

Методический семинар

**„Особенности обучения детей с задержкой
психического развития,,**

**Проведено 7 ноября 2013 г.
Намм Л.А., педагог-психолог**

Возникает вопрос: можно ли прибегать к образованию глухих, слепых и отсталых, которым из-за физического недостатка невозможно в достаточной мере привить знания?

Отвечаю: из человеческого образования нельзя исключать никого, кроме нечеловека.

Ян Амос Каменский

Исторические аспекты

Первые упоминания о людях с интеллектуальными нарушениями были обнаружены у римлян, которые иногда держали «дураков» для развлечения домовладельцев и их гостей. Эти люди находились на содержании у богатых, и с ними хорошо обращались.

XVI в. - Мартин Лютер, немецкий теолог, отец Реформации 1517 года, объяснял, как странная внешность и поведение ребенка (наиболее вероятно, ребенка с умственной отсталостью, но это заболевание еще не было известно в то время) связаны с одержимостью дьяволом.

XX в. - Президент Джон Кеннеди, сестра которого страдала задержкой психического развития, в 1962 году сформировал Президентскую Комиссию по умственной отсталости и создал национальную программу для борьбы с умственной отсталостью.

Рассматриваемые понятия

Задержка психического развития (ЗПР).

Педагогическая запущенность.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)

Возникновение термина

Термин введен как «временная задержка психического развития» в 60-е и 70-е годы. Но потом слово «временная» было отброшено, так как «задержка» и есть нечто временное. Предполагается, что со временем темп психического развития ребенка претерпит позитивные изменения, ребенок по своему развитию догонит сверстников и его жизнь войдет в «нормальный» режим, как возвращается в нормальный график движения поезд, нагнавший отставание в расписании.

Распространенность ЗПР

По данным НИИ детства в России ежегодно:

- рождается 5 - 8% детей с наследственной патологией;
- 8-10 % детей имеют приобретенную патологию;
- 4 - 5% составляют дети-инвалиды;
- 20% детей имеют стертые нарушения развития.

Определение

Задержка психического развития - это нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов.

Задержка психического развития - специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сфер.

Причины возникновения ЗПР

- отягощенная наследственность;
- патология беременности и родов;
- хронические заболевания родителей;
- неблагоприятная экология;
- профессиональные вредности у родителей до рождения ребенка;
- курение матери во время беременности;
- алкоголизм родителей;
- неполная семья;
- неблагоприятный психологический микроклимат в семье и в школе.

Классификация ЗПР (по Лебединской К.С.)

- конституционального происхождения;
- соматогенного происхождения;
- психогенного происхождения;
- церебрально-органического генеза.

Классификация ЗПР (по Лебединской К.С.)

Симптомы ЗПР конституционального происхождения (инфантилизма):

- инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики;
- эмоциональная сфера находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста.

Виды ЗПР конституционального происхождения (инфантилизма):

- гармонический (простой) инфантилизм;
- дисгармонический инфантилизм;
- органический инфантилизм (органическое повреждение мозга);
- психогенный инфантилизм.

Прогноз:

- возрастная динамика благоприятна;
- при правильно организованном учебном процессе быстро догоняют своих сверстников в общем психическом развитии.

Классификация ЗПР (по Лебединской К.С.)

Соматогенная ЗПР характеризуется:

- эмоциональной незрелостью, которая обусловлена хроническими инфекциями, аллергическими заболеваниями, врожденными и приобретенными пороками соматической сферы (сердца), детскими неврозами;
- стойкой астенией, снижающей общий, психический и эмоциональный статус.

Дети – «домашние», круг общения ограничен, межличностные отношения нарушены.

Родители уделяют им много внимания, ограждают от проблем, что усугубляет состояние ребенка больше, чем заболевание.

Дети требуют санаторных условий, отдыха, сна, правильного режима питания, медикаментозного лечения.

Прогноз зависит от состояния здоровья. Грамотное использование времени ремиссии заболевания, помощь учителей- предметников и работа по индивидуальному плану способны компенсировать отставание и пробелы в знаниях.

Классификация ЗПР (по Лебединской К.С.)

ЗПР психогенного происхождения:

- обусловлена неблагоприятными условиями воспитания;
- *в условиях безнадзорности:* патологическое развитие личности с ЗПР по типу психической неустойчивости: неумение тормозить свои эмоции и желания; импульсивность;
- *в условиях гиперопеки:* формирование эгоцентрических установок;
- *в психотравматических условиях воспитания:* невротическое развитие личности.

Неблагоприятные условия воспитания могут привести сначала к нарушениям вегетативных функций, затем психических, и, прежде всего, эмоционального развития. Формируется эмоционально-неустойчивая, импульсивная, внушаемая личность.

Коррекция данного расстройства – требует продолжительного времени и совместной работы специалистов: психолога, невропатолога, психоневролога и психиатра- в отношении как детей, так и взрослых членов семьи.

Классификация ЗПР (по Лебединской К.С.)

ЗПР церебрально-органического генеза:

- причина: органическое поражение ЦНС на ранних этапах онтогенеза (патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни);
- возрастная динамика определяется тяжестью поражения ЦНС и временем возникновения дефекта;
- необходимы срочные психолого-педагогические коррекционные мероприятия.
- Возможности обучения этих детей снижены. Дефектологи их рекомендуют обучать в специальных классах и школах. Возможности обучения вне специального учебного заведения ограничены. В 9-10 лет у них можно наблюдать олигофреноподобную симптоматику.

Специфические черты всех детей с ЗПР.

Повышенная истощаемость и в результате низкая работоспособность, незрелость эмоций, слабость воли, ограниченный запас представлений, бедный словарь, трудности звукового анализа, несформированность навыков интеллектуальной деятельности. Восприятие замедлено. В мышлении - недостаточность словесно-логических операций. Страдают все виды памяти. Необходим более длительный период для приема и переработки информации. Внимание неустойчивое.

Основные принципы педагогического подхода

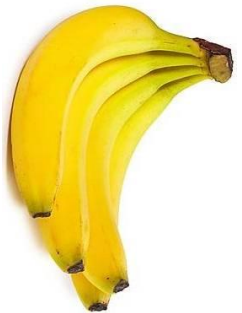
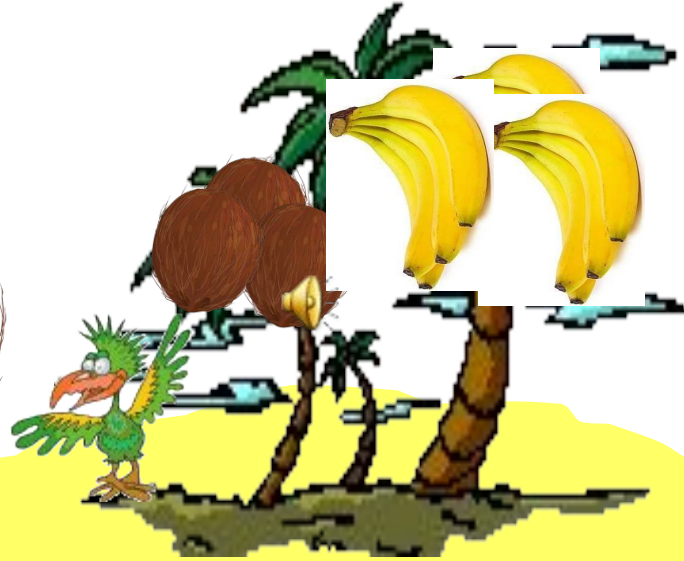
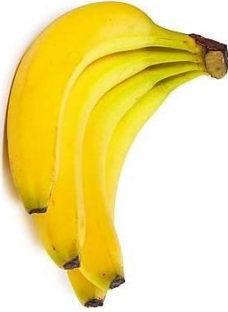
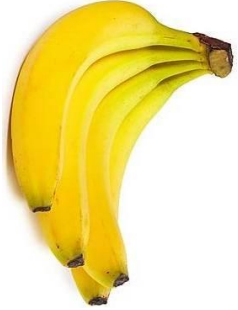
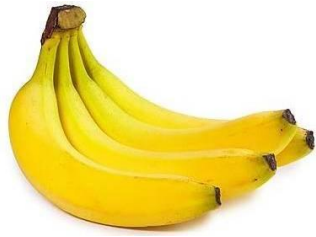
**К ним нужен особый подход, но абсолютно
такое же отношение, как к детям с
нормальным развитием.**

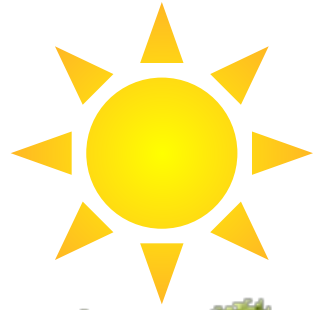
Охранительный режим

- **Соблюдение охранительного режима при обучении детей с интеллектуальной недостаточностью будет способствовать сохранению здоровья учащихся. Заключается охранительный режим, прежде всего, в наполняемости класса, в дозированнойности объема учебного материала, соблюдения временных рамок урока и расписания.**
- **Дети с диагнозом «ЗПР» могут учиться в обычном классе при наполняемости не более 20 человек, хорошем учебно-методическом оснащении, наличии квалифицированного педагога, который может индивидуально работать с 3-4 проблемными детьми(по мнению заведующей лаб. ИКП РАО Светланой Шевченко). Если класс большей наполняемости – это очень сложно.**

Планирование урока

На каждом уроке необходима частая смена видов деятельности, проведение физкультминуток разной направленности, применение здоровьесберегающих технологий и т.п.





Помощь педагога на уроке

Учитель может четко структурировать поведение ребенка на уроке. Например, сделать для ребенка специальные памятки с записью алгоритма действий:

- 1.Открываешь учебник.
 - 2.Слушаешь, какой номер задания я называю.
 3. Опускаешь глаза на страницу ..
- т. д.

Этот пошаговый алгоритм ребенку можно сделать в форме закладок.

Организация деятельности ребенка учителем

- Хорошо, если ребенок сидит в зоне прямого доступа учителя. Педагог должен время от времени подходить к нему и «ставить внешние вешки», направляя его действия: Мы проходим букву «Ш», сейчас мы ее пишем вот здесь, отсюда и сюда. Попробуй. Хорошо, если кто-то помимо педагога будет помогать ученику в организации его поведения.
- Важны также внешние мотивирующие подкрепления: «Вот здесь ты собрался и очень хорошо выполнил задание». Желательно сравнивать ребенка с самим собой «Вчера на третьем уроке ты был спокойнее и мы с тобой все хорошо сделали»

Особые методы подачи материала

- Использовать формы подачи материала с учетом психофизиологических особенностей ребенка. Чем проще и короче фраза педагога, тем выше вероятность, что ученик ее поймет.
- Следует давать ребенку больше времени на запоминание и отработку учебных навыков.
- При планировании уроков рекомендуется использовать игровые моменты, Возможно вносить отдельные элементы игры в учебные занятия. Дети данной категории неумимы в игре.
- Использовать яркую наглядность, применять ТСО.

Подача учебного материала

- Учебный материал должен подноситься небольшими дозами, его усложнение следует осуществлять постепенно. Необходимо учить ребенка пользоваться ранее усвоенными знаниями.

Взаимоотношение учителя с учеником

- Очень важно говорить с ребенком **мягким, доброжелательным** тоном и поощрять его за малейшие успехи. Всеми возможными способами стимулировать учебную активность ребенка.

Медикаментозное лечение

Дети с ЗПР требуют обязательной медикаментозной поддержки, но назначает ее врач-специалист.

- ноотропные препараты (пирацетам, энцефабол, когитум, семакс, церебрум композитум и т.д.);
- седативные препараты (фенибут, персен, магне-В6, ридазин и т.д.).

Компенсация ЗПР

- Во-первых, недостаток развития преодолевается тем успешнее, чем раньше создаются для этого условия, в ДОУ.
- Во-вторых, компенсация психической недостаточности, интеллектуальных отклонений, личностного недоразвития у детей с ЗПР происходит путем упорной коррекционной работы медика, психолога, педагога.
- В- третьих условия массового обучения, не адаптированные к особым потребностям ребенка с ЗПР, являются тормозящим фактором в его умственном развитии.

Возможности компенсации детей с ЗПР

- Как правило, задержка развития детей в 20% случаях при совместной работе медиков, педагогов, психологов, родителей компенсируется и развитие ребенка приближается к нормативному к 10-11 годам, в остальных случаях дети получают другой диагноз.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ

Определение

Педагогическая запущенность - это задержка психического развития, которая возникает в условиях социального неблагополучия.

У запущенного ребенка:

- остается интерес ко всему новому;
- отсутствует тугоподвижность мышления;
- страдают только те сферы психики, которые подверглись неблагоприятному воздействию.

По некоторым данным, значительная часть детей с умственной отсталостью не имеет органических поражений мозга, а их недостаточно высокий уровень IQ является *результатом педагогической запущенности*.

Как правило, это дети из *малообеспеченных семей*.

Сравнительная характеристика детей с умственной отсталостью и детей с ЗПР

Характерные особенности детей с умственной отсталостью	Характерные особенности детей с ЗПР
<i>Функциональная локализация нарушения (дефекта)</i>	
Характерен приоритет общих дефектов над частными.	Характерны только частные дефекты.
<i>Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом</i>	
Приоритетное влияние оказывают биологические факторы.	Особую роль играет социокультурный фактор.
<i>Критерий распространенности</i>	
Распространенность - 3%.	Распространенность - 7-11%.
Стойкое нарушение познавательной деятельности обусловлено органическим поражением или недоразвитием коры головного мозга.	Не имеют нарушений отдельных анализаторов и крупных поражений мозговых структур. <i>Незрелость:</i> - сложных форм поведения; - целенаправленной деятельности; - быстрая истощаемость, утомляемость; - низкая работоспособность.
Носит необратимый характер.	При своевременной и адекватной коррекционной работе носит обратимый характер.

Социальная адаптация

- трудовое обучение;
- профессиональное приспособление.

Обучение

В *статье 55. п.3* ФЗ РФ от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» определено, что:

- дети с ограниченными возможностями здоровья принимаются на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК)».

Основные задачи деятельности ПМПК:

- оценка особенностей и уровня развития ребенка;
- выбор образовательного учреждения.

Образование для детей с интеллектуальными нарушениями

Школы:

- Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида (школа или школа-интернат) для детей с задержкой психического развития.
- Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида (школа или школа-интернат) для детей с умственной отсталостью.

Образовательный маршрут:

- Дети с легкой (F70) умственной отсталостью с 7-8 лет могут обучаться в специальных (коррекционных) школах VIII вида, где обучение ведется по специальным образовательным программам. Возможно открытие коррекционных классов VIII вида в общеобразовательных школах.
- Дети с умеренной (F71) умственной отсталостью с 7-8 лет могут обучаться в специальных классах в специальных (коррекционных) школах VIII вида по адаптированной для них образовательной программе.
- Дети с тяжелой (F72) и глубокой (F73) умственной отсталостью обучаться не могут, поэтому целесообразно их содержание в учреждениях социального обеспечения (с согласия родителей).

Экспресс-дифференциация детей с ЗПР и детей с УО

- Пересказ текста, выбранного в соответствии с возрастом.
- Объяснение смысла любой пословицы. Например: «Не имей 100 рублей, а имей 100 друзей».

Из-за несформированности абстрактно-логического мышления дети с умственной отсталостью не выполняют задание.

Для исследования коэффициента умственного развития (IQ)

Стандартизированная методика Д. Векслера.

Методика Д. Векслера включает 12 субтестов вербального и невербального характера.

Рассчитана на детей от 5 до 16 лет.