**Консультация для педагогов «Задержка психического развития»**

1. Актуальность

2. Понятие ЗПР

3. Причины

4. Классификация ЗПР

5. Особенности воспитания и обучения

1. Актуальность вопроса. Дети с ЗПР – многочисленная, обусловленная тенденцией к увеличению категория детей, разнородная по своему составу.

В последние годы количество детей с **задержкой психического развития** не только не снизилось, оно неуклонно растет. По данным НИИ дефектологии РАО, примерно 80% случаев систематической школьной неуспеваемости обусловлены различными состояниями интеллектуальной недостаточности, включая легкую умственную отсталость и так называемую **задержку психического развития**. Достаточного уровня школьной зрелости в 6-летнем возрасте достигают менее 50% детей, а **недоразвитие** познавательных способностей отмечается у каждого 10-го ребенка школьного возраста *(Т. Я. Сафонова, А. Д. Фролова)*. По данным Министерства образования РФ, за последние 10 лет количество детей с нарушением интеллекта снизилось на 14-15%, а количество детей с ЗПР увеличилось в 2 раза.

Число таких детей из года в год увеличивается, так как возрастают факторы риска, среди которых наиболее опасны: отягощенная наследственность, патология беременности или родов у матери, хронические заболевания у родителей, неблагоприятные экологические ситуации, профессиональные вредности у родителей до рождения ребенка, курение матери во время беременности, алкоголизм родителей, неполная семья, неблагоприятный **психологический** микроклимат в семье и в школе.

На сегодняшний день в научных исследованиях убедительно показано и подтверждено практикой, что наибольшие **педагогические** возможности для преодоления недостатков в **развитии** ребёнка имеются в период раннего и дошкольного детства, т. к. в этот период **психика наиболее пластична**. Поэтому очень важно уже в этот период оказать детям с ЗПР необходимую помощь.

2. Понятие ЗПР. Понятие *«****задержка развития****»* упоминается еще в **психиатрических** работах начала ХХ века. Состояния **задержанного развития**, описывались под разными названиями *«отстающие в****педагогическом отношении****»*, *«псевдонормальные»*, *«запоздавшие»*. Кащенко В. П. называл таких детей *«слабоодаренными»*, а П. П. Блонский - *«умственно****недоразвитыми****»*, находящимися между дебилами и нормальными детьми.

В своем классическом **психолого-педагогическом варианте термин***«****задержка психического развития****»* был озвучен Т. А. Власовой и М. С. Певзнер в 1960–1970-е гг. Это определение совершенно справедливо сопровождалось словом *«временная»*, тем самым однозначно декларировался тот факт, что через определенный срок эта **задержка компенсируется**(с помощью специалистов или без нее, ребенок догонит своих сверстников и его **развитие** войдет в условно-нормативное русло.

ЗПР – одна из наиболее распространенных форм **психических нарушений**. Это особый тип **психического развития ребенка**, характеризующийся незрелостью отдельных **психических и психомоторных функций или психики в целом**, формирующийся под влиянием наследственных, социально-средовых и **психологических факторов.**

ЗПР проявляется в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, которое обнаруживается в неумении сосредоточиться на выполняемом задании, в интеллектуальной недостаточности.

Для **психической** сферы детей с ЗПР типичным является сочетание частично недостаточных высших **психических** функций с сохранными. У одних детей преобладают черты эмоционально-личностной незрелости и страдает произвольная регуляция деятельности, у других снижена работоспособность, у третьих более выражены недостатки внимания, памяти, мышления. Так же можно наблюдать неравномерное **развитие психических процессов**(у одних детей будут более выражены трудности в **развитии внимания**, мышления, но может быть хорошо **развита память и т**. д.).

Стоит отметить, что только к 1980-1990гг., накопленные научные сведения и результаты опытно-экспериментальной работы по обучению и воспитанию этой категории детей, обеспечили научную основу для введения в структуру специального образования нового типа школ *(1981)* и дошкольных учреждений *(1990)* для детей с ЗПР.

3.Причины возникновения ЗПР можно разделить на две большие группы:

К причинам биологического характера относят:

1) различные варианты патологии беременности (тяжелые интоксикации, хронические внутриутробные гипоксии, вызванные повышенным давлением, астенией, курением матери, обострение хронических заболеваний матери; тяжелые формы токсикоза, резус-конфликт и т. д.);

2) недоношенность ребенка;

3) родовые травмы;

4) близнецовость;

5) различные соматические заболевания (тяжелые формы гриппа, рахит, хронические болезни – пороки внутренних органов, туберкулез, синдром нарушенного желудочно-кишечного всасывания и т. д.)

6) нетяжелые мозговые травмы.

Среди причин **социально-психологического** характера выделяют следующие:

1) ранний отрыв ребенка от матери и воспитание в полной изоляции в условиях социальной депривации;

2) дефицит полноценной, соответствующей возрасту деятельности: предметной, игровой, общение со взрослыми и т. д.

3) искаженные условия воспитания ребенка в семье *(гипоопека, гиперопека)* или же авторитарный тип воспитания.

Причины ЗПР зачастую носят комплексный характер.

4. Существует несколько классификаций **задержки психического развития**.

При систематике ЗПР Власова Т. А. и Певзнер М. С. выделяют две основные формы:

*Инфантилизм* – нарушение темпа созревания наиболее поздно формирующихся мозговых систем. Инфантилизм может быть гармонический (связан с нарушением функционального характера, незрелостью лобных структур) и дисгармонический *(обусловлен явлениями органики головного мозга)*;

*Астения* – резкая ослабленность соматического и неврологического характера, обусловленная функциональными и динамическими нарушениями центральной нервной системы. Астения может быть соматическая и церебрально – астеническая (повышенная истощаемость нервной системы).

Интересна классификация В. В. Ковалева *(1979)*. Он выделяет три варианта ЗПР, обусловленных влиянием биологических факторов:

- дизонтогенетический *(при состояниях****психического инфантилизма****)*;

- энцефалопатический *(при негрубых органических поражениях ЦНС)*;

- ЗПР вторичного характера при сенсорных дефектах (при ранних нарушениях зрения, слуха,

и четвертый вариант В. В. Ковалев связывает с ранней социальной депривацией.

В практике работы с детьми с ЗПР более широко используется классификация К. С. Лебединской (1980, разработанный на основе этиопатогенетического подхода *(в основе лежит причина****задержки****)*. В соответствии с данной классификацией различают четыре основных варианта ЗПР.

I. **Задержка психического развития конституционального происхождения**(гармонический **психический и психофизический инфантилизм**).

Причина: (м. б. генетическая предрасположенность, недоношенность, рахит, дети из двойни)

При данном варианте на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости. Инфантильность **психики** часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с "детскостью" мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении. Такие дети проявляют творчество в игре, эта деятельность для них наиболее привлекательна, в отличие учебной. Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе, школьную адаптацию. Этим детям нужно дозреть, возможно, пересидеть в д\с.

II. **Задержка психического развития** соматогенного генеза.

Причина: возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями - сердца, почек, эндокринной и пищеварительной систем и др.

Детей характеризуют явления стойкой физической и **психической астении**(истощаемость, утомляемость, что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности как робость, боязливость). Дети растут в условиях гиперопеки, ограничений и запретов, сужается круг общения, у них недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем. Нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью, не позволяет ребенку достичь оптимально уровня возрастного **развития**.

III. **Задержка психического развития психогенного генеза**. При раннем возникновении и длительном воздействии **психотравмирующих** факторов могут возникнуть стойкие сдвиги в **нервно-психической сфере ребенка**, что приводит к невротическим и неврозоподобным нарушениям, патологическому **развитию личности**. В условиях безнадзорности может наблюдаться **развитие** личности по неустойчивому типу: у ребенка преобладают импульсивные реакции, неумение тормозить свои эмоции. В условиях гиперопеки формируются эгоцентрические установки, неспособность к волевым усилиям, к труду.

В **психотравмирующих** условиях происходит невротическое **развитие личности**. У одних детей при этом наблюдаются негативизм и агрессивность, истерические проявления, у других - робость, боязливость, страхи, мутизм. Мутизм – патологическое состояние, характеризующееся полным молчанием при сохранении функций речевого аппарата, слуха и способности понимать речь. 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.

IV. **Задержка** церебрально-органического генеза.

Причины: в основе лежат ММД (легкие органические изменения центральной нервной системы, на фоне которых наблюдаются нарушения поведения и обучения, невротические реакции, речевые расстройства).

У детей этой группы отмечается явление церебральной астении, которое приводит к повышенной утомляемости, непереносимости дискомфорта, снижение работоспособности, слабая концентрация внимания, снижение памяти и, следствие этого, познавательная деятельность значительно снижена. Мыслительные операции не совершенны. Такие дети знания усваивают фрагментарно. Стойкое отставание в **развитии** интеллектуальной деятельности сочетаются у этой группы с незрелостью эмоционально-волевой сферы.

При этом варианте ЗПР сочетаются черты незрелости и различной степени поврежденности ряда **психических функций**. В зависимости от их соотношения выделяются две категории детей *(И. Ф. Марковская, 1993)*:

группа "А" - в структуре дефекта преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма, т. е. в **психологической** структуре ЗПР сочетаются несформированность эмоционально-волевой сферы *(эти явления преобладают)* и познавательной деятельности, выявляется негрубая неврологическая симптоматика;

группа "Б"- доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций, в структуре дефекта преобладают интеллектуальные нарушения.

В обоих случаях страдают функции регуляции **психической деятельности**: при первом варианте в большей степени страдает звено контроля, при втором - и звено контроля, и звено программирования, что обусловливает низкий уровень овладения детьми всеми видами деятельности *(предметно-манипулятивной, игровой, продуктивной, учебной, речевой)*. Дети не проявляют устойчивого интереса, деятельность недостаточно целенаправленна, поведение импульсивное. ЗПР церебрально-органического генеза, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, является наиболее стойкой и представляет наиболее тяжелую форму ЗПР. Данная категория детей в первую очередь нуждается в комплексной **медико-психолого-педагогической** коррекции в условиях специальных классов и групп в дошкольных учреждениях. По своей сути эта форма ЗПР нередко выражает пограничное с умственной отсталостью состояние, что требует квалифицированного комплексного подхода к обследованию детей.

В общем можно выделить следующие характерные особенности детей ЗПР, наличие которых должно насторожить **педагога**:

- снижение работоспособности, повышенная истощаемость;

- трудности в усвоении сенсорных эталонов *(цвет, форма, размер);*

- неустойчивое внимание (ребенок способен удерживать внимание на короткое время, затем наступает утомление, которое может сопровождаться вялостью, пассивностью, или наоборот возбудимостью и раздражительностью);

- недостаточность произвольной памяти (преобладание механической, зрительной памяти);

- отставание в развитии мышления(преобладание наглядно-действенного мышления и в старшем дошкольном возрасте; затрудняются в понимании заданий вербального характера; затрудняются в установлении причинно-следственных связей, зависимостей; установлении сходства и различия; в исключении лишнего предмета; в обобщении и т. д.)

- отставание в развитии мелкой моторики;

-нарушения в развитии конструктивного гнозиса и праксиса (затрудняются собирать картинки из частей, собирать узор из палочек по образцу (пропуск элементов, либо нарушено пространственное расположение частей изображения, затрудняются в анализе постройки, в возведении постройки по схеме и образцу);

- дефекты звукопроизношения;

- бедный словарный запас слов;

- нарушения грамматического строя речи;

- низкий навык самоконтроля;

- незрелость эмоционально-волевой сферы;

- своеобразное поведение;

- ограниченный запас общих сведений и представлений;

- трудности в счёте и решении задач по математике

5. **Особенности воспитания и обучения детей с ЗПР**

Педагогические принципы:

I. Принцип **педагогического оптимизма**. Лица с особыми образовательными потребностями, как правило, учатся медленнее, но они могут учиться и достигать высоких результатов, опирается на идею Л. С. Выготского о *«зоне ближайшего развития»* ребенка, свидетельствующую о ведущей роли обучения.

II. Принцип ранней **педагогической помощи.**

III. Принцип коррекционно-компенсирующей направленности образования: Коррекционная работа, направленная на исправление или ослабление недостатков психо-физическго развития(например, коррекция недостатков речи, произвольных движений, пространственной ориентации и пр., создает дополнительные возможности для процесса компенсации утраченных или неполноценных функций или систем организма).

IV. Принцип социально-адаптирующей направленности образования.

V. Принцип развития мышления, языка и коммуникации как средств специального образования.

VI. Принцип деятельностного подхода в обучении и воспитании. То, чему обычного ребенка можно научить на словах, для ребенка с особыми образовательными потребностями становится доступным только в процессе собственной деятельности, специально организованной и направляемой педагогом.

*Предметно-практическая деятельность*— является мощным коррекционно - компенсирующим педагогическим средством в работе с детьми с особыми образовательными потребностями.

VII. Принцип дифференцированного и индивидуального подхода. Предполагает учет как индивидуальных особенностей каждого ребенка (особенности высшей нервной деятельности, темперамента и соответственно характера, скорость протекания мыслительных процессов, уровень сформированности знаний и навыков, работоспособность, умение учиться, мотивацию, уровень развития эмоционально-волевой сферы и др., так и его специфические особенности, свойственные детям с данной категорией нарушения развития).

VIII. Принцип необходимости специального **педагогического**

руководства. Только специальный **педагог**, зная закономерности и особенности развития и познавательных возможностей данного ребенка, с одной стороны, и возможные пути и способы коррекционной и компенсирующей помощи ему — с другой, может организовать процесс учебно-познавательной деятельности и управлять этим процессом.

**Педагогические** методы в работе с детьми с ЗПР:

Для более эффективной коррекционной работы и наиболее качественного усвоения изучаемого материала используются различные методы.

1. Словесные *(вопросы, объяснение, беседа, рассказ)*.

2. Наглядные *(экскурсии, наблюдения, демонстрация различных наглядных иллюстраций, схем).*

3. Практические *(практические упражнения, графические работы)*.

1. При использовании **словесных методов** в коррекционной работе с детьми с ЗПР необходимо иметь виду, что вопросы педагога должны быть хорошо продуманы и четко сформулированы и должны быть доступны детям. Инструкции д. б. простые, четкие, стоит избегать многоступенчатых инструкций. Объяснение педагога часто требует повтора. Так же полезно применять метод повтора инструкций педагога **ребенком**, просить объяснить ребенка, что он должен сделать своими словами. Рассказ педагога также должен быть лаконичным, четким, эмоциональным и выразительным.

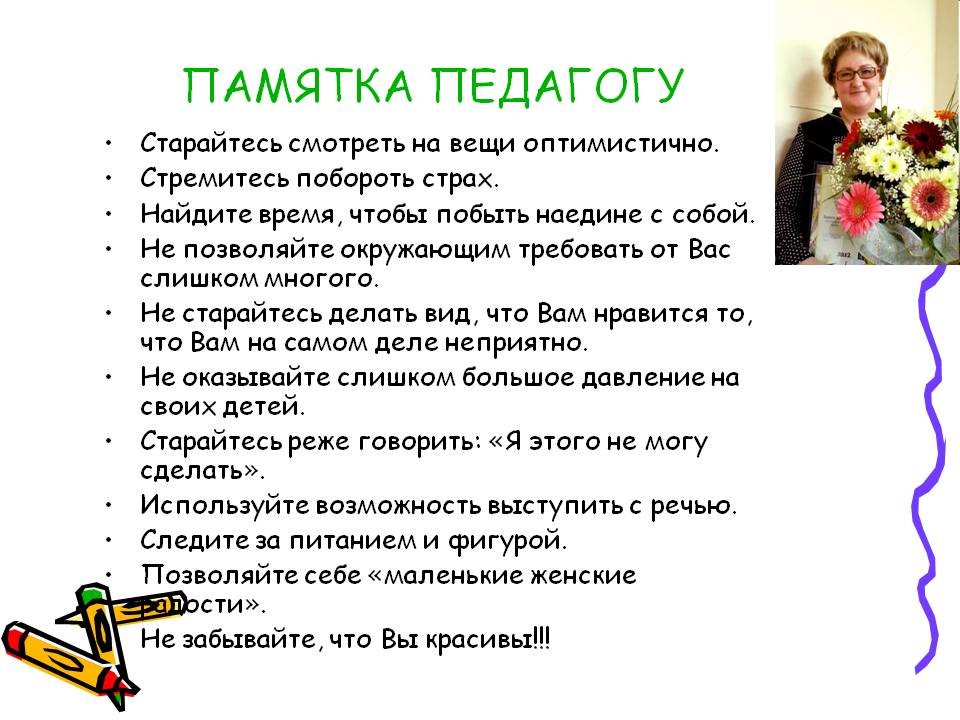
Дети с **задержкой психического развития** испытывают трудности в восприятии и переработке вербальной информации, у большинства из них страдает речевое развитие, поэтому словесные методы следует сочетать с применением наглядных и практических.

2. **Наглядные методы** особенно широко применяются в коррекционной работе. При их применении следует помнить такие особенности детей, как замедленный темп восприятия, сужение объема восприятия, нарушение точности и концентрации восприятия и внимания. Необходимо предъявлять ребенку только тот предмет, который рассматривается на этом этапе. Остальные должны быть убраны. А также в коррекционной работе необходимо применять принцип полисенсорной основы обучения, то есть с опорой на все органы чувств *(посмотреть, потрогать, понюхать, попробовать на вкус)*. Наглядный метод является очень действенным методом в коррекционной работе, поэтому к нему предъявляются определенные требования. Так, например, иллюстрационный материал должен быть понятен детям, изображения должны быть четкими, достоверными, не иметь множества лишних деталей, соответствовать изучаемой теме. Схемы так же должны быть предельно четкими и доступными пониманию детей.

3. Из общепринятых практических методов в коррекционной работе с детьми с ЗПР наиболее эффективными являются **упражнения и дидактическая игра**. Необходимость упражнений обусловлена слабой мыслительной активностью детей данной категории, ослабленной памятью, трудностями восприятия и т. д. Поэтому, с помощью упражнений, многократного выполнения умственного и практического действия достигается овладение определенными ЗУН. Так же необходимо применение различных дидактических игр и игровых пособий для решения одних и тех же задач, с целью поддержания интереса ребенка, а так же переноса способа действия.

4. Для предупреждения утомления ребенка, повышение и удержание его интереса на занятии, целесообразно использовать разные виды деятельности, разные формы проведения занятий, яркий демонстрационный и раздаточный материал, динамические паузы.

5. В течение всего занятия педагог должен поддерживать активность и инициативу ребенка, повышать самооценку и мотивационный интерес ребенка с помощью похвалы, поощрения, поддержки.

Успехов Вам в работе, оптимизма и позитивного настроя!