

**UOT 376.1 – 056.37 (075.8).**

**ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ  
У ДЕТЕЙ-ОЛИГОФРЕНОВ**

**А.А.МАМЕДОВА**

*Бакинский Государственный Университет*  
*afa-mammadova@mail.ru*

*В статье говорится о клинико-педагогической характеристике детей-олигофренов с особенными соматическими состояниями, при легких формах олигофрении заметных изменений в физическом состоянии, а также целый ряд других специфических признаков, характерных для этого заболевания.*

**Ключевые слова:** дети – олигофрены, соматическая характеристика, специфические признаки

Следует отметить, что при легких формах олигофрении заметных изменений в физическом состоянии может не отмечаться. Наиболее типичные отклонения в физическом статусе наблюдаются у детей-олигофренов с врожденными заболеваниями, особенно связанными с нарушениями хромосомного набора. Так, например, при болезни Дауна внешние признаки болезни очень типичны: все дети малого роста, ярко выражены диспластические черты - несоразмерность телосложения и целый ряд других специфических признаков, характерных для этого заболевания.

Часты изменения в физическом состоянии и при некоторых наследственных формах олигофрений, связанных с нарушением обмена веществ. При нарушении белкового обмена (фенилпировиноградная форма олигофрении) отмечаются деформация черепа, диспластическое телосложение, нарушение пигментации кожи и радужной оболочки, гиперкинезы, кожные заболевания в виде дерматитов, экземы; при нарушении жирового обмена – болезни Пфандлер - Хурлера наблюдаются карликовый рост, деформация черепа, позвоночника и другие изменения. Специфичны внешние признаки и при нарушениях функции желез внутренней секреции, иногда осложняющих олигофрению, особенно при поражении щитовидной железы, половых желез.

Необходимо отметить, что при более тяжелых поражениях мозга, особенно ранних (связанных с патологией эмбриогенеза), чаще встречаются признаки физического недоразвития. Так, например, имеют место нарушения соотношений между длиной туловища и конечностей (при микроцефалии, кретинизме и др.), различные деформации черепа: брахицефалический (башенный), долихоцефалический (удлиненный), в передне-заднем направлении и т.д.). При олигофрении бывают и более отчетливо выраженные изменения объема черепа. Так, например, заметно уменьшен объем головы у детей-микроцефалов. При гидроцефалии, мегалоцефалии объем головы увеличен (иногда до 70 и более сантиметров). При гидроцефалии бывают истончены кости черепа, особенно теменные и лобные.

Отмечаются неправильный рост зубов, врожденные дефекты в виде расщелины верхней губы или твердого и мягкого неба, деформации в строении ушной раковины и другие аномалии развития [5].

Наблюдаются также изменения и со стороны внутренних органов: нередко врожденный порок сердца и другие нарушения сердечно-сосудистой системы или желудочно-кишечного тракта. Несколько реже встречаются дефекты развития органов дыхания; наличие таких дефектов приводит к частым простудным заболеваниям и повторным пневмониям. В отдельных случаях имеют место пороки развития почек, мочевого пузыря, половых органов.

*Отклонения в неврологическом состоянии.*

Грубых локальных неврологических симптомов при олигофрении, особенно при ее легких степенях, может не встречаться; они чаще бывают при сочетании олигофрении с другими локальными поражениями центральной нервной системы, в частности, при церебральных параличах. Однако при некоторых формах олигофрении все же наблюдается рассеянная или локальная, неврологическая симптоматика, связанная с нарушениями формирования двигательных и чувствительных функциональных систем.

Так, со стороны черепно-мозговых нервов чаще других встречаются симптомы: косоглазие, опущение верхнего века, ритмичные движения глазного яблока (нистагм), слабость (парез) лицевого нерва, подъязычного (отклонение языка в сторону при высовывании) и др.

Двигательные нарушения встречаются в виде нерезко выраженных парезов, изменений мышечного тонуса различного характера. В анамнезе детей-олигофренов часто отмечаются задержки в развитии двигательных функций: дети позднее начинают держать головку, сидеть, стоять, ходить. Двигательные нарушения касаются быстроты, точности, ловкости и главным образом выразительности движений. Е. Н. Правдина-Винарская изучала отклонения в неврологическом статусе олигофренов. В работе «Неврологическая характеристика синдрома олигофрении» она говорит о том,

что, например, мимические движения выполняются детьми-олигофренами быстрее и более четко по подражанию, чем по словесной инструкции. Движения, выполняемые детьми по словесной инструкции, сопровождаются синкинезиями (дополнительные движения, непроизвольно присоединяющиеся к произвольным).

У большинства детей-олигофренов наблюдается задержка в формировании речевой функции и наличие дефектов произношения.

Со стороны рефлекторной сферы отмечаются оживление сухожильных и периостальных рефлексов, асимметрия, расширение зоны их вызывания. В некоторых случаях наблюдается снижение или отсутствие рефлексов. Наблюдаются и патологические рефлексы, особенно рефлекс Бабинского (отведение большого пальца ноги при раздражении наружного края стопы).

При нарушении анализаторов наблюдается сужение диапазона восприятия различных раздражений. Некоторые авторы подчеркивают нечеткость дифференцировок, их вялость, малую активность.

Отмеченные нарушения в работе анализаторов сказываются и на психической деятельности ребенка, о чем будет сказано ниже.

У многих детей-олигофренов выявляются симптомы нарушения вегетативной нервной системы-повышенная потливость, сосудистая дистония, изменение дермографизма и др., нарушения диэнцефальной области –повышенные жажда и аппетит и др.

#### *Особенности психического состояния.*

Нарушения психической деятельности при олигофрении составляют основу дефекта. Клиническая картина психических нарушений при разных формах детского слабоумия неодинакова и зависит от ряда моментов: степени тяжести поражения центральной нервной системы, характера патогенного агента и времени его воздействия, вредных влияний, действующих на дальнейших этапах ребенка в период активного формирования психических функций (частые заболевания, неблагоприятные условия в семье и др.) [3].

Анализ работ, посвященных олигофрении, показывает, что патология психического статуса у этих детей связана с недоразвитием всей познавательной деятельности и особенно мышления.

Дети-олигофрены в подавляющем большинстве адекватного восприятия этого мира малоактивны. Это приводит к тому, что представления у этих обычно нечетки и малодифференцированы. По образному выражению проф. В.А.Гиляровского, «олигофрены смотрят на окружающий мир как бы сквозь мутное стекло».

Пониженная реактивность коры у детей-олигофренов создает условия, которые способствуют образованию нечетких, недостаточно дифференцированных представлений о предметах и явлениях внешнего мира. Выработанные условные связи непрочны и быстро угасают. Обычно де-

тали, второстепенные признаки предметов и явлений плохо или совсем не фиксируются. Учителя вспомогательных школ хорошо знают, что эти особенности памяти детей-олигофренов вызывают значительные трудности при изучении нового материала. Указанные особенности памяти требуют неоднократного повторения материала.

Перечисленные выше нарушения восприятий и представлений отрицательно сказываются на формировании таких высших психических функций, которые составляют основу интеллектуальной деятельности. Известно, например, что олигофренам бывает трудно найти сходство или различие между предметами по характерным признакам, высказывать суждение о предмете, явлении, создавшейся ситуации, самостоятельно оценить ситуацию и найти в ней свое место. Вот почему у этих детей иногда имеют место неадекватные реакции и недостаточно осмысленные формы поведения [1].

Своеобразие познавательной деятельности олигофренов состоит в значительном недоразвитии словесно-логического мышления. В меньшей мере это своеобразие проявляется в процессе наглядно-образного мышления. Многие авторы отмечают у олигофренов нарушения волевой деятельности. Внешне это выражается в хаотичном поведении, преобладании движений и действий непроизвольного характера. Кроме того, у них нередко наблюдается стойкое проявление негативизма. Слабость воли у многих детей выражается еще и в том, что они легко подчиняются чужому влиянию, не проявляют настойчивости и инициативы в достижении цели. Их поведение носит импульсивный характер. Отсюда неспособность олигофренов сдерживать свои чувства и влечения.

Одним из видов волевой деятельности является внимание, состояние которого существенно влияет на развитие детей, приобретение ими знаний. Непроизвольное внимание, в основе которого лежит врожденный ориентировочный рефлекс «что такое?» (по И. П. Павлову), наблюдается у большинства детей – олигофренов. Произвольное внимание у большинства из них отличается неустойчивостью – дети легко отвлекаются на любой посторонний раздражитель. Им трудно сосредоточить внимание на каком-то определенном предмете, что очень осложняет их обучение. Однако, как показывает педагогическая практика, в процессе обучения и воспитания становится более устойчивым, расширяется его объем. Этому весьма способствует овладение навыками самообслуживания и выполнения трудовых заданий.

К нарушениям психической деятельности нужно отнести и наблюдающиеся у детей - олигофренов расстройства эмоциональный (чувственный) фон, активизирующий работу мышления.

Как уже было отмечено выше, снижение остроты восприятий и сужение диапазона представлений характерно для олигофренов, что сказывается и на их эмоциональном состоянии. Чувства олигофренов малодиф-

ференцированы, бедны. В случаях тяжелого поражения центральной нервной системы чувства однообразны, неустойчивы, ограничиваются двумя крайними состояниями (удовольствием или неудовольствием), возникают только при непосредственном воздействии того или иного раздражителя. Их переживания, привязанности обычно поверхностны и непрочно. При менее значительном поражении нервной системы в процессе развития сферы чувств значительно обогащается [2].

Одно из типичных нарушений при олигофрении – расстройство речи. В случаях тяжелого поражения мозга связная речь вообще отсутствует. При более легких его поражениях наблюдается разной степени недоразвитие речи. Почти как правило, речевая система формируется с задержкой. Словарь накапливается медленно и никогда не достигает уровня, который характерен для нормы. У многих детей – олигофренов бывает нарушена структура слова: они не договаривают окончаний, делают пропуски, искажают или заменяют звуки. Заметно страдает и грамматический строй речи. Ослаблен контроль за собственной речью. Нередко страдает понимание речи окружающих; последнее в большей мере относится к детям с выраженной формой слабоумия.

Как уже было сказано выше, основным дефектом при олигофрении является недоразвитие всей познавательной деятельности ребенка. Степень этого недоразвития может быть различной. В клинике принято различать три степени олигофрении.

Самая тяжелая степень олигофрении - идиотия (от греч. слова «идиос», что означает собственный, существующий без общения с окружающими).

К идиотам относят детей с грубым недоразвитием мозга и глубоким снижением всей психической деятельности. У таких детей аномалии развития психики сопровождаются глубокими нарушениями чувствительных и двигательных функциональных систем. У них резко снижены реакции на разнообразные внешние раздражители (световые, звуковые, вкусовые, иногда даже на болевые и др.). У некоторых повышен пищевой рефлекс. Не различая вкуса, они часто тянут в рот все, что попадает в руки (землю, куски известки, тряпки, собственный кал).

Для части детей – идиотов характерна неподвижность (сидят или лежат в кроватях); иногда у них возникают однообразные, навязчивые движения. Другие более спокойны: они долго повторяют одни и те же стереотипные движения. Другие более беспокойны: они долго повторяют одни и те же стереотипные движения или действия (раскачивают головой или всем туловищем, перебирают пальцами или предметы, попадающие им в руки, открывают или закрывают дверь). Эти дети ползают или бегают; то и другое они прерывают внезапными остановками. Все эти движения и действия носят автоматизированный, бесцельный и хаотичный характер. Некоторые дети-идиоты отвечают на раздражения, поступающие

из внешней среды, но их ответные реакции носят неадекватный и запоздалый характер.

Речь у детей – идиотов часто отсутствует. Такие дети спонтанно издают только отдельные звуки. Они плохо понимают обращенную к ним речь и чаще реагируют на интонацию. Их поведение зависит от состояния органических потребностей: они спокойны, когда сыты, находятся в тепле и сухости, и проявляют беспокойство, когда находятся в неблагоприятных условиях. У некоторых детей – идиотов возникают импульсивные вспышки гнева, злобы, что выражается в бурном двигательном возбуждении, крике, агрессивных действиях по отношению к себе или окружающим (царапаются, кусаются и пр.).

В более легких случаях идиотии имеет место сравнительно большая динамика в развитии. Дети живее реагируют на раздражителя внешней среды. У них формируются статические функции, начинает развиваться речь (произносят отдельные слова). Проведенные исследования показали, что систематические занятия с этими детьми по развитию речи оказались успешными: у некоторых из них увеличился словарный запас, возникло понимание коротких фраз [5].

У отдельных детей – идиотов развивается чувство привязанности к лицам, которые за ними ухаживают. Однако эта привязанность нестойкая и легко исчезает, если ребенок какой-то период не связан с ухаживающим за ним человеком. Музыка на большинство детей действует успокаивающе. В процессе длительной и упорной воспитательной работы дети приобретают некоторые навыки самообслуживания и опрятности.

Средняя степень олигофрении – имбецильность (от лат. *im* - без, *basillum* – палка, т. е. не может обойтись без «палки», без поддержки, без посторонней помощи и руководства). В сравнении с идиотами у имбецилов имеются более выраженные признаки сознательной психической деятельности. Их реакции на различные воздействия окружающей среды отличаются большей живостью и разнообразием. У них можно отметить элементы осознания собственной личности – знают и называют свое имя, фамилию, некоторые дети знают свой возраст. Часто имбецилы правильно называют имена родных.

Имбецилам бывают доступны и некоторые обобщения. Они могут установить некоторые признаки различия между предметами (в пределах конкретного восприятия), в известных пределах им доступен практический синтез. Так, например, они могут сложить разрезанную картинку. В большинстве случаев это дается после специального обучения, многократного показа. Внимание у большинства имбецилов неустойчиво: они легко отвлекаются и быстро истощаются, особенно во время занятий, связанных с обучением грамоте. Память ослаблена. Только некоторые из них овладевают элементарной грамотой и порядковым счетом [4].

Логические процессы у большинства имбецилов на очень низком

уровне. Прочитанное могут воспроизвести только с помощью вопросов. Приобретенные на занятиях знания быстро распадаются, забываются; то, что запомнилось, воспроизводится как заученный штамп.

Для имбецилов характерны косность, тугоподвижность мыслительных процессов, слабость абстракции. Начав какую – либо деятельность, они не могут от нее оторваться. Знакомые, уже выработанные действия выполняются ими автоматизировано, всегда однотипно. Они предпочитают делать то, что им дается легко и быстро. Негативизм чаще проявляется во время занятий, особенно когда учитель предлагает новое задание. Некоторые дети сразу же говорят «не знаю», «не могу», или упорно молчат, смеются, гримасничают. Негативизм возникает в связи с эмоциональными состояниями. Дети интерны – ко всему новому относятся настороженно, отрицательно. Профессор Г.Л.Трошин назвал их «рабами привычек». В труде отмечается шаблон, стереотипия. Малейшее же изменение ситуации нарушает привычное, автоматизированное действие. Некоторые дети охотно, подолгу и с интересом работают в мастерской. Очень важно помнить, что взрослые должны постоянно следить за ходом работы детей и вовремя прийти им на помощь. В противном случае дети могут делать ошибки и допускать брак в работе. Так, например, одна из девочек во время шитья пришила рукав к подолу платья. Это говорит о том, что она не поняла места части в системе целого.

Речь, как правило, запаздывает в своем развитии. Первые слова появляются в 3-5 лет, иногда несколько раньше. Запас слов обычно невелик. Однако он может обогащаться, особенно при проведении логопедической работы. Словарь обычно состоит из повседневных, обиходных, часто повторяющихся слов. В речи много аграмматизмов – нарушаются согласование, управление, опускаются окончания. Звукопроизношение в подавляющем большинстве случаев нарушено: имеются замены, перестановки звуков. Речь у многих детей неясная, смазанная. Обращенную к ним обиходную речь понимают неплохо и правильно на нее реагируют. Особенно живо реагируют на мимику, интонацию и жест окружающих [6].

Эмоционально – волевая сфера имбецилов богаче, чем у идиотов. Их отношение к людям и реакция на окружающее более дифференцированы. Так, например, к одним людям дети относятся с чувством симпатии, к другим – отрицательно, к третьим – проявляют полное безразличие. Некоторые дети сохраняют симпатии к родным, близким (дети помнят о них, спрашивают, скупают). Положительные чувства к другим детям часто выражаются в том, что они опекают маленьких, помогают им одеться, берут за руку, когда гуляют или переходят в другое помещение (в столовую, зал и др.). У некоторых детей – имбецилов можно заметить черты эгоцентризма. Так, например, они могут требовать по отношению к себе повышенного внимания и ревниво относятся к похвале, которая обращена к их товарищу.

Среди имбецилов встречаются дети с другими особенностями личности: такие дети иногда обижают маленьких, слабых, отнимают у них игрушки, вещи. Они любят командовать ими, отдавать различные приказания. Иногда на фоне спокойного, характерного для данного ребенка состояния могут внезапно возникать аффекты или более длительные состояния возбуждения. Некоторые дети бывают мстительны. Иногда отвечают на обиду спустя некоторое время.

Дети – имбецилы малоспособны к школьному обучению. Но они овладевают элементарными трудовыми навыками. Эти дети охотно выполняют задания по уборке помещений, старательно работают в мастерских, любят стирать, мыть и т. п., особенно охотно имбециллы выполняют сельскохозяйственные работы. Любят ухаживать за животными, работать в саду, огороде.

Однако приобретенные навыки и знания оказываются непрочными и требуют постоянного подкрепления. В процессе работы педагог должен наблюдать за правильностью выполнения задания.

В случаях более легкого поражения мозга, когда есть основание предположить пограничное состояние (т.е. имбецильность на грани с дебильности), у детей отмечаются хорошая механическая память и достаточно выраженное активное внимание.

Это создает более благоприятные условия для овладения грамотой и более сложными навыками труда.

Легкая степень олигофрении обозначается термином «дебильность» (что в переводе с латинского обозначает – слабость, хилость).

Психическая неполноценность проявляется у дебилов относительно позднее, чаще в начале школьного обучения. Их интеллект более сохранен. Поэтому в процессе развития они дают больше продвижение, чем имбециллы. Дети – дебилы способны обучаться в специальных вспомогательных школах.

В процессе обучения у дебилов увеличивается активный словарь, развивается фразовая речь.

Дебилам в некоторой мере свойственны индивидуальные особенности темперамента, характера и эмоциональных реакций. Они обладают и сравнительно большими возможностями в отношении овладения некоторыми видами трудовой деятельности. Поскольку у ряда детей с явлениями дебильности не отмечается заметных отклонений со стороны физического статуса, они могут на первый взгляд показаться обычными, нормальными детьми. Такое впечатление остается, например, у студентов – дефектологов, впервые посетивших вспомогательную школу. Однако это впечатление обманчиво. Сущность дебильности состоит в неполноценности познавательной деятельности. Особенно страдают способность к анализу, логическому обобщению, абстракции, т. е. те психические функции, которые составляют основу интеллекта. Ослабление указанных

способностей, вызванное перенесенным заболеванием мозга, не дает разбираемой группе детей освоить программу массовой школы [5].

Уже в анамнезе таких детей можно заметить указание на то, что они отстают в развитии от нормальных сверстников. Особенно это относится к формированию нервно – психических функций. Так, дети позднее реагируют на раздражения внешней среды (звуковые, световые и др.), двигательные функции развиваются с задержкой (позже начинают держать головку, сидеть, стоять, ходить, играть с игрушками и др.). Особенно характерно отставание в развитии речевой функции. Это выражается, в частности, в медленном накоплении словарного запаса. При обследовании иногда выявляется, что пассивный словарь значительно преобладает над активным. Часто у таких детей бывает нарушено и с трудом поддается коррекции звукопроизношение. Во многих случаях долго удерживаются грамматизмы (опускание и искажение окончаний).

Однако отклонение в развитии становится более заметным в дошкольном возрасте. Здесь заметнее выявляется ряд особенностей, свойственных детям – олигофренам. Они не проявляют достаточного интереса к окружающему, долго не стремятся к самостоятельности, не включаются активно в овладение навыками, негативистичны и теряются в новой обстановке. Их игровая деятельность отличается однообразием. Дети не проявляют интереса к игре. Отсутствует поиск новых вариантов игры. В процессе игры они легко отвлекаемы.

Могут ли дети – олигофрены, и особенно с выраженной степенью умственной отсталости, овладеть прочными знаниями и трудовыми навыками? В прошлом, до работ Сегена, некоторые педагоги и врачи давали на этот вопрос отрицательный ответ. Возможности таких детей резко преуменьшались и позже. Так, например, один из крупных немецких психиатров – Э.Крепелин утверждал, что из умственно неполноценных детей в дальнейшем формируются антисоциальные элементы: воры, тунеядцы, проститутки. Считалось, что задача государства состоит в том, чтобы содержать таких детей в специальных заведениях, расположенных за городом.

Однако опыт работы с такими людьми, накопленный прогрессивными деятелями в области педагогики и медицины, показал, что даже глубоко отсталые дети при соответствующих лечебно – воспитательных мероприятиях способны к некоторому развитию. Остальная масса умственно неполноценных детей с менее выраженным дефектом интеллекта способна к обучению, приобретению трудовых навыков, а в дальнейшем и к участию в социально полезной деятельности. Что же является основной для такого развития? Человеческий мозг обладает большой пластичностью, способностью к компенсации, т.е. к преодолению дефектов развития. При утрате или ослаблении одних функциональных систем мозговой коры их функцию выполняют другие системы. По – видимому, воз-

можно и формирование новых нервных связей. Все это приводит к коррекции общей и специальной нейродинамики мозга, а отсюда и к улучшению психической деятельности ребенка – олигофрена. Имеет значение и степень первичной сохранности мозга. Однако для осуществления такого воспитательно – педагогического процесса, в ходе которого могла бы осуществляться коррекция нервно – психического развития таких детей, педагог должен обладать специальными знаниями и умениями. Разработкой специальной системы педагогических мероприятий занимается особая наука - олигофренопедагогика [7].

Приведенная клиничко – педагогическая характеристика носит обобщенный характер. Среди слабоумных иногда встречаются дети с некоторыми индивидуальными особенностями, представляющими интерес в психолого – педагогическом плане. Так, например, среди имбецилов встречаются дети с хорошо развитой механической памятью. Они могут читать наизусть длинные стихи, отрывки, не осмысливая их содержания. Сюда же могут относиться «феноменальные» счетчики, способные производить элементарные арифметические действия, оперируя большими цифрами. Встречаются имбецилы с выраженными художественными и музыкальными способностями. Вопрос о природе этих редких явлений не представляется вполне ясным. Возможно, здесь имеет место своеобразие развития нервных элементов в отдельных локальных участках мозга, непосредственно связанных функций.

*Приведем примеры из наблюдений поражения мозга.*

*Галя К., 9 лет. Анамнестические сведения* – Мать, 47 лет, здорова, работает. Отец умер от перитонита. У матери было две беременности. От первой беременности родился мальчик, в настоящее время он учится в техникуме. Галя родилась от второй беременности. В первую половину беременности у матери были легкие явления токсикоза. Во вторую половину беременности из – за сильных отеков ее положили в родильный дом раньше срока. Девочка родилась в срок, сразу закричала и хорошо взяла грудь.

Ранее развитие девочки протекало нормально: головку стала держать с 4 мес., сидеть – с 6 мес., ходить – с 11 мес. Потом девочка тяжело заболела. Снова стала ходить с 1 года 4 мес. В возрасте 7 мес. Галя перенесла воспаление легких, в 11 мес. – токсическую диспепсию (лежала в больнице 5 мес.), позднее – корь, свинку. Воспитывалась в детских яслях и детском саду. Там отмечали, что девочка слабая, отстает в развитии от сверстников.

*Физическое состояние* – У Гали отмечают диспластические черты телосложения. Девочка худая. Кожа чистая. Со стороны легких изменений нет. На верхушке сердца приглушен первый тон. Общее физическое развитие среднее.

*Состояние нервной системы* – Череп деформирован (слегка гидро-

цефальной формы). Венозная сеть на висках расширена. Отмечается легкая асимметрия носогубной складки. На руках и ногах оживлены сухожильные и периостальные рефлексy.

*Психическое состояние* – Галя легко вступает в контакт. Запас сведений и ориентировка носят заметно ограниченный и нестойкий характер.

Девочка не знает, кем работает мать. Говорит, что мать «возит продукты в детский сад, с ней ездит дядя». Долго и безрезультатно вспоминает, как зовут мать. Говорит, что ей самой 8 лет, хотя на самом деле Гале 9 лет. Правильно назвала времена года. Лето и зиму охарактеризовала очень скудно («зимой снег», «летом тепло»), к этой характеристике ничего добавить не могла. Оказанную ей при этом помощь не использовала. Не могла перечислить по порядку названия месяцев. Март и август отнесла к летним месяцам («когда все расцветает»). Не знает, сколько дней в неделе. Путает названия дней недели. Разрезную картинку смогла сложить только с помощью взрослого.

Речь и движения очень замедленны. Определяет черты сходства и различия между предметами. Однако при ответе на вопросы часто опирается не на основные признаки. На вопрос: «Чем отличается дождь от снега?» - ответила: «Дождь идет крупеньками, а снег идет снежинками, они тают». На вопрос: «Чем сосна отличается от березы?» - ответила: «У березы ветки наклоняются вниз и у сосны тоже, у березы листья одинаковые».

Иногда ответ на вопрос носит нелепый характер. Исправляется, если ей оказывают помощь. Очень быстро истощается. И тогда заметно изменяются мимика, осанка. Девочка становится безразличной, начинает давать нелепые ответы, и вопрос приходится по нескольку раз.

В бытовой ситуации оживляется и проявляет интерес к заданиям (убрать класс, дежурить в столовой и т. д.). Высказывает свое отношение к происходящему.

*Педагогические данные*- В среднюю школу Галя поступила в возрасте 7 лет. С программой 1-ого класса не справлялась. С трудом запоминала буквы, не могла сливать их в слоги и слова. Девочка не понимала заданий учителя. Писать под диктовку не могла. Предлагавшиеся тексты списывала плохо. Прямой счет был доступен Гале в пределах 10. Счетные операции могла производить только на пальцах, да и то с помощью учителя. Условия простых задач не понимала даже при дополнительном объяснении с применением наглядных пособий.

Через полгода (в марте) была переведена во вспомогательную школу. В начале обучения педагог отмечал, что девочка долго не могла научиться писать по линейке, писала очень плохо. Счет по – прежнему могла производить только на пальцах. Поведение в школе отличалось большой неустойчивостью: могла без всякого повода заплакать, закричать. К концу учебного года научилась читать по слогам, писать, соблюдая линейки.

При списывании делала много ошибок. Еще больше ошибок допускала в диктанте. Быстро утомлялась. С детьми была в контакте. Осталась прежняя эмоциональная неустойчивость. Программу 1-ого класса вспомогательной школы усвоила. Была переведена во 2-ой класс этой школы.

Во 2-ом классе девочка справляется с программой средне. Нуждается в постоянном контроле и побуждении к деятельности. Очень отвлекаема. Пишет грязно. При списывании делает много ошибок. Читает бегло, но не соблюдает знаков препинания. С арифметическими действиями с переходом через десяток справляется с большим трудом. Задачи сама решать не может. Круг интересов и игры носят бытовой характер. Ослаблено активное внимание. Быстро истощается. Переведена в 3-ий класс.

Сейчас учится в 3-ем классе. С программой справляется, но испытывает большие трудности. Стала лучше читать (делает меньше ошибок) и писать под диктовку (делает меньше ошибок), но при списывании очень невнимательна и, по – прежнему допускает много ошибок. Никак не может усвоить таблицу умножения и деления в пределах 20. Охотно посещает уроки; стала иногда проявлять интерес к занятиям и бывает активна.

Критика своего состояния и возможностей снижена – переоценивает себя. По характеру очень капризна, ленива. Нет чувства долга и ответственности. Трудно контактирует с детьми; в отношениях с детьми неровна. Со взрослыми бывает упряма, непослушна. В последнее время аффективные вспышки бывают реже. Стала проявлять интерес к поручениям и добросовестно их выполнять. Следит за своей одеждой.

*Заключение* – На основании анамнестических данных, медицинского и педагогического наблюдений можно поставить диагноз – «олигофрения в степени дебильности». В данном случае можно предположить, что причиной олигофрении является длительная токсическая диспепсия (в 11 мес.) с мозговыми явлениями.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1973.
2. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.: АПН РСФСР, 1960.
3. Клинико – генетические исследования олигофрении. Под ред. М.С.Певзнер. М.: Педагогика, 1972.
4. «Особенности умственного – развития учащихся вспомогательных школ», под ред. Ж.И.Шиф. М.: Просвещение, 1965.
5. Певзнер М.С. Дети – олигофрены. М.: АПН РСФСР, 1959.
6. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. 3. М.: Медицина, 1965.
7. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.

## **OLİQOFREN UŞAQLARIN SOMATİK VƏZİYYƏTLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

**A.Ə.MƏMMƏDOVA**

### **XÜLASƏ**

Məqalədə oliqofren uşaqlarda kliniki-pedaqoji somatik xarakterik hallarından, həm oliqofreniyanın yüngül formada olan fiziki dəyişiklərin vəziyyəti, həm də bu xəstəliyə xas olan digər başqa spesifik xüsusiyyətlərin əlamətlərindən bəhs edilir.

**Açar sözlər:** oliqofren uşaqlar, somatik xüsusiyyətlər, spesifik əlamətlər

### **THE FEATURES OF THE SOMATIC CONDITION OF OLYGOPHRENIC CHILDREN**

**A.A.MAMMADOVA**

### **SUMMARY**

The article deals with clinical-pedagogical somatic characteristics of children. The conditions of oligophrenia and its specific features are analyzed in the article.

**Key words:** oligophrenic children, somatic features, specific signs