

АФЕТ МАМЕДОВА

Диссертант кафедры педагогики БГУ

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ С УМСТВЕННО-ОТСТАЛЫМИ ДЕТЬМИ

Слабоумие как одна из форм психической неполноценности известно давно. В трудах философов и ученых древности – Платона, Гиппократ, Аристотеля, Пифагора (VII век до н. э.- III век н. э.) – делаются попытки раскрыть причины и наметить пути профилактики слабоумия.

Первое упоминание о детском слабоумии под названием стультиция (врожденная глупость) можно найти у Певзнера М.С (5.с-34). Однако в этот и более поздние периоды еще не было ясного представления о нарушениях психической деятельности у детей. Как отмечает Н.И. Озерский, « возможность психозов у детей попросту отрицалась, так как в то время полагали, что психоз может развиваться лишь у взрослого человека, « издевавшего трудности жизни и роковое влияние страстей». В силу этого, а также элементарности и сравнительной простоты мозговых актов ребенок вполне гарантирован от психического заболевания» (4.с-60).

В XVI – начале XVII века была известна только одна форма психического расстройства у детей, которая позднее была определена как кретинизм. В XVIII веке психиатрия стала самостоятельной наукой. С этого времени начали появляться описания различных психических расстройств у детей и случаев детского слабоумия. В указанный период изучением слабоумных детей занимались главным образом врачи. Так, например, сущность психических болезней (как болезней мозга) изучалась французским психиатром Ф. Пинелем (1745-1826), открывшим новую эпоху в оказании помощи психически больным. От него ведет начало внедрение системы, отменяющей стеснительные меры для психических больных. Он первым выделил из группы психозов детское слабоумие и идиотизм. Ф. Пинель отмечал и некоторые характерные для этих детей внешние признаки, например малые размеры и неправильную форму черепа. В дальнейшем развитии учения о детском слабоумии следует особенно отметить роль французской психиатрической школы. Изучением, лечением и воспитанием умственно отсталых детей занимались такие представители этой школы, как Ж.Эскироль (1772 - 1840), И.Итар (1789 - 1870), И.Вуазен (1794 - 1872), Э.Сеген (1812-1880). Успех французских врачей был обусловлен тем, что лечебные мероприятия сочетались с умелой организацией специального обучения и воспитания умственно отсталых детей. Уже в начале XIX века некоторые врачи (Г.Рейль и др) считали, что слабоумных детей не следует держать в психиатрических больницах и обосновывали необходимость организации для них воспитательно-педагогических учреждений или специализированных интернатов (4.с-68).

Несколько позднее (вторая половина XIX века) стали выделять дебилов, т.е. детей с легкими нарушениями интеллекта. Это был такой период в развитии школьного образования, когда в ряде стран Европы стали придавать большое значение раннему обучению детей грамоте. В связи с этим среди массы учащихся выявилась группа учеников, не справляющихся с обычной школьной программой. Гуманные идеи французских врачей имели большое значение не только в плане привлечения внимания к этим детям и оказания им лечебной помощи, но и разработки методов их воспитания и обучения. Эти идеи получили распространение и в других странах Европы и в

США. Появились энтузиасты – врачи и педагоги в Англии (Д. Конноли), Германии (В.Гризингер, Штецнер), Бельгии (Ж.Демор), США (Гоу). В основном указанные деятели развивали прогрессивные взгляды Сегена и Бурневиля о возможности некоторого развития слабоумных детей и создавали лечебную педагогику (6.с-95).

В начале XX века немецкий психиатр Э. Крепелин (1856-1926) создал новую классификацию психических болезней, в которой учитывались не только отдельные частные симптомы (на которых основывались старые авторы), но и главным образом этиология, патогенез, данной клиники. В своей классификации психических болезней Э.Крепелин выделил понятие о детском слабоумии. Он объединил все формы раннего поражения мозга в одну общую группу и дал ей название – олигофрения (малоумие), а существовавшие в то время термины «идиотия», «имбецильность», «дебильность», предложил использовать как показатели степени олигофрении (т.е. выраженности умственной неполноценности). Предложенная Крепелином классификация детского слабоумия используется и в настоящее время в практике специальных школ. В последние годы накоплены дополнительные сведения по вопросам этиологии, патогенеза и клиники детского слабоумия. Этим обусловлено появление других видов классификаций. Так, у нас предложены и используются классификации Г.Е.Сухаревой, М.С.Певзнер. Имеются новые виды классификации и в других странах. В настоящее время общепринятой считается международная классификация ВОЗ (5 с-76).

В России наука о психических заболеваниях у детей стала развиваться лишь к концу XVIII и началу XIX века. Следует отметить, что эта наука больше занималась изучением тяжелых форм слабоумия и эпилепсии. П.П. Малиновский считал идиотию болезненным состоянием, которое является следствием дефектов развития мозга. Так, И.П. Мержеевский в 1871 году (а позднее и его ученики) выступил против реакционных взглядов немецкого ученого К. Фогта, изложенных им в специальной монографии «Малоголовые». Изучая мозг детей - микроцефалов, К.Фогт пришел к выводу, что в этих случаях имеет место прогресс, обратное развитие и возвращение к более примитивным уровням (к мозгу обезьяны). Таким образом, К.Фогт подчеркивал в развитии детей-микроцефалов атавистическое начало. На основе анализа патолого-анатомического материала и данных клинического наблюдения над детьми-микроцефалами И.П.Мержеевский показал несостоятельность и реакционность взглядов К. Фогта. И. П. Мержеевский доказал, что дети – микроцефалы обладают человеческим мозгом, измененным в результате раннего поражения (3.с-120).

Особенности психопатологии слабоумия изучали ведущие психиатры того периода – С.С. Корсаков (1854-1906), И.П.Мержеевский (1838-1908), Б.В. Томашевский (1892), А.О.Ковалевский (1840-1901), В.П. Кащенко (1870-1943), П.П. Малиновский (1818-1890) и другие. Причем русские авторы (в отличие от некоторых зарубежных ученых) объясняли сущность слабоумия первичным поражением мозга, которое затем вторично обуславливает нарушение высших психических функций. С.С. Корсаков отрицал концепцию французских врачей Мореля и Маньяна, рассматривавших слабоумие как дегенерации (вырождения) (3.с-77).

В тоже время у некоторых детей наблюдались и другие формы интеллектуальной неполноценности, которые чаще носили приобретенный характер и имели иную динамику развития. Некоторым из них свойственна определенная прогрессивность (речь идет о непрекращающемся и после острого периода болезни процессе). Такие формы неблагоприятного исхода иногда имели место в результате тяжелых форм шизофрении, эпилепсии, нейросифилиса и других и получили название деменции. В эту работу активно включились врачи, педагоги, психологи. Клиникой слабоумия за-

нимались психиатры В. А. Гиляровский, Г. И. Россолимо, М. О. Гуревич, В. П. Кащенко, Д. И. Азбукин и другие. (6.с-56).

Так, например, получили распространение взгляды К. Левина (Германия), который считал, что ведущим началом в структуре интеллектуального дефекта являются косность и тугоподвижность аффективных систем. Таким образом, слабоумие в трактовке К.Левина первично обусловлено слабостью эмоциональной сферы, а расстройство интеллекта – вторично. Эта теория вызвала обоснованную критику со стороны выдающегося советского психолога Л. С. Выготского (1.с-115).

Некоторые зарубежные авторы (К.Шнейдер и др.) считали, что дебильность не есть следствие поражения мозга, а представляет собой своеобразное проявление недостаточности социальной адаптации, т. е. неумения приспособиться к жизни. Подобные взгляды, некритически воспринятые представителями лженауки педологии, внесли большую путаницу в понимание слабоумия. Клиническое понимание этого дефекта, всегда первично связанного с недоразвитием или поражением мозга, стало утрачивать свое первоначальное значение. Широкое использование педологами метода тестов привело к тому, что во вспомогательную школу стали направляться такие дети, неуспеваемость которых в массовой школе не была обусловлена какими – либо органическими поражениями мозга. Нанесенный ею вред оказался весьма значительным. Последствия педологических извращений еще долго отрицательно влияли на развитие детской психологии и психиатрии.

На современном этапе продолжается изучение ряда проблем, связанных с дифференциацией различных форм умственной отсталости в детском возрасте. Так, например, вносятся некоторые уточнения в понимание двух основных форм слабоумия – олигофрении и деменции.

Так, наблюдения показывают, что за последний ряд лет значительно изменилась в сторону облегчения симптоматики картина остаточных явлений после перенесенных нейроинфекций (менингитов, энцефалитов и др.), которые в прошлом часто обуславливали выраженные нарушения невропсихической сферы в детском возрасте. Это сказалось также в уменьшении случаев, связанных с заболеваниями сифилисом. Данное явление объясняется применением более эффективных лечебных средств (антибиотиков, сульфамидов, сывороток и др.). Все это привело к тому, что наряду с выраженными случаями органического слабоумия инфекционной этиологии (число которых уменьшилось) увеличилось количество детей с некоторым ослаблением интеллектуальной деятельности, проходящей по типу астенических реакций различной деятельности. Дети с таким ослаблением интеллектуальной деятельности физически ослаблены, часто болеют, плохо успевают в массовой школе. Они нередко переводятся во вспомогательную школу по признаку умственной отсталости. Однако кардинальное отличие таких детей от подлинно слабоумных состоит в том, что их психическая слабость является временной, переходящей. Поэтому их и относят к детям с «временной задержкой психического развития». Эти формы своеобразных астений нередко проходящих на аллергическом фоне, могут выравниваться до нормы, что, конечно, не имеет места в случаях олигофрений. Необходимость различения этих форм в плане дифференциальной диагностики является принципиальным для психиатрии. Так, как от правильно установленного диагноза зависит дальнейшая судьба ребенка. Однако имеются и другие точки зрения. Так, в отдельных зарубежных странах понятие олигофрении расширяется. К олигофренам относят группы детей по признаку ослабления социальной адаптации. При таком подходе само понятие «олигофрения» начинает утрачивать клиническое значение.

С таких неправильных позиций дети – олигофрены объединяются с детьми с временной задержкой психического развития, объединяются они с физически ослабленными, социально и педагогически запущенными детьми. Все это необоснованно повышает процент аномального детства и ограничивает возможности тех детей, которые в силу различных причин, чаще не связанных с органическим поражением мозга, задержаны в своем развитии. Речь идет о необходимости более совершенного изучения закономерностей раннего развития нервной системы ребенка. Возникает необходимость в пересмотре устаревших взглядов на патогенез некоторых форм поражений мозга, в частности в результате родовых травм. Теперь стало известно, что наличие нервно – психической неполноценности после родовой травмы в ряде случаев определяется не только действием самой травмы, но и влиянием более ранних вредностей в период утробного развития (А.И. Персианинов, Б. И. Клоссовский и др.) (1.с-118).

Вопросы, которые связаны с изучением детского слабоумия, отражены в ряде работ советских (Г. Е. Сухарева, М. С. Певзнер, И. Л. Юркова, В. Ф. Шалимов, В. М. Явкин и др.) и зарубежных исследователей (2.с-131). В своих работах авторы рассматривают вопросы этиологии, патогенеза и клиники олигофрений. Большое внимание уделяется в последние годы изучению малоизвестных форм олигофрений, связанных с влиянием патологической наследственности (хромосомные aberrации, дисферментозы). К ним, например, относится проблема усовершенствования клинической диагностики, трудоустройства и социальной реабилитации лиц с явлениями слабоумия.

Пути дальнейшего изучения проблемы слабоумия четко сформулированы Г. Е. Сухаревой, которая рассматривает их в трех аспектах: (2.с-80).

1) биологический аспект предполагает необходимость тесной связи детской психиатрии с такими смежными науками, как эмбриология, биохимия, медицинская генетика, поскольку достижения в области данных наук способствуют раскрытию патогенеза некоторых форм слабоумия.

2) клинический аспект предполагает необходимость дальнейшего расчленения олигофрении, представляющей сборную группу из различных по этиологии и патогенезу болезненных состояний, на отдельные клинические формы. При этом требуется подробное изучение соматического состояния и психопатологической картины с использованием современных методов обследования (патофизиологического, биохимического, серологического и др.).

В результате клинического обследования могут быть выработаны критерии отграничения олигофрении от временной задержки психического развития различной этиологии.

3) аспект социально – трудовой адаптации предполагает необходимость разработки пособий для лиц с явлениями слабоумия трудовых рекомендаций. Следует подчеркнуть, что участие в посильном коллективном труде является и значительным оздоровляющим фактором. При определении характера трудовых рекомендаций необходимо учитывать не только степень интеллектуального дефекта, но и особенности личности больного олигофренией, степень, его активности, направленность его интересов и особенности среды, в которой он живет.

Следует особенно подчеркнуть значение дальнейшей разработки третьего из указанных аспектов, т.е. подготовки больного олигофренией к социально полезной трудовой деятельности, поскольку она начинается еще во вспомогательной школе. Трудовое обучение и воспитание должны осуществляться с учетом нервно – психических особенностей умственно отсталого ребенка. В этой работе особенно важна координация усилий педагога и врача.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Выготская Г.Л.- О соотношении слова и действия у умственно отсталых школьников. В сб.: «Специальная школа», вып.2, М.,1963.
- 2.«Дети с отклонениями в развитии», под ред. М.С.Певзнер. М., «Просвещение», М., 1966.
- 3.Мержеевский И.П.- «Клиника олигофрении» Учебное пособие для студентов дефектол. фак-тов пед. ин-тов. М., «Просвещение.» 1973.
- 4.Озерецкий.Н.И. - Психопатология детского возраста. М. Учпедгиз, 1938,
- 5.Певзнер М.С.- Дети-олигофрены. М., Изд-во АПН РСФСР, 1959.
- 6.Рубинштейн С.Я.- Психология умственно отсталого ребенка. М., «Просвещение», 1969.

AFƏT MƏMMƏDOVA

*BDU-nun Pedagogika kafedrasının dissertantı***ZEHİNİ ÇATIŞMAZLIĞI OLAN UŞAQLARIN TƏLİMİNİN EFFEKTİVLİYİNİN
YÜKSƏLDİLMƏSİ YOLLARI**

Məqalədə zehni çatışmazlığı olan kiçik yaşlı məktəblilərin savad təliminə həsr olunmuşdur. Məqalədə zehni çatışmazlığı olan uşaqların savad təlimi zamanı müsbət effekt verən səhərf təhlilinin analitik-sintetik metodunun həyata keçirilməsində istifadə olunan əsas priyomlar təsvir olunur.

AFET MAMEDOVA

*Candidate for a degree in the department of pedagogy at BSU***THE WAYS TO INCREASE THE TEACHING EFFICIENCY FOR MENTALLY
RETARDED CHILDREN**

The article dedicated to the problem of teaching ages mentally retarded school children. The article shows basic methods of teach with sound and analytical-synthetic methods which gives necessary good results.

Rəyçilər: prof.S.Ə.Qasımov, t.e.d.S.A.Məmmədov.