

Д. Н. Исаев  
Т. А. Колосова

# ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОЛОГИИ

УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА

**Татьяна Александровна Колосова**  
**Дмитрий Николаевич Исаев**  
**Практикум по психологии**  
**умственно отсталых**  
**детей и подростков**  
**Серия «Специальная педагогика»**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=8871410](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=8871410)*

*Практикум по психологии умственно отсталых детей и подростков.*

*Учебное пособие для студентов медицинских и педагогических вузов.:*

*КАРО; Санкт-Петербург; 2012*

*ISBN 978-5-9925-0726-3*

### **Аннотация**

Специальному психологу необходимо знать своеобразие психического развития умственно отсталого ребенка. Знание особенностей психического развития поможет психологу квалифицированно решать задачи психологической коррекции и сопровождения учеников специальной (коррекционной) школы VIII вида. Семинарские и практические занятия, формирующие у студентов интерес к теории и практике специальной психологии, способствуют углублению знаний в этой области. В пособии представлены следующие разделы для

изучения психологии умственно отсталых детей и подростков – «Систематика состояний умственной отсталости», «Диагностика лиц с умственной отсталостью», «Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью», «Особенности восприятия у детей и подростков с умственной отсталостью», «Развитие умственно отсталых детей и подростков» и др. После каждой главы, где в кратком изложении дается теоретический материал, приводятся вопросы и задания для самостоятельной работы, а также список рекомендуемой литературы. Пособие адресовано студентам медицинских и педагогических вузов, аспирантам, дефектологам и практикующим специалистам.

# Содержание

Предисловие	6
Глава 1	9
Глава 2	24
Конец ознакомительного фрагмента.	28

**Дмитрий Николаевич  
Исаев, Татьяна  
Александровна Колосова  
Практикум по психологии  
умственно отсталых  
детей и подростков.  
Учебное пособие для  
студентов медицинских  
и педагогических вузов**

**Авторы:**

Д. Н. Исаев – д-р мед. наук, проф. кафедры клинической психологии Института специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, Заслуженный деятель науки РФ.

Т. А. Колосова – канд. психол. наук, Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, директор Центра дополнительного образования.

# Предисловие

Вниманию студентов медицинских и педагогических вузов предлагается пособие «Практикум по психологии умственно отсталых детей и подростков». Усвоение предмета «Психология лиц с умственной отсталостью» имеет большое теоретическое и практическое значение. Специальному психологу, работающему с умственно отсталыми школьниками, необходимо знать своеобразие психического развития умственно отсталого ребенка. Знание особенностей психического развития такого ребенка поможет специалисту квалифицированно решать вопросы психологической коррекции при сопровождении учеников коррекционной школы VIII вида.

Ценность изучения умственной отсталости для будущих психологов трудно переоценить. Значительное число инвалидов детства – 31,3 % (2001) – связано с нарушением умственного развития. За последние 10 лет это число увеличилось почти до 40 %. Среди инвалидов детства группа умственно отсталых лиц самая многочисленная (53,7 %). Умственно отсталые дети и подростки нуждаются в психологическом сопровождении в коррекционных детских садах, школах, интернатах. Личность умственно отсталого человека требует защиты от насмешек, презрения, издевательств и эксплуатации со стороны окружающих. Их родители, в

свою очередь, испытывают потребность в консультациях, поддержке и психотерапии. Специальному психологу предстоит позаботиться также о нормализации положения умственно отсталых лиц в обществе, подготовив, в частности, общественное мнение к приему взрослых отстающих в развитии людей на производстве, в учреждениях, на транспорте, в местах досуга и т. д.

Углублению знаний в области специальной психологии способствуют семинарские и практические занятия, формирующие у студентов интерес к теории и практике специальной психологии, в частности к психологии умственно отсталого ребенка и подростка.

В пособие включены такие темы по изучению психологии умственно отсталых детей и подростков, как «Систематика состояний умственной отсталости», «Диагностика лиц с умственной отсталостью», «Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью», «Особенности восприятия у детей и подростков с умственной отсталостью», «Развитие умственно отсталых детей и подростков» и др.

После каждой главы, где в кратком изложении дается теоретический материал, приводятся контрольные вопросы и задания для самостоятельной работы, а также список рекомендуемой литературы. Большое место в пособии отводится на самостоятельную работу студентов. После ряда глав приводятся задания для самостоятельного изучения психических процессов, эмоционального состояния и личностных

особенностей умственно отсталых школьников. Занятия могут проводиться непосредственно в коррекционной школе под руководством психолога-методиста, преподавателя или самостоятельно.

Кроме этого, в конце каждой главы приводятся примерные темы рефератов. При работе над ними студенты могут использовать как рекомендуемую, так и дополнительную литературу (предпочтительно обратить внимание на литературу, изданную за последние 15 лет). Работа над рефератом позволит студентам не только самостоятельно повторить изученный материал, но и будет способствовать повышению поисковой активности.

Мы надеемся, что данное учебное пособие поможет не только в усвоении курса «Психология лиц с умственной отсталостью», но и при подготовке к государственному экзамену и при написании дипломной работы.

*Авторы*



# Глава 1

## Содержание понятия, определение умственной отсталости

**Определение.** Психическое недоразвитие (умственная отсталость) – совокупность этиологически различных наследственных, врожденных или рано приобретенных стойких, непрогрессирующих синдромов общей психической отсталости, проявляющихся в затруднении социальной адаптации главным образом из-за преобладающего интеллектуального дефекта (Исаев Д. Н., 2003).

Ж. Эскироль (1843) впервые дал определение врожденного слабоумия и охарактеризовал его как нарушение развития, а не как заболевание. Описывая умственную отсталость, В. Вильбур (1852) утверждал, что она определяется главным образом по социальным и моральным критериям. Эта концепция упорно сохраняется и теперь вплетается в систему противоречивых представлений о роли социальной адаптации и интеллекта в определении того, что понимать под умственной отсталостью.

Успехи генетики привели Л. С. Пенроуза (1949) к мысли о том, что умственная дефективность является в основном наследственно обусловленной и связана прежде всего с нарушениями, имеющимися в генах человека.

У нас в стране в середине XX в. представления медиков об олигофрении сужаются. Ее понимают как «вид недоразвития сложных форм психической деятельности, который возникает либо при поражении зачатка, либо вследствие органического поражения центральной нервной системы на разных этапах внутриутробного развития плода, либо в самом раннем периоде жизни ребенка».

К концу прошлого столетия основными критериями умственной отсталости считают: 1) тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления при меньшей выраженности нарушений предпосылок интеллекта и относительно менее грубом недоразвитии эмоциональной сферы; 2) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности, являющейся следствием нарушения онтогенетического развития, а также непрогредиентность вызвавшего недоразвитие патологического явления (Ковалев В. В. с сотр., 1995).

При умственной отсталости далеко не всегда имеет место тотальность и преимущественное недоразвитие фило- и онтогенетически наиболее молодых систем мозга. Психическое недоразвитие может быть обусловлено преобладающим поражением более древних глубинных образований, которые препятствуют накоплению жизненного опыта и обучения (Исаев Д. Н., 1982).

Зарубежные представления об этиологии и проявлениях олигофрении расширяются, название «олигофрения» изме-

няется на «умственную отсталость». Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Отсталость может развиваться вместе с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Однако у умственно отсталых индивидов может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них по меньшей мере в 3–4 раза выше, чем в общей популяции. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может совсем не иметь явного характера (МКБ-10, 1992).

При формулировании определения умственной отсталости возникает вопрос, что важнее: оценка познавательной активности или адаптивное функционирование? Одни авторы рассматривают низкий интеллектуальный коэффициент (IQ) как основу умственной отсталости и относятся к адаптивному дефициту как зависящему от низкой когнитивной активности. Из практики же видно, что у лиц, имеющих низкие оценки IQ, неприспособленное повседневное поведение совсем не обязательно. Другие авторы – пропагандисты адаптивного поведения доказывают, что познавательное

и приспособительное функционирование независимо одно от другого. По их мнению, отсутствие связи между IQ и адаптивным поведением может быть особенно явным у лиц с легкой интеллектуальной недостаточностью. Третьи, однако, находят определенные корреляции между познавательным и адаптивным поведением, особенно у лиц с умеренной или глубокой отсталостью. Таким образом, IQ может быть основой верхней границы приспособительных механизмов, что разрешает, по крайней мере, некоторые противоречия в рассуждениях об относительной важности этих двух конструкторов.

Определение Американской ассоциации по исследованию умственной отсталости (ААМР, 2002) не рассматривает умственную отсталость как неотъемлемую характеристику людей, но как взаимодействие индивидов и их окружения. Это определение пренебрегает традиционной нозологией, основанной на уровне познавательного дефицита (умственная отсталость может быть легкой, умеренной, тяжелой, глубокой). Вместо этого оно предлагает 4 уровня *поддержки* со стороны окружения: периодическую, ограниченную, экстенсивную, интенсивную в десяти различных сферах приспособления к жизни (здоровье, безопасность, самообслуживание, досуг). Например, вместо постановки индивиду диагноза «умеренная умственная отсталость» новое определение указывает, что лицо имеет периодическую потребность в поддержке в здоровье и безопасности, ограниченную потребность в са-

мообслуживании и т. д. В новом определении этой ассоциации умственная отсталость обозначается как «значительное ограничение настоящего функционирования» (Lukasson et al., 1992). Умственная отсталость проявляется в виде затруднений в обучении и в осуществлении повседневных житейских навыков, а также в виде затруднений, связанных с реализацией основных способностей личностей – концептуального, практического и социального интеллекта. Вместо традиционных степеней умственной отсталости предлагаются периодическая, ограниченная, расширенная и глубокая формы, которые устанавливаются на основании изучения адаптивных навыков (Моргачева Е. Н., 1999).

***Эпидемиология умственной отсталости.*** Заболеваемость умственной отсталостью наблюдается у 3 % живорожденных детей; люди с умственной отсталостью составляют 1 % всего населения. Распространенность этого недуга постоянно увеличивается. За период с 1991 по 2000 г. число впервые выявленных умственно отсталых детей и подростков возросло с 77,6 до 139,8 на 100 тыс. населения, т. е. произошло увеличение на 80,2 %. Амбулаторный контингент умственно отсталых детей и подростков за это же время увеличился на 18,1 % (Гурович И. Я. с сотр., 2002). Среди инвалидов детства 53,7 % умственно отсталых (Прокопенко Л. А., 1995). Число инвалидов-олигофренов среди детей за 15 лет увеличилось в 4,8 раза.

Соотношение мужчин и женщин среди умственно отста-

лых – 1,5: 1. У 85 % пациентов с таким диагнозом – легкая умственная отсталость (IQ от 50–55 до 70), т. е. они могут получить начальное образование и овладеть несложной профессией. Около 10 % имеют умеренную умственную отсталость (IQ от 35–40 до 50–55), они способны приобрести несложные знания и навыки. Около 3–4 % страдают тяжелой умственной отсталостью (IQ от 20–25 до 35–40) и около 1–2 % – глубокой умственной отсталостью (IQ ниже 20 или 25), у них не развиты предпосылки интеллекта (Kaplan H. I., Sadock B. J., 1996).

### ***Теории происхождения умственной отсталости.***

Эндогенные (внутренние) причины.

*Изменение наследственных структур* (генные и хромосомные мутации) – наиболее частые причины умственной отсталости. Все хромосомные формы умственной отсталости, связанные со структурными перестройками, являются последствиями либо частичных трисомий (трех одноименных хромосом вместо двух), либо частичных моносомий (одной вместо пары хромосом). Распространенность хромосомных болезней среди новорожденных составляет 0,5 %. У человека мутации возникают постоянно – это естественный процесс, связанный с *возрастом* родителей и *семейным предрасположением*, что может быть связано с нарушением генетического контроля над делением клеток. Кроме того, мутации могут происходить и под влиянием *физических* (ионизирующая радиация; электромагнитные излу-

ния, гамма- и рентгеновые лучи), *химических* (инсектициды, гербициды, формальдегид, ароматические углеводороды) и *биологических* (вирусы гепатита, гриппа, краснухи, кори, ветряной оспы, свинки и др.) факторов.

*Эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ.* Причиной отставания в умственном развитии ребенка может быть, например, *диабет* матери. Если у матери содержание *фенилаланина* в крови выше 30 мг/л, у ребенка возникает фенилкетонурия. *Перезревание половых клеток*, т. е. комплекс изменений в них, происходящий от момента их полного созревания до момента образования оплодотворенной клетки. *Возраст родителей.* Частота рождений детей с трисомиями 13, 18 или 21 у женщин в возрасте 30–34 лет составляет 1 случай на 510 новорожденных; в возрасте 40–44 лет 1 на 63; старше 45 лет 1 на 24. Частота трисомий зависит и от возраста отцов. Основной причиной возрастного фактора является старение половых клеток, увеличение частоты мутаций.

Экзогенные (внешние) причины.

Среди причин, вызывающих нарушение созревания плода, известно более 400 вредностей. Так как во внутриутробном периоде ЦНС плода особенно чувствительна, то именно ее повреждения могут привести к психическому недоразвитию (70–90 %). *Внутриутробные инфекции* становятся его причиной в 4–5 % случаев тяжелой и 1 % случаев легкой ум-

ственной отсталости. Наиболее часто встречающиеся *химические вредности*, приводящие к интеллектуальному дефекту, – свинец и алкоголь. В 9 % случаев умственной отсталости ее причиной могут стать механические *повреждения мозга*, возникшие при прохождении родовых путей. Другой причиной может быть недостаток снабжения мозга *кислородом* (гипоксия), обусловленный тяжелыми болезнями матери, неправильным положением плода, слишком быстрыми или очень затяжными родами (3/4 всех случаев, связанных с внешними вредностями). В первые годы жизни наиболее частой причиной умственной отсталости оказываются *менингиты и энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы*, реже – *состояния клинической смерти, тяжелое истощение* (от 5 до 25 %).

В происхождении *тяжелых степеней умственной отсталости* участвует комплекс наследственных и серьезных внешних факторов (нейроинфекции, травмы). Они нарушают развитие плода и формирование мозговых структур.

За возникновение *легкой степени умственной отсталости* ответственно и *сочетание* факторов, обычно не поддающееся разделению: семейно-генетические особенности и отрицательные воздействия среды: биологические вредности (действующие внутриутробно, в родах и в раннем возрасте), а так же культурно-семейные факторы, препятствующие развитию интеллекта по генетическим программам. Происхождение части группы легко умственно отсталых индивидов



связано с генетическими факторами. У другой части таких индивидов наблюдается недостаток сенсорной стимуляции в связи с социальной (материнской) *депривацией* в раннем возрасте.

Патогенез умственной отсталости подчиняется *хроногенному фактору*. Он заключается в том, что различные вредности, как генетические, так и средовые, воздействуя в один и тот же период развития мозга, способны вызывать в нем сходные нарушения. Наряду с этим одинаковые факторы, поражающие мозг на разных этапах его формирования, могут привести к различным изменениям. То, как отреагируют структуры мозга, зависит от его анатомо-функциональной зрелости. При поражении мозга плода *в первые 4 недели беременности* наблюдаются грубые нарушения развития *всего организма*. Действие вредности в период *от 4 недель до 4 мес. беременности*, когда формируются органы и ткани, может проявиться в патологии не только мозга, но и в *пороках развития органов и систем* (сердца, желудочно-кишечного тракта и др.). Воздействие вредности *во второй половине беременности*, когда формирование всех органов уже завершено, проявляется как изменения в *поздно развивающихся структурах мозга*. *В последние недели беременности и в родах* гипоксия, интоксикация и черепно-мозговая травма могут привести к *внутри мозговым кровоизлияниям*.

Генетическая программа создает лишь схему возможных нейрональных объединений в мозгу; функциональная же си-

стема из нейронов возникает благодаря воздействию внешних стимулов во время чувствительного периода. Деятельность нейронов меняется под влиянием поступающей информации, а ее недостаток в раннем периоде развития может привести к психическому недоразвитию. Одно и то же наследственное заболевание может проявляться различно: либо только в форме умственной отсталости, либо в сочетании с речевыми или другими психическими и соматическими расстройствами.

## ***Задания для самостоятельной работы***

### **Контрольные вопросы**

1. Кто первый дал определение и охарактеризовал врожденное слабоумие как нарушение развития, а не как заболевание?
  - а. Ф. Пинель.
  - б. Ж.-Э. Эскироль.
  - в. В. Вильбур.
2. Каковы основные критерии умственной отсталости по В. В. Ковалеву?
  - а. Стойкость психических нарушений.
  - б. Резидуально-органическое происхождение.
  - в. Тотальность психического недоразвития с преобладанием слабости абстрактного мышления, непрогредиентность интеллектуальной недостаточности.

### 3. Определение умственной отсталости по МКБ-10

а. Значительное ограничение настоящего функционирования.

б. Умственная дефективность является наследственно обусловленной.

в. Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, характеризующееся нарушением способностей, проявляющихся в период созревания.

### 4. Распространенность умственно отсталых лиц легкой степени

а. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 85 % всей популяции лиц, отстающих в развитии.

б. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 15 % всей популяции лиц, отстающих в развитии.

в. Легкая степень умственной отсталости отмечена у 5 % всей популяции лиц, отстающих в развитии.

### 5. Эндогенные (внутренние) причины умственной отсталости а. Изменение наследственных структур, эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ.

б. Внутриутробные инфекции, химические и физические вредности, действующие в эмбриональном периоде развития.

в. Менингиты и энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы, приобретенные после рождения.

б. Экзогенные (внешние) причины умственной отсталости

а. Изменение наследственных структур, эндокринные заболевания и нарушения обмена веществ.

б. Менингиты и энцефалиты, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы, приобретенные после рождения.

в. Внутриутробные инфекции, химические и физические вредности, действующие в эмбриональном периоде развития.

7. Алкоголизм родителей и его влияние на развитие детей

а. Не влияет.

б. Создает трудности в процессе воспитания.

в. Алкоголизм родителей вызывает алкогольную эмбриопатию, которая выражается в нарушениях формирования тела, падении сопротивляемости к болезням и расстройстве психических функций (аффективно-волевые расстройства, снижение интеллекта).

8. Последствия энцефалитов у детей до 3-летнего возраста

а. Никаких видимых последствий после перенесенного энцефалита быть не может.

б. Имеющиеся последствия не отличаются по проявлениям от психогенных расстройств.

в. Умственная отсталость, может быть в сочетании с нарушениями речи, церебрастенией, неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, эпилептиформными припадками, неврологическими нарушениями.

9. Психическая депривация детей

а. Неправильное воспитание детей.

б. Недостаточность и непоследовательность материнской заботы с элементами пренебрежения.

в. Отказ матери от ребенка.

#### 10. Диагностика умственной отсталости

а. Измерение коэффициента интеллектуальности психологическими методиками.

б. Производится по оценке успеваемости или по способности к усвоению навыков.

в. Комплексная, на основе клинических, психологических, педагогических и социальных исследований.

#### 11. Общие симптомы умственной отсталости

а. Тотальность психического недоразвития с преобладанием недостаточности абстрактного мышления.

б. Неспособность к овладению школьными навыками.

в. Отсутствие критичности, недоразвитие памяти выражены более, чем утрата запаса знаний и представлений, а расстройства эмоций, воли и влечений не всегда соответствуют интеллектуальному дефекту.

#### 12. Этиология умственной отсталости

а. Наследственные, врожденные и рано (до 3-летнего возраста) приобретенные факторы.

б. Мутация генов.

в. Последствие перенесенных психических заболеваний.

#### 13. Патогенез умственной отсталости

а. Нарушения формирования мозга в критические периоды его внутриутробного развития.

б. Поражение мозга инфекционными и другими заболеваниями.

в. Хромосомные aberrации.

#### 14. Степени умственной отсталости

а. Показатель выраженности психического недоразвития: глубокая (идиотия), тяжелая (выраженная имбецильность), умеренная (легкая имбецильность), легкая (дебильность).

б. Характеристика типа интеллектуального дефекта (тотальный, частичный).

в. Оценка времени возникновения умственной отсталости (наследственная, врожденная, приобретенная).

### **Темы рефератов**

История развития учения об умственной отсталости.

Этиология умственной отсталости.

Генетические и хромосомные формы умственной отсталости.

Эмбриопатии.

Классификации умственной отсталости.

Клиническая характеристика степеней умственной отсталости.

Легкая степень умственной отсталости.

Умеренная степень умственной отсталости.

Тяжелая и глубокая степень умственной отсталости.

## *Литература*

- Исаев Д. Н.* Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.
- Ковелев В. В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995.

## **Глава 2**

# **Вклад детской психиатрии в учение об умственной отсталости**

Научный интерес к детским психическим болезням в России появился в начале XIX в. Впервые были описаны душевные заболевания у детей Е. Н. Смельским, С. Ф. Хотовицким (1847) и др.

Первые работы об умственно отсталых в России – «Очерки об истории нищенства» И. Г. Прыжова с социальным анализом их положения и «Ученики с медленным пониманием»

Н. А. Добролюбова (1858), где описана психология таких детей и даны рекомендации по их обучению. Первое лечебно-педагогическое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков в России было открыто в 1854 г. Ф. Плацом в Риге.

На первой российской психиатрической кафедре, открытой в 1857 г. в Медико-хирургической (ныне – Военно-медицинской) академии, были заложены основы развития детской психиатрии в нашей стране. Основатель этой кафедры И. М. Балинский начал изучение олигофрении. Его преемник И. П. Мержеевский, зачинатель исследования соматического происхождения психических расстройств, доказал, что психическое недоразвитие – не атавизм, а следствие бо-



лезней головного мозга (1871).

Супруги И. В. и Е. Х. Маляревские создали до того несуществовавшую детскую психиатрическую службу и медицинскую педагогику. В 1882 г. они открыли врачебно-воспитательное заведение для аномальных и психически больных детей. С 1904 г. это дело продолжал их сын М. И. Маляревский. Б. В. Томашевский (1892), сопоставляя симптоматику с анатомическими данными, установил возможность хронического течения воспалительных заболеваний головного мозга, обуславливающих слабоумие.

О судьбе умственно отсталых и психически больных детей, которые бродяжничали, лишались свободы из-за отсутствия необходимых учреждений, писали В. И. Яковенко (1897), И. А. Сикорский (1904), П. И. Ковалевский (1906). С. С. Корсаков (1893) изучал у детей микроцефалию и состояния «преходящего слабоумия».

Педология (наука, всесторонне изучавшая детей), возникшая в России в 1904 г. (А. П. Нечаев, Н. П. Гундобин, В. И. Варганов), дала еще один импульс развитию детской психопатологии.

Рождение детской психиатрии как самостоятельной науки относится к началу XX в. В. М. Бехтеревым в Петербурге (1908) был создан Психоневрологический институт с детским отделением при нем, где работали его ученики и последователи, внесшие большой вклад в детскую психиатрию, – Р. Я. Голант (1927), С. С. Мнухин (1929) и др. Там Н. М.

Щелованов разработал объективный метод изучения физической и психической эволюции ребенка; К. И. Поварнин (1911) изучал воспитание человека с первых дней его жизни; Б. И. Воротынский и Н. Н. Тарасевич развивали детскую психологию и экспериментальную педагогику, а А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский и др. – детскую психоневрологию.

За обязательное обучение психически отсталых детей и организацию школ для них боролись Е. К. Грачева (1902), О. Б. Фельцман (1912), Н. П. и М. П. Постовские (1908), Н. В. Чехов (1923). С 1906 г. в Москве стали организовываться вспомогательные классы и школы, которыми руководили упомянутые энтузиасты. Эти ученые, а также А. Н. Грабров (1915), Л. С. Выготский (1924) и др., изучая психическое здоровье детей, создавали фундамент возникавшей специальности – дефектологии. В 1907 г. В. П. Кащенко открыл школу-интернат для обучения умственно отсталых детей. Он изучал социальную среду, в которой они воспитывались, и разрабатывал способы охраны их психического здоровья. А. С. Грибоедов (1914), изучая «дефективных детей», разрабатывал принципы воспитания и обучения их в семье и школе. А. Ф. Лазурский методом естественного эксперимента исследовал индивидуальные особенности детей. К 1911 г. вспомогательные классы уже были созданы во многих городах России. В 1904 г. были организованы специальные исправительные колонии для малолетних преступников, а в

Петербурге в 1910 г. начал заседать первый детский суд.

Г. И. Россолимо, учредивший Московский институт детской психологии и неврологии (1911), возглавил работу группы психопатологов, в которую вошли С. Я. Рабинович, И. М. Присман, А. Д. Суркова, Ф. Д. Забугина и др. Г. И. Россолимо в 1910 г. разработал «психологический профиль», предназначенный для количественной оценки основных особенностей души ребенка – психического тонуса, точности и прочности восприятия и ассоциативных процессов.

В 1912 г. А. Н. Бернштейн описал такие случаи раннего слабоумия, «когда больные рождаются на свет с готовой болезнью». Г. Я. Трошин в книге «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормального и ненормального» (1915) показал разницу между олигофреническим и постпсихотическим слабоумием. Эти расстройства он анализировал сравнительно-возрастным методом.

Психиатр В. А. Гиляровский исследовал порэнцефалию при идиотии (1908), доказав ее травматическое и сосудисто-воспалительное происхождение, занимался положением «ненормальных детей в России» (1915), «лечением и призреванием душевнобольных и дефективных детей» (1919), открыл клинику для психически больных детей (1922). В своем руководстве он описал олигофрению, шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и эпидемический энцефалит у детей.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.