Тема: **Активізація суспільної допомоги особам з порушенням інтелектуального розвитку та подальший розвиток наукової теорії про розумову відсталість у другій половині XІX – на початку XX століття**

1. Зростання соціальної гостроти проблеми суспільної допомоги особам з ПІР у другій половині XIX століття.

2. Основні аспекти та тенденції у вивченні «недоумства» в другій половині XIX – початку XX століття*.*

3. Розвиток анатомо-морфологічного та етіологічного напрямку в процесі вивчення «недоумства». Видатні представники зазначеного напрямку дослідження розумової відсталості.

**Дайте відповіді на такі запитання:**

1. Які чинники спонукали суспільних діячів з другої половини XIX століття звернути увагу не лише на осіб з глибокою розумовою відсталістю, а й на осіб з легкими формами ПІР?

2. Чому з другої половини XIX століття вчені починають переглядати розроблені раніше класифікації, визначення осіб із «недоумкуватістю»? Це пояснюється недосконалістю наведених на початку ХІХ ст. класифікацій, визначень розумової відсталості? Чи розвитком медичної науки, фізіології? Можливо, розвитком психологічних знань? Можливо, розвитком педагогічних знань? Чи іншими суспільними чинниками?

3. В другій половині XIX – на початку ХХ ст. в наукових дослідженнях вивчення «недоумства» виділились 2 основних напрямки: клінічний (анатомо-морфологічний і етіологічний) та психолого-педагогічний. Чи не заважало це вивченню осіб з ПІР? Чи не розпорошувало це наукові зусилля щодо вивчення «розумової відсталості» в світі?

4. Чому «вершиною» медичного (анатомо-морфологічного і етіологічного) напрямків в розвитку вчення про розумову відсталість на початку XX століття вважається вчення німецького психіатра Еміля Крепеліна?

5. Дослідники етіології, патологічної анатомії та морфології розумової відсталості в другій половині ХІХ ст. виділили 3 групи її чинників. Вони відповідають сучасним уявленням про медичні чинники розумової відсталості. Зокрема, третю групу об'єднують фактори, що впливають негативно на дитину після народження. В наш час науковці внесли в цю теорію важливе доповнення: подальший розвиток дитини залежить ще й від часу негативного впливу на її ЦНС.

**Запитання:** чи буде різниця в розвитку дитини, яка перенесла захворювання ЦНС в перший рік життя від дитини, яка перенесла захворювання, наприклад, на менінгіт, після 4-х років життя? Якщо буде (чи не буде), то в чому?

6. Жан Демор вперше запропонував поділ «відсталих» дітей за етіологією на медично відсталих і педагогічно відсталих (педагогічно занедбаних, - яких за сучасними науковими класифікаціями відносять до ЗПР). Яку групу дітей у своїй кваліфікації вчений називав «моральними дегенератами»? (медично відсталих чи педагогічно відсталих?)

7. В чому полягає, на вашу думку, зміст революційних поглядів на класифікацію та розвиток осіб з інтелектуальними порушеннями Г.Я. Трошина?

Який висновок, зроблений Г.Я.Трошиним, у подальшому використав Л.С.Виготський для розроблення концепції розвитку та корекції дітей з різними порушеннями (включаючи розумову відсталість)? (Відповідь знаходиться в лекційному матеріалі).

*Зростання соціальної гостроти проблеми суспільної допомоги недоумкуватим у другій половині XIX століття*.

Як зазначалося, особливо гострого соціального характеру набула проблема суспільної турботи про недоумкуватих з другої половини XIX століття.

Бурхливий розвиток промисловості привів до посилення експлуатації людини, до різкого погіршення їх побуту і як наслідок - до зростання числа аномальних дітей.

У промисловості жіноча і дитяча праця починають витісняти чоловічу працю.

Капіталісти бачили в цьому пряму вигоду, бо жіноча і дитяча праця оплачувалася нижче, ніж чоловіча.

Енгельс писав: «... робота жінок абсолютно руйнує сім'ю; адже якщо дружина проводить на фабриці 12-13 годин в день, а чоловік працює не менше, ... то яка може бути доля їхніх дітей? Вони ростуть зовсім без нагляду, як бур'ян ... ». І далі: «Жінки повертаються на фабрику часто вже через три-чотири дні після пологів, залишивши, звичайно, немовля грудного віку вдома ...». «Яку багату колекцію хвороб створила ця огидна жадібність буржуа!» – наголошував учений.

Всі ці шкідливі для здоров'я дітей обставини, що виникали в ненормальних умовах жіночої праці, поглиблювалися залученням самих дітей з 5-6 років до виснажливої праці.

Таким чином, капіталістичний спосіб виробництва призвів до зростання числа дітей з патологічним розвитком, і зокрема дітей з аномаліями в психічному розвитку.

Все це спонукало лікарів займатися поглибленим вивченням захворювань нервової системи та аномалій психічного розвитку.

До зростання числа аномальних осіб не залишилися байдужими громадські діячі, педагоги, юристи і держава в цілому. Стає очевидним, що аномальні особи є своєрідним постачальником антисоціальних елементів, якщо їм не надається суспільна (громадська) допомога. Зазначене вказувало на актуальну потребу вивчення осіб з порушенням розумового розвитку («недоумкуватих») і надання їм відповідної допомоги.

Потреба в розширенні досліджень осіб із ПІР (недоумкуватості) і в удосконаленні системи громадської допомоги їм з другої половини XIX століття обумовлена була також потребами суспільства в освічених громадянах.

Науково-технічний процес, що супроводжував буржуазний спосіб виробництва, вимагав кваліфікованих робітників. Керувати складним технічно-технологічним виробництвом могли лише освічені фахівці. Тому в деяких країнах вводиться загальне початкове навчання. Це в свою чергу висуває проблему боротьби з неуспішністю, другорічництвом, які часто обумовлені патологією психічного розвитку людини.

Отже, якщо раніше, в першій половині XIX століття, увага суспільства була звернена лише на глибокі форми розумової відсталості, симптоми яких були очевидні, то тепер, у зв'язку з розвитком освіти (обумовленої розвитком науково-технічного виробництва), стали виявлятися особи з легкими формами інтелектуальних порушень, чиє відставання в дитячому віці виявляється лише в процесі навчання, а у дорослих - в умовах роботи на виробництві. Ці особи з легкими формами відсталості стали особливо турбувати громадськість. Глибоко відсталі, внаслідок своєї безпорадності і малої соціальної контактності потребували піклування, але вони не представляли для суспільства значної соціальної небезпеки. На відміну від них особи з легкими формами відсталості володіли певною ініціативою, вступали в більш широкі контакти з оточуючими і, тому могли представляти для суспільства більшу небезпеку, якщо їх життя залишалося поза суспільним контролем.

Оскільки діти з легкими формами розумової відсталості не справлялися з програмами шкіл, їх відраховували з цих шкіл. В результаті вони виявлялися на вулиці, поповнюючи резерви антисоціальних елементів.

Все це актуалізувало, загострило соціальну значущість розв’язання проблеми соціалізації осіб із ПІР. У зв'язку з цим у другій половині XIX століття головним об'єктом турботи і вивчення стають особи з легкими формами слабоумства.

Допомога «недоумкуватим» починає розглядатися не тільки як прояв гуманності, а й як соціальна необхідність, як засіб самозбереження суспільства.

У численних працях педагогів, лікарів, громадських діячів, соціологів і юристів кінця XIX - початку XX століття наводиться маса аргументів, які підтверджуються статистичними даними та економічними розрахунками, на користь того, що державі вигідніше відкривати установи для «недоумкуватих», ніж утримувати суди і в'язниці для правопорушників, куди вони потрапляють.

Як приклад наведемо дослідження німецького лікаря з Дюссельдорфа Ландрата Клаусснера, який простежив долю потомства однієї жебрачки з легкою формою порушення інтелекту, яка народилася в 1740 році.

До 1893 року вона в трьох поколіннях дала 834 нащадка. Дослідження долі 709 з них показало, що 100 чоловік народилися поза шлюбом, 181 - займалися проституцією, 142 - жебракували, 46 - утримувалися за рахунок громад, 76 осіб - були кримінальними злочинцями, в їх числі 7 убивць.

За підрахунками Клаусснера, нащадки «недоумкуватої» жебрачки обійшлися суспільству в 5 млн. марок, в той час як на своєчасне утримання цієї жебрачки в громадській установі знадобилася б незначна сума. Подібні дослідження мали великий вплив на усвідомлення суспільством тієї небезпеки, яку приховує його байдужість до положення в ньому недоумкуватих.

*Основні аспекти та тенденції у вивченні «недоумства» в другій половині XIX – на початку XX століття.*

Увага до легких форм розумової відсталості викликала необхідність переглянути раніше існуючі визначення слабоумства, критерії цього стану, класифікації форм, ступенів, видів слабоумства.

З другої половини XIX століття все більше збільшується питома вага клінічного та психолого-педагогічного аспектів дослідження «слабоумства». Ці дослідження в значній мірі спрямовані на розробку критеріїв диференціації «недоумкуватих» від норми щодо стану та перспектив розвитку їх інтелекту.

Ці дані були необхідні для вирішення питань про типи установ для різних категорій аномальних дітей. Збільшений до цього часу рівень розвитку психіатрії і психології забезпечив можливість для подібних досліджень.

Друга половина XIX століття характеризується бурхливим розвитком природничих наук. Великим поштовхом до розвитку наукових поглядів в біології сприяли книги, які вийшли в світ Ч. Дарвіна «Походження видів» (1859) і робота І.М. Сєченова «Рефлекси головного мозку» (1863). У цій роботі І. М. Сєченов говорить про те, що основа всіх без винятку проявів психічного життя - рефлекторна діяльність центральної нервової системи. Цим Сєченов відкидав усталене в століттях переконання в тому, що робота мозку не підкоряється об'єктивному вивченню.

У психології та педагогіці все більше використовується експериментальний метод дослідження.

У другій половині XIX – на початку XX століття визначилися два напрямки в розумінні характеру і суті «слабоумства».

Представники першого напряму основні зусилля зосереджували на клінічному вивченні «недоумкуватості», пошуку його причин, на розкритті матеріальної основи виникнення аномалій. Представники цього напряму розглядали недоумкуватість як стан атипового розвитку в результаті тих чи інших шкідливих впливів, нанесених організму дитини на різних стадіях її розвитку. Цей напрямок в дослідженні «недоумкуватості» найбільш повно було представлено за кордоном у другій половині XIX - початку XX століття психіатрами В. Грізінгером, В. Айрлендом, Б.Морелем, Д. Бурневілем, В. Вейгандом, Е. Крепеліном та ін., в Росії - І.П.Мержеєвським, П.І. Ковалевським, С. С. Корсаковим, В.П. Сербським, АН.Бернштейном, В.І. Яковенко, Г.І. Россолімо, Г.Я. Трошиним тощо.

Другий напрямок дослідження мав переважно психолого-педагогічний характер. Прихильники цього напрямку - А. Біне, Т. Симон, Санте де Санктіс та інші - основну увагу приділяли вивченню легких форм розумової відсталості. Сутність «недоумкуватості» розумівся ними переважно як кількісне відставання в розвитку «аномальної» дитини від розвитку її нормального однолітка. Виходячи з такого розуміння сутності розумової відсталості, названі дослідники в основному займалися пошуком шляхів виявлення рівня психічного розвитку дитини. Їх найменше цікавили причини відхилень від норми.

Зрозуміло, що ці основні напрямки дослідження «недоумкуватості» розвивалися не ізольовано один від одного. Клініцисти проявляли великий інтерес до психологічних аспектів вивчення недоумкуватості і нерідко в своїх дослідженнях користувалися даними і методами психології. І навпаки, психологічні та педагогічні дослідження розумової відсталості підкріплювалися клінічними матеріалами. Однак зазначені вище дві тенденції в розробці проблеми «недоумкуватості» виступали досить рельєфно.

Розглянемо більш детально зміст і розвиток цих двох напрямків в дослідженні недоумкуватості.

*Розвиток анатомо-морфологічного і етіологічного напрямків у вивченні недоумства.*

Можна вказати на велику кількість робіт, присвячених вивченню етіології та анатомо-морфології «недоумства». Але найбільший вклад у розвиток цього вчення в другій половині XIX - початку XX століття залишили психіатри В. Грізінгер, В. Айрленд, Б. Морель, Д. Бурневіль, В. Вейганд, Е. Крепелін.

Цікаво відзначити, що самі дослідники етіології, патологічної анатомії та морфології «недоумкуватості» завжди усвідомлювали складність подібних досліджень, відчували недостатність знань, розуміли недосконалість використовуваних ними методів.

В основному всі дослідники цього напрямку сходилися на тому, що якими б численними не були причини слабоумства, їх можна об'єднати в 3 групи. До першої групи належать фактори, що впливають до народження дитини, до другої - під час народження, а в третю групу об'єднуються фактори, що впливають після народження дитини.

1) До причин першої групи відносяться різні випадки несприятливої спадковості, несприятливі моменти в період зачаття і вагітності, фізичний стан і вік батьків і т. п.

2) До причин другої групи відносяться передчасні пологи, тривалі і неправильні пологи, накладення щипців, асфіксія.

3) Причини третьої групи в основному носять соматичний характер.

Це хвороби внутрішніх органів, нервової та ендокринної системи.

Всі дослідники цього напрямку виходили з того, що в основі кожного психічного розладу лежать матеріальні зміни тих чи інших органів. Одним із перших початок дослідженню анатомо-морфологічних змін мозку ідіотів поклав німецький лікар Вільгельм Грізінгер (1817-1868).

Одна з ранніх спроб дати класифікацію недоумства за анатомо-морфологічними і етіологічними ознаками належить англійському психіатру Вільяму Айрленду (1832-1909).

Айрленд розрізняє такі групи ідіотії в залежності від тих розладів, які лежать в їх основі:

1) генетичний ідіотизм (вроджений ідіотизм). Сюди він відносить всі випадки ідіотії, які не можуть точно пояснити. Це головним чином спадкові форми ідіотії;

2) мікроцефалічний ідіотизм;

3) екламптичний ідіотизм. Ідіотизм, викликаний нападами, що відрізняються від епілептичних тим, що вони швидко йдуть один за іншим, а потім припиняються, але залишають зміни в структурі мозку;

4) епілептичний ідіотизм, який викликається наслідками епілептичних припадків;

5) гідроцефалічний ідіотизм (наслідок водянки мозку);

6) паралітичний ідіотизм;

7) кретинізм (Айрленд вважає кретинізм однією з форм ідіотії);

8) травматичний ідіотизм;

9) запальний ідіотизм внаслідок різних захворювань мозку;

10) ідіотизм внаслідок позбавлення органів почуттів; зору і слуху.

Ця класифікація причин недоумкуватості отримала визнання психіатрів і до кінця XIX століття була вихідною для інших варіантів класифікації.

Айрленд робить спробу вказати ті соціальні чинники, які в тій чи іншій мірі впливають на виникнення «недоумства». У цьому питанні Айрленд повністю розділяє курйозну точку зору Едуарда Сегена, висловлену ним в лекції, прочитаній у Нью-Йоркському суспільстві лікарів. Айрленд, як і Сеген, стверджував, що соціальною причиною недоумства є «емансипація жінок».

Точка зору психіатрів про прямий зв'язок між функціональними і органічними розладами мозку була особливо ясно сформульована на Паризькому конгресі психіатрів у 1900 році.

На цьому конгресі російський психіатр професор І.П. Мержеєвський заявив, що анатомо-патологічна класифікація «недоумкуватості» повинна посісти перше місце серед інших класифікацій, оскільки вона базується на точному аналізі будови нервової тканини і її елементів і на точних ембріологічних даних.

На тому ж конгресі французький психіатр Д. Бурневіль (1840-1909) представив свою анатомо-патологічну класифікацію «недоумкуватості». Він говорить про сім форм ідіотії, які обумовлені різними факторами: 1) хронічний менінгіт; 2) хронічний менінгоенцефаліт; 3) зупинка в розвитку мозкових звивин і ураження нервових клітин; 4) різні склерози; 5) гідроцефалія мозку; 6) зупинення розвитку мозку; 7) мікроцефалія.

Деякі дослідники значно спрощують, вульгаризують зв'язок між анатомо-морфологічними порушеннями мозку і ступенем порушення розумового розвитку. Так, німецький психіатр К. Гаммерберг (1865-1893) класифікує розумово відсталих в залежності від рівня розвитку мозку; при цьому він механічно співвідносить рівень психічного розвитку «недоумкуватого» з певним віком нормальної дитини. З його точки зору, при найглибшій ідіотії велика частина мозкової кори зупиняється у своєму розвитку на тому рівні, який відповідає останньому періоду ембріонального життя. У цьому випадку суб'єкт не здатний ні до якого психічного розвитку. На думку Гаммерберга, «при розумовій слабкості глибокого ступеня» мозок в своєму розвитку не перевищує рівня розвитку мозку нормальної дитини раннього віку. У цьому випадку розвиток дитини не перевищує розвитку п'ятирічної дитини. При легких формах розумової відсталості психічний розвиток буде відповідати шести-дванадцятирічній нормальній дитині. При такій відсталості мозок відрізняється лише меншою кількістю нервових клітин.

Особливий напрямок в поглядах на етіологію недоумства створив французький психіатр Бенедикт Морель (1809-1872). Він поклав початок вченню про «дегенерацію» - виродження.

Морель бачив етіологію «недоумства» в спадкових факторах. Розумову відсталість він розглядав як певну ступінь прогресуючого виродження, притаманну четвертому поколінню в сім'ї, яка вироджується.

Під «виродженням» Морель розуміє скупчення шкідливих впливів протягом ряду поколінь. Ці негативні впливи від покоління до покоління все більше посилюються, зростають. На четвертій стадії накопичення цих шкідників виникає ідіотія. До цих шкідників Морель відносить сифіліс, алкоголь, туберкульоз та ін.

Морель зазначає, що наявність тенденції до виродження виражається в зовнішніх ознаках: неправильності носа, губ, очей і т. д.

Вчення про дегенерації справило великий вплив на розвиток теорії про «недоумкуватість» і отримало розвиток у працях багатьох психіатрів.

Найбільш чітке визначення дегенерації дав у 1900 році французький психіатр Тюльє (Thulie). Він, як і Б. Морель, позначає терміном «дегенерати» всіх «розумово ненормальних суб'єктів».

Дегенерацію він визначає як «патологічний стан суб'єкта, який порівняно зі своїми безпосередніми старшими родичами, значно ослаблений в своїй здатності протидіяти психофізичним чинникам і тільки в неповній мірі проявляє в боротьбі за існування свої природні дані. Це ослаблення, що виявляється постійними симптомами, є прогресуючим, і в кінці кінців виходить повне знищення даного роду».

До «вищих дегенератів» Тюльє відносить таких суб'єктів, «які, незважаючи на більш-менш виражені психофізичні дефекти і дисгармонії в своїх здібностях, що роблять їх не в повній мірі здатними брати участь у боротьбі за існування або повністю пристосуватися до навколишнього середовища, зберігають всі функції інтелекту».

Тюльє зазначає, що у цих «вищих дегенератів» з самого раннього дитинства спостерігаються аномалії в почуттях, характері чи інтелекті. У них спостерігається безпричинні напади гніву або велика інертність. Їх мова затримується в своєму розвитку. У «вищих дегенератів» часто спостерігаються безпричинні страхи, невмотивовані симпатії й антипатії. Поступово стан цих суб'єктів дедалі погіршується, поведінка їх стає аморальною і соціально небезпечною. Серед «вищих дегенератів» Тюльє розрізняє ослаблених, інтелектуально неврівноважених і вразливих.

«Інтелектуально неврівноважені суб'єкти та суб'єкти вразливі характеризуються такими ознаками, які ніяк не виражають своєрідності їх інтелектуального розвитку».

З одного боку, Тюльє зазначає, що розумові здібності тих і інших суб'єктів мало порушені, а з іншого - вказує на те, що у них вкрай бідні уявлення, поняття, грубо порушена логіка; крім того, він говорить про те, що у них є безліч інших інтелектуальних розладів.

При характеристиці дегенератів у всіх випадках на перший план висувається «недостатність афективного компонента мислення».

Таким чином, всі ці характеристики дегенератів не створюють ні клінічного, ні психолого-педагогічного образу аномальної дитини. Тобто практично користуватись наведеними характеристиками складно.

Французький психіатр Маньян (Magnan) в своїх клінічних лекціях про «розумові хвороби» (1897) за прикладом Мореля всіх «розумово відсталих» вважає «дегенератами» або «неврівноваженими» і приймає класифікацію наполовину - етіологічну, наполовину - анатомо-фізіологічну:

1. Неврівноважені щодо інтелекту.

Сюди Маньян відносить ідіотів, яких в свою чергу поділяє на ідіотів з порушеннями переважно спинного мозку і ідіотів з порушеннями головного мозку. До даної групи неврівноважених, крім ідіотів, він відносить недоумкуватих, яких поділяє на дебілів, відсталих та імбецилів.

Для позначення найлегших форм інтелектуальної неврівноваженості він користується терміном «вищі дегенерати».

1. Неврівноважені щодо почуттів.

До них Маньян відносить вкрай рухливих суб'єктів, яких, крім того, називає ще «морально божевільними».

3. Імпульсивні, у яких головним чином порушена воля.

Цілком очевидно, що дана класифікація дезорганізує уявлення про осіб з інтелектуальними порушеннями. Окремі компоненти психічного життя людини відірвані одна від одної, вигляд «божевільного» (особа з ПІР) втратив свої основні ознаки.

Вчення про «дегенерації» до певної міри позбавило специфіки поняття «слабоумство». Симптом «інтелектуальної недостатності» перестав відігравати визначальну роль в характеристиці «недоумкуватості». Поняття «дегенерат» поширюється на безліч різних станів: на дітей з порушенням інтелектуального розвитку та дітей обдарованих, але з патологією характеру (бродяжництво, злодійство, брехливість, жорстокість і т. д.). У зв'язку з цим вчення про «дегенерації» в цілому не можна визнати продуктивним в загальній еволюції вчення про розумову відсталість.



Вершиною анатомо-морфологічного і етіологічного напрямків в розвитку вчення про «недоумкуватість» (розумову відсталість) на початку XX століття є вчення німецького психіатра Еміля Крепеліна (1856- 1926). Він перший об'єднав (1915) усі форми слабоумства в одну групу під загальною назвою «затримка психічного розвитку» і ввів термін «олігофренія» (від грец. «недоумкуватість», «малий розум») для позначення цієї групи вроджених хворобливих станів. Етіологію цих станів Крепелін бачить у спадковому виродженні або пошкодженні зародка, а також у хворобливих процесах, яким піддався мозок в ембріональному періоді розвитку. Крепелін усвідомлює, що сучасна йому медицина ще мало знає про природу цих станів.

Він дотримувався традиційної класифікації олігофренії за ступенем дефекту: ідіотія, імбецильність, дебільність. Хоча Крепелін правильно розуміє, що «недоумкуватість» - це не просто відставання від нормального розвитку, а своєрідний, патологічний розвиток, вчений віддає палежне психологічним концепціям свого часу і помилково вважає, що критерієм того чи іншого рівня порушення служить порівняння цього розвитку з певними віковими нормативами розвитку нормальних дітей.

Виходячи з цих позицій, Крепелін безпідставно прирівнює ідіотію до стану нормальної дитини від 1 року до 6 років, імбецильність – станом від 6 до 14-річного віку, дебільність - віком 14-18 років. При цьому він вважає, що ці міри відставання можуть бути більш точно встановлені за методикою Біне чи Сімона.

В якості самостійних форм олігофреній Крепелін виділяє монголізм та інфантилізм.

Вчення Крепеліна дало поштовх для подальших досліджень розумової відсталості як форми «вродженої затримки психічного розвитку».

Бельгійський психіатр Жан Демор в своїй класифікації «недоумкуватості» за етіологічною ознакою вперше чітко відмежував причини відсталості, пов'язані з патологічними порушеннями організму дитини, від причин зовнішніх, що залежать від умов виховання дитини. Основним же критерієм аномалії («недоумкуватості») Жан Демор вважає критерій педагогічний, тобто здатність/нездатність вчитися і виховуватися в звичайних умовах.

«Ненормальними, - пише Ж. Демор, - ми називаємо тих численних дітей, які виявляють різні аномалії нервової системи і внаслідок цього не підлягають звичайним методам виховання». І далі: «Відсталими називаються такі діти, які внаслідок психічної слабкості або аномалії не можуть виховуватися звичайними способами. Їх психічна слабкість і аномалії є наслідком вродженої хвороби, або пізнішого захворювання, або шкідливого впливу загальних умов життя на розвиток індивіда».

Жан Демор розділяє відсталих дітей за етіологією на дітей медично і педагогічно відсталих.

До медично відсталих він відносить тих, чиє відставання в розвитку пов'язано з патологічними факторами, зокрема, пошкодженням, перенесеним дитиною в утробному періоді або ранньому дитинстві. До відсталих в педагогічному сенсі він відносить тих, хто в ранньому дитинстві не отримав належного виховання в сім'ї, або переніс в дитинстві будь-які хвороби, або став жертвою поганих методів виховання в школі.

Педагогічно відсталих дітей Демор розділяє на пасивних і неслухняних.

Дітей, відсталих в медичному відношенні, він розділяє на ідіотів першого, другого і третього рівнів.

Ідіотів першого рівня він також називає «моральними дегенератами» або «недоумкуватими». Ці суб'єкти досить значно розвинені розумово, але у них грубо порушена вольова сфера. Їх поведінка асоціальна.

У ідіотів другого рівня розумова сфера вражена досить значимо. Психічна діяльність у них елементарна і одноманітна. Увага поверхнева. Внаслідок безініціативності, пасивності вони в соціальному відношенні безпечні.

До ідіотів третього рівня Ж. Демор відносить суб'єктів з сильно вираженими порушеннями психічного життя. У них відсутні воля, увага і всі інші психічні функції.

Отже, ми бачимо, що в групу медично відсталих Ж. Демор відносить осіб з досить грубими порушеннями в інтелектуальній і афективній діяльності, а для позначення форм відсталості користується дуже спрощеною термінологією. Всі рівні (ступені) «недоумкуватості» позначаються одним терміном - «ідіотія».

Поширення поняття «відсталість» на дітей із так званою педагогічною занедбаністю призвело до того, що в Брюсселі кількість розумово ненормальних дітей в 1903 році обчислювалося 12-18% від загального числа дітей шкільного віку, в той час як в інших країнах, де діагноз «розумова відсталість» ставився тільки при наявності клінічних показників, до розумово відсталих відносили не більше 2%.

Найглибше дослідив розумову відсталість («недоумкуватість») на початку XX століття російський психіатр Г. Я. Трошин.

У своїх поглядах на «недоумкуватість» Г.Я. Трошин виходив з того, що закони розвитку нормальної і ненормальної дитини одні й ті ж. Але «в той час, як нормальні діти в порівняно короткий термін проходять всі стадії розвитку філогенезу, еволюція ненормальних дітей йде вкрай повільно і до того ж вони проходять не всі стадії розвитку філогенезу, а лише деякі, тільки нижчі, не доходячи до вищих; залежно від стадії, на якій зупинився розвиток, можна розрізняти три найголовніших ступеня патологічного недорозвинення: ідіотизм, імбецильність (недоумкуватість) і відсталість ».

Г.Я. Трошин визнає психологію розумово відсталих, як позбавленої динаміки. Вона уявляється йому надзвичайно статичною, одноманітною, застиглою.

Г. Я. Трошин проаналізував стан класифікацій «недоумкуватості» і систематизував всі ознаки, якими попередні дослідники характеризували основні рівні (ступені) «недоумкуватості». Грунтуючись на тому досвіді, який був накопичений наукою в галузі «дитячої ненормальності», він рекомендує свою класифікацію «ненормальних». Ця класифікація має, на його думку, переслідувати практичні цілі, допомагати діагностувати «дитячу ненормальність» і диференціювати її з метою надання допомоги цим дітям.

Г. Я. Трошин розділяє «ненормальних» дітей на три групи:

1) група психічного недорозвинення;

2) група дитячих неврозів і психозів;

3) група симптоматичної ненормальності.

Всі форми «недоумкуватості» Г. Я. Трошин, як і Крепелін, по суті відносить до 1-ї групи - групи психічного недорозвитку. Сюди він включає наступні форми психічного недорозвитку:

1) Аненцефалія - безголові виродки, нежиттєздатність;

2) абсолютний ідіотизм;

3) ідіотизм типовий;

4) перехідні ступені від ідіотизму до недоумкуватості;

5) недоумкуватість, або імбецильність;

6) відсталість.

Класифікація Г.Я. Трошина відмежовує форми психічного недорозвитку від дитячих неврозів і психозів і від тих форм порушень, які є наслідком соматичного ослаблення дитини або несприятливих умов життя і виховання. Адже змішування всіх цих форм і станів було основним і типовим недоліком у вченні про недоумкуватість ряду психіатрів початку XX століття.

Чітке ж відмежування Трошиним «недоумкуватості» від інших станів забезпечило поглиблене вивчення своєрідності інтелектуального і емоційного ПІР. Сам Трошин показав кращий зразок подібних досліджень.