмы).

Отклонения от нормы отмечаются и в физическом развитии олигофренов, для которых характерно отставание в росте, диспластичность телосложения, половое развитие часто задержано. Встречаются также пороки развития внутренних органов и органов чувств (зрения и слуха). Двигательная сфера недоразвита. Нарушены темп, плавность, ритмичность и

точность движений. Все эти признаки недоразвития имеют разную степень выраженности, зависящую от формы олигофрении.

Имеющиеся в литературе данные о патологической анатомии олигофрении свидетельствуют в большинстве случаев лишь о наиболее грубых степенях этого недоразвития. И. Б. Штерн, М. Б. Гуревич отмечают два рода анатомических изменений, свойственных олигофрении. Одни из них указывают на недоразвитие мозга, при котором нередко наблюдается слабое развитие полушарий, недостаточное развитие извилин – явления агирии и микрогирии, уменьшение количества корковых слоев, неправильное расположение клеток по слоям, малое количество нервных клеток, недоразвитие белого вещества и т.д. Эти анатомические изменения обусловлены ранним внутриутробным поражением.

При органических поражениях, возникших на более поздних этапах, анатомические изменения носят несколько иной характер. В этих случаях часто отмечается утолщение оболочек и сращение их с мозговой тканью, иногда наблюдаются склеротические очаги запустения, кисты, гнездные или разливные атрофии. В большинстве анатомических исследований отмечается наличие остаточной гидроцефалии в виде скопления ликвора в субарахноидальных пространствах, расширение желудочков мозга, изменений эпиндимы.

Исследования В. И. Лубовского, Е. Н. Марциновской, А. И. Мещерякова показывают, что у олигофренов отмечаются значительные нарушения в протекании нервных процессов, характеризующих работу коры полушарий головного мозга. Эти исследования указывают, что на фоне недоразвития всей высшей нервной деятельности наибольшую роль играет нарушение подвижности нервных процессов. Именно инертность нервных процессов, особенно инертность, отмечающаяся на уровне словесной системы, выявляется при всех формах олигофрении, вне зависимости от варианта дефекта.

Общее в клинической картине различных форм олигофрении проявляется в качественной характеристике олигофренического слабоумия, где имеется диффузное «тотальное» недоразвитие всей познавательной деятельности. Признаки недоразвития обнаруживаются в особенностях речи, моторики, страдает также восприятие, память и внимание, имеются эмоционально-волевые нарушения. Ведущим симптомом при олигофрении является недоразвитие способности к отвлечению и обобщению.

В основу диагностики олигофренического слабоумия в отечественной психиатрии положен клинико-психопатологический подход. Главными критериями олигофрении являются:

- 1) своеобразная психопатологическая структура слабоумия с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы;
- 2) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности, являющейся следствием нарушения онтогенетического развития;
- 3) замедленный темп психического развития индивида.

Вспомогательное значение имеет критерий нарушения социальной адаптации в детском возрасте, в частности критерий невозможности усвоения программы обучения в массовой школе.

Олигофрения не является отдельной болезнью, более правильно называть её патологическим состоянием, которое может быть признаком различных заболеваний. Поэтому её симптомы обычно сочетаются с различными соматическими проявлениями, а также нарушениями в речевой, двигательной и эмоциональной сфере. Характерные для олигофрении проявления следующие:

- Нарушение абстрактного мышления. Самое характерное проявление олигофрении – нарушение, вплоть до полного отсутствия, образного мышления. Мысление больных конкретное, ситуационное, напоминает таковое у детей 2 – 3 лет;

- Задержка психического развития всесторонняя – она охватывает помимо интеллекта и личностные качества – память, речь, эмоциональную и двигательную сферу, волевые аспекты, способность к восприятию, способность к концентрации внимания, мышление;
- Речь бледная, запас слов скучный, фразы короткие и простые, часто безграмотные. Больных с лёгкими формами олигофрении удаётся обучить осмысленному чтению, при тяжелых формах максимум, которого можно достичь при многолетнем обучении – механическое чтение по буквам без понимания смысла прочитанного.
- Внимание рассеянное, олигофrenы неспособны надолго сосредоточиться на одном деле, их всё отвлекает. Отсутствует побуждение к систематической деятельности, инициативность.
- Память ослаблена, однако описаны случаи избирательного механического запоминания рядов цифр, номеров, имён.
- Задержка личного развития проявляется неспособностью ориентироваться в обычных житейских ситуациях – купить еду в магазине, выбрать одежду по погоде и подобных. Незрелая личность олигофrenа легко внушаема, своё состояние воспринимает некритично, с трудом принимает адекватные решения.
- Задержка физического развития в зависимости от формы олигофрении бывает очень значительной, взрослый больной может соответствовать 15-16 летнему подростку.

В большинстве случаев яркая, разёрнутая симптоматика заболевания появляется только в школьном возрасте. Олигофrenия у детей младшего возраста выражается в отставании психического и речевого развития, слабости эмоциональных реакций, низком или отсутствующем интересе к окружающему миру, отсутствием желания и способностей для общения со сверстниками, затруднениями при необходимости оперирования абстрактными понятиями. В возрасте до года можно выявить только олигофrenию тяжелой степени, остальные начинают проявляться позже.

Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении определена недоразвитием головного мозга в целом, преимущественно — незрелостью коры больших полушарий. Это обуславливает основную модальность олигофренического дизонтогенеза, ведущее значение в котором имеют недоразвитие познавательных процессов, прежде всего мышления. В свою очередь они являются причиной недоразвития как более элементарных психических процессов, так и сложных личностных функций. Отмеченные закономерности выражаются в двух главных диагностических признаках олигофрении: 1) тотальности задержки психического развития; 2) его иерархичности. См.: Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении). Т. III. М., 1965, с. 21—22; Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985, с. 37.). [4],[5].

Свойство тотальности проявляется в том, что психическое недоразвитие касается практически всех психических функций: сенсорики, моторики, памяти, речи, мышления, эмоций, личности в целом (См.: Лебединский В. В. Указ, соч., с. 37—38. [40] В литературе описаны замедленность и бедность восприятия олигофренов, однообразие и диспластиичность их моторных реакций, скованность мимики и жестов, слабость памяти как в отношении запоминания, так и хранения и воспроизведения информации, недостаточность внимания, дефекты произношения и затруднения понимания речи, нарушения регулирующей функции речи (А. Р. Лuria цит. по В. В. Лебединскому)[40]. Отмечаются расплывчатость и недифференцированность понятий, низкий уровень отвлечения и обобщения, невозможность выйти за пределы непосредственного опыта, а также однообразие, примитивность и вязкость эмоций (См.: Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. Л., 1982.), незрелость мотивации, слабость борьбы мотивов, недостаточность волевых функций, повышенная внушаемость, аспонтанность. [6]

Иерархичность недоразвития при олигофрении выражается в том, что в наибольшей мере страдает высшее звено психических функций. Недостаточность гноиса, праксиса, речи, эмоций, памяти проявляются значительно меньше, чем мышления, что особенно типично для дебильных индивидов (См.: Лебединский В. В. Указ, соч., с. 41.).[40]. В восприятии преимущественно нарушается звено анализа и синтеза воспринимаемого, перцепция целостных образов и схем предметов, при запоминании — смысловые связи, способность к использованию опосредованных приемов запоминания. Элементарные эмоции относительно сохранны. В речи особенно сильно страдает смысловая сторона, функция обобщения (См. там же, с. 43.).[40]

Констатация описанных кардиальных признаков олигофрении позволяет отграничить истинное олигофреническое слабоумие от олигофреноподобных дефектов интеллекта при органических поражениях головного мозга.

Факторы риска недостаточности психофизического развития человека:

Биологические факторы риска:

- Хромосомно-генетические отклонения как наследственно обусловленные, так и возникшие в результате генных мутаций, хромосомных аберраций.
- Инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);
- Венерические заболевания (гонорея, сифилис);
- Эндокринные заболевания матери, в частности диабет;
- Несовместимость по резус – фактору;
- Алкоголизм и приём наркотиков родителями, и особенно матерью;
- Биохимические вредности, воздействующие на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постнатального развития;

- Серьёзные отклонения в соматическом здоровье матери, включая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность ;
- Гипоксические;
- Токсикозы матери
- Патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;
- Мозговые травмы и тяжёлые инфекционные и токсико – дистрофические заболевания, перенесённые ребёнком в раннем возрасте;
- Хронические заболевания, начавшиеся в раннем и дошкольном возрасте.

Социальные факторы риска:

- Неблагоприятные социальные ситуации, в которых оказывается м ребёнка и которые направлены непосредственно на самого ребёнка
- Длительные отрицательные переживания матери (гормоны беспокойства)
- Сильные кратковременные стрессы- потрясения, испуги
- Пребывание ребёнка в семье социального риска (алкоголизм, наркомания..)
- Лишение ребёнка индивидуального внимания.

1.2.Классификации врожденной олигофрении. Патологические особенности при различных формах олигофрении.

В настоящий момент существует несколько различных классификаций, каждая со своими достоинствами, недостатками и областями применения.

Традиционная

По степени выраженности (По глубине и тяжести умственной отсталости)

1. идиотия — крайне выраженная;
2. имбецильность - средне выраженная;
- 3.дебильность - наиболее слабо выраженная.

Идиотия — самое тяжелое слабоумие практически с полным отсутствием речи и мышления: IQ — ниже 20. 1-2 % от всех олигофренов. У таких больных реакции на обычные раздражители отсутствуют либо бывают неадекватными.

Высшие психические функции практически отсутствуют. Эмоциональное отношение к неприятным раздражениям выражают рычанием, взвизгиванием, часто наносят себе повреждения, царапают себя, бьются головой.

Поведение немотивировано, часто могут наблюдаться импульсивные поступки и агрессия.

Имбецильность — средняя степень слабоумия. Речь у имбецилов развита больше, чем при идиотии, однако они необучаемы, нетрудоспособны, им доступны лишь элементарные акты самообслуживания; IQ определяется в пределах 20—50. В Международной классификации болезней различают имбецильность резко выраженную (IQ равен 20—35) и умеренно выраженную (IQ равен 35—50).

Имбецильность — средняя степень умственного недоразвития. Имбецилы почти всегда отстают в физическом развитии, но могут научиться

ходить и говорить. Речь их элементарна, неправильная, косноязычная. Запас слов включает от 200 до 600 названий предметов повседневного обихода. Мысли излагаются более или менее связно, понимают чужую несложную по содержанию речь.

Мышление примитивное, конкретное, объем сведений и знаний невелик. Абстрактное мышление отсутствует.

Дебильность — легкая степень слабоумия. Дебилы способны к обучению, овладению несложными трудовыми процессами, в известных пределах возможно их социальное приспособление; IQ равен 50—70.

Дебильность — наиболее легкая степень умственного недоразвития. Среди умственно отсталых их большинство. У них отсутствуют грубые изменения в физическом строении тела и черепа, как у идиотов и имбецилов. При этом их движения неловкие, угловатые. Мышление элементарно, абстрактные обобщения затруднены. Преобладает конкретно-образный тип мышления. Память преимущественно механического характера.

Дебилы могут учиться в обычной школе, но плохо успевают и по нескольку лет учаются в одном классе. В некоторых случаях они обнаруживают способности к рисованию, пению, счету. Способны усвоить простые трудовые навыки, запас практических познаний невелик.

По МКБ-10

В настоящее время специалисты всё чаще придерживаются классификации, которая отражена в МКБ-10. В ней выделяется 4 степени тяжести олигофрении:

1. Лёгкая — IQ50—70;
2. Умеренная — IQ35—50;
3. Тяжёлая — IQ20—35;
4. Глубокая — IQменее 20.

Существует различные классификации видов олигофрении по причинам нарушений:

Врожденная олигофрения входит в классификацию по времени возникновения отклонения и мы ее рассматриваем после степеней тяжести.

1. По времени возникновения отклонения:

- врожденные - вследствие заболевания матери в перинатальный период, а также наследственных генетических поражений .

- приобретенные – вследствие природовых(натальных) и послеродовых(постнатальных) поражений организма ребенка.

Причины врожденных нарушений , в том числе олигофрении :

Последствия заболеваний матери:

- токсоплазмоз(паразитарное заболевание)-поражение НС, органов слуха, зрения, физическое и психическое недоразвитие-олигофрения , гидро- микроцефалия;

- врожденная краснуха- поражение зрения и двигательные нарушения;

- внутриутробные инфекции НС – гидро-, микроцефалия, параличи,парезы;

- несовместимость резус-фактора крови матери и плода - мозговые поражения, нарушения слуха;

- химические вещества и радиоактивные излучения, влияющие на общее развитие плода .

Наследственно генетические поражения :

- нарушения хромосомных наборов родителей-формы олигофрении(синдром Дауна), формы глухоты, слепоты ;

Алкоголизм , наркомания – врожденные аномалии и уродства. [1]

Причины приобретенных нарушений – вследствие природовых(натальных)нарушения – асфиксии,внутричерепные родовые травмы, и послеродовых(постнатальных) поражений организма ребенка.- инфекционные болезни НС, черепно-мозговые травмы.

2. По источнику происхождения нарушения :

образованием избытка продуктов его метаболизма — фенилпировиноградная, фенилмасляная, фенилуксусная кислоты.

Назначение длительной (3—4 года) специальной диеты, не содержащей фенилаланина, с первых месяцев жизни больных детей, предупреждает развитие интеллектуальной недостаточности.

- экзогенные (внешние) — под влиянием внешней среды(травмы, инфекции, нарушение питания)

Считается, что на 75% - генетика, но чаще считается, что эти факторы действуют вместе:

- достовернонаследованные;
- вероятнонаследованные.

2. По времени возникновения поражения:

- пренатальные – до родов

Некоторые факторы, которые действуют до рождения:

- a) Хромосомные мутации и хромосомные аномалии;
- б) Несовместимость иммунологической системы матери и плода;
- в) Генные мутации;
- г) Внешние по отношению к плоду различные болезни матери (СПИД, сифилис, краснуха, гепатит, интоксикация, алкоголь, курение.

Нр., Алкогольный синдром плода – 3 новорожденных на 1000. IQ <68 единиц;

д) Физические воздействия внешней среды – ультразвук, излучение и т.д.;

е) Длительное голодание плода в результате плохого питания матери.

Олигофрении внутриутробного генеза (эмбриопатии).

Возникают в результате внутриутробного действия на зародыш и плод различных вредных факторов (вирусные заболевания, токсоплазмоз, интоксикации), уродства развития головного мозга, возникающие в ранние периоды внутриутробного развития и т. д.

Эмбриопатии развиваются при заболеваниях матери вирусными инфекциями: коревой краснухой, гриппом, эпидемическим паротитом, гепатитом и др..

Рубеолярная эмбриопатия — наиболее распространенная форма. Умственное недоразвитие резко выражено и проявляется идиотией, иногда имбэцильностью.

К этой же группе олигофрений относят формы, обусловленные токсоплазмозом матери. В случаях раннего заражения, зародыш погибает, при позднем возникает олигофрения.

Олигофрения развивается при гемолитической болезни новорожденных (резус-конфликт), при несовместимости антигенных свойств матери и плода. При этом олигофрения может быть выражена в различной степени — от дебильности до идиотии. При рождении ребенка необходимо немедленное обменное переливание крови для снятия токсикоза.

- принатальные – при родах – любое повреждение при родах

Вызываются асфиксиею и родовой травмой, ранними черепно-мозговыми травмами и инфекциями, поражающими нервную систему;

- постнатальное – после родов до 3-х лет – голодание, травмы, отравления и т.д. в возрасте до 3-х лет;

Американцы (Комер) считают, что повреждение может наступить вплоть до 17 лет.

4. По структуре дефекта:

-органические – поражения коры головного мозга, правого и левого полушарий, центральной нервной системы (ЦНС), т.е. вследствие органических нарушений в организме;

-функциональные – расстройство функций различных систем в организме, нарушение процессов возбуждения и торможения в ЦНС.

5. По способу возникновения:

- социальные – неблагоприятное влияние окружающей среды, внешних условий;

- стихийные – несчастные случаи;
- наследственные.

6. По ведущему синдрому. При разных синдромах – разное лечение (Исаев).

- астенический вариант – истощаемость внимания и памяти, мышления, работоспособности + истощение эмоциональной сферы.

- атонический – никакой инициативы или бесцельное беспокойство, суетливость, дурашливость, развязность, цинизм.

- равномерно недоразвиты все стороны психики

По М. С. Певзнер

Традиционный подход к классификации по степени выраженности мало что давал как медицинской, так и педагогической практике. В результате работ Марии Семеновны Певзнер, на основе глубочайшего клинического и психолого-педагогического изучения стало возможным понять структуру дефекта при олигофрении, составляющей 75 % всех видов аномалий детского возраста, и разработать классификацию с учётом этиопатогенеза и качественного своеобразия аномального развития.

Собственно, предложенная М. С. Певзнер в 1959 году классификация — это типология состояний, поскольку имеет прямой выход на систему медицинских и коррекционно-воспитательных мероприятий с этой категорией аномальных детей.

В частности, М. С. Певзнер выделила три формы дефекта:

1. неосложнённая олигофрения;
2. олигофрения, осложнённая нарушением нейродинамики, проявляющаяся тремя вариантами дефекта:

- с преобладанием возбуждения над торможением;
 - с преобладанием торможения над возбуждением;
 - с выраженной слабостью основных нервных процессов.
3. дети-олигофrenы с выраженной недостаточностью лобных долей.[39]

Несмотря на несомненные достижения в исследованиях этиологии умственной отсталости, во многих случаях она остается неизвестной (по разным подсчетам, от 50 до 90%). Олигофрению с неясной этиологией и неясной клинической картиной условно относят к «недифференцированной» в отличие от «дифференцированной», при которой известна этиология или достаточно изучена клиническая картина.

Главным критерием олигофренического слабоумия в психиатрии является клинико-психопатологический подход. Своебразие психоповедения проявляется в недоразвитии эмоциональной сферы. Люди с умственной отсталостью часто очень открыты, добры и ласковы по отношению к людям. Интеллектуальная недостаточность протекает без нарастающих изменений, темп психического развития замедлен. Поэтому у олигофrenы нарушена социальная адаптация, приводящая к невозможности усвоения школьной программы, зачастую и трудовой деятельности.

Крайне важна психическая и социальная реабилитация олигофренов. Больные нетяжелыми формами (дебилизм) – старательные работники, которые эффективно и усердно справляются с монотонным или тяжелым трудом. Для их обучения создаются специальные школы-интернаты и профтехучилища, в которых им дают базовое образование и обучают какой-либо профессии. Параллельно проводится социально-просветительская работа с родителями пациента. Дети сироты оформляются в специализированные интернаты, затем в интернаты для инвалидов. Все больные олигофренией подлежат оформлению инвалидности и получению социального пособия.

II. Патопсихологическое и нейропсихологическое исследования женщин с врожденной олигофренией

2.1. Проведение патопсихологического и нейропсихологического исследований

Нейропсихологическое обследование было проведено для изучения предпосылок интеллекта : психической активности, активного внимания, речевого развития, запаса знаний, работоспособности.

Для создания нейродиагностической и психодиагностической программ нами были выбраны следующие методики:

При нейропсихологическом обследовании:

1.Исследование движений и действий.

При исследовании двигательных функций применялись следующие пробы: на реципрокную координацию, проба «заборчик», на динамический праксис («кулак-ребро-ладонь»), праксис позы (пальцев руки), перенос позы, на пространственную организацию движений (пробы Хэда).

1) Реципрокная координация :Праксис поз по зрительному образцу.

Инструкция: «Делай, как я». Испытуемый последовательно предлагается каждая из следующих поз пальцев, которую он должен воспроизвести. Поочередно обследуются обе руки. После выполнения каждой позы Испытуемый свободно кладет руку на стол.

- второй палец (указательный) вытянут вперед;
- пятый палец (мизинец) вытянут вперед;
- первый и второй пальцы (большой и указательный) соединены в кольцо;
- первый и третий пальцы (большой и средний) соединены в кольцо;
- первый и четвертый пальцы (большой и безымянный) соединены в кольцо;
- первый и четвертый (большой и мизинец) соединены в кольцо;
- второй и пятый (указательный и мизинец) вытянуты;

-второй и третий (указательный и средний) вытянуты.

Смена трех положений кисти – «кулак- ребро- ладонь».

Инструкция: «Делай как я». Далее выполняется последовательный ряд движений, руке придается положение кулака, распрямленной кисти, расположенной «ребром», и ладони, ударяющей по столу плашмя. Два раза задание выполняется вместе с ребенком медленно и молча, потом предлагается ему сделать самостоятельно и в более быстром темпе. (Затем тоже с зафиксированным языком и с закрытыми глазами).

2) Графическая проба «Заборчик»

Экспериментатор рисует ребенку образец» ПЛПЛ

Инструкция: «Продолжи узор, не отрывая карандаша от бумаги». Условия те же, что и в пункте 1.

Инструкция: «Напиши: Мишина машина; у Миши шишка; слушайте тишину».

3) Пробы Хэда.

Экспериментатор и испытуемый сидят напротив друг друга.

Инструкция: «То, что я буду делать правой рукой, ты будешь делать своей (прикоснуться) правой рукой, то, что я буду делать левой рукой, ты будешь делать своей (прикоснуться) левой рукой». Предлагается выполнение сначала одноручных (экспериментатор постоянно меняет руки), затем двуручных проб. После выполнения каждой пробы принимается свободная поза.

2.Исследование гноэзиса.

Исследование гностических функций включает следующие методы: пробы на предметный гноэзис (узнавание реалистических изображений, перечеркнутых, наложенных и незавершенных изображений), пробы на акустический гноэзис и слухо-моторную координацию.

2.1.Зрительный гноэзис.

Предложены 20 изображений реальных предметов. Испытуемому необходимо назвать все эти предметы.

2.2 Стереогноз

Предложено узнать простые предметы и оценить его отдельные свойства и материал из которого он сделан.

2.3. Пробы на акустический гнозис и слухо-моторную координацию

Оценка ритмических структур. Исследователь стучит по столу, ребенку предлагается определить, сколько раз он стучит или сколько ударов содержится в каждой «пачке».

А) Инструкция: «Сколько раз я стучу?» (2,3,4 коротких и/или длинных ударов)

Б) Инструкция: «По сколько раз я стучу?» (по 2, по 3 удара)

В) Инструкция: «Сколько сильных и сколько слабых ударов я делаю?»

2. Воспроизведение ритмов по слуховому образцу. Инструкция: «Постучи как я».

А) Воспроизведение простых ритмов (по 2, 3, 4 коротких и/или длинных ударов)

Б) Воспроизведение акцентированных ритмов (2, 3, 2, 3, 2), (3, 2, 3, 2, 3)

3. Воспроизведение ритмов по инструкции.

А) Инструкция: «Постучи по 2 раза», «Постучи по 3 раза».

Б) Инструкция: «Постучи по 2 раза сильно и по 3 раза слабо».

Исследование письма.

Письмо под диктовку, в более сложных случаях можно упростить программу до списывания текста.

4. Исследование счета .

проверку письменного и устного счета;

- автоматизированный (таблица умножения) счет;
- выполнение различных арифметических действий (вычитание, сложение, умножение, деление) с решением задач (устных и письменных) различной сложности.

5. Исследование речи.

Методика нейропсихологического исследования речи.

Для выявления афазии проверяют экспрессивную, импрессивную и номинативную речь.

Исследование экспрессивной речи складывается из исследования повторной, автоматизированной и спонтанной речи

Повторная речь. Пациента просят повторить за врачом звуки:

а, о, и, у, б, д, к, с;

дизъюнктные пары звуков: б-н, к-с, м-р;

оппозиционные фонемы: б-п, п-б, д-т, т-д, з-с, с-з;

серии звуков: би-ба-бо, бо-би-ба, ба-би-ба;

слова: дом, окно, кошка, портной, слон, полковник, поклонник, половник, кооператив, кораблекрушение;

серии слов: дом-лес, кот-стол, дуб-ночь-игла, сад-день;

простые фразы: девочка плачет, мальчик гладит собаку, девочка пьет чай;

скороговорки: «Сшил колпак не по колпаковски, надо его переколпаковать, а никто его не переколапакует»;

Автоматизированная речь. Больному предлагают назвать цифровой ряд, перечислить дни недели, месяцы, года и сравнивают с дезавтоматизированной речью – при перечислении цифрового ряда, названия дней и месяцев в обратном порядке.

Спонтанная речь. Проводится беседа с больным о его заболевании, предлагается составить рассказ по сюжетно картинке (рис. 28,29), устное сочинение на заданную тему (о времени года).

При анализе устного сочинения отмечается активность пациента, развернутости, связанность рассказа, наличие аграмматизма, телеграфного стиля, несогласования, соскальзования на побочные темы.

Для оценки импрессивной речи исследуют понимание обращенной к пациенту речи:

понимание слов с опорой на картинку: по одному элементу; по три элемента;

совокупность способностей человека, обеспечивающая правильное понимание требований жизни и адекватное приспособление к ним.

При проведении патопсихологического исследования, были использованы следующие методы:

1) Методика «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия).

Методика позволяет исследовать процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение. Методика может использоваться для оценки состояния памяти, произвольного внимания, истощаемости больных нервно-психическими заболеваниями, а также для изучения динамики течения болезни и учета эффективности лекарственной терапии.

Инструкция: «Сейчас я прочту несколько слов. Слушайте внимательно. Когда я окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять слова можно в любом порядке».

«Сейчас я снова прочту Вам те же слова, и Вы опять должны повторить их, – и те, которые Вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили. По рядок слов не важен».

Далее опыт повторяется без инструкций. Перед следующими 3-5 прочтениями экспериментатор просто говорит: «Еще раз». После 5-6 кратного повторения слов, экспериментатор говорит испытуемому: «Через час Вы эти же слова назовете мне еще раз». На каждом этапе исследования заполняется протокол. Под каждым воспроизведенным словом в строчке, которая соответствует номеру попытки, ставится крестик. Если испытуемый называет «лишнее» слово, оно фиксируется в соответствующей графе. Спустя час испытуемый по просьбе исследователя воспроизводит без предварительного зачтывания запомнившиеся слова, которые фиксируются в протоколе кружочками. [16]

2) Таблицы Шульте (В. Шульте).

Предназначена для определения устойчивости внимания и динамики работоспособности.

Пословицы :

- 1.Шила в мешке не утаишь.
- 2.Куй железо пока горячо.
- 3.Не все золото, что блестит.
- 4.С миру по нитке - голому рубашка.
5. Взявшись за гуж, не говори , что не дюж.

Фразы:

- 1.Золото тяжелее железа.
2. Сапожник чинил шилом сапоги.
- 3.Не все то хорошо, что кажется нам хорошим.
- 4.Если уж поехал куда-нибудь, то возвращаться поздно.
- 5.Кузнец работал сегодня целый день.
6. Коллективными усилиями легко справиться с любыми трудностями.
7. Правду скрыть невозможно.
8. Не откладывай дела в долгий ящик.

5) Тест «Четвертый лишний».

Методика «Исключение предметов» направлена на исследование особенностей мышления человека. Она позволяет установить уровень обобщения, а также выявить особенности протекания у них процессов анализа, сравнения и синтеза, приводящих к формированию категории, включающей только три из четырех предъявленных предметов.

Инструкция: Здесь (на картинке) четыре предмета. Три из них имеют что-то общее, а четвёртый – лишний. Найди и назови один лишний объект и объясни, почему он лишний, что общего у остальных трёх. [4];

6) Методика «Простые аналогии» (Васищев А.А.). (Приложение 3)

Тест предназначен для изучения способности к установлению отношений между понятиями. Направлена на оценку способности к абстрактному мышлению: способность обобщать и классифицировать; способность выходить за пределы конкретной ситуации, умение видеть существенное, неявные закономерности; способность мыслить абстрактными категориями; способность устанавливать причинно-следственные связи; способность к переносу обобщений из одной ситуации в другую.

Инструкция: «Посмотрите, здесь написано два слова – «лошадь» и «жеребенок». Какая между ними связь? Жеребенок – детеныш лошади. А справа то же – одно слово – корова, а под ним – 5 слов на выбор. Из этих слов надо выбрать только одно, которое также относится к слову «корова» как «жеребенок» к «лошади», то есть чтобы оно обозначало детеныша коровы. Это будет «теленок». Значит нужно вначале установить, как связаны между собой слова – вот здесь, слева, а затем установить такую же связь справа». [22]

7) Методика исследования самооценки по Дембо — Рубинштейн (Тамара Дембо, Суссана Рубинштейн, модификация А.М. Прихожан). (Приложение 9). [23]

Тест предназначен для психологической диагностики уровня притязаний и состояния самооценки.

Инструкция к тесту на примере шкалы «Здоровье»: На примере шкалы «Здоровье».

«...Представим себе такую условность: на верхнем полюсе находится самый здоровый человек в мире, внизу – самый больной человек... а между ними – все остальные люди, в том числе и мы с вами.

Отметьте черточкой на шкале, как вы себя оцениваете в данный момент по... (данному параметру)?

Отметьте кружком на шкале, где бы вы мечтали находиться в идеале между этими полюсами?

Отметьте галочкой на шкале, где вы можете оказаться, объективно оценивая свои возможности? Чего вы можете добиться, объективно оценивая свои возможности?»

Помимо нейропсихологического и патопсихологического исследований обследование предполагает и проведение клинической беседы.

2.2. Интерпретация результатов патопсихологического и нейропсихологического исследований:

Предшествовала нейропсихологическому и патопсихологическим исследованиям клиническая беседа.

Исследования проводились 24.11.2017г. в

Доме-интернате №1 для граждан пожилого возраста и инвалидов, расположенный по адресу : г.Красноярск, ул. Курчатова ,5.

Иследуемая Е.

Возраст: 35 лет

Причина нахождения в интернате

В интернат попала после интерната для детей с ЗПР (Красноярск, ул.Сады,4). В детский интернат попала из Березовки .

Длительность непрерывного пребывания:

С 18 лет.

Интерпретация результатов нейропсихологического исследования:

У Испытуемой Е. особенности латерализации – доминирование правой руки и ноги. Преобладает доминирование левого полушария.

1. Исследование движений и действий.

При исследовании двигательных функций применялись следующие пробы: на реципрокную координацию, проба «заборчик», на динамический праксис («кулак-ребро-ладонь»), праксис позы (пальцев руки), перенос позы, на пространственную организацию движений (пробы Хэда).

Особенности: Медленный темп выполнения проб, неуверенность и сомнения.

1.1. Реципрокная координация

При медленном темпе выполнения предъявляемых проб ошибок не допускала. При увеличении темпа допускала ошибки, снижала темп, допускала наличие устойчивых персевераций (стереотипных повторов двигательных ошибок).

Ошибки в данной тесте говорят об инертности в двигательной сфере и о заинтересованности в патологии заднелобных отделов левого полушария мозга и о поражении двигательной системы (премоторных отделов).

1.2. Проба «заборчик»

В тесте много ошибок. Темп работы медленный, наблюдались незначительные остановки, «Средний зубец» - компромисс между треугольным и квадратным, что может указывать повреждения премоторных отделов лобной доли левого полушария(у правшей). Возможна дисфункция задне-лобных зон коры левого полушария .

1.3. Динамический праксис (кинетический)

«кулак-ладонь-ребро»

Трудностей входления в задание не было. Были обследованы обе руки. При выполнении задания правой и левой рук в медленном темпе ошибок не наблюдалось, при увеличении темпа выполнения теста - наблюдались персеверации, трудности переключения с одного элемента на другой, это может говорить об инертности в двигательной сфере и в патологии заднелобных отделов левого полушария.

1.4. Праксис позы (пальцев руки)

При предъявлении различных поз пальцев рук, при воспроизведении ошибок допущено не было, однако испытуемая выполняла пробы в медленном темпе.

1.5. Пространственная организация движений (пробы Хэда)

Из 10 предложенных поз, испытуемая допустила ошибки в 2, выполнив их в зеркальном отображении. Одобрение и поддержка «Хорошо, хорошо» приводило к улучшению выполнения проб. Темп выполнения данной пробы также медленный.

В целом исходя из данных всех моторных проб, можно предположить, что у испытуемой имеются нарушения работы премоторных отделов мозга, инертность двигательной сферы и заинтересованность в патологии подкорковых структур.

1.6. Артикуляционный аппарат- губы, язык:

а) надуть щеки; оскалить зубы; поцокать языком; вытянуть язык; вытянуть губы в трубочку; подудеть; посвистеть. Выполнено без трудностей и ошибок.

Во всех моторных пробах отмечены симптомы, специфичные не только:

- для двигательной сферы, но и для психической деятельности в целом
- при патологии префронтальных отделов - регуляторные ошибки - стереотипии, персеверации;
- при патологии подкорковых структур - замедление темпа деятельности, трудности включения в задание, колебания внимания и уровня достижений, истощаемость; застывание в принятой позе.

2.Исследование гноэзиса.

Исследование гноэтических функций включает следующие методы: пробы на предметный гноэзис (узнавание реалистических изображений, перечеркнутых, наложенных и незавершенных изображений), пробы на акустический гноэзис и слухо-моторную координацию.

2.1.Зрительный гноэзис.

Предложены 20 изображений реальных предметов. 17 предметов названы верно, не знает -якорь, циркуль, щипцы. Больших трудностей данное задание у испытуемой не вызвало. Методика «Наложенные картинки»: все изображенные предметы назвала правильно, с незначительными затруднениями, испытуемая дала правильное представление об их функциональных свойствах и назначении. При предъявлении лиц известных людей (Ленин, Фрейндлих, Окуджава, Гагарин, Пугачева, Брежnev, Obama, Шойгу) - узнала Ленина и Пугачеву.

В опознавании предметов на зашумленных картинках трудностей не возникло.

Узнавание предметов с «недостающими признаками» при предъявлении 9 изображений - 7 изображений были идентифицированы.

Подводя итоги можно сказать, что у испытуемой зрительно-предметный гноэзис сформирован в достаточной степени, целостность зрительного восприятия слухоречевая память не нарушены. Есть незначительные отклонения в узнавании отдельных предметов и лиц, известных людей, связано с дефицитом общепознавательной-образовательной сферы.

2.2 Стереогноз

Предложено узнать простые предметы: телефон, наручные часы с кожаным ремешком , ластик, карандаш, брелок из кожи слоник. Испытуемая обеими руками сумела распознать 6 предметов из 7. Трудности вызвало опознание брелка. Затруднялась назвать материалы из которых изготовлены данные предметы, сложности с описанием свойств.

Данные исследования указывают на невозможность оценить отдельные свойства предмета по причине дефицита общепознавательной-образовательной сферы.

2.3. Пробы на акустический гноэзис и слухо-моторную координацию

Восприятие ритмов – выполнено правильно, без затруднений.

Воспроизведение ритмов было выполнено по образцу.

3. Исследование письма.

Писать под диктовку текст отказалась, сослалась на плохое зрение и на то, что в интернате учили плохо. На просьбу написать свое имя и фамилию - старательно и верно написала печатными буквами. Темп написания медленный.

4. Исследование счета .

Считать отказалась. Правильный счет абстрактными цифрами доступен в пределах десятка . Сложение и вычитание двузначных цифр - выполнить не может.

Ярко выраженная акалькулия. Со слов обследуемой: $5+2=7$; $10+3=30$. Что свидетельствует о патологических процессах в области счётного центра на стыке затылочной и теменной доли доминирующего левого полушария.

5. Исследование речи.

Речь носит репродуктивную форму, т.е отвечает только на вопросы экспериментатора. Способность собственной речевой активности ограничена.

6. Задания на понимание логико-грамматических конструкций

Было предложено выполнить следующие действия: показать кисточку карандашом, положить ручку справа от тетради, положить карандаш в книгу, держать ручку над головой. Данное задание не вызвало затруднений.

Выводы:

На основании проведенного нейропсихологического обследования были выявлено следующее расстройство: Олигофренический синдром легкой степени имbecилности. Данный синдром характеризуется сниженным уровнем интеллекта, преобладанием конкретно-ситуационного стиля мышления, сниженной способностью к обучению.

Выявлены индивидуально-психологически особенности испытуемой Е.:

При выполнении практически всех проб на исследование движений и действий наблюдались ошибки, сложность вхождения в задание, которые указывают на инертность в двигательной сфере и о заинтересованности в патологии заднелобных отделов левого полушария мозга и о поражении двигательной системы (премоторных отделов лобной доли левого полушария (у правшей)).

При выполнении проб, требующих усвоения последовательности движений отмечаются трудности в начале выполнения пробы. Сосредоточение, замедленность действий способствует компенсации трудностей.

Во всех моторных пробах отмечены симптомы, специфичные не только для двигательной сферы, но и для психической деятельности обследуемой в целом: при патологии префронтальных отделов -

регуляторные ошибки -стереотипии, персеверации при патологии подкорковых структур - замедление темпа деятельности, трудности включения в задание, колебания внимания и уровня достижений, истощаемость; застывание в принятой позе.

Интерпретация результатов патопсихологического обследования.

1) «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Выявлены незначительно сниженные показатели течения мnestической деятельности. В методике на непосредственное произвольное запоминание воспроизводит 80% предъявленных стимулов с 4 раза (при норме с 4-5 раза 90-100%). Кривая запоминания имеет гиперстенический (неустойчивый) характер, 5,7,7,8,5 (при норме 5,7,9 или 6,8,9 или 5,7,9) из 10 предложенных. Продуктивность долговременной памяти составила 8 слов.

При проведении пробы выявлены некоторые особенности, испытуемая ошибочных ответов не давала, но наблюдалась истощаемость внимания резкий спуск вниз кривой запоминания.

Выявленный уровень непосредственного запоминания ниже нормы.

Данные проведенных исследований указывают на истощаемость объема внимания, но при этом достаточно хороший показатель долговременной памяти, нарушение динамики мnestической деятельности, которая носит прерывистый характер, что, является индикатором неустойчивости умственной работоспособности в целом, ее повышенной истощаемости.

2) таблицы Шульте

Инструкцию испытуемый поняла с первого раза.

Время выполнения проб на внимание превышает среднестатистическую норму (норма по таблицам Шульте 40-50 секунд).

Время затраченное на каждую таблицу:

1 таблица: 1мин 30секунд

2 таблица: 1 мин. 04 секунд

3 таблица: 1 мин. 48 секунд

4 таблица: 1 мин. 23 секунд

2 таблица: 1 мин. 43 секунд

Во время исследования была сосредоточена. Задания выполняла в медленном темпе. Ошибок не допускала, все цифры называла и показывала в правильной последовательности. Было отмечено также заметное замедление испытуемой при нахождении отдельных чисел: после периода хорошей устойчивой работы наблюдался спад, когда испытуемая долго искала какое-то одно число. Такие паузы могут объясняться кратковременным состоянием охранительного торможения в корковых клетках зрительного анализатора. В норме на все таблицы уходит примерно одинаковое время: у данной испытуемой время выполнения колеблется, и наблюдается резкое увеличение временного промежутка в работе с третьей таблицей.

Для исследования мышления: «Существенные признаки», «Отнесение фраз к пословицам», «Исключение лишнего», «Простые аналогии»

3)Методика «Существенные признаки»:

Инструкция испытуемой понятна. Но ходе выполнения заданий, были допущены ошибки. Сложно объяснить почему выбрала те или иные слова. Из предъявленных 11 пунктов правильно выбраны 3 :

Сад(земля , растения)

Игра(игроки и правила)

Чтение(глаза и книга);

На 4 пункта – затруднилась ответить

На остальные 4 пункта – ответила некорректно:

Сарай(сеновал)

Газета(телеграмма)

Война(пушки, солдаты)

Наличие в большей мере ошибочных суждений свидетельствует о преобладании конкретно-ситуационного стиля мышления над абстрактно-логическим.

Обнаружено нарушение операциональной стороны мышления по типу искажения процесса обобщения и отвлечения: словесно-логические связи

недостаточно опираются на конкретные свойства и признаки предметов, существенные отношения между предметами мало принимаются во внимание.

4) «Отнесение фраз к пословицам» :

Пословицы :

1.Шила в мешке не утаишь.

2.Куй железо пока горячо.

3.Не все золото, что блестит.

4.С миру по нитке - голому рубашка.

5. Взявшись за гуж, не говори , что не дюж.

Фразы:

1.Золото тяжелее железа.

2. Сапожник чинил шилом сапоги.

3.Не все то хорошо, что кажется нам хорошим.

4.Если уж поехал куда-нибудь, то возвращаться поздно.

5.Кузнец работал сегодня целый день.

6. Коллективными усилиями легко справиться с любыми трудностями.

7. Правду скрыть невозможно.

8. Не откладывай дела в долгий ящик.

Из пяти пословиц испытуемая в двух случаях соотнесла фразы правильно: 1-7; 2-8.

Для испытуемой оказывается недоступным скрытый смысл некоторых, достаточно сложных пословиц – трактуются формально. Были допущены ошибки в соотнесении пословиц и фраз, которые имели следующую особенность : испытуемая подбирала фразу к пословице по наличию

одинаковых слов. Например: Не все золото, что блестит – золото тяжелее железа. К двум пословицам фразы соотнести затруднилась. Данные сопоставления позволяют выявить низкий уровень абстрагирования, а также нарушение устойчивости этой операции.

5) Методика «Исключение лишнего»:

Из предъявленных 20 наборов слов для исключения лишнего , в 11 случаях обследуемая исключение произвела медленно, но верно. Наборы, требующие более высокий уровень общих знаний – выполнены некорректно или не выполнены.

6) «Простые аналогии»:

Из предъявленных 30 простых аналогий :

18 простых аналогий в медленном темпе выполнены правильно, аналогии требующие более высокий уровень общих знаний – выполнены некорректно или не выполнены.

7) «Сложение пазлов из 9 частей (Белка)»

Собрала картинку быстро, правильно назвала, кто изображен.

8) Методика Дембо-Рубинштейна - исследование самооценки.

Испытуемой было предложено оценить свой уровень развития личных качеств в данный момент, таких как: здоровье, ум, характер, авторитет у сверстников, внешность, уверенность в себе по вертикальным шкалам. Испытуемая оценила уровень развития вышеперечисленных качеств у себя в данный момент времени по самым максимальным точкам все шкалы (100 баллов). Это свидетельствует о завышенном уровне притязаний по всем шкалам: здоровье, ум, характер, авторитет у сверстников, внешность, уверенность в себе показывает - нереалистичное отношение к своим возможностям, отсутствие самокритики, уровень самооценки(100 баллов) считается завышенным, человек не может правильно оценить свои личные качества. Адекватным показателем уровня притязаний считается - 75-89

баллов, когда человек реалистично оценивает свои возможности. Низкий - ниже 60 баллов.

Уровень самооценки Адекватная - 45-74 балла. (Реалистическое оценивание себя по указанным в методике).

Перед патопсихологическим и нейропсихологическим исследованиями была проведена клиническая беседа .

В результате клинической беседы получены данные :

Испытуемая Е, 35 лет, не замужем, детей не имеет.

Находится в доме интернате для граждан пожилого возраста и инвалидов. Проживает в отдельной комнате с сожителем. Родственников нет. Отец испытуемой Е. умер рано, причина неизвестна, сильно пил.

Мать была лишена родительских прав, умерла, причина смерти неизвестна. Родители болели алкоголизмом. Была родная сестра, умерла в раннем детстве. Испытуемая Е не называла имена родителей, кем они работали.

В интернат попала в 18 лет, после интерната для детей с ЗПР (г.Красноярск). Получила начальное образование 4 класса. В возрасте 15-18 лет работала уборщицей в БСМП за нематериальную зарплату (одежда, пища).

Отношение к работе : положительное , работоспособность хорошая , готова к взаимопомощи. Хотела бы работать.

Имеет много друзей, женского и мужского пола. Особенности характера: обидчивость, с незнакомыми людьми и в незнакомой обстановке - замкнутость, робость , нерешительность, зависимость. Отношение к своему организму внимательное. Преобладающее настроение разное, чаще положительное.

Выводы:

На основании проведенной патопсихологической беседы, нейропсихологического и патопсихологического обследований у обследуемой выявлены : сниженный уровень интеллекта, преобладании конкретно-ситуационного стиля мышления, сниженная способность к обучению.

У испытуемой диагностируются элементы патопсихологического симптомокомплекса - олигофренического, который складывается из неспособности или сниженной способности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Наиболее вероятная форма олигофрении у Испытуемой Е.- врожденная эндогенно-органическая легкой степени имбэцильности.

Индивидуально-психологическими особенностями называются своеобразные свойства психической активности личности, которые выражаются в темпераменте, характере, способностях, чувствах и эмоциях, а также проявление воли.

У Исследуемой Е. выявлены следующие индивидуально-психологические особенности :

Есть всесторонняя задержка психического развития – памяти, речи, эмоциональной и двигательной сферы, волевых аспектов, способность к восприятию, низкая способность к концентрации внимания, мышление:

Наружено абстрактное, образное мышление. Мышление конкретное, ситуационное;

Речь бледная, односложная, запас слов скучный, фразы короткие. Внимание рассеянное;

Память ослаблена, однако имеет неплохой уровень механического запоминания рядов слов.

Не полностью ориентирована во времени.

Умственные способности снижены: уровень ниже 4 класса образования, счет доступен в пределах десятка, чтение и письмо в ограниченном объеме , низкий общих знаний .

Своё состояние воспринимает некритично.

Затруднения в оперировании абстрактными понятиями.

Слабые эмоциональные реакции.

Медленный темп всех психических реакций, движений , действий, речи, ума.

Скорость реагирования на внешние воздействия медленная.

Не умеет и не хочет преодолевать препятствия .

Не настойчива, но сначала в действиях сосредоточена.

Плохо адаптируется к неожиданным ситуациям, нет гибкости поведения.

Высокая степень ригидности - склонна к косному поведению, устоявшимся привычкам и стереотипам, инертна.

Своё состояние воспринимает некритично.

В знакомой обстановке (в интернате) общительная , имеет много друзей , среди мужчин и женщин; с незнакомыми людьми и в незнакомой обстановке - замкнутость.

Обидчива.

Нерешительна.

Зависима.

Любит детей.

Способна сожительствовать с противоположным полом.

Способна проявлять заботу и ухаживать за домашними животными.

При недееспособности есть желание работать.

Готова оказывать посильную помощь.

2.3. Методические рекомендации по сохранению и тренировке двигательной(моторной) коррекции) для женщин с врожденной олигофренией

Методические рекомендации включают в себя следующее:

2.3.1. Обоснование преимуществ и упражнения на развитие мелкой моторики при недоразвитии ВПФ:

Преимущество развития мелкой моторики :

Мелкая моторика рук взаимодействует с такими высшими психическими функциями и свойствами сознания, как внимание, мышление, оптико-пространственное восприятие (координация), воображение, наблюдательность, зрительная и двигательная память, речь. Значение мелкой моторики очень велико. Она напрямую связана с полноценным развитием речи, так как центры мозга, отвечающие за моторику и речь, находятся рядом. Именно поэтому при нарушении речи у афазиков, логопеды занимаются с ними не только развитием речи, а также развитием моторики. Ученые доказали, что двигательные импульсы пальцев рук влияют на формирование «речевых» зон и положительно действуют на кору головного мозга. Разнообразные действия руками, пальчиковые игры стимулируют процесс речевого и умственного развития. На руке находятся биологически активные точки нашего организма. К области мелкой моторики относится много разнообразных движений: от примитивных жестов, таких как захват объектов, до очень мелких движений, от которых, например, зависит почерк человека. Мелкую моторику можно развивать различными способами. В последнее время популярность пальчиковых игр заметна возросла.

Упражнения для мелкой моторики:

1. Массаж кистей и пальцев с помощью массажера медицинский «Массажный шарик» SU JOK для интенсивного воздействия в комплекте с

двумя кольцевыми пружинами - доступен и прост в индивидуальном использовании.

2. Лепка пластилином, умным песком.

3. Пальчиковые игры: (больше детский вариант)

Пальчиковые игры - это инсценирование каких-либо рифмованных историй, сказок при помощи пальцев.

Виды пальчиковых игр:

- Пальчиковые игры с предметами;
- Активные игры со стихотворным сопровождением;
- Игры-манипуляции;
- Пальчиковые кинезиологические игры;
- Пальчиковые игры с элементами самомассажа;
- Пальчиковые игры с музыкальным сопровождением.

4. Штриховка в разных направлениях.

5. Обводки.

6. Доведение линий до конца.

7. Раскрашивание

8. Шнурковка.

Уже давно доказано, что шнурковка - идеальная игрушка для укрепления пальцев и всей кисти руки человека, развития глазомера, воспитания внимания и усидчивости.

Шнурки толщиной в мизинец ребёнка. «Узелки». Завязывание узелков на своих шнурках 6 узелков. Держим шнурок за верхнюю часть и перебирая пальцами узелки, нужно назвать 6 основных цветов. (12 узелков - 12 месяцев года, геометрические формы, названия деревьев и т.д.)

8. Использование живого песка.

Это невероятное вещество. Этот песок достаточно вязкий, чтобы можно было из него лепить любые фигурки. Живой песок - отличный тренажёр для развития воображения и мелкой моторики.

9. Рисование на манке.

Во время рисования снимается напряжение, зажатость. Занятие с крупами влияют на тактильное восприятие .

Можно рисовать непосредственно пальцами, ладонью, ребром ладони, что повышает тактильную чувствительность, развивается мелкая моторика рук, а также способствует развитию координации, воображения, улучшается память.

2.3.2. Простые упражнения на тренировку памяти, внимания,

1. Тренировка памяти (Приложение 7).

а) Запомните расположение черточек в верхней части рисунка, а затем, закрыв его, добавьте недостающие линии в нижней части рисунка.

б) В течение минуты запоминайте список слов:

- | | |
|----------|----------|
| — слон; | — невод; |
| — изба; | — тигр; |
| — речка; | — школа; |
| — мама; | — санки; |
| — выюга; | — поезд. |

Теперь необходимо воспроизвести этот список на бумаге. Слова можно использовать и другие, постепенно увеличивая их количество.

в) Внимательно рассматривайте картинку в течение минуты (Приложение 7). А теперь воспроизведите в алфавитном порядке названия животных, которых вы увидели на картинке.

2. Тренировка внимания

- а) Использование таблиц Шульте;
- б) Упражнение «Зелёная точка» (Приложение 8);
в) Называйте цвета слов при чтении. Это кажется очень простым, но без тренировки сделать сложно. Проверьте себя. Именно цвет слова, а не его написание (Приложение 8).

Вывод

В данной работе мы провели теоретический анализ литературы по олигофрении, приведены классификации олигофрении , врожденной олигофрении, причины, формы и проявления, что позволило детализировать вид олигофрении у Исследуемой Е.

Нами был разработаны нейропсихологический и патопсихологический диагностические комплексы для исследования индивидуально-психологических особенностей женщин с врожденной олигофренией, которые помогли в выявлении показателей, доступных для коррекции в данных условиях , таких как тренировка двигательной (моторной коррекции) и несложные упражнения на внимание, память.

Нами были использованы следующие методики: Таблицы Шульте, Методика «Заучивание 10 слов», «Существенные признаки», «Простые аналогии», «Исключение лишнего», Отнесения фраз к пословицам, Методика исследования самооценки по Дембо — Рубинштейн.

Проведено исследование письма, счета, речи, ориентирования во времени.

Мы разработали методические рекомендации по восстановлению высших психических функций с помощью упражнений на мелкую и среднюю моторику и простейших упражнений на внимание и память.

Цель нашей работы, изучить индивидуально-психологические особенности женщин с врожденной олигофренией достигнута.

Заключение

Цель нашей работы заключался в том, чтобы показать, какие индивидуально-психологические особенности в психических процессах существуют у женщин с врожденной олигофренией и какие индивидуальные методические рекомендации по сохранению, восстановлению, улучшению прежде всего ВПФ(Высших Психических Функций) можно предложить для улучшения в целом социализации и адаптации к окружающему миру.

Нами была проведена патопсихологическая диагностика испытуемой, с врожденной олигофренией, вследствие чего мы получили результаты, которые показывают с большой вероятностью эндогенно-органическую природу олигофрении в легкой степени имбичильности. Если использовать разработанные нами методические рекомендации, можно восстановить или улучшить действие ВПФ(Высших Психических Функций) через двигательную (моторную коррекцию) и простейшие упражнения на память и внимание .

Олигофрения – достаточно распространённое состояние, большинство исследований сообщают, что от 1% до 3% населения Земли страдает этим заболеванием. В последние годы отмечается некоторое увеличение количества умственно отсталых актуален вопрос их социальной адаптации в зависимости от степени нарушений психических функций, главным образом интеллекта.

В данной работе мы достигли цели, проведя анализ литературы, исследование испытуемой, выявление индивидуально-психологических особенностей, подобрав определенные методики и написав заключение.

Библиографический список

1. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология:учеб.-метод.комплекс/Т.Г.Неретина. – М. Флинта:МПСИ, 2008.-376с.
2. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии: Информ.-метод. Пособие к курсу «Психология человека»: - М.: Пед. общ-во России, 1999. – 397 с.
- 3.Выготский Л.С. Проблемы дефектологии.М: Просвещение, 1995.
- 4.Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении). Т. III. М., 1965, с. 21—22.
- 5.Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985, с. 37.).
- 6.Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. СПб.: Речь, 2003.
- 7.Астапов В.И. Введение в дефектологию с основами нейро и патопсихологии. М.: Междунар.академия ,2000.
- 8.Замский Х.С. Умственно-отсталые дети.М:НПО Образование , 2001.
- 9.Кащенко В.Н. Педагогическая коррекция.М: Просвещение, 1994.
- 10.Коррекционная педагогика /Под ред. Б.П.Пузанова, М: 2002.
- 11.Назарова Н.М. Специальная педагогика. М:Академия, 2000.
- 12.Обучение детей с нарушением интеллектуального развития (олигофренопедагогика) /Под ред. Б.П.Пузанова, М: Академия ,2000.
- 13.Бухановский А.О., Кутявин Ю. А., Тивак М. Е. Общая психопатология. Ростов н/Д., 2015
- 14.Зарубина Н.В. Частная психопатология: Учебно-методическое пособие Ярославль. 2015

- 15.Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Б68 Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. —Издательство НПО «МОДЭК», 2012.- 512 с. (Серия «Библиотека психолога»).
- 15.Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М.Изд-во М. 2010. — 238 с.
- 16.Зухарь В. П. О работе патопсихолога в психиатрической больнице / В. П. Зухарь, С. Я. Рубинштейн, Л. Н. Поперечная. — М.2015.
- 17.Истратова О.Н. Психодиагностика: Коллекция лучших тестов. РнД., 2016
18. Крылов А.А. Экспериментальная и прикладная психология. – М., 2015
19. Лурия А.Р. Заучивание 10 слов //Альманах психологических тестов. М., 1995. - С. 92-94
- 20.Бизюк А.П. 17. Б59 Основы нейропсихологии: Учебное пособие- СПб. Речь. 2015. — 293 с.
- 21.Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. Издательство: Речь. 2013
- 22.Ренина Н.В., Воронцов Д.В., Юматов И.И. Основы клинической психологии. Ростов на Дону, 2014
- 23.Самохвалов В.П. Психиатрия. М., 2013
24. Соломин В.П. Психологическая безопасность: Учебное пособие. М.: 2014
- 25.Яншин П.В. Практикум по клинической психологии. //Методы исследования личности. СПб., 2014.
26. Ясперс К. Общая психопатология. М., 2013
- 25.Кязымова Э.Р. Преимущество развития мелкой моторики при афазии»Э. Р.
27. Логопедия иллюстрированный справочник-И.А. Смирнова. - СПб.: КАРО. -2014. - 232 с.: ил.- (сер. «Специальная педагогика»).
28. Основы логопедической работы с детьми: учеб. пособие / под общ. ред. д.п.н., проф. Г.Б. Чиркиной. - М.: АРКТИ, 2011. - 240 с.
29. Визель Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование. - М.: В. Секачев

30. Власова Т. А., Певзнер М. С. Дети с отклонениями в развитии. — М.: Просвещение, 1973.
31. Певзнер М. С. Дети-олигофrenы (изучение детей-олигофренов в процессе их воспитания и обучения). — М. Просвещение, 1959.
32. Учащиеся вспомогательной школы (клинико-психологическое изучение) /Под ред. М. С. Певзнер, К. С. Лебединской. — М.: Педагогика, 1979.
33. Данченкова С. Н. Научная работа на тему «Развитие высших психических функций детей дошкольного возраста через развитие мелкой моторики рук: мастер-класс.
34. Как проявляется олигофrenия — причины, симптомы, диагностика.
Методы лечения олигофrenии/
<http://www.sibmedport.ru/print.php?art&id=11209&print>
35. Олигофrenия – нарушение интеллекта.
<http://www.sibmedport.ru/print.php?art&id=11209&print>
36. Умственная отсталость (олигофrenия).
<http://www.tiensmed.ru/news/oligofreniya3.html>
37. Психологические особенности больных — олигофренов
<https://studopedia.org> - Студопедия.Орг - 2014-2018 год. (0.112 с).
38. Справочник по психиатрии .
<https://vse-zabolevaniya.ru/>
39. Библиотека по психологии: § 3. КСППЭ больных олигофrenиями
<https://psychologyLib.ru/>

Приложение 1

Таблицы Шульте

14	9	2	21	13
22	7	16	5	10
4	25	11	18	3
20	6	23	8	19
15	24	1	17	12

Обработка и интерпретация результатов теста
Основной показатель – время выполнения, а также количество ошибок отдельно по каждой таблице. По результатам выполнения каждой таблицы может быть построена «кривая истощаемости (утомляемости)», отражающая устойчивость внимания и работоспособность в динамике.

С помощью этого теста можно вычислить еще и такие показатели, как :

- эффективность работы (ЭР),
- степень врабатываемости (ВР),
- психическая устойчивость (ПУ).

Эффективность работы (ЭР) вычисляется по формуле:

$\text{ЭР} = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5$, где T_i – время работы с i -той таблицей.
То есть: Эффективность работы (ЭР) равна суммарному времени работы с таблицами, деленному на количество таблиц.

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

Возраст	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
6 лет	60 и меньше	61-70	71-80	81-90	91 и больше
7 лет	55 и меньше	56-65	66-75	76-85	86 и больше
8 лет	50 и меньше	51-60	61-70	71-80	81 и больше
9 лет	45 и меньше	46-55	56-65	66-75	76 и больше
10 лет	40 и меньше	41-50	51-60	61-70	71 и больше
11 лет	35 и меньше	36-45	46-55	56-65	66 и больше
12 лет	30 и меньше	31-35	36-45	46-55	56 и больше