

УДК 376.2

АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПОДХОДОВ К ПОНИМАНИЮ ОСНОВНЫХ СУЩНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

А.В. Мамаева, Л.О. Шаповаленко

Аннотация

Проблема и цель. В статье анализируются различные подходы к пониманию умственной отсталости с учетом психолого-педагогических, клинических и социальных исследований последних десятилетий. Выделяется проблема концептуализации умственной отсталости с целью определения образовательной программы в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте. Цель статьи: с учетом как традиционных клинико-психолого-педагогических подходов, так и исследований последних десятилетий определить основные сущностные характеристики умственной отсталости, значимые для определения образовательной программы в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте.

Методологию исследования составляют анализ и обобщение нормативно-правовых документов в сфере образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, научно-исследовательских работ зарубежных и отечественных ученых, признанных научным сообществом, и опыта психолого-педагогического изучения старших дошкольников и младших школьников с различными степенями умственной отсталости.

Результаты. На основе анализа клинического, психолого-педагогического и социокультурного подходов сформулированы основные сущностные характеристики умственной отсталости, учитывающие сложность установления генезиса и полиморфизм клинических проявлений.

Заключение. Определены основные сущностные характеристики умственной отсталости, значимые для психолого-педагогической диагностики умственной отсталости и ее степеней и определения образовательной программы в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте: «ядерный» признак умственной отсталости – стойкое нарушение познавательной деятельности; возникает вследствие патологического влияния биологических и средовых факторов в различной степени выраженности и различных устойчивых комбинациях; обусловлена особенностями высшей нервной деятельности; является системой дефектов и характеризуется определенной иерархией; полиморфна по этиопатогенетическому признаку, степени выраженности и клиническим проявлениям; наиболее распространенная форма умственной отсталости – олигофрения, которая характеризуется тотальностью, иерархичностью недоразвития психики и интеллекта и отсутствием прогрессивности и является не заболеванием, а состоянием развития; предрасполагает к нарушениям социальной адаптации.

Ключевые слова: *умственная отсталость, олигофрения, степень умственной отсталости, психолого-педагогическая диагностика.*

1. Введение (Introduction)

Постановка проблемы. В настоящей статье проанализированы различные подходы к концептуализации умственной отсталости, формулируются проблемы недостаточной разработанности вопросов этиологии, патогенеза, вариабельности проявлений и динамики умственной отсталости. Выделяется проблема психолого-педагогической диагностики с целью отграничения умственной отсталости от

сходных состояний, выявления степени умственной отсталости и определения образовательной программы в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте. Цель статьи: с учетом как традиционных клинико-психолого-педагогических подходов, так и исследований последних десятилетий определить основные сущностные характеристики умственной отсталости, значимые для определения образовательной программы в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте.

Анализ и обобщение научно-исследовательских работ отечественных и зарубежных педагогов, психологов, психиатров позволяет сделать вывод об отсутствии однозначности в понимании этиологии, генезиса и самого определения умственной отсталости. Истоки подобной вариабельности представлений имеют объективную основу: признанный большинством исследователей факт разнообразия и неоднородности как причин, так и проявлений умственной отсталости, что объясняет разнообразие критериев ее выделения и описания. Вместе с тем данный факт затрудняет объективную оценку потенциальных возможных достижений ребенка, имеющего нарушения познавательного развития, приводит к организационным и методическим недостаткам диагностической практики. В связи с этим приобретает особую актуальность проблема определения основных сущностных характеристик умственной отсталости, значимых для диагностики умственной отсталости и ее степеней и определения образовательной программы в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте.

2. Материалы и методы (Materials and Methods)

Методологию исследования составляют анализ и обобщение нормативно-правовых документов в сфере образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, научно-исследовательских работ зарубежных и отечественных ученых, признанных научным сообществом, и опыта психолого-педагогического изучения старших дошкольников и младших школьников с различными степенями умственной отсталости.

Обзор научной литературы проведен на основе анализа клинического (Галанин, 2011; Исаев, 2003; Ковалев, 1995; Певзнер, 1973; Рубинштейн, 1986; Сухарева, 1965 и др.), психолого-педагогического (Инденбаум, 2012; Коробейников, 2012; Назарова, 2010; Шипицына, 2002; Шпек, 1999 и др.) и социокультурного (Грюневальд, 2003; Фуряева, 2005; Янцен, 2001) подходов к пониманию симптоматики, этиологии и генезиса умственной отсталости, а также нормативно-правовых документов, регламентирующих образование обучающихся с интеллектуальными нарушениями.

3. Результаты исследования (Results)

В настоящее время в отечественной педагогике и психологии не существует единого определения умственной отсталости. Общепринятой в отечественной коррекционной педагогике и психологии XX в. являлась точка зрения, в соответствии с которой к **умственной отсталости** относят состояния, при которых отмечается **стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной сферы, вызванное различными по причинам и механизмам формиро-**

вания органическими повреждениями головного мозга, имеющими диффузный (разлитой) характер (К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, М.С. Певзнер, С.Я. Рубинштейн, Г.Е. Сухарева и др.).

Из вышесказанного следует, что при диагностике умственной отсталости в первую очередь должны учитываться органическое происхождение нарушения и его стойкость, необратимость.

Однако в приведенном выше определении положение об органическом повреждении головного мозга требует некоторых уточнений.

1. Органическая недостаточность головного мозга может быть обусловлена как экзогенными (внешними факторами), так и эндогенными (неблагоприятными генными, хромосомными мутациями, наследственными механизмами) [1, с. 26; 18, с. 49]. Данный факт не является новым для отечественной науки, но в приведенном выше определении не обозначен конкретно.

2. Умственная отсталость может быть обусловлена поражением не только коры головного мозга, но и преобладающим поражением более древних образований, препятствующим накоплению опыта и обучению [7, с. 24].

3. Категорическое утверждение, что умственная отсталость – это всегда результат органического поражения головного мозга, в настоящий момент не подтверждено окончательно. При легких степенях умственной отсталости не всегда выявляется органическая недостаточность головного мозга, в случаях легкой умственной отсталости не раскрыта зависимость между интеллектом и нарушением структур головного мозга [11, с. 16; 21, с. 13].

Таким образом, не подтверждается (особенно при легких степенях умственной отсталости) общепринятая в XX в. в отечественной коррекционной педагогике и психологии точка зрения о диагностировании умственной отсталости только при наличии всех трех диагностических критериев: клинического (наличие органического поражения головного мозга); психологического (стойкое нарушение познавательной деятельности); педагогического (низкая обучаемость). Ориентация на выявление симптомов органического поражения головного мозга довольно часто оказывается малопродуктивной: выявление органического поражения головного мозга правомерно рассматривать лишь как факт, подтверждающий умственную отсталость, ее биологическую основу, но неопределенность патологического органического воздействия на мозг ребенка вовсе не опровергает наличие умственной отсталости в значительном ряде случаев при ее легкой степени [10, с. 12; 12, с. 54].

Также за последние 30–40 лет в России происходили изменения позиций в учении о значимости социальной адаптации в структуре умственной отсталости. В определении основных сущностных характеристик умственной отсталости большее значение придается социокультуральным факторам, в частности адаптации детей к окружающей среде. Большинство авторов делают акцент на том, что для умственной отсталости характерно не только нарушение познавательной деятельности, но и, как следствие интеллектуального дефекта, – нарушение адаптивного социального поведения, трудности социальной адаптации. При этом от-

существует однозначное мнение о степени значимости адаптивного социального поведения как одной из сущностных характеристик умственной отсталости. В ряде определений нарушения адаптивного поведения рассматриваются как диагностический критерий и важнейшая составляющая в определении умственной отсталости [9, с. 245]. Равноправная роль адаптивного и познавательного дефицита в определении умственной отсталости, предложенном Американской ассоциацией умственной отсталости в 1983 г. [15, с. 59], сохраняется в Стандартах специального образования в США¹ и по сей день.

С другой стороны, имеются указания на тот факт, что нарушения развития на биологическом уровне не обязательно влекут за собой нарушения на социальном уровне [19, с. 15], например, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ – 10) отмечено, что при легкой умственной отсталости «многие взрослые будут в состоянии работать, поддерживать нормальные социальные отношения и вносить вклад в общество»².

Несмотря на различные точки зрения на значимость роли социальной адаптации и нарушений интеллекта в определении того, что следует понимать под умственной отсталостью, не вызывает сомнений положение о влиянии умственной отсталости на качество социального функционирования индивида в обществе (риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности – общепризнанная закономерность, присущая всем типам дизонтогенетического развития), и, напротив, влияния средовой ситуации развития индивида на формирование клинической картины умственной отсталости [20, с. 19; 7, с. 12; 8, с. 26].

Учитывая значимость патогенного влияния средовых факторов, считаем значимым отдельно остановиться на случаях, когда в подростковом возрасте при невыявленных клиническом (наличие органического поражения головного мозга) и психологическом (стойкое нарушение познавательной деятельности) критериях умственной отсталости можно уверенно констатировать неспособность освоить образовательный ценз. Данные случаи наблюдаются при легких формах психического недоразвития (определение предложено Е.Л. Инденбаум как промежуточная категория между легкой умственной отсталостью и задержкой психического развития) [7, с. 5]. В подобных случаях правильнее всего рекомендовать обучение по АООП для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (вариант 1)³, но без констатации факта умственной отсталости (учитывая социальные последствия постановки диагноза). К сожалению, на сегодняшний день в нормативно-правовых документах, регламентирующих вопросы образования лиц с умственной отсталостью в России, отсутствуют основания для подобных рекомендаций специалистами ПМПК.

¹ Standards for Special Education Evaluation & Eligibility (1 July 2017) Tennessee, USA. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.tn.gov> (дата обращения: 08.04.2017).

² Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4380> (дата обращения: 08.04.2017).

³ Примерная адаптированная основная общеобразовательная программа образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). [Электронный ресурс]. URL: <http://fgosreestr.ru> (дата обращения: 08.04.2017).

Применительно же к практике диагностики умственной отсталости и ее степеней в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте постановка диагноза есть не самоцель психолого-медико-педагогического обследования, а средство для определения условий для получения ребенком образования, а правильное определение образовательной программы и грамотная коррекция нарушений развития оптимизируют социальную адаптацию лиц данной категории. Следовательно, критерий нарушения социальной адаптации для диагностики умственной отсталости в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте имеет второстепенное значение. Основным базовым критерием диагностики должно являться нарушение познавательных процессов.

Описывая структуру дефекта при умственной отсталости, большинство исследователей отмечают, что умственная отсталость – это не просто «малое количество ума», это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, такая атипия развития, при которой страдают не только интеллект, но и эмоции, воля, поведение, физическое развитие [4, с. 4]. Такой диффузный характер патологического развития умственно отсталых детей объясняют особенностями их высшей нервной деятельности:

- слабая замыкательная способность коры головного мозга, что проявляется в трудностях формирования условно-рефлекторных связей и их непрочности;
- слабость ориентировочного рефлекса на новые раздражители;
- патологическая инертность нервных процессов;
- разбалансированность процессов возбуждения и торможения;
- чрезмерно широкая генерализация раздражений;
- нарушения взаимодействия 1 и 2 сигнальных систем;
- склонность к запредельному охранительному торможению [17, с. 41].

Вышеперечисленные ядерные признаки умственной отсталости являются физиологической основой для аномального психического развития ребенка.

Умственно отсталые лица – разнородная по своему составу группа. В настоящее время существует большое количество различных систематик. Умственная отсталость классифицируется по различным основаниям, отражающим этиологию и патогенез этого заболевания.

В отечественной психиатрии наиболее известны систематики М.С. Певзнер (1973), С.С. Мнухина (1961), Г.Е. Сухаревой (1965), Д.Н. Исаева (1982), В.В. Ковалева (1995).

По клиническим проявлениям все случаи умственной отсталости делят на неосложненные, осложненные и атипичные.

Неосложненные формы умственной отсталости характеризуются отсутствием дополнительных психопатологических расстройств. Стойкое нарушение познавательной деятельности обусловлено нарушениями как мышления (тугоподвижностью, установлением главным образом частных конкретных связей, неспособностью к отвлечению), так и предпосылок к интеллектуальной деятельности (памяти, внимания). Тем не менее дети с неосложненной умственной от-

сталостью характеризуются обычно довольно устойчивой работоспособностью и более или менее удовлетворительной продуктивностью.

В большинстве случаев уровень недоразвития речи соответствует степени интеллектуального дефекта, хотя иногда наблюдается диссоциация: внешне хороший уровень речевого развития (богатый словарный запас, правильно построенная фраза, выразительные интонации) маскирует интеллектуальный дефект. Недоразвитие моторики проявляется главным образом недостаточностью точных и тонких движений, особенно мелких, медленностью выработки двигательной формулы действия.

Кроме когнитивных нарушений, у таких детей выявляются:

– недоразвитие эмоционально-волевой сферы (примитивность чувств и интересов, недостаточная выразительность, дифференцированность и адекватность эмоциональных реакций, слабость побуждений к деятельности, особенно к познанию окружающего);

– недоразвитие личности в целом (несамостоятельность, безынициативность, внушаемость и отсутствие личностных позиций).

Но данные особенности являются вторичными, эмоциональная сфера более сохранна, чем интеллектуальная, поэтому выраженных нарушений поведения, эмоционально-волевой сферы и личности у детей с неосложненной умственной отсталостью обычно не наблюдается.

Для **осложненных форм** умственной отсталости характерно наличие дополнительных психопатологических либо локальных церебральных расстройств, отрицательно влияющих на интеллектуальную деятельность ребенка и успешность его обучения. По характеру ведущего психопатологического синдрома осложненные формы умственной отсталости можно разделить на три основные группы:

– с церебрастеническим синдромом (синдром раздражительной слабости) или гипертензионным синдромом (синдром повышенного внутричерепного давления);

– с выраженными расстройствами поведения в виде гипердинамического синдрома (выраженное двигательное беспокойство с обилием лишних движений, неусидчивостью, болтливостью, нередко импульсивностью) или психопатоподобного синдрома (в младшем школьном возрасте – немотивированная грубость, злобность, жестокость, нередко с явными садистскими наклонностями, агрессией; в подростковом возрасте становятся очевидными патологические влечения);

– с эмоционально-волевыми расстройствами в виде повышенной эмоциональной возбудимости, немотивированных колебаний настроения, снижения эмоционального тонуса и побуждений к деятельности, нарушения эмоционального контакта с окружающими (последние наблюдаются при аутизме и шизофрении). Истинные аутистические проявления разграничивают с псевдоаутизмом: дети тихо сидят на уроке, пассивно подчиняются режимным требованиям, но не отвечают на вопросы педагога и не вступают в контакт с одноклассниками, но нарушение контакта у них обусловлено реактивными моментами (страхом новой обстановки, новых требований, страхом перед учителем, боязнью агрессивности детей) [16, с. 37].

К осложненным формам некоторые исследователи относят также умственную отсталость с локальными церебральными расстройствами: локальным недоразвитием или расстройством речи, локальными пространственными или лобными нарушениями, локальными двигательными расстройствами (детский церебральный паралич).

При **атипичных формах** умственной отсталости, кроме стойкого нарушения интеллекта, наблюдается поражение разных систем организма: частые эпилептические припадки, прогрессирующая гидроцефалия, эндокринные расстройства, нарушения зрения или слуха [18, с.185].

Дети с осложненными и атипичными формами умственной отсталости нуждаются в постоянном врачебном наблюдении и соответствующем лечении. Для достижения положительной педагогической динамики развития им рекомендовано сочетание адекватного обучения с медикаментозной терапией.

4. Обсуждение (Discussion)

Таким образом, представленные выше исследования XX в. позволяют уверенно констатировать вариабельность психологической структуры аномального развития ребенка с умственной отсталостью: как наличие вторичных отклонений вследствие первичного интеллектуального нарушения, так и возможность сочетания нескольких первичных нарушений, имеющих либо равнозначный характер, либо одно ведущее первичное нарушение, осложненное другими первичными нарушениями. Но если в клинических исследованиях XX в. в случаях осложненного дефекта именно умственная отсталость, как правило, рассматривалась в качестве ведущего (за исключением сочетания умственной отсталости с выраженными сенсорными расстройствами), то исследования последних десятилетий по проблемам комплексных нарушений в развитии нацеливают на тщательный этиопатогенетический анализ в данных случаях [3, с. 17]. Данное положение отражено в нормативно-правовых документах федерального уровня: при ведущих нарушениях интеллекта рекомендовано обучение на основе ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)⁴, в случаях умственной отсталости, осложняющей иное ведущее нарушение, – ФГОС НОО образования обучающихся с ОВЗ⁵. В Примерной АООП образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (вариант 2) также отмечены различные варианты осложненной умственной отсталости, которые необходимо учитывать при организации условий обучения и воспитания детей в образовательной организации. В данном контексте выделены три группы обучающихся:

1) умственная отсталость осложнена тяжелыми нарушениями неврологического генеза – сложными формами ДЦП;

⁴ Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70760670/#1000> (дата обращения: 08.04.2017).

⁵ 18. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. [Электронный ресурс]. URL: <https://минобрнауки.рф/документы/5132> (дата обращения: 08.04.2017).

- 2) умственная отсталость осложнена выраженными нарушениями поведения;
- 3) умственная отсталость без выраженных нарушений моторики, движений и поведения.

Следующий аспект, требующий отдельного пояснения, – разграничение понятий «олигофрения» и «умственная отсталость». Довольно часто мы можем наблюдать отождествление этих понятий [2, с. 3], но большинство ведущих отечественных ученых рассматривают понятие «умственная отсталость» как более широкое, а «олигофрению» – как одну из форм умственной отсталости, выделенной по этиопатогенетическому принципу [9, с. 424; 17, с. 14; 18, с. 267]. **По этиопатогенетическому принципу** выделяют следующие формы умственной отсталости.

Олигофрения – врожденное или приобретенное в раннем возрасте (в момент родов, до 3 лет) общее психическое недоразвитие, характеризующееся преобладанием интеллектуального дефекта и отсутствием прогрессивности.

Деменция – следствие органических заболеваний (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит) и травм головного мозга более поздней этиологии (после 3 лет).

Умственная отсталость **на фоне текущих психических заболеваний** (шизофрении, эпилепсии и др.).

Умственная отсталость **на фоне прогрессивно текущих, усугубляющихся заболеваний, обусловленных наследственными нарушениями обмена веществ**. За последние десятилетия значительно расширились терапевтические возможности лечения ряда таких заболеваний, например, соблюдение диеты при фенилкетонурии предотвращает развитие умственной отсталости [8, с. 47].

Наиболее распространенная форма умственной отсталости – **олигофрения**. К основным клиническим проявлениям олигофрении относят преобладание интеллектуального дефекта и отсутствие прогрессивности. Органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогрессивный (неусугубляющийся) характер. Это дает основание для оптимистического прогноза относительно развития ребенка. Дети практически здоровы, способны к развитию, так как болезненные процессы в центральной нервной системе прекращены, но развитие осуществляется в этом случае замедленно и своеобразно, поскольку его биологическая основа неполноценна.

Следует уточнить, что положение об отсутствии прогрессивности при олигофрении неправомерно понимать как неизменность клинической картины. Данное положение не противоречит фактам возможности как позитивной динамики развития психических нарушений и социальной адаптации индивида, так и негативных изменений в клинической картине.

Психопатологическая структура нарушения при олигофрении характеризуется тотальностью и иерархичностью недоразвития психики и интеллекта.

Тотальность проявляется в недоразвитии всех нервно-психических процессов и в определенной мере даже соматических функций, начиная от врожденной несформированности внутренних органов (пороков сердца, других систем), недоразвития костной и мышечной ткани, сенсорики, моторики, эмоций и кончая

высшими психическими функциями, такими как речь и мышление, несформированностью личности в целом.

Иерархичность нарушений выражается в том, что недостаточность гнозиса, праксиса, памяти, эмоций, как правило, проявляется в меньшей степени, чем недоразвитие мышления. Эта же закономерность распространяется и на нейродинамические процессы, явления нарушения подвижности (инертность), характерные для олигофрении, в большей степени наблюдаются в интеллектуально-речевой сфере и меньше – в сенсомоторной.

Недоразвитие высших форм познавательной деятельности вторично задерживает развитие других психических функций. Поэтому степень их недоразвития большей частью соответствует тяжести интеллектуального дефекта. Большая сохранность одних психических функций по сравнению с другими создает условия для адресных форм психолого-педагогической коррекции. Так, при первично низком уровне развития моторных навыков обучение позволяет достичь значительного прогресса даже у детей с выраженной формой олигофрении. В эмоциональной сфере при недоразвитии высших форм остаются относительно сохранными «симпатические» эмоции: сочувствия, переживания, стыда, обиды и т. д. Этот момент имеет большое значение в воспитании умственно отсталых детей.

Группа лиц с олигофренией полиморфна по клиническим проявлениям. Наиболее распространенной в нашей стране является классификация олигофрении, предложенная М.С. Певзнер, в соответствии с которой выделяют пять форм.

1. Неосложненная олигофрения. Ребенок характеризуется уравновешенностью основных нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Ребенок способен к целенаправленной деятельности, но лишь в тех случаях, когда задание для него понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение не имеет резких отклонений.

2. Олигофрения с нарушениями нейродинамики по типу возбудимости или заторможенности. Нарушения отчетливо проявляются в снижении работоспособности, изменениях поведения.

3. Олигофрения с нарушением функций анализаторов. Имеются дополнительные локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

4. Олигофрения с психопатоподобным поведением. Отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы, на первый план выступает недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности, расторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.

5. Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью. Нарушения познавательной деятельности сочетаются с изменениями личности по лобному типу. Дети вялы, инициативны, беспомощны, их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

Явления умственной отсталости наблюдаются не только при олигофрении, но и при других нарушениях центральной нервной системы; при этом клинико-психологическая картина будет иной. Так, при **деменциях** – органических поражениях головного мозга, возникших у детей старшего возраста (после 3 лет), уже нетипичны основные признаки олигофренического слабоумия: тотальность и иерархичность. В условиях определенной сформированности мозговых структур патогенный фактор не только задерживает их развитие, но и повреждает уже сформированные. Поэтому более характерна мозаичность интеллектуального дефекта: одни психические функции задерживаются в развитии, другие – повреждаются, третьи остаются относительно сохранными. Чаще наблюдаются более резкие нарушения внимания, памяти, работоспособности, чем восприятия, мышления, речи. Деменция носит прогредиентный характер, т. е. наблюдается медленное прогрессирование болезненного процесса.

Прогредиентный, усугубляющийся характер имеет также умственная отсталость, сочетающаяся с **текущими психическими заболеваниями** и усугубляющимися заболеваниями, **обусловленными наследственными нарушениями обмена веществ**. Следовательно, данные формы умственной отсталости к олигофрениям не относятся.

Результативность коррекционно-педагогической работы с ребенком, имеющим умственную отсталость, его образовательный маршрут и возможности социализации в значительной мере определяются степенью выраженности интеллектуального дефекта. По выраженности интеллектуального дефекта выделяют несколько степеней умственной отсталости.

В настоящий момент в России общепризнаны степени умственной отсталости согласно МКБ – 10:

- легкая умственная отсталость, IQ – 50–69;
- умеренная умственная отсталость, IQ – 35–49;
- тяжелая умственная отсталость, IQ – 20–34;
- глубокая умственная отсталость, IQ – 19 и ниже.

В соответствии с требованиями ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) содержание и условия получения образования определяются дифференцированно в зависимости от степени умственной отсталости: для легкой умственной отсталости рекомендован 1 вариант (неценовый уровень), для умеренной, тяжелой, глубокой, тяжелых и множественных нарушений в развитии – 2 вариант (индивидуальный уровень). Необходимо разграничение с более легкими нарушениями психического недоразвития (задержкой психического развития), так как обучение по АООП для обучающихся данной нозологии имеет иные социальные последствия, предполагает освоение уже ценового уровня образования. Безусловно, оптимальным вариантом является определение адекватных возможностям ребенка условий получения образования в как можно более ранние сроки.

В этом контексте представляет интерес выделение рядом исследователей пограничных «легких форм интеллектуальной недостаточности», при которых на смену требованию раз и навсегда установить образовательную программу приходит признание допустимости ее изменения (решение о смене цензового уровня образования на нецензовый возможно до 11–12 лет), причем не только в сторону упрощения программы [7, с. 6].

Следует отметить, что сопоставление степени умственной отсталости с количественной оценкой интеллекта (IQ) в российской практике весьма условно, так как при диагностике умственной отсталости использование шкал измерения интеллекта не является обязательным требованием.

Кроме того, делать выводы о наличии и степени выраженности умственной отсталости лишь на основе формальных количественных показателей IQ (тем более полученных на основе одной методики психометрического тестирования интеллекта) неправомерно. Выводы о степени выраженности познавательного дефицита необходимо проводить на основе не только количественного, но и качественного анализа результатов взаимодополняющих и проверяющих друг друга методов диагностики. Играет роль не только степень психического недоразвития, но и его структура [8, с. 25; 11, с. 17].

В связи с тем что в содержании образования лиц с умственной отсталостью акценты смещены от сферы «академических знаний» к формированию жизненных компетенций, появляются исследования о сформированности жизненных компетенций при различных степенях умственной отсталости [5, с. 17; 6, с. 82; 13, с. 169; 14, с. 39 и др.].

5. Выводы (Conclusion)

Резюмируя вышесказанное, можно выделить следующие основные существенные характеристики умственной отсталости, значимые для диагностики умственной отсталости и ее степеней и определения образовательной программы в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте.

1. «Ядерный» признак умственной отсталости – стойкое нарушение познавательной деятельности, характеризующееся IQ – 69 и ниже (вывод делается не на основе формальных количественных показателей IQ, а на основе качественного анализа результатов взаимодополняющих и проверяющих друг друга методов диагностики, анализа не только степени психического недоразвития, но и его структуры).

2. Возникает вследствие патологического влияния биологических (различных по причинам и механизмам формирования органических повреждений головного мозга, имеющих диффузный (разлитой) характер) и социальных факторов в различной степени выраженности и различных устойчивых комбинациях, но ориентация на выявление симптомов органического поражения головного мозга довольно часто малопродуктивна, особенно при легкой умственной отсталости.

3. Обусловлена особенностями высшей нервной деятельности (слабой замыкательной способностью коры головного мозга, слабостью ориентировочного

рефлекса на новые раздражители; патологической инертностью нервных процессов; разбалансированностью процессов возбуждения и торможения; чрезмерно широкой генерализацией раздражений; нарушением взаимодействия 1 и 2 сигнальных систем; склонностью к запредельному охранительному торможению).

4. Умственная отсталость – не просто малое количество ума, а система дефектов, характеризующаяся определенной иерархией (как наличием вторичных отклонений вследствие первичного интеллектуального нарушения, так и возможностью сочетания нескольких первичных нарушений, имеющих либо равнозначный характер, либо одно ведущее первичное нарушение, осложненное другими первичными нарушениями).

5. Лица с умственной отсталостью – это полиморфная группа по:

– этиопатогенетическому признаку (олигофрения, деменция, умственная отсталость на фоне текущих психических заболеваний и усугубляющихся заболеваний, обусловленных наследственными нарушениями обмена веществ);

– степени выраженности интеллектуального нарушения (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая);

– клиническим проявлениям (неосложненная, осложненная, атипичная).

6. Наиболее распространенная форма умственной отсталости – олигофрения – характеризуется тотальностью, иерархичностью недоразвития психики и интеллекта и отсутствием прогрессивности.

7. Олигофрению правомерно характеризовать не как заболевание, а как состояние развития, характеризующееся как позитивной динамикой развития, так и возможностью негативных изменений в клинической картине.

8. Предрасполагает к нарушениям социальной адаптации.

Библиографический список

1. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1973. 176 с.
2. Галанин И.В., Горелик А.Л. Умственная отсталость: традиции и современность в оценке состояния проблемы // Неврологический вестник. 2011. Т. XLIII, вып. 3. С. 3–7.
3. Жигорева М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2008. 240 с.
4. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей: учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-тов. 2-е изд., перераб. М.: Просвещение: Владос, 1995. 112 с.
5. Забрамная С.Д., Исаева Т.Н. Знаете ли Вы нас? Методические рекомендации. М.: В. Секачев, 2012. 88 с.
6. Заширинская О.В., Николаева Е.И., Рыбников В.Ю., Бызова В.М. Влияние внутрисемейной коммуникации на специфику восприятия жестов детьми младшего школьного возраста с легкой умственной отсталостью // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2017. Т. 7, № 5. С. 81–93.
7. Инденбаум Е.Л. О содержании, практике постановки и формулировках функционального диагноза как средстве формализации мониторинга развития школьника с легкими формами интеллектуальной недостаточности // Дефектология. 2012. № 3. С. 3–13.

8. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. СПб.: Речь, 2003. 391 с.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1995. 558 с.
10. Коробейников И.А., Слуцкий В.М. О некоторых особенностях формирования интеллекта детей в условиях психической депривации // Дефектология. 1990. № 3. С. 12–16.
11. Коробейников И.А. О соотношении и роли органических и социальных факторов в формировании диагноза «легкая умственная отсталость» // Дефектология. 2012. № 2. С. 14–21.
12. Коробейников И.А. Диагностика нарушений психического развития у детей в контексте проблем интеграции междисциплинарного знания // Дефектология. 2004. № 1. С. 54–60.
13. Мамаева А.В., Кудинова Ю.П. Особенности невербальных средств коммуникации у детей 7–10 лет с умеренной и тяжелой умственной отсталостью // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2015. № 3 (33). С. 163–169.
14. Мамаева А.В., Чеберяк Ю.Г. Различия в средствах коммуникации у обучающихся младших классов с отсутствием общеупотребительной речи при умеренной и тяжелой умственной отсталости // Специальное образование. 2016. № 4 (44). С. 39–49.
15. Моргачева Е.Н. Эволюция определения умственной отсталости в США // Дефектология. 2010. № 4. С. 59–66.
16. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе: пособие для учителей и студентов дефектолог. ф-ов пед. ин-ов / под ред. В.В. Воронковой. М.: Школа-Пресс, 1994. 416 с.
17. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника: учеб. пособие. М.: Просвещение, 1986. 192 с.
18. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: в 3 т. М.: Медицина, 1965. 337 с. Т. 3: Клиника олигофрении.
19. Фуряева Т.В. Педагогика интеграции за рубежом: монография / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В. П. Астафьева. Красноярск, 2005. 208 с.
20. Чилен Г. Влияние проживания в закрытых учреждениях на психическое состояние людей с интеллектуальными нарушениями // Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями: Теоретические основы и практический опыт / сост., ред. и автор предисл. К. Грюневальд. СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003. С. 19–60.
21. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. СПб.: Дидактика Плюс, 2002. 496 с.

ANALYSIS OF EXISTING APPROACHES TO UNDERSTANDING THE MAIN CHARACTERISTICS OF INTELLECTUAL DISABILITY

A.V. Mamaeva, L.O. Shapovalenko

Absract

Goals and Objectives. The article analyzes various approaches to understanding mental retardation taking into account the psychological, pedagogical, clinical and social studies of recent decades. The problem of conceptualization of mental retardation is singled out to determine the educational program in the senior preschool and junior school age. The purpose of the article: taking into account both traditional clinical-psychological-pedagogical approaches and studies of recent decades, to determine the main essential characteristics of mental retardation, which are significant for determining the educational program in the senior preschool and junior school age.

Methodology (materials and methods). The research methodology consists of analysis and generalization of normative and legal documents in the field of education of students with limited health opportunities, scientific research works of foreign and domestic scientists recognized by the scientific community, and the experience of psychological and pedagogical studies of senior preschool children and junior schoolchildren with different degrees of mental retardation.

Research results. Based on the analysis of clinical, psycho-pedagogical and socio-cultural approaches, the main essential characteristics of mental retardation are formulated, taking into consideration the complexity of establishing genesis and the polymorphism of clinical manifestations.

Conclusions in accordance with the purpose of the article. The main essential characteristics of mental retardation, significant for the psychological and pedagogical diagnosis of mental retardation and its degrees, and the definition of the educational program in the senior preschool and junior school age are defined: the “nuclear” sign of mental retardation is a persistent violation of cognitive activity; arises from the pathological influence of biological and social factors in varying degrees of severity and various stable combinations; is due to the peculiarities of higher nervous activity; is a system of defects and is characterized by a certain hierarchy; is polymorphic by etiopathogenetic sign, degree of severity and clinical manifestations; the most common form of mental retardation is oligophrenia characterized by the totality, hierarchy of underdevelopment of the psyche and intellect and lack of progress, and it is not a disease but a developmental condition; predisposes to violations of social adaptation.

Key words: *mental retardation, oligophrenia, degree of mental retardation, psychological and pedagogical diagnostics.*

References

1. Vlasova T., Pevzner M. (1973) O detyah s otkloneniyami v razvitiy [About children with developmental disabilities]. *Moscow, Prosveshchenie.* (in Russian).
2. Galanin I., Gorelik A. (2011) Mental retardation: tradition and modernity in assessing the state of the problem [Mental retardation: tradition and modernity in assessing the state of the problem]. *Nevrologicheskij vestnik im. V.M. Bekhtereva.* 43 (3), 3–7. (In Russian).
3. Zhigoreva M. (2008) Deti s kompleksnymi narusheniyami v pazvitiy: pedagogicheskaya pomoshch [Children with complex disabilities in development: pedagogical help]. *M.: Academia.* (In Russian).
4. Zabramnaya S., Borovik O. (1995) Psihologicheskaya diagnostika umstvennogo razvitiya detej [Psychological and pedagogical diagnosis of mental development in children]. *M.: Prosveshchenie: Vldos.* (In Russian).
5. Zabramnaya S., Isaeva T. (2012). Znaete li Vy nas? Metodicheskie rekomendacii [Do you know us? Methodical recommendation]. *Moscow, V. Sekachev.* (In Russian).

6. Zashchirinskaya O., Nikolaeva E., Rybnikov V., Byzova V. (2017). Vliyanie vnutrisemejnoy kommunikatsii na specifiku vospriyatiya zhestov det'mi mladshogo shkol'nogo vozrasta s legkoj umstvennoj otstalost'yu [The influence of intra-family communication on the specifics of gesture perception by primary school children with mild mental retardation]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta*, 7(5), 81–93. (In Russian).
7. Indenbaum E. (2012). O soderzhanii, praktike postanovki i formulirovках funkcional'nogo diagnoza kak sredstve formalizatsii monitoringa razvitiya shkol'nikov s legkimi formami intellektual'noj nedostatochnosti [About the content, practice of statement and formulations of the functional diagnosis as means of formalization of monitoring of development of school students with easy forms of intellectual insufficiency]. *Defektologiya*, 3, 3–13. (In Russian).
- Isaev D.N. (2003). Umstvennaya otstalost' u detej i podrostkov. Rukovodstvo [Mental retardation in children and adolescents. Manual]. *Sankt-Peterburg, Rech'*. (In Russian).
8. Kovalev, V. (1995). Psihiatriya detskogo vozrasta: rukovodstvo dlya vrachej [Child psychiatry]. *Moscow, Medicina*, 2. (In Russian).
9. Korobejnikov I., Sluckij V. (1990). O nekotoryh osobennostyah formirovaniya intellekta detej v usloviyah psicheskoy deprivatsii [About some features of formation of intelligence of children in the conditions of mental deprivation]. *Defektologiya*, 3, 12–16. (In Russian).
10. Korobejnikov I. (2012). O sootnoshenii i roli organicheskikh i social'nyh faktorov v formirovanii diagnoza «legkaya umstvennaya otstalost'» [On the relationship and role of organic and social factors in the diagnosis of mild mental retardation]. *Defektologiya*, 2, 14–21. (In Russian).
11. Korobejnikov I. (2004). Diagnostika narushenij psicheskogo razvitiya u detej v kontekste problem integratsii mezhdisciplinarnogo znaniya [Diagnosis of mental disorders in children in the context of the integration of interdisciplinary knowledge]. *Defektologiya*, 1, 54–60. (In Russian).
12. Mamaeva A., Kudinova YU. (2015). Osobennosti neverbal'nyh sredstv kommunikatsii u detej 7–10 let s umerennoj i tyazhelyoj umstvennoj otstalost'yu [Features of nonverbal means of communication in children 7–10 years with moderate and severe mental retardation]. *Vestnik Krasnoyarskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. V.P. Astaf'eva*, 3 (33), 163–169. (In Russian).
13. Mamaeva A., CHEberyak YU. (2016). Razlichiya v sredstvakh kommunikatsii u obuchayushchih-sya mladshih klassov s otsutstviem obshcheupotrebitel'noj rechi pri umerennoj i tyazhelyoj umstvennoj otstalosti [Differences in means of communication in primary school students with the absence of common speech with moderate and severe mental retardation]. *Special'noe obrazovanie*, 4 (44), 39–49. (In Russian).
14. Morgacheva E.N. (2010). Evolyuciya opredeleniya umstvennoj otstalosti v SSHA [The evolution of the definition of mental retardation in the US]. *Defektologiya*, 4, 59–66. (In Russian).
15. Voronkova V. (1994). Obuchenie i vospitanie detej vo vspomogatel'noj shkole: posobie dlya uchitelej i studentov defektolog [Education and upbringing of children in the secondary school: a guide for teachers and students defectologist]. *Moscow, SHkola-Press*. (In Russian).
16. Rubinshtejn S. (1986). Psihologiya umstvenno otstalogo shkol'nika: uchebnoe posobie [Psychology of mentally retarded schoolboy]. *Moscow, Prosveshchenie*. (In Russian).
17. Suhareva G. (1965). Klinicheskie lektsii po psichiatrii detskogo vozrasta (klinika oligofrenii) [Clinical lectures on childhood psychiatry]. *Moscow, Medicina*. 3. (In Russian).
18. Furyaeva T. (2005). Pedagogika integratsii za rubezhom [Pedagogy of integration abroad]. *Krasnoyarsk, Krasnoyar. gos. ped. un-t im. V.P. Astaf'eva*. (In Russian).
19. Chilen G. (2003). Vliyanie prozhivaniya v zakrytyh uchrezhdeniyah na psicheskoe sostoyanie lyudej s intellektual'nymi narusheniyami [The influence of living in closed institutions on the mental state of people with intellectual disabilities]. *Normalizatsiya zhizni v zakrytyh uchrezhdeniyah dlya lyudej s intellektual'nymi i drugimi funkcional'nymi narusheniyami: teoreticheskie osnovy i prakticheskij opyt*. Sankt-Peterburgskij Institut rannego vmeshatel'stva, 19–60. (In Russian).
20. Shipicyna L.M. (2002). «Neobuchaemyj» rebenok v sem'e i obshchestve. Socializatsiya detej s narusheniem intellekta [«Untrained» child in the family and society. Socialization of children with intellectual disabilities]. *Sankt-Peterburg, Didaktika Plyus*. (In Russian).