





Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Документ используется как ведущая статистическая классификационная основа в здравоохранении.

Периодически (раз в десять лет) пересматривается под руководством ВОЗ. МКБ-10 является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов.

КЛАССЫ МКБ-10

- I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
- II Новообразования
- III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
- IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
- V Психические расстройства и расстройства поведения
- VI Болезни нервной системы
- VII Болезни глаза и его придаточного аппарата
- VIII Болезни уха и сосцевидного отростка
- IX Болезни системы кровообращения
- X Болезни органов дыхания
- XI Болезни органов пищеварения
- XII Болезни кожи и подкожной клетчатки
- XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

Класс V

Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)

Этот класс содержит следующие блоки:

- F 00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства
- F10-F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ
- F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
- F30-F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)
- F 40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
- F 50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
- F70-F79 Умственная отсталость
- F 80-F89 Расстройства психологического развития**
- F 90-F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
- F99 Неуточнённые психические расстройства

ЗПР- это специфические расстройства учебной деятельности и поведения.

F81 Специфические расстройства развития учебных навыков

- F81.0 Специфическое расстройство чтения
- F81.1 Специфическое расстройство спеллингования
- F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков
- F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков
- F81.8 Другие расстройства развития учебных навыков
- F81.9 Расстройство развития учебных навыков

F84 Общие расстройства психологического развития

- 84.0 Аутизм
- 84.1 Атипичный аутизм
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Другие дезинтегративное расстройство детского возраста
- F8 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Др. общие расстройства развития
- F84.9 Общее расстройство развития неуточненные

Онтогенез (в психологии)— индивидуальное развитие человека, совокупность преобразований (морфологических, физиологических, биохимических и др.) от рождения и до конца жизни.

Дизонтогенез— это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза.

Психический дизонтогенез — патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

Гетерохронность развития- разновременность, асинхронность, несовпадение во времени фаз развития отдельных органов и функций.

Парциальная дефицитарность- частичное недоразвитие каких-либо ВПФ.

Полиморфное нарушение - сочетанное, многоуровневое нарушение развития.

Энцефалопатия— общее название для невоспалительных (в отличие от энцефалита) заболеваний головного мозга. Энцефалопатия бывает врождённая и приобретённая (например, органические поражения головного мозга, связанные с отравлениями, инфекциями, алкоголизмом, травмами, гиповитаминозами, сосудистыми заболеваниями головного мозга, нехватка витамина В1). Проявления: в основном неврозоподобные и психопатоподобные.

Церебрастенический синдром возникает после перенесенной травмы, различных инфекций, в особенности после менингитов и энцефалитов, в результате действия токсических факторов, а также пре- и перинатальной патологии (гипоксии, травмы). Этот синдром характеризуется раздражительной слабостью и слабостью активного торможения. Дети становятся раздражительными, возбудимыми, плаксивыми, легко утомляются, быстро истощаются, плохо спят, впечатлительность повышена.

Резидуально-органическое поражение ЦНС группа разнообразных нервно-психических нарушений у детей и подростков, обусловленных относительно стойкими последствиями органических поражений головного мозга.

Задержка психического развития относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций.

Причины возникновения ЗПР :

1. Биологические:

- патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;
- недоношенность;
- асфиксия и травмы при родах;
- заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребенка;
- генетическая обусловленность.

2. Социальные:

- длительное ограничение жизнедеятельности ребенка;
- неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребенка.

В современной психологии существует 2 подхода к классификации ЗПР:

Медицинский: на основе неврологического анализа у детей раннего возраста выделяется 2 типа ЗПР:

- *Доброкачественное или неспецифическое. Оно не связано с повреждением мозга и с возрастом компенсируется при благоприятных условиях внешней среды даже без специфических мероприятий. Проявляется в запаздывании двигательных функций.*
- *Специфическая или церебрально-органическая задержка развития, связанная с повреждением мозговых структур и частичном отставании их функций.*

Педагогический: в основе классификации- этиопатогенетический подход (т.е. учитывает причины и течение расстройства).
Предложена К.С. Лебединской в 1980 году.

ЗПР конституционального происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм). Инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с "детскостью" мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении. К поступлению в школу у этих детей наблюдается несоответствие психического возраста и паспортного возраста, у семилетнего ребенка он может быть соотнесен с детьми 4 – 5 лет. **Незрелость эмоционально-волевой сферы приводит к недоразвития познавательной деятельности.**

Прогноз развития благоприятный при условии целенаправленного психолого-педагогического воздействия, доступных ребенку занятий в игровой форме, положительном контакте с учителем. Такие дети компенсируются к 10 – 12 годам. Особое внимание необходимо уделить на развитие эмоционально-волевой сферы.

ЗПР соматогенного происхождения. Задержка развития – следствие перенесенных в раннем детстве заболеваний: хронические инфекции, аллергии и т.д. первичный интеллект не снижается, но в силу своей истощенности оказывается нетрудоспособным в процессе школьных занятий. Детей характеризуют явления стойкой физической и психической астении (нервно-психическая слабость клеток головного мозга), что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности как робость, боязливость. Эмоционально-волевая сфера отличается незрелостью при относительно сохраненном интеллекте. Склонны фиксировать внимание на своем самочувствии и могут воспользоваться этими способностями для того, чтобы избежать трудностей. Испытывают трудности в адаптации к новой среде.

Прогноз развития благоприятный при условии систематической медицинской и психолого-педагогической помощи.

ЗПР психогенного генеза. Дети этой группы имеют нормальное физическое развитие, функционально полноценные мозговые системы, соматически здоровы. ЗПР обусловлено неблагоприятными условиями воспитания или психотравмирующими ситуациями.

При названном варианте ЗПР на первый план также выступают нарушения в эмоционально-волевой сфере, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции поведения. У детей беден запас знаний и представлений, они не способны к длительным интеллектуальным усилиям. Звукопризнание нарушено полиморфно в 90% случаев.

Прогноз развития благоприятный при условии систематической логопедической, психолого-педагогической помощи и отсутствия травмирующей ситуации.

ЗПР церебрально-органического генеза. При этом варианте ЗПР сочетаются черты незрелости и различной степени поврежденности ряда психических функций. В зависимости от их соотношения выделяются две категории детей

группа "А" - в психологической структуре ЗПР сочетаются несформированность эмоционально-волевой сферы (эти явления преобладают) и познавательной деятельности, выявляется негрубая неврологическая симптоматика.

группа "Б"- в структуре дефекта преобладают интеллектуальные нарушения.

В обоих случаях страдают функции регуляции психической деятельности: при первом варианте в большей степени страдает звено контроля;

Прогноз в значительной степени зависит от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики его развития. При преобладании общих нейродинамических расстройств прогноз достаточно благоприятен. При их сочетании с выраженной дефицитарностью отдельных корковых функций необходима массированная психолого-педагогическая, логопедическая коррекция, осуществляемая в условиях специализированного детского сада.

У детей с ЗПР проявляются следующие синдромы:

1) **синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)**. В проявлениях этого синдрома у детей сочетаются: ослабление направленного внимания, снижение концентрации и сосредоточенности, повышение неустойчивости и отвлекаемости внимания с выраженными изменениями поведения, двигательной расторможенностью, нескоординированностью процессов возбуждения и торможения.

2) **синдром психического инфантилизма**. Основные проявления синдрома:

- неадекватная самооценка,
- несформированность мотивационной сферы, проявляющаяся в невозможности соподчинения мотивов, желаний;
- нескоординированность эмоциональных процессов

3) **церебрастенический синдром**. Характеризуется низкой устойчивостью нервной системы к умственной и физической нагрузке. Церебрастенические расстройства могут возникать при различных нарушениях мозговой деятельности, чаще всего - при гипертензионно-гидроцефальном синдроме (повышении внутричерепного давления). Для таких детей характерны моторная неловкость, нарушения мелкой моторики. Неустойчивый эмоциональный тонус, характерна резкая смена настроения, плаксивость, склонность к апатии.

4) **психоорганический синдром**. Проявляется в виде вялости, замедленности любой деятельности, слабости побуждений, инертности. У некоторых детей инертность и медлительность умственной деятельности сосуществует с двигательной расторможенностью. Проявиться психоорганический синдром может в психомоторной расторможенности и нарушении целенаправленной деятельности.

Внимание

Дети на занятии рассеяны, не могут работать более 10-15 мин. Это вызывает реакцию раздражения, нежелания работать. У детей с ЗПР ослабленное внимание к вербальной (словесной) информации, даже если повествование будет интересным, захватывающим. Дети теряют нить повествования или вопроса при малейшем раздражителе (стук в дверь).

Специфика формирования внимания у детей с ЗПР состоит в том, что в зависимости от структуры дефекта, дефицит внимания можно разделить на 2 направления:

Ведущий фактор в структуре дефекта — нарушение регуляции Дети этой группы характеризуются неустойчивым вниманием, импульсивностью, истощаемостью, сочетающимися с относительно высоким уровнем развития познавательной деятельности (памяти, наглядно-образного и словесно-логического мышления).. При коррекционной работе с этой группой необходимо дозирование заданий во времени, использование приемов, способствующих формированию произвольного внимания, развитию самоконтроля и др.

Ведущий фактор в структуре дефекта - недоразвитие познавательных процессов, сочетающихся с медленным темпом деятельности, более узким объемом внимания и кратковременной памяти, проявляющимся в результатах выполнения различных заданий. Формирование произвольного внимания у детей этой группы должно осуществляться во взаимосвязи с развитием мышления и речи.

Память.

Память детей с ЗПР отличается качественным своеобразием. В первую очередь у детей ограничен объем памяти и снижена прочность запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память. Выраженность этого дефекта зависит от происхождения ЗПР. При правильном подходе к обучению, дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания. Дети с ЗПР в единицу времени воспринимают меньший объем информации.

Особенности восприятия:

- недостаточность, ограниченность, фрагментарность знаний об окружающем мире;
- нарушены предметность и структурность (затруднено узнавание предмета в непривычном ракурсе, не всегда узнают и смешивают сходные по начертанию буквы и элементы букв);
- страдает целостность восприятия(дети с ЗПР испытывают трудности при вычленении отдельных элементов из объекта, которое воспринимают как единое целое, затрудняются достроить, угадать объект по какой-либо его части. Значительное замедление процесса переработки поступающей информации, чем у обычного ребенка. Различия становятся более заметны по мере усложнения объекта, условий). ***Нарушены не только отдельные свойства восприятия, но и восприятие как деятельность.***
- свойственна пассивность восприятия (подмена более сложной задачи простой), затруднения в ориентировке в пространстве;
- затруднена ориентировочно-исследовательская деятельность, направленная на исследование свойств и качеств предметов.

- Требуется большее количество практических проб и примериваний при решении наглядно-практических задач, дети затрудняются в обследовании предмета.
- могут практически соотносить предметы по цвету, форме, величине, но их сенсорный опыт долго не обобщается и не закрепляется в слове, отмечаются ошибки при назывании признаков цвета, формы, величины. **Таким образом, эталонные представления не формируются своевременно.**
- ребенок, называя основные цвета, затрудняется в названиях промежуточных цветовых оттенков. Не использует слова, обозначающие величины ("длинный - короткий", "широкий - узкий", "высокий - низкий" и т.д.), а пользуется словами "большой - маленький".
- недостатки сенсорного развития и речи влияют на формирование сферы образов-представлений.
- из-за слабости анализирующего восприятия ребенок затрудняется в выделении основных составных частей предмета, определении их пространственного взаимного расположения.
- замедленный темп формирования способности воспринимать целостный образ предмета.
- недостаточность тактильно-двигательного восприятия, которое выражается в недостаточной дифференцированности кинестетических и тактильных ощущений (температуры, фактуры материала, свойства поверхности, формы, величины), т.е. когда у ребенка затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.
- замедлен процесс формирования межанализаторных связей, которые лежат в основе сложных видов деятельности. недостатки зрительно моторной и слухозрительно-моторной координации

Мышление

Отставание на уровне наглядных форм мышления:

- возникают трудности в формировании сферы образов-представлений;
- отмечается подражательный характер деятельности детей с ЗПР;
- несформированность способности к творческому созданию новых образов;
- замедлен процесс формирования мыслительных операций.

К старшему дошкольному возрасту у детей с ЗПР еще не сформирован соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления :

дети не выделяют существенных признаков при обобщении, а обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам.

- затрудняются при сравнении предметов, производя их сравнение по случайным признакам, при этом затрудняются даже в выделении признаков различия. Однако, дошкольники с ЗПР, после получения помощи, выполняют предложенные задания на более высоком, близком к норме уровне.

У большинства детей с ЗПР уровень развития **наглядно-действенного** мышления у этих детей в норме. Они правильно выполняют задание, но некоторым требуется стимулирующее задание. **Наглядно-образное** мышление: большинству требуется многократное повторение задания и оказание некоторых видов помощи, но есть такие, которые и с помощью с заданием не справляются. **Словесно-логическое мышление у большинства не развито.**

В зависимости от особенности и развития мышления детей с ЗПР можно разделить

на 3 группы:

1. Дети с нормальным развитием мыслительных операций, но снижен показатель познавательной активности.
2. Дети с неравномерным проявлением познавательной активности и продуктивности выполнения заданий.
3. Сочетание низкого уровня продуктивности и отсутствие познавательной активности

Речь(нарушена вторично)

Нарушения речи носят системный характер и входят в структуру дефекта.

- Импрессивная сторона речи характеризуется недостаточной дифференциацией восприятия речевых звуков, оттенков речи.
- Экспрессивной стороне речи характерен бедный словарный запас (речь состоит из существительных и глаголов);
- нарушено звукопроизношение, небогато сформирована лексико-грамматическая сторона речи (стакан вместо кружка, цветы – клумба, смешение слов с разным значением, но близких по звуковому составу: пояс – поезд, не улавливают разницу: вышивает – шьет, употребляют слова в приблизительном, неточном значении: сад – дерево, шляпа – шапка, наименование заменяет описанием предмета или действием), наличие аграмматизмов, дефекты артикуляционного аппарата.
- Особенность:** у детей ЗПР развитие словообразования затягивается до конца начальной школы. Дети не чувствуют норм языка. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа, и на вопросы педагога он отвечает правильно.

Отличия детей с ЗПР от умственной

отсталости:

- **Структура дефекта:** при ЗПР характерно парциальность, многозначность в развитии всех компонентов психической деятельности ребенка. Для УО характерно диффузное, размытое повреждение коры головного мозга.
- **Потенциал возможности развития познавательной деятельности:** в сравнении с УО детьми, у детей с ЗПР гораздо выше потенциал развития познавательной деятельности, в особенности высших форм: мышления, общения, сравнения, анализа и синтеза.
- **Мыслительные функции:** УО- значительное снижение интеллекта, ЗПР -страдают предпосылки интеллектуальной деятельности: внимание, речь, фонематический слух.
- **Динамика развития мыслительной деятельности:** для детей с ЗПР характерна скачкообразность, УО- ригидность (негибкость, неподатливость) мыслительной деятельности.
- **Принятие помощи:** дети с с ЗПР в комфортных для них условиях и в процессе целенаправленного воспитания и обучения способны сотрудничать со взрослыми, что не наблюдается у детей УО. Дети ЗПР легко принимают помощь продвинутого сверстника.

• **Игровое предъявление задания** повышает продуктивность деятельности детей с ЗПР в то время, как УО оно может служить поводом для непроизвольного соскальзывания внимания ребенка с выполнения задания, чаще, если задание на пределе возможности ребенка.

• **Игровая деятельность:** для детей ЗПР носит более эмоциональный характер. Мотивы определены целями деятельности, но содержание не развернуто, в ней (игре) отсутствует собственный замысел, воображение, умение представлять ситуацию в умственном плане. В отличие от нормального сверстника не переходят на уровень сюжетно-ролевой игры без специального обучения, а застревают на уровне сюжетной, когда дети УО застревают на предметной игровой деятельности.

• **Мотивация:** Для детей с ЗПР характерно больше ярких эмоций, которые позволяют сосредоточиться на выполнении задания, чем больше ребенок заинтересован заданием, тем выше результат

• **Изобразительная деятельность:** Большинство детей с ЗПР с дошкольного возраста достаточно владеют изобразительной деятельностью. УО дети без специального обучения изобразительной деятельности не возникает. Такой ребенок остается на уровне чириканья (кривые домики, головоногие череповики, буквы и цифры хаотично разбросаны по бумаге)

Отличие ЗПР от педагогической запущенности.

Педагогическая запущенность – устойчивое отклонение в сознании и поведении детей, обусловленное отрицательным влиянием среды и недостатками воспитания (трудные дети). У таких детей и детей ЗПР наблюдается внешнее сходство отклонений в поведении : конфликтность, нарушение правил поведения, отказ или уклон от требований, лживость, необязательность. **Причина возникновения отклонений у педагогически запущенных детей** – стойкие отклонения в нравственно-правовом сознании. **Данного ребенка можно назвать оппозиционером по убеждению (деяния совершают сознательно).** **Причинами отклонения поведения детей ЗПР являются слабые адаптационные механизмы личности, несбалансированность процессов возбуждения и торможения.** Для этого ребенка конфликт, отказ, ложь – наиболее простой способ взаимодействия со средой и в то же время способ самосохранения, самозащиты от отрицательных воздействий из вне. При таком стихийном формировании личности , ребенок приобретает асоциальные черты характера.