Тема лекции: Классификация форм задержки психического развития

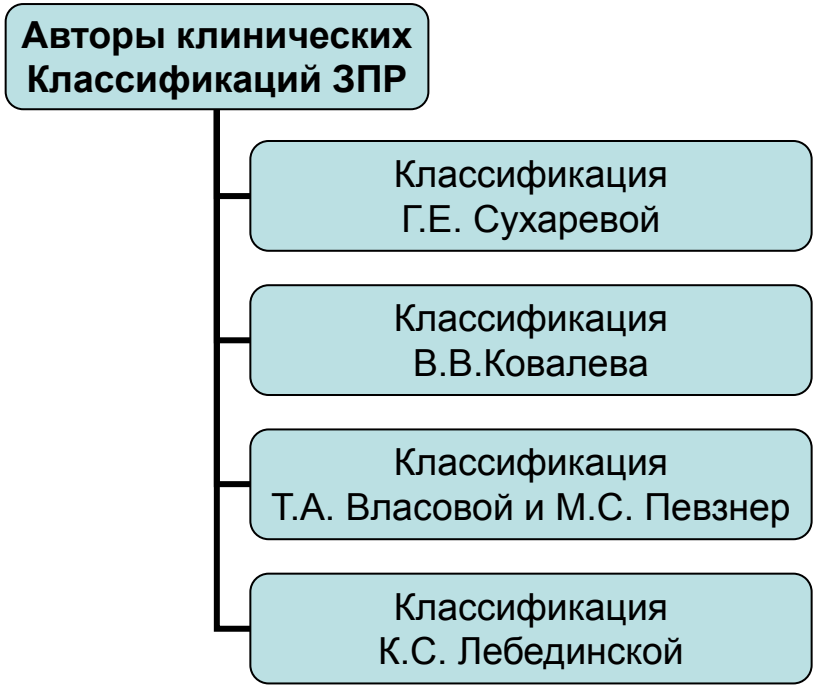
- ***Лектор: кандидат педагогических наук, доцент кафедры специальной педагогики и психологии БГПУ им. М. Акмуллы Фатихова Лидия Фаварисовна***

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

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-дистрофирующим 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	1)наследственное происхождение 2)следствие негрубых обменно-трофических расстройств внутриутробного развития или периода первых лет жизни	1) длительная соматическая недостаточность (хронические инфекции и аллергические состояния, врож денные и приобретенные пороки развития соматической сферы, в первую очередь сердца); 2)стойкая астения	неблагоприятные условия воспитания, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка: 1)гипоопека; 2)гиперопека; 3)воспитание в условиях грубости, жестокости, агрессии в семье, как по отношению к ребенку, так и к другим членам семьи	1)патологии беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и др.) 2)недоношенности 3)асфиксии и травмы в родах 4)постнатальных нейроинфекций, токсико-дистрофирующих заболевания первых лет жизни

№ п/п	Параметры	ЗПР конституционального происхождения	ЗПР соматогенного происхождения	ЗПР психогенного происхождения	ЗПР церебрально-органического происхождения
2	Ядерные признаки	1)эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития в сравнении со сверстниками 2)в поведении преобладают эмо циональная мотивация поведения, повышенный фон настроения, не посредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость	невротические наслоения – неуверенность, боязливость, капризность, что связано с ощущением фи зической 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	1) гармонический психический инфантилизм (черты эмоционально-волевой незрелости выступают в наиболее чистом виде) 2) гармонический психофизический инфантилизм (черты эмоционально-волевой незрелости сочетаются с инфантильным типом телосложения)	-	1) тип, возникающий в условиях гипоопеки – дети с аффективной лабильностью, повышенной внушаемостью 2) тип, возникающий в условиях гиперопеки – не формируются произвольность поведения, черты самостоятельности, инициативности, ответственности, характерен эгоцентризм 3) воспитание в условиях грубости, жестокости, агрессии в семье – личность характеризуется боязливостью, недостаточной самостоятельностью и малой активностью	1) неустойчивый тип –психомоторная расторможенность, эйфорический оттенок настроения, импульсивность, малая способность к волевому усилию, отсутствие стойких привязанностей при повышенной внушаемости 2) тормозимый тип – преобладает пониженный фон настроения, боязливость

№ 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	1) незрелость мозга, в первую очередь корковых отделов мозга, нередко сочетается с признаками локального поражения мозговых структур 2) минимальные мозговые дисфункции (ММД) – легкая степень церебральной недостаточности 3) нейродинамические расстройства характеризуются инертностью, ригидностью, замедленностью психических процессов, с возможностью постепенной врабатываемости в деятельность

№	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
1) биологические факторы: - негрубые нарушения течения беременности и родов - истощающие соматические заболевания и черепно-мозговые травмы в первые годы жизни 2) социальные факторы: - неблагоприятные семейные отношения - педагогическая запущенность	быстрая истощаемость внимания, утомляемость, сужение объема зрительной и слуховой памяти, трудности запоминания последовательности (движений, графических изображений, времен года, стихотворений и др.)	в *дошкольном возрасте* – отставание в развитии устной речи в *младшем школьном возрасте* – трудности овладения чтение, письмом, счетом, пассивность, вялость в учебной деятельности, иногда раздражительность

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. В *дошкольном возрасте* – отставание психофизического развития на 2-3 года, незрелость эмоционально-волевой сферы, в *младшем школьном возрасте* 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
Легкая органическая недостаточность мозга вследствие патологических факторов на раннем этапе	1) признаки дисфункции вегетативной нервной системы: срыгивание, рвота, нарушение чередования сна и бодрствования, беспокойный сон, энурез и др.; 2) психологические особенности: эмоциональная неустойчивость, излишняя отвлекаемость, впечатлительность, обидчивость, плаксивость, склонность к невротическим реакциям.	Раннее психомоторное развитие проходит в пределах нормы, однако сопровождается крикливостью, подвижность, 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.

4. ЗПР с психопатоподобными синдромами

Этиология	Типология	Ядерные признаки	Возрастные особенности
Ранее поражение структур головного мозга комбинируется с искаженным формированием личности	1) ЗПР с синдромом гиперактивности	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.	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.
	2) ЗПР с синдромом гипоактивности	Движения замедленны, замедленное включение в различные виды деятельности, замедленность восприятия и понимания речи. Психические процессы характеризуются инертностью. Стереотипность мышления, отсутствие творческой активности.	С раннего возраста замедленный темп психомоторного развития. В дошкольном возрасте отсроченное реагирование на поведение других детей в игре.
	3) ЗПР с аутистическим синдромом	Нарушение моторики, двигательные стереотипы. Нарушения звукопроизношения, просодики, речевые штампы. При относительной сохранности внрального мышления задержано развитие невербального.	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.

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 замедленен. 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
Эмоциональная и сенсорная депривация при тяжелой семейно-бытовой запущенности	Ограниченный объем представлений об окружающем мире, знания бессистемны, поверхностны, неточны. Слабость волевых усилий, неумение планировать свою деятельность.	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.