

Лекция 4. ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

План

1. ЗПР – определение, причины, клинико-психологические синдромы
2. Классификации ЗПР
3. Психолого-педагогические особенности дошкольников с ЗПР
4. Особенности коррекционно - педагогической работы с детьми с ЗПР.

1. ЗПР – определение, причины, клинико-психологические синдромы

- Дети с задержкой психического и психофизического развития различного генеза составляют 5 % от общего числа учеников, обучающихся в начальных классах общеобразовательных школ. Поэтому одной из важнейших задач современной практической психологии является психологическая коррекция отклонений развития и вневрачебная помощь детям, имеющим трудности в обучении.
- Дети, не являющиеся умственно отсталыми, но не могущие освоить программу начальных классов в установленные сроки, составляют примерно 10 %.



Для обозначения этой группы детей с наиболее легкими отклонениями в развитии, остающихся в рамках нормы, приняты различные термины — «задержка интеллектуального развития», «замедленный темп развития» и т. д. **В международной классификации болезней Всемирной организации здравоохранения (1965) принят термин «пограничная умственная отсталость».** Такое разнообразие терминологических обозначений свидетельствует о сложности клинической идентификации психических расстройств у детей, отстающих в развитии.

Мы пользуемся распространенным в отечественной научной литературе термином «задержка психического развития» (ЗПР).

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (сокр. ЗПР) — нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память (сокр. ЗПР) — нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание (сокр. ЗПР) — нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста.

ЗПР как психолого-педагогический диагноз ставился только в дошкольном и младшем школьном возрасте, если к окончанию этого

Касаясь истории данного вопроса, следует отметить описанные А. Бине и Теодором Симоном (1911) группы «псевдоненормальных» учащихся. Сюда были включены «отсталые в педагогическом отношении» и соматически больные дети.



Альфред Бине

Ж. Филипп и П. Бонкур (1911) выделили среди неуспевающих школьников группу «Субнормальных учеников», куда вошли дети со «смягченными формами» умственной отсталости и психическим инфантилизмом, низкая обучаемость которых имеет временный характер. Авторы назвали эту группу детей временно ненормальными.

Большое внимание вопросу клинической дифференциации неуспевающих школьников уделяли и отечественные исследователи.

И. Борисов (1925) выделил группу детей «с пониженным общим развитием», отличающихся от педагогической запущенности и олигофрении. По его данным, число таких детей с возрастом постепенно уменьшалось.

Е. М. Захарьян и М. А. Голозко (1928), сопоставив психофизическое состояние 150 «трудных» и неуспевающих в учебе детей с аналогичными данными контрольной группы здоровых, дисциплинированных и хорошо успевающих сверстников, выявили у первых явления физической незрелости, плохое общее развитие, узость интересов, слабую память, заторможенность психических процессов, недоразвитие эмоций и пониженный психический тонус. У некоторых из них наблюдались беспечность, эгоцентризм, чрезмерная двигательная активность.

Для выделения детей с ЗПР существуют различные приемы.

В зарубежных странах широко распространены **психометрические методы оценки уровня интеллектуального развития**. По Д. Векслеру (1965) следует различать **слабый интеллект (IQ равен 90-80 единиц)**.

Причины возникновения

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 ребёнка;
- генетическая обусловленность.

Социальные:

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



Можно выделить **четыре клинико-психологических синдрома**, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обуславливают трудности в обучении.

Синдром психического инфантилизма - личностную незрелость преимущественно в области ее эмоционально-волевых свойств, сохраняющих черты более младшего детского возраста.

Церебрастенический синдром - неспецифический неврологический синдром, который характеризуется снижением работоспособности, нарушением внимания и памяти, повышенной утомляемостью, а также головными болями, сильным истощением нервной системы и различными вегетативными проявлениями

Гипердинамический синдром- группа поведенческих и эмоциональных расстройств начинается обычно в очень раннем возрасте и характеризуется сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства в выполнении поставленных задач.

Психоорганический синдром - — расстройство психики, вызванное органическим поражением головного мозга, которое сопровождается снижением интеллектуальных способностей, нарушением памяти и расстройствами аффекта.

2. Классификации ЗПР

Наиболее часто употребляемыми классификациями в отечественной психологии являются:

1. Классификация М. С. Певзнер1.

Классификация М. С. Певзнер и Т. А. Власовой1.

Классификация М. С. Певзнер и Т. А. Власовой (1972).

Классификация М. С. Певзнер и Т. А. Власовой (1972, 1973)

В исследованиях, проведённых в 1972 В исследованиях, проведённых в 1972—1973 В исследованиях, проведённых в 1972—1973 гг. НИИ дефектологии АПН СССР В исследованиях, проведённых в 1972—1973 гг.

НИИ дефектологии АПН СССР в ряде городов и сельских

ей СССР Неосложнённый психофизический и психический. НИИ

огии инфантизм СССР в ряде городов и сельских

ей СССР Моричная и ЗПР, выявляя проводимой в 1972—1973 гг.

дефектологии АПН СССР в той же области (показатель

ей СССР (Москва, Иркутский В функции) исследования

ных происхождения, возникшем фактором этапах инфантизм

и сельских местностей СССР (Москва, Иркутская область, Авдеевская

дованиях, проведённых в 1972—1973 гг. НИИ дефектологии

ССР Инфантизм (от infantilis - детский) СССР (Москва, Иркутская

Литва, Армения. В исследованиях, проведённых в 1972—1973 гг.

дефектологии АПН СССР в ряде городов и сельских



2. В практике работы с детьми с ЗПР более широко используется **классификация К.С. Лебединской (1980)**, разработанная на основе этиопатогенетического подхода.

В соответствии с данной классификацией различают четыре основных варианта ЗПР,

1. **Задержка психического развития конституционального происхождения** (гармонический психический и психофизический инфантилизм). При данном варианте на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости.

Эмоционально-волевая незрелость может сочетаться с негрубыми нарушениями познавательной деятельности, речи, повышенной истощаемостью и пресыщаемостью активного внимания. Это обусловлено замедленным темпом развития структур левого полушария, в первую очередь лобной и теменной областей, а также внутрислошарных и межполушарных связей. Вследствие этого у ребенка ослаблен контроль и регуляция деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, беспечности, преобладании игровых интересов. Для таких детей характерна «детскость моторики» — суетливость, порывистость, недостаточная координированность движений. 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 от учебной. Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе школьную адаптацию. В структуре нарушения на первый план выступает эмоционально-личностная незрелость.

2. **Задержка психического развития соматогенного генеза** возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями — сердца, почек, эндокринной системы и др. Детей характеризуют явления стойкой физической и психической астении, что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности, как робость, боязливость.

Дети растут в условиях ограничений и запретов, сужается круг общения, у них недостаточно пополняется запас знаний и представления об окружающем мире. Нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью не позволяет ребенку достичь оптимального уровня возрастного развития. Отставание в развитии связано с регуляторной незрелостью и снижением общего психического тонуса.



3. 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 невротоподобным 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. 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.



4. **Задержка 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 (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 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 обуславливает низкий уровень овладения детьми всеми видами деятельности (предметно-манипулятивной, игровой, продуктивной, учебной, речевой). Дети не проявляют устойчивого интереса, деятельность недостаточно целенаправленна, поведение импульсивное.

ЗПР церебро-органического генеза, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, является наиболее стойкой и представляет особо тяжелую форму ЗПР. Данная категория детей в первую очередь нуждается в комплексной медико-психолого-педагогической коррекции в условиях специальных классов и дошкольных учреждений.

3. Классификация В. В. Ковалева (1979). Он выделяет четыре варианта ЗПР, обусловленных влиянием биологических факторов:

- **Дизонтогенетический** (при психическом инфантилизме);
- **Энцефалопатический** (при негрубых органических поражениях ЦНС);
- **ЗПР вторичного характера при сенсорных дефектах** (при ранних нарушениях зрения, слуха),
- **ЗПР связанная с ранней социальной депривацией** (например при госпитализме).



3. Психолого-педагогические особенности дошкольников с ЗПР

Нарушения темпа нервно-психического развития могут быть выявлены уже в раннем возрасте (до 3-х лет). Последствия раннего органического поражения мозга или функциональная незрелость ЦНС обуславливают ряд отклонений, затрудняющих взаимодействие ребенка с окружающей средой, вследствие чего не складывается полноценная база для последующего развития высших психических функций.

- На первом году жизни показателями нарушения темпа нервно-психического развития могут служить:
- снижение ориентировочной активности и потребности в ориентировочно-исследовательской деятельности. Это проявляется в слабой выраженности ориентировочных реакций, запаздывании зрительного и слухового сосредоточения;
- более позднем появлении «комплекса оживления», недостаточной активности в плане эмоционального общения со взрослым;
- специфика доречевого периода: более позднее появление гуления, лепета, первых слов, затруднения в реагировании на жесты, мимику, интонации взрослых. как правило, этапы гуления и лепета растянуты во времени;
- замедленный темп формирования статических (связанных с равновесием) и локомоторных (способность к передвижению) функций; запаздывание в развитии ручной моторики и зрительно-моторной координации.

- В раннем возрасте (от 1 года до 3-х лет) отклонения в развитии ребенка становятся более очевидными, даже если они не имеют грубого характера. Прежде всего следует обращать внимание на развитие общей и мелкой моторики, сенсорно-перцептивной деятельности (как ребенок реагирует на предметы, узнает ли их, стремится ли их исследовать, находит ли одинаковые, использует ли их по назначению). Важный диагностический показатель — коммуникативная активность ребенка, его возможности в плане сотрудничества со взрослым. В этот возрастной период в норме происходит бурное развитие речи. У проблемного ребенка обнаруживается недоразвитие речи, при этом несформированной оказывается не только активная речь, но затруднено ее понимание.



- В дошкольном возрасте у детей с ЗПР выявляется отставание в развитии общей и особенно мелкой моторики. Главным образом страдает техника движений и двигательные качества (быстрота, ловкость, сила, точность, координация), выявляются недостатки психомоторики. Слабо сформированы навыки самообслуживания, технические навыки в изобразительной деятельности, лепке, аппликации, конструировании; многие дети не умеют правильно держать карандаш, кисточку, не регулируют силу нажима, затрудняются в пользовании ножницами, затруднено формирование графомоторных навыков. Грубых двигательных расстройств у детей с ЗПР нет, однако уровень физического и моторного развития ниже, чем у нормально развивающихся сверстников.
- Внимание этих детей характеризуется неустойчивостью, отличаются его периодические колебания. Внимание трудно собрать, сконцентрировать на протяжении той или иной деятельности.
- Деятельность носит недостаточно целенаправленный характер, дети часто действуют импульсивно, легко отвлекаются, быстро утомляются, истощаются.



- **Сенсорное развитие** также отличается качественным своеобразием. У детей с ЗПР зрение и слух физиологически сохранены, однако процесс восприятия несколько затруднен: снижен его темп, сужен объем, недостаточна точность восприятия (зрительного, слухового, тактильно-двигательного). Затруднена ориентировочно-исследовательская деятельность, направленная на исследование свойств и качеств предметов. Требуется большее количество практических проб и примериваний при решении наглядно-практических задач. В то же время дети с ЗПР, в отличие от умственно отсталых, могут практически соотносить предметы по цвету, форме, величине. Таким образом эталонные представления не формируются своевременно. Ребенок, называя основные цвета, затрудняется в названиях промежуточных, светлых оттенков, пользуется недифференцированным обозначением параметров величины «большой — маленький», а не называет признаки длины, ширины, высоты, толщины.
- **Память** детей с ЗПР отличается качественным своеобразием, выраженность дефекта зависит от генеза ЗПР. 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. При правильном подходе к обучению дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания. Значительное своеобразие отмечается в развитии мыслительной деятельности.

- Дети с задержкой психического развития обнаруживают наибольшие нарушения при владении опосредованным запоминанием. **Наблюдается значительное расхождение между возможностью применить определенный интеллектуальный прием и продуктивностью его использования.** Очень показательны в плане диагностики выполнение задания на изучение опосредованного запоминания (методика А. П. Леонтьева): называются слова, и ребенка просят, чтобы он для облегчения запоминания подобрал к каждому слову картинку. Глядя на картинки, ребенок должен воспроизвести заданные слова. При выполнении этого задания дети с задержкой психического развития подбирают для запоминания те же картинки, что и нормально развивающиеся сверстники. Однако последующее воспроизведение слов на основе отобранных ими картинок вызывает значительные затруднения, часто воспроизводятся совсем не те слова, которые были названы экспериментатором. Следовательно, **дети с задержкой психического развития основные трудности испытывают в тех случаях, когда требуется продуктивно использовать интеллектуальный прием.**



- К старшему дошкольному возрасту у детей с ЗПР не формируется соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления: дети не выделяют существенных признаков при обобщении, обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам. Например, отвечая на вопрос: «Как назвать одним словом; диван, шкаф, кровать, стул?» — ребенок может ответить: «Это у нас дома есть». Затрудняются при сравнении предметов, производя сравнение по случайным признакам, при этом затрудняются даже в выделении признаков различия.
- Однако в отличие от умственно отсталых детей дошкольники с ЗПР после получения помощи выполняют предложенные задания на более высоком, близком к норме уровне.
- Особого внимания заслуживает рассмотрение особенностей речевого развития детей с ЗПР. Многим присущи дефекты звукопроизношения, недостатки фонематического развития. Среди воспитанников специальных групп много детей с таким речевым нарушением, как **дизартрия**.
- Нарушения речи при ЗПР чаще всего носят системный характер и входят в структуру дефекта.
- На уровне **импрессивной речи** отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций типа «Коля старше Миши», «Береза растет на краю поля», дети плохо понимают содержание рассказа со скрытой моралью, затруднен процесс декодирования текстов, т. е. **затруднен процесс восприятия и осмысления содержания рассказов, сказок, текстов для пересказа**.

- Дети рассматриваемой группы имеют **ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужен глагольный словарь.**
- **Грамматический строй речи** также отличается рядом особенностей. Ряд грамматических категорий дети практически **не используют** в речи, однако если сравнивать количество ошибок в употреблении грамматических форм слова и в употреблении грамматических конструкций, то явно преобладают ошибки второго типа. **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.**
- Наличие в структуре дефекта при ЗПР недоразвития речи обуславливает необходимость специальной логопедической помощи. Поэтому наряду с учителем-дефектологом с каждой группой детей должен работать логопед.
- Рассматривая психологическую структуру ЗПР в дошкольном возрасте, можно выделить **недостаточную сформированность мотивационно-целевой основы деятельности, сферы образов-представлений, недоразвитие знаково-символической деятельности.** Все названные особенности наиболее ярко проявляются на уровне игровой деятельности. **У детей с ЗПР снижен интерес к игре и к игрушке, с трудом возникает замысел игры, сюжеты игр тяготеют к стереотипам, преимущественно затрагивают бытовую тематику.**

- **Ролевое поведение отличается импульсивностью**, например ребенок собирается играть в «Больницу», с увлечением надевает белый халат, берет чемоданчик с «инструментами» и идет в магазин, так как его привлекли красочные атрибуты в игровом уголке и действия других детей. **Не сформирована игра и как совместная деятельность: дети мало общаются между собой в игре, игровые объединения неустойчивы, часто возникают конфликты, дети мало общаются между собой, коллективная игра не складывается.**
- Однако в отличие от умственно отсталых дошкольников, у которых без специального обучения ролевая игра не формируется, дети с ЗПР находятся на более высоком уровне — они переходят на этап сюжетно-ролевой игры. Но в сравнении с нормой уровень ее развития достаточно низкий и требует коррекции.
- **Незрелость эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР обуславливает своеобразие формирования их поведения и личностные особенности. Страдает сфера коммуникации.** По уровню коммуникативной деятельности дети находятся на более низкой ступени развития. Старшие дошкольники с ЗПР не готовы к внеситуативно-личностному общению со взрослым, в отличие от своих нормально развивающихся сверстников они достигают лишь уровня ситуативно-делового общения. Эти факты необходимо учитывать при построении системы педагогической и психологической коррекции.
- **Отмечаются проблемы в формировании нравственно-этической сферы:** страдает сфера социальных эмоций, дети не готовы к «эмоционально теплым» отношениям со сверстниками, могут быть нарушены эмоциональные контакты с близкими взрослыми, дети слабо ориентируются в нравственно-этических нормах поведения.

- **При задержке психического развития затруднено социальное развитие ребенка, его личностное становление:** формирование самосознания, самооценки, системы-«Я». В старшем дошкольном возрасте такой ребенок безынициативен, его эмоции недостаточно яркие, он не умеет выразить свое эмоциональное состояние, затрудняется в понимании состояний других людей. Ребенок не может регулировать свое поведение на основе усвоенных норм и правил, не готов к волевой регуляции поведения.
- Без специальной коррекционной педагогической помощи такой ребенок оказывается психологически неподготовленным к школе по всем параметрам.
- **Как правило, ослаблено здоровье и отмечается сниженный уровень физического развития** (т. е. ребенок не достигает «школьной зрелости»).
- **Не сформирована мотивационная готовность.** Даже если ребенок хочет идти в школу, в большей степени его привлекает учебная атрибутика, в школу он приходит играть, а не учиться.
- Отмечается низкий уровень эмоционально-волевой готовности. Ребенок не может подчиниться правилам дисциплины, не способен к длительным интеллектуальным усилиям.
- **Не сформированы все структурные компоненты учебной деятельности.** При выполнении заданий учебного типа ребенок не проявляет к ним интереса, стремится поскорее закончить непривлекательную для него деятельность, не доводит работу до конца. Отмечается несформированность общей способности к учению у детей с ЗПР, что лежит в основе снижения обучаемости и определяет проблемы школьного обучения.

- Т.о. самое главное отличие таких детей- отсутствие готовности к процессу обучения в школе, незрелость эмоционально-волевой сферы, возникают проблемы с поведением, отношениями в коллективе и с учителями. При организации свободной деятельности они также испытывают трудности по причине неразвитости творческого начала. Подобное состояние усугубляется нездоровой нервной системой: от переизбытка информации возникают головные боли, перегружается нервная система (на фоне чего развивается нервное истощение, рассеянность внимания). Все это приводит к снижению работоспособности в целом. В таких случаях следует относиться к ребенку с повышенным вниманием и терпением. Нехватка внимания отрицательно сказывается и на перцептивной функции, что проявляется в поверхностности знаний, их обрывочности. Замечено, что такие дети затрудняются узнать предмет, когда тот находится в непривычной позиции, контурные и схематичные образы, особенно когда те накладываются друг на друга. Темп переработки информации замедляется, поскольку процессы памяти недостаточно продуктивны, объем памяти ограничен.



4. Особенности коррекционно - педагогической работы с детьми с ЗПР.

Путем научных познаний и практических экспериментов в настоящее время в России выработана единая политика образования детей с задержкой развития. Для этой цели были созданы специальные коррекционные образовательные учреждения 7 вида. При массовых средних образовательных школах введены коррекционно-развивающие классы.

В коррекционной ориентированности образовательный процесс состоит из двух ступеней общего образования.

- Первая ступень – начальное общее образование, где средний срок -4-5 лет.
- Вторая ступень - основное общее образование, где средний срок-5 лет.

Зачисление детей в специальные коррекционные учреждения осуществляется по заключению ПМПК с согласия родителей.

Наполняемость класса – двенадцать человек, что облегчает работу самого педагога, чтобы он мог уделить максимум учебного времени каждому ученику.

- По завершении курса начального образования при исправлении отклонений возможен перевод ученика в массовое учебное заведение. При общеобразовательных школах комплектация коррекционных классов производится по рекомендации ПМПК. В данном случае дети занимаются по учебникам средней школы, но по специально разработанной программе.
- На сегодняшний день наилучшие разработки и результаты представляет программа начальных классов. **Психолого-педагогическая коррекция на протяжении всего периода обучения должна осуществлять комплексный, систематический и индивидуальный подход.** При этом необходимо принимать во внимание неравномерность и скачкообразность интересов и познавательных потребностей учеников, подбирая те виды деятельности, которые вызывают максимальную мотивированность, и одновременно преодолевать страх перед занятиями (например, развитием коммуникативных навыков в устной речи у детей-заик). Следует помнить, что эти учащиеся требуют особого внимания и индивидуального подхода. **Поэтому учебные занятия необходимо сочетать с лечебно-оздоровительными мероприятиями, укрепляющими физическое здоровье в целом и моральный дух, развивающими дисциплину и целеустремленность.**



- **Необходимо каждому ученику доступно объяснить новую тему или смысл задания, чаще, чем в средней школе, использовать карточки или наглядные пособия** (в силу неразвитости у детей абстрактного мышления), дать ребенку возможность сосредоточиться только на изучаемом материале и освободить его от работы, не связанной напрямую с изучаемым материалом. **Необходимо помнить также о быстрой утомляемости детей и, следовательно, не перегружать их заданиями.** Часто сами уроки, особенно в начальных классах, не могут быть длиннее 25-30 мин.
- Система коррекционно-развивающего обучения – это форма обучения, при которой дети задержкой развития и другими психофизическими недостатками получают практически такие же знания, как и совершенно здоровые дети.



КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЕ ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗПР

- Коррекционно – развивающее обучение детей с задержкой психического развития в условиях общеобразовательной школы происходит по программе среднего образования, но с учетом психических и физических возможностей детей. **Компенсаторные классы**, как правило, предусмотрены средней школой. Направление в них происходит по заключению ПМПК с согласия родителей.
- Существует **две разновидности таких классов.**

Первые постоянные. В них обучаются дети с легкой патологией. Здесь разрабатывается специальная программа, направленная на **облегчение перцептивных процессов и запоминание.** Стандартная длительность уроков (45 мин) и их количество сохраняются. Наполняемость класса 12-15 человек. **Программа обучения характеризуется несколько замедленным темпом подачи нового материала и усиленным контролем, направленным на понимание и закрепление.**

- Во время занятий более активно употребляются **наглядные пособия и карточки**, больше времени уделяется познанию окружающего мира. Сюда включаются, например, занятия по природоведению на природе с детальным объяснением основных понятий и их наглядной демонстрацией, **компенсаторные занятия физической культурой с учетом возможностей детей**. Кроме того, помимо основных, вводится ряд **инвариантных предметов**, таких как **ритмика, танцы, ручной труд, развитие речи**. Наличие таких курсов помогает обогатить словарный запас, развить правильное словоупотребление и грамотность, максимально погрузить ребенка в речевую среду, повысить его коммуникативные потребности и навыки. Помимо этого, повышаются эмоциональный тонус и самооценка, улучшается качество реакции на происходящие события, т.е. ребенок становится более адекватным и более развитым.



- Вторые – это индивидуально-групповые занятия, где объединяются дети со сходными недостатками, проблемами в образовании и общим уровнем развития.
- Это могут быть общеразвивающие занятия, направленные на улучшение памяти, внимания, развития мышления, закрепление трудных звуков. Другой вариант таких курсов – их предметная направленность на ликвидацию проблем в знаниях некоторых предметов из школьной программы. При обучении всегда обращается внимание на индивидуальность самого ребенка, особенности его памяти, мышления, понимания, внимания, речи. Принимается в расчет способ решения поставленной задачи, усидчивость, работоспособность, порог утомляемости. В начальных классах такие занятия проводятся по учебному плану в среднем 3 раза в неделю до или после основных уроков с продолжительностью не более 15-20 минут. Комплектация проходит по принципу сходства проблемы у всех учащихся, и обязательным условием является наличие не более трех человек. В ходе индивидуальных занятий может осуществляться коррекционная работа по устранению неправильных навыков говорения, письма, чтения, обучению работе по специальным дидактическим материалам, работе с контурными картами, схемами и графиками.



Особенности обучения в классах коррекции.

Каждый урок является продолжением предыдущего. Если отобрать главные вопросы темы и повторять их на каждом уроке, то к итоговому занятию все ребята усвоят тему.

Многократное повторение основного материала - один из приемов работы. Оптимальны и репродуктивные методы, т. к. они позволяют детям увидеть главное в изучаемом материале, систематизировать, повторять по шаблону.

Необходимо помнить, что детям из класса коррекции необходим период «вживания» в материал. **Нельзя их торопить.** Надо учитывать низкую скорость чтения, счета и письма. Важно помнить, что ученики не в состоянии пересказывать даже понятый ими материал, поэтому приходится учить их всему: слушать, пересказывать и т. д.

Педагог обязан вселять детям веру в то, что они обязательно поймут и запомнят материал. **Для лучшего запоминания чаще предлагаются однотипные задания** (одно — решили с учителем, другое — сообща с классом, третье — каждый индивидуально).

Излагать материал надо маленькими дозами, каждую из них закреплять повторением, констатацией сказанного, решением проблемного вопроса; 2-3 дозы изучаемого материала связывать кратким пересказом. Учитель, работающий в классе коррекции, должен научиться придумывать задания, идущие от простого к сложному, не гнаться за обилием новой информации, уметь из изучаемого выбрать главное, доступно изложить его, повторить и закрепить.

Главная составляющая работы — общение. Не сумеет учитель расположить к себе ребят, не получит и результатов обучения.

- Особенностью работы в классе коррекции является **организация самостоятельной деятельности учащихся**. Выполнение любого учебного задания первоначально планируется, а затем предлагается именно как самостоятельное.
- **Помощь включается только тогда, когда ученик оказывается не в состоянии выполнить задание самостоятельно**. Сама помощь при этом дозируется и оказание ее происходит по принципу от минимальной к максимальной. Целью такой организации становятся: помощь ребенку в выполнении задания, уяснение, насколько он чувствителен к этой помощи, принимает ли ее. Формы и виды помощи могут быть самыми разными. По форме следует различать помощь фронтальную (обращенную ко всему классу) и индивидуально направленную (каждому конкретному ученику). Среди видов помощи условно можно выделить три основных:
 - стимулирующая;
 - направляющая;
 - обучающая.

- *Стимулирующий вид помощи* происходит тогда, когда ученик не включается в работу после получения задания или когда работа завершена, но выполнена неправильно. В первом случае учитель подходит к ученику и помогает ему организовать себя, ободряет, вселяет уверенность в его способность справиться с работой.
- *Во втором* — он указывает на наличие ошибки в работе и необходимость проверки решения. Направляющая помощь предусматривается в случае, когда ученик затрудняется сделать первый шаг и выполнить последующие действия. Учитель обращает внимание ребенка на решение аналогичной задачи, или помогает наметить план действий. Обучающая помощь необходима, когда надо показать, что и как делать для того, чтобы решить учебную задачу или исправить допущенную ошибку. Многие исследователи отмечают, что дети с ЗПР не могут выполнить отдельные задания из-за неумения организовать себя в процессе деятельности, хотя по уровню интеллектуальных возможностей должны легко справляться с ними. Во время фронтальной работы в классе ученик совершенно не справляется с заданием, но в условиях индивидуальной работы с помощью учителя выполняет то же задание правильно. Сказывается незрелость эмоционально-волевой сферы. Преодоление ЗПР зависит от характера стимулирования познавательной активности ребенка со стороны взрослого. Эти особенности важно учитывать в работе с детьми с ЗПР.



Благодарим за внимание