


Тема лекции: **Классификация форм
задержки психического развития**

- *Лектор: кандидат педагогических наук, доцент
кафедры специальной педагогики и психологии БГПУ
им. М. Акмуллы **Фатихова Лидия Фаварисовна***



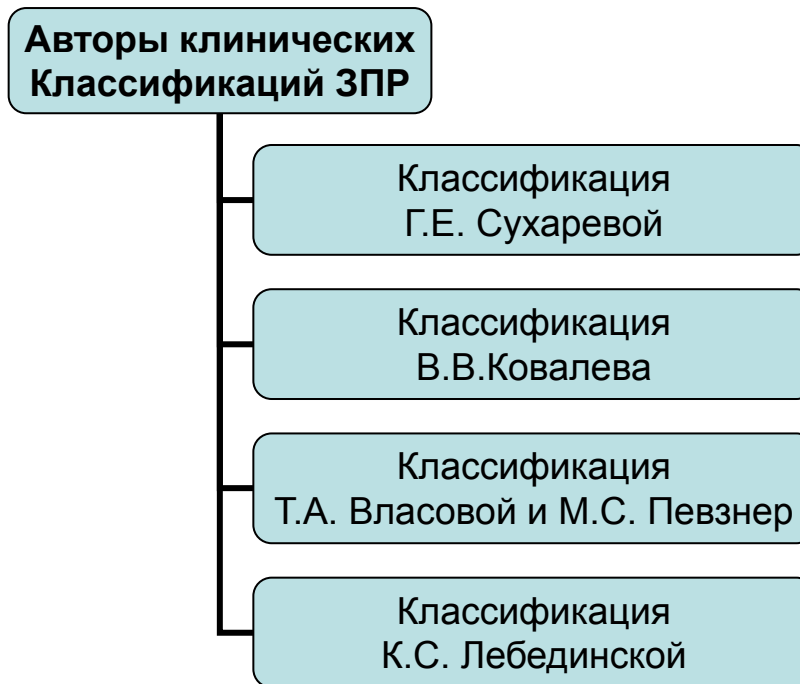
В данной теме раскрывается содержание как первых, так и современных классификаций задержек психического развития. Все представленные классификации разработаны в отечественной науке и используются в разной степени теоретиками и практиками. Нами более подробно будут рассмотрены классификации К.С. Лебединской и Ю.Г. Демьянова.



План лекции:

- 1. Подходы к классификации ЗПР в отечественной клинике и психологии.**
- 2. Классификация ЗПР Т.В. Власовой и М.С. Певзнер.**
- 3. Классификация ЗПР К.С. Лебединской.**
- 4. Классификация ЗПР Ю.Г. Демьянова.**

1. Подходы к классификации ЗПР в отечественной клинике и психологии



Содержание клинических классификаций ЗПР

Классификация Г.Е. Сухаревой	Классификация В.В. Ковалева	Классификация Т.А. Власовой и М.С. Певзнер	Классификация К.С. Лебединской
<p>1) интеллектуальная недостаточность в связи с неблагоприятными условиями среды, воспитания и патологией поведения</p> <p>2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями</p> <p>3) интеллектуальные нарушения при различных формах инфантилизма</p> <p>4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражениями слуха, зрения, дефектами речи</p> <p>5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм ЦНС</p>	<p>1) дизонтогенетическая форма ЗПР, обусловленная механизмами задержанного и искаженного развития</p> <p>2) энцефлопатическая форма ЗПР в связи с органическим повреждением мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза</p> <p>3) ЗПР в связи с недоразвитием анализаторов в связи с сенсорной депривацией (слепота, глухота и др.)</p> <p>4) ЗПР в связи с педагогической запущенностью</p>	<p>1) ЗПР, обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом</p> <p>2) ЗПР, обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями</p>	<p>1) ЗПР конституционального происхождения</p> <p>2) ЗПР соматогенного происхождения</p> <p>3) ЗПР психогенного происхождения</p> <p>4) ЗПР церебрально-органического генеза</p>

2. Классификация ЗПР Т.В. Власовой и М.С. Певзнер

Т.А. Власова и М. С. Певзнер (1972); выделяли два основных варианта: ЗПР с преобладанием признаков психического инфантилизма и ЗПР вследствие стойкой церебрастении.

Основные **принципы** клинического подхода к пониманию механизмов формирования ЗПР, заложенные в классификации М.С. Певзнер и Т.А. Власовой:

- 1) возможность возникновения ЗПР за счет замедления созревания эмоционально-волевой сферы – психический (психофизический) инфантилизм, который имеет 2 формы – неосложненный и осложненный.
- 2) возможность возникновения ЗПР за счет **нейродинамических расстройств, тормозящих развитие познавательной деятельности.** При данном типе ЗПР состояние дизонтогенеза является более стойким и обычно нуждается в психолого-педагогической коррекции и лечебных мероприятиях. Результаты данного исследования стали стимулом для организации специальных образовательных учреждений для детей с ЗПР – классов коррекционно-развивающего обучения (КРО) и специальных (коррекционных) школ VII вида.

Характеристика классификации ЗПР Т.А. Власовой и М.С. Певзнер

№ п/п	Параметры	ЗПР, обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом	ЗПР, обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями
1	Этиология	Перенесенные в раннем детском возрасте негрубые инфекционные, обменные, токсико-дистрофирующие заболевания.	Функциональная недостаточность нервной системы.
2	Патогенез развития	Замедление созревания лобных систем.	Нарушения интеллектуальной работоспособности вследствие повышенной психической истощаемости, низкий психический тонус, явления психофизической заторможенности или гипердинамии.
3	Преобладающие факторы развития	Эмоционально-волевая незрелость – явления психического инфантилизма с преобладанием психической неустойчивости или тормозимости.	Нейродинамические, в первую очередь церебрастенические, и энцефалопатические расстройства.

3. Классификация ЗПР К.С. Лебединской

В клинической систематике ЗПР, предпринятой К.С. Лебединской, типы ЗПР дифференцированы по **этиопатогенетическому принципу. Согласно данной классификации нарушение развития, квалифицируемое как задержка психического развития, встречается значительно чаще других, более грубых нарушений психического онтогенеза. Каждый из выделенных типов (**ЗПР конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения**) имеет свои особенности эмоциональной незрелости, нарушений познавательной деятельности и нередко осложнен рядом болезненных признаков – соматических, энцефалопатических, неврологических. Данные типы ЗПР дифференцируются в зависимости от соотношения инфантилизма и нейродинамических расстройств. Охарактеризуем типы ЗПР в соответствии с классификацией К.С. Лебединской.**

Характеристика классификации ЗПР К.С. Лебединской

№ п/п	Параметры	ЗПР конституционального происхождения	ЗПР соматогенного происхождения	ЗПР психогенного происхождения	ЗПР церебрально-органического происхождения
1	Причины	<p>1) наследственное происхождение</p> <p>2) следствие негрубых обменно-трофических расстройств внутриутробного развития или периода первых лет жизни</p>	<p>1) длительная соматическая недостаточность (хронические инфекции и аллергические состояния, врожденные и приобретенные пороки развития соматической сферы, в первую очередь сердца);</p> <p>2) стойкая астения</p>	<p>неблагоприятные условия воспитания, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка:</p> <p>1) гипоопека;</p> <p>2) гиперопека;</p> <p>3) воспитание в условиях грубости, жестокости, агрессии в семье, как по отношению к ребенку, так и к другим членам семьи</p>	<p>1) патологии беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и др.)</p> <p>2) недоношенности</p> <p>3) асфиксии и травмы в родах</p> <p>4) постнатальных нейроинфекций, токсико-дистрофирующих заболевания первых лет жизни</p>

№ п/п	Параметры	ЗПР конституционального происхождения	ЗПР соматогенного происхождения	ЗПР психогенного происхождения	ЗПР церебрально-органического происхождения
2	Ядерные признаки	<p>1)эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития в сравнении со сверстниками</p> <p>2)в поведении преобладают эмоциональная мотивация поведения, повышенный фон настроения, не посредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость</p>	невротические наслонения – неуверенность, боязливость, капризность, что связано с ощущением физической неполноценности или спровоцировано режимом ограничений и запретов	стойкие сдвиги нервно-психической сферы, нарушение первоначально вегетативных функций, а в дальнейшем и психического (прежде всего эмоционального) развития, низкая произвольность поведения, отсутствие инициативы, низкий уровень развития познавательной деятельности	частое замедление смены возрастных фаз развития: запазды вание формирования статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности. В соматическом состоянии наряду с частыми признаками задержки физического развития (недоразвитие роста, мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса) нередко констатироваться общая гипотрофия и различные виды диспластичности телосложения

№ п/п	Параметры	ЗПР конституционального происхождения	ЗПР соматогенного происхождения	ЗПР психогенного происхождения	ЗПР церебрально-органического происхождения
3	Типы	<p>1) гармонический психический инфантилизм (черты эмоционально-волевой незрелости выступают в наиболее чистом виде)</p> <p>2) гармонический психофизический инфантилизм (черты эмоционально-волевой незрелости сочетаются с инфантильным типом телосложения)</p>	-	<p>1) тип, возникающий в условиях гипоопеки – дети с аффективной лабильностью, повышенной внушаемостью</p> <p>2) тип, возникающий в условиях гиперопеки – не формируются произвольность поведения, черты самостоятельности, инициативности, ответственности, характерен эгоцентризм</p> <p>3) воспитание в условиях грубости, жестокости, агрессии в семье – личность характеризуется боязливостью, недостаточной самостоятельностью и малой активностью</p>	<p>1) неустойчивый тип – психомоторная расторможенность, эйфорический оттенок настроения, импульсивность, малая способность к волевому усилию, отсутствие стойких привязанностей при повышенной внушаемости</p> <p>2) тормозимый тип – преобладает пониженный фон настроения, боязливость</p>

№ п/п	Параметры	ЗПР конституционального происхождения	ЗПР соматогенного происхождения	ЗПР психогенного происхождения	ЗПР церебрально-органического происхождения
4	Наличие нейродинамических нарушений	явления незрелости или функциональной ослабленности модально-специфических корковых функций, лабильность и повышенная истощаемость психического тонуса, с преобладанием лабильности	явления незрелости или функциональной ослабленности модально-специфических корковых функций, лабильность и повышенная истощаемость психического тонуса, с преобладанием истощаемости	отсутствуют	<p>1) незрелость мозга, в первую очередь корковых отделов мозга, нередко сочетается с признаками локального поражения мозговых структур</p> <p>2) минимальные мозговые дисфункции (ММД) – легкая степень церебральной недостаточности</p> <p>3) нейродинамические расстройства характеризуются инертностью, ригидностью, замедленностью психических процессов, с возможностью постепенной вработываемости в деятельность</p>

№	Параметры	ЗПР конституционального происхождения	ЗПР соматогенного происхождения	ЗПР психогенного происхождения	ЗПР церебрально-органического происхождения
5	Особенности учебной деятельности и обучаемость	затруднения в обучении связаны с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладанием игровых интересов над учебными	нарушение учебной деятельности на фоне патологического утомления	трудности формирования навыков учебной деятельности, самоорганизации и самоконтроля, недостаточная произвольность поведения, низкая познавательная активность на занятиях, нежелание учиться	слабое осознание способов выполнения деятельности, процесс решения мыслительной задачи вызывает трудности: в анализе предметно-действенной ситуации, в установлении связи между величинами, в выборе и обосновании необходимого действия, в формулировании ответа; часто действует импульсивно, неосознанно, не может охватить всех зависимостей, составляющих содержание задачи

4. Классификация ЗПР Ю.Г. Демьянова.

Согласно Ю.Г. Демьянову, **ЗПР часто комбинируется с различными формами дизонтогенеза**, при этом сочетаются различные симптомы – замедление темпа одних психических функций, стойкое недоразвитие других и нарушение структуры третьих. При этом подход Ю.Г. Демьянова к пониманию ЗПР от подхода В.В. Лебединского. В.В. Лебединский характеризует ЗПР как специфическое нарушение психического развития, отличающееся от других форм дизонтогенеза, а Ю.Г. Демьянов понятие ЗПР рассматривает более широко и включает в него **все виды нарушений психического развития** (кроме умственной отсталости), при которых имеются **отклонения в психическом развитии и снижение интеллекта**. Таким образом, Ю.Г. Демьянов выделяет 10 форм ЗПР:

- 1) ЗПР с цереброастеническим синдромом
- 2) ЗПР при психофизическом инфантилизме
- 3) ЗПР с невропатоподобным синдромом
- 4) ЗПР с психопатоподобными синдромами
- 5) ЗПР при детских церебральных параличах
- 6) ЗПР при общем недоразвитии речи
- 7) ЗПР при тяжелых дефектах слуха
- 8) ЗПР при нарушениях зрения
- 9) ЗПР при тяжелых соматических заболеваниях
- 10) ЗПР при тяжелой семейно-бытовой запущенности

1. ЗПР с цереброастеническим синдромом

Этиология	Ядерные признаки	Возрастные особенности
<p>1) биологические факторы:</p> <ul style="list-style-type: none">- негрубые нарушения течения беременности и родов- истощающие соматические заболевания и черепно-мозговые травмы в первые годы жизни <p>2) социальные факторы:</p> <ul style="list-style-type: none">- неблагоприятные семейные отношения- педагогическая запущенность	<p>быстрая истощаемость внимания, утомляемость, сужение объема зрительной и слуховой памяти, трудности запоминания последовательности (движений, графических изображений, времен года, стихотворений и др.)</p>	<p>в <i>дошкольном</i> возрасте – отставание в развитии устной речи</p> <p>в <i>младшем школьном</i> возрасте – трудности овладения чтением, письмом, счетом, пассивность, вялость в учебной деятельности, иногда раздражительность</p>

2. Психофизический инфантилизм

Типология	Этиология	Ядерные признаки и возрастные особенности
1) гармонический психофизический инфантилизм	1) наследственные факторы 2) истощающие заболевания в раннем периоде	При достаточно явной моторной и эмоциональной незрелости нет существенных нарушений познавательной деятельности. Прогноз психического развития благоприятный. <i>В дошкольном возрасте</i> – отставание психофизического развития на 2-3 года, незрелость эмоционально-волевой сферы, в <i>младшем школьном возрасте</i> доминируют игровые интересы над учебными, наивность в рассуждениях.
2) дисгармонический психический инфантилизм	негрубые повреждения головного мозга в раннем периоде	Характерна эмоциональная неустойчивость, неспособность к длительному интеллектуальному напряжению, повышенная переключаемость, патологическая инертность внимания, ограниченный объем памяти, замедленность протекания мыслительных операций, склонность к конфликтам, агрессивности, эгоистичность, отсутствие самокритичности.
3) психофизический инфантилизм при эндокринной недостаточности	нарушения обмена веществ в раннем периоде	Диспластичное телосложение, в моторной сфере неуклюжесть движений, нарушение координации, синхронности и последовательности движений.

3. ЗПР с невропатоподобным синдромом

Этиология	Ядерные признаки	Возрастные особенности
<p>Легкая органическая недостаточность мозга вследствие патологических факторов на раннем этапе</p>	<p>1) признаки дисфункции вегетативной нервной системы: срыгивание, рвота, нарушение чередования сна и бодрствования, беспокойный сон, энурез и др.;</p> <p>2) психологические особенности: эмоциональная неустойчивость, излишняя отвлекаемость, впечатлительность, обидчивость, плаксивость, склонность к невротическим реакциям.</p>	<p>Раннее психомоторное развитие проходит в пределах нормы, однако сопровождается крикливостью, подвижностью, склонность к капризам. В школьном возрасте трудности усвоения знаний, дисграфия, дискалькулия, конфликты с учителями. В результате школьной неуспеваемости усиливающиеся невротические реакции – страхи, нежелание посещать школу.</p>

4. ЗПР с психопатоподобными синдромами

Этиология	Типология	Ядерные признаки	Возрастные особенности
<p>Раннее поражение структур головного мозга комбинируется с искаженным формированием личности</p>	<p>1) ЗПР с синдромом гиперактивности</p>	<p>Движения хаотичны, при конфликтах агрессивны, но без жестокости, наблюдается упрямство, аффективная напряженность. Относительная сохранность памяти и мыслительных операций, нарушение концентрации внимания при осуществлении интеллектуальных операций.</p>	<p>Школьная неуспеваемость обусловлена недостаточной системностью мыслительной деятельности, отсутствием планомерности при решении задач и усвоении знаний. После подросткового периода происходит постепенное сглаживание симптоматики, улучшение поведения и отношения к школе или усложнение деформации личности.</p>
	<p>2) ЗПР с синдромом гипоактивности</p>	<p>Движения замедленны, замедленное включение в различные виды деятельности, замедленность восприятия и понимания речи. Психические процессы характеризуются инертностью. Стереотипность мышления, отсутствие творческой активности.</p>	<p>С раннего возраста замедленный темп психомоторного развития. В дошкольном возрасте отсроченное реагирование на поведение других детей в игре.</p>
	<p>3) ЗПР с аутистическим синдромом</p>	<p>Нарушение моторики, двигательные стереотипы. Нарушения звукопроизношения, просодики, речевые штампы. При относительной сохранности вербального мышления задержано развитие невербального.</p>	<p>С раннего возраста проявляется аутичность – не стремятся к общению, к игре, избирательно контактируют со взрослыми. Учебная деятельность таких детей не интересует и вызывает трудности, осложняясь недостаточной сосредоточенностью, целенаправленностью. Обнаруживаются нарушения чтения, письма, счета.</p>

5. ЗПР при детских церебральных параличах

Этиология	Ядерные признаки	Типология	Особенности
1) грубая неврологическая симптоматика 2) двигательная недостаточность	Нарушения тактильной и кинестетической чувствительности расстройство зрительно-пространственных функций нарушения гнозиса, астереогноз праксиса, агнозопракии. Наблюдаются неврозоподобные симптомы, депрессии, страхи.	1) спастическая и гемипаретическая формы	Преобладают нарушения наглядно-образного мышления в сравнении с вербально-логическим. Эмоциональная сфера характеризуется сензитивностью, излишней впечатлительностью, переживанием своего дефекта.
		2) гиперкинетическая форма	Преобладают нарушения вербально-логического мышления при относительной сохранности наглядно-образного мышления, при этом темп мышления замедлен. В поведении наблюдаются снижение самокритики, бестактность, назойливость, эгоцентричность.

6. ЗПР при общем недоразвитии речи, тяжелых дефектах слуха и зрения

Типология	Ядерные признаки	Возрастные особенности
1) ЗПР при общем недоразвитии речи	Наглядно-действенное и наглядно-образное мышление развивается без особых отклонений, словесно-логическое – задерживается.	Трудности школьного обучения, возникновение дислексии, дисграфии, дискалькулии.
2) ЗПР при тяжелых нарушениях слуха	Наглядно-действенное и наглядно-образное мышление развиваются без отклонений, вербально-логическое – задерживается. Трудности формирования понятий, процессов обобщения, абстракции.	В подростковом возрасте у детей с тяжелым нарушением слуха наблюдается переживание своего дефекта, чувство неполноценности, черты инфантилизма, недостаточная самостоятельность, повышенная самооценка.
3) ЗПР при нарушениях зрения	Отставание в формировании моторной сферы, нарушения пространственных функций, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. Нарушено участие ребенка в различных видах деятельности – предметно-манипулятивной, игровой.	В школе замкнут, эгоистичен, тревожно-мнителен. В дальнейшем обнаруживается склонность к самоанализу. В качестве компенсаторных реакций формируется склонность к педантизму.

7. ЗПР при тяжелых соматических заболеваниях

Этиология	Ядерные признаки
Длительные соматические заболевания, астенический синдром.	Повышенная истощаемость произвольного внимания, памяти, мышления, недостаточная скорость запоминания и обработки информации. Эмоциональная неустойчивость, обидчивость, сензитивность, склонность к обидам, иногда невротические реакции.

8. ЗПР при тяжелой семейно-бытовой запущенности

Этиология	Ядерные признаки	Возрастные особенности
<p>Эмоциональная и сенсорная депривация при тяжелой семейно-бытовой запущенности</p>	<p>Ограниченный объем представлений об окружающем мире, знания бессистемны, поверхностны, неточны. Слабость волевых усилий, неумение планировать свою деятельность.</p>	<p>При поступлении в школу обнаруживаются неготовность к обучению, в первом классе проявляются страхи школьного обучения, школьная дезадаптация. Трудности в овладении школьными навыками, чтением, письмом и счетом.</p>