**Доклад на тему**

**Организация педагогической помощи детям с задержкой психического развития.**

Автор: Скоркина Ирина Николаевна

Учитель логопед высшей категории

ГБОУ Школы №657

Москва, 2022 г.

1. **Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития.**

Понятие «задержка психического развития» применяется к детям, имеющим слабо выраженную недостаточность нервной системы – органическую или функциональную. У них нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства этих детей наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств.

Патогенетической основой этих симптомов является перенесенное ребенком органическое поражение центральной нервной системы, а также бывает обусловлена ее функциональной незрелостью.

Причины задержки развития различны: негрубое внутриутробное поражение ЦНС, родовые травмы, недоношенность, близнецовость, инфекционные и хронические заболевания, а также неблагоприятные социальные факторы (социальная депривация, длительная психотравмирующая ситуация).

Ряд исследователей (Дробинская А.О., Фишман М.Н., 1995) выделяют четыре клинико-психологических синдрома, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обусловливают трудности в обучении.

***Синдром психического инфантилизма*** определяет эмоционально-личностную незрелость ребенка, что в свою очередь связано с замедленным созреванием лобно-диэнцефальных систем мозга. Выделяют осложненные формы психического инфантилизма, при которых эмоциональная незрелость сочетается с энцефалопатическими расстройствами и более выраженными нарушениями познавательной деятельности. Инфантилизм становится одной из причин школьной дезадаптации и неуспеваемости.

***Цереброастенический синдром*** характеризуется низкой устойчивостью нервной системы к умственной и физической нагрузке. Чаще всего возникает при гипертензионно-гидроцефальном синдроме (повышенном внутричерепном давлении). Для таких детей характерны моторная неловкость, нарушения мелкой моторики, неустойчивый эмоциональный тонус, резкая смена настроения, плаксивость, апатия, а также повышенная утомляемость и истощаемость, проявляющаяся в расстройствах внимания, слабости произвольной регуляции деятельности.

При ***гипердинамическом синдроме*** у детей отмечается общая двигательная расторможенность, повышенная возбудимость, импульсивность, нарушается функция внимания, способность к целенаправленной деятельности, произвольной регуляции поведения.

***Психоорганический синдром*** также нередко лежит в основе отклонений в формировании познавательной деятельности ребенка. В данном случае наряду с явлениями церебрастении наблюдаются признаки раннего органического поражения головного мозга. В зависимости от локализации поражения отмечаются изменения в процессах восприятия и анализа сенсорной информации, ее переработки. Что в свою очередь обусловливает недостатки образной сферы, зрительной и слуховой памяти, трудности пространственной ориентировки. Страдает мелкая моторика, зрительно-моторная координация, что затрудняет овладение навыками самообслуживания, продуктивной деятельности, письма. Отмечается отставание в речевом развитии.

Таким образом, для детей с ЗПР характерным является сочетание парциальной (частичной) недостаточности высших психических функций с сохранными. У одних детей преобладают черты эмоционально-личностной незрелости, страдает произвольная регуляция деятельности, у других – работоспособность, у третьих более выражены недостатки внимания, памяти, мышления.

Существует несколько классификаций ЗПР. Первая клиническая классификация предложена Т.А. Власовой и М.С. Певзнер (1967), в которой рассматриваются два варианта ЗПР:

- эмоционально-личностная незрелость вследствие психического или психофизиологического инфантилизма,

- нарушение познавательной деятельности в связи со стойкой церебральной астенией.

В классификации В.В. Ковалева (1979) выделяется три варианта ЗПР, обусловленных влиянием биологических факторов, и четвертый вариант связывается с ранней социальной депривацией.

Широко используется классификация К.С. Лебединской (1980), разработанная на основе этиопатогенетического подхода:

1. *ЗПР конституционального происхождения* (гармонический психический и психофизический инфантилизм). На первом плане в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости.
2. *ЗПР соматогенного характера* возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями. Для них характерны явления стойкой физической и психической астении.
3. *ЗПР психогенного генеза* отмечается при раннем возникновении и длительном воздействии психотравмирующих факторов.
4. *ЗПР церебрально-органического генеза*, при которой сочетаются черты незрелости и различной степени поврежденности ряда психических функций. Страдают функции регуляции психической деятельности.

Особые состояния формируются у детей и вследствие педагогической запущенности. В этих случаях у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях информационной и часто эмоциональной депривации, наблюдается недостаточный уровень развития знаний, умений, навыков. В условиях интенсивной педагогической коррекции динамика развития такого ребенка будет существенной. Однако, если ребенок не получит педагогической помощи в сензитивные сроки, то эти недостатки могут оказаться необратимыми.

Характерными признаками задержки психического развития являются: ограниченный, не соответствующий возрасту ребенка запас знаний и представлений об окружающем мире, низкий уровень познавательной активности, недостаточная регуляция произвольной деятельности и поведения, более низкая способность по сравнению с нормально развивающимися детьми того же возраста, к приему и переработке перцептивной информации. У большинства детей отмечается недостаточная сформированность функций произвольного внимания, памяти и других высших психических функций. У одной группы детей с ЗПР преобладает интеллектуальная недостаточность, у другой – эмоционально-волевые нарушения по типу психического инфантилизма.

Отмечается недостаточность развития тонкой моторики, отставание в развитии речи, а также достаточно стойкие фонетико-фонематические нарушения и расстройства артикуляции. Характерным является выраженное нарушение функций активного внимания, недостаточная его концентрация на существенных признаках, что в свою очередь приводит к отставанию в развитии мыслительных операций. Часто нарушение внимания сочетается с двигательной расторможенностью, повышенной аффективной возбудимостью, импульсивностью. Эти дети, как правило, испытывают наибольшие затруднения в усвоении навыков письма и чтения.

Для многих детей с ЗПР характерна своеобразная структура памяти, что проявляется иногда в большей продуктивности непроизвольного запоминания. Недостаточность произвольной памяти в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля. Этими же факторами объясняются характерные нарушения поведения у данной категории детей.

Особенности психической деятельности детей с ЗПР обусловлены несформированностью у них интегративной деятельности мозга (взаимодействие различных функциональных систем), в связи с этим они испытывают затруднения в узнавании непривычно представленных предметов (перевернутые или недорисованные изображения, схематичные или контурные рисунки); им трудно соединить отдельные детали рисунков в единый смысловой образ. Такие специфические нарушения восприятия определяют ограниченность и фрагментарность их представлений об окружающем мире.

К началу школьного обучения у таких детей имеет место несформированность многих психических функций, таких как пространственный и предметный гнозис, праксис, фонематический анализ, динамический и кинестетический праксис, а также функции программирования на смысловом уровне и мнестической деятельности.

Дети с ЗПР, как правило, отличаются эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью. Они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость, трудности в общении со взрослыми.

1. **Организация педагогической помощи детям с ЗПР.**

Прогноз развития ребенка с ЗПР следует оценивать как хороший, особенно в том случает, когда ребенок начинает регулярное обучение не в соответствии с паспортным возрастом, а по факту готовности (созревания в необходимом для начала обучения объеме собственно регулярных функций, эмоционально-личностной и когнитивной сфер). Как правило

Это происходит к 7,5 – 8,5 годам. Если же особенности ребенка не учитываются и он начинает обучение в школе «по возрасту», то фактическая невозможность не только нормального усвоения материала, но эмоциональная и поведенческая неадекватность условиям обучения могут способствовать формированию дисгармонических черт личности, нарушению поведения и школьной дезадаптации в целом. Специалистами смежных профилей обычно ставится диагноз «инантилизм», «конституционная задержка психического развития», а диагнозы логопеда – «функциональная дисолалия».

Очень важной проблемой является своевременная диагностика ребенка с ЗПР, так как при позднем выявлении таких детй и выборе неадекватной программы обучения возникает школьная дезадаптация, на фоне которой в дальнейшем может формироваться девиантное и делинквентное поведение. Пик выявляемости происходит на младший школьный возраст (7-10 лет), что слишком поздно для осуществления эффективной реабилитации. Поэтому в настоящее время диагностические обследования проводятся уже в дошкольном возрасте. В основе лечения ЗПР лежит мультидисциплинарный подход с активным участием неврологов, педиатров, психологов, психиатров, логопедов, педагогов-дефектологов (в том числе монтессори-педагогов, нейропсихологов). Коррекция должна проводится длительно. Основным направлением помощи детям с ЗПР является разносторонняя психолого-педагогическая коррекция, направленная на улучшение когнитивного развития и эмоционально-коммуникативной сферы и при применении медикаментозной терапии.

В целях создания оптимальных условий для обучения и воспитания ребенка с ЗПР необходимо в первую очередь рекомендовать родителям (законным представителям) пройти обследование ребенка на на городской психолого-медико-педагогической комиссии (дплее ПМПК). Основная задача ПМПК – определение программы обучения ребенка и какие образовательные условия ему нужны. Именно заключение комиссии влечет за собой решение о бесплатной логопедической, дефектологической, психологической помощи. Стоит отметить, что заключение будет действовать на одну ступень обучения, то есть на весь срок только дошкольного образования, для начальной, средней или старшей школы. Если проблемы у ребенка остаются по окончанию одной из ступеней, то прохождение ПМПК понадобится вновь.

Для детей с ЗПР организуются:

* - детские сады с дневным, круглосуточным или интернатным пребыванием детей с количеством групп в зависимости от существующей потребности;
* - дошкольные группы при детских садах по адаптированной основной общеобразовательной программе.

В соответствии с письмом Министерства образования и науки РФ от 07.06.2013 «О коррекционном и инклюзивном образовании детей» дети с ЗПР имеют право учиться и воспитываться в обычной общеобразовательной школе и детском саду. При этом учителя, воспитатели и родители учитывают следующие особенности обучения:

* им требуется больше внимания и индивидуальный подход;
* они занимаются по отдельной, облегчённой программе;
* проблемы в усвоении материала обусловлены не ленью, а неспособностью.

Педагоги-психологи настаивают, что гораздо более продуктивно отдать обучаться ребёнка с ЗПР в специализированную группу детского сада, коррекционную школу или перевести на домашнюю форму обучения.

В специализированную дошкольную группу с ЗПР могут быть зачислено 12-15 детей с различными вариантами ЗПР.

Процесс коррекционно-развивающей работы в таком дошкольном учреждении осуществляется по следующим основным направлениям:

* Развитие сферы образов-представлений;
* Формирование мыслительной деятельности;
* Развитие пространственного гнозиса и конструктивного праксиса;
* Формирование пространственно-временных представлений;
* Развитие умственных способностей через овладение действиями замещения и наглядного моделирования в различных видах деятельности;
* Совершенствование мнестической деятельности;
* Развитие зрительно-моторной координации и формирование графо-моторных навыков;
* Развитие творческих способностей.

Кроме общеобразовательных и воспитательных задач решаются и *специальные задачи* развития и коррекции недостатков эмоционально-волевой сферы и формирующейся личности, что предполагает:

* Развитие и тренировку механизмов, обеспечивающих адаптацию ребенка к новым социальным условиям;
* Профилактику и устранение встречающихся аффективных, негативистских, аутистических проявлений, других отклонений в поведении;
* Развитие социальных эмоций;
* Создание условий для развития самосознания и самооценки;
* Формирование способности к волевым усилиям, произвольной регуляции поведения;
* Предупреждение и преодоление негативных черт личности и формирующегося характера.

Целью коррекционно-педагогической работы с детьми с ЗПР в условиях специального дошкольного учреждения является формирование психологического базиса для полноценного развития личности каждого ребенка.

Ведущим специалистом, осуществляющим образовательную и коррекционно-развивающую работу с детьми, является учитель-дефектолог. С каждой группой работают два воспитателя. Более эффективной является подгрупповая форма занятий с детьми. Подгруппы формируются с учетом уровня психического развития детей и сформированности запаса их знаний и представлений. Работа с подгруппами ведется параллельно. Учитель-дефектолог проводит занятия по формированию элементарных математических представлений, ознакомлению с окружающим миром и развитию речи, подготовке к обучению грамоте.

Работа логопеда в детском саду для детей с ЗПР может быть организована по-разному. На первом году обучения логопед в основном работает над произносительной стороной речи на индивидуальных занятиях. В дальнейшем может объединять детей в подгруппы для работы над лексико-грамматическим строем речи, также согласовано с дефектологом проводит работу по подготовке к обучению грамоте, по развитию связной речи, по ознакомлению с окружающим миром.

В специальном детском саду данного профиля педагог-психолог проводит работу по диагностике и коррекции недостатков эмоционально-личностной сферы воспитанников, оказывает консультационную помощь родителям.

Дети с ЗПР могут обучаться как в коррекционном первом классе в условиях общеобразовательной школы для детей с ЗПР, так и в обычном общеобразовательном классе. Реализуя идею дифференцированного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной школе, необходимо обеспечить следующие условия:

- организовать работу постоянно действующего психолого-медико-педагогического консилиума на базе школы для проведения комплексного обследования обучающихся, определения необходимой им психолого-педагогической помощи;

- обеспечить психолого-педагогическим сопровождением каждого интегрированного ребенка;

- привлечь родителей (законных представителей) к участию в коррекционно-развивающем процессе;

- создать соответствующее методическое обеспечение коррекционно-развивающей работы.

В специальной школе VII вида (для детей с ЗПР) наполняемость классов – до 12 человек. Дети проходят объем начальной школы за 4-5 лет и получают цензовое образование. Варианты программы для обучения детей с ЗПР:  
7.1 - ребёнок получает образование по учебному плану общеобразовательной школы (начальная школа - 4 года).  
7.2 - срок начального образования продляется на 1 год введением первого дополнительного класса. Вводятся дополнительные индивидуальные и коррекционные занятия (психолог). Продолжительность урока сокращается до 40 минут.

При этом в специализированном учреждении учитываются специфические трудности детей в обучении русскому языку, для этого увеличивают число часов на русский язык и литературу. В программу начальных классов введен специально разработанный курс «Ознакомление с окружающим и развитие речи». В среднем звене предусматривается по 4-5 часов для организации углубленной трудовой подготовки. Предусматривается от 3 до 5 часов школьного компонента для проведения подгрупповых (не более 3 человек) и индивидуальных занятий. За период начального обучения задержка в развитии у таких детей зачастую корректируется и приближалась к норме, после чего дети переводятся в массовую школу.

**Список литературы:**

* 1. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. М., 2007.
  2. Дмитриева Е.Е. Проблемные дети. Развитие через общение. М., 2005.
  3. Мастюкова Е.М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст. М., 2003.
  4. Маркова,JI.C. Организация коррекционно-развивающего обучения дошкольников с задержкой психического развития: практическое пособие/ Л.С. Маркова. –М.: АРКТИ, 2002
  5. Никашина, В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития / сост. В.Б. Никашина.– М.: Владос, 2003