**КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ. ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Мелькина Н.В.

медицинский психолог

ГБУЗ СО ТЛРЦ «АРИАДНА»

В отличии от олигофрении, где психическое, в первую очередь, интеллектуальное развитие имеет выраженный и необратимый характер, при задержке психического развития речь прежде всего идет о замедлении темпа психического онтогенеза. Кроме того, при ЗПР нередко доминируют явления не интеллектуального, а эмоционального дизонтогенеза- психического инфантилизма.

Т.А.Власова и М.С.Певзнер выделяют 2 основных механизма формирования ЗПР:

- недоразвитие эмоциональной сферы ( психический и психофизический инфантилизм);

- влияние нейродинамических, в первую очередь, стойких астенических и церебрастенических, состояний.

В этиологии психического и психофизического инфантилизма ведущее место отводится перенесенным в раннем детстве негрубым инфекционным, обменным, токсико-дистрофирующим заболеваниям; патогенез психического недоразвития связывается с замедлением созревания лобных систем.

В этиологии ЗПР, обусловленной стойкими церебрастеническими состояниями, ведущая роль придается функциональной недостаточности нервной системы, приводящей к нарушениям интеллектуальной работоспособности вследствие повышенной психической истощаемости, низкого психического тонуса, явлений психофизической заторможенности или гипердинамии.

Акцент здесь делается на двух факторах, определяющих замедление темпа психического развития:

- во-первых, на незрелости эмоционально-волевой сферы, тормозящей формирование как возрастной иерархии мотивов, так и целенаправленности мыслительной деятельности;

- во-вторых, на роли нейродинамических расстройств, затрудняющих познавательную деятельность.

Основные клинические формы задержки психического развития:

1.ЗПР конституционального происхождения.

 Это гармонический или психофизический инфантилизм. Эмоционально-волевая сфера ребенка как бы находится лишь на более ранней возрастной ступени развития. Характерны непосредственность и яркость эмоций, повышенный фон настроения. Затруднения в обучении у этих детей связаны с незрелостью интеллектуальных интересов ( преобладают игровые).

2. ЗПР соматогенного происхождения.

 Обусловлена длительной соматической недостаточностью (хронические инфекции, аллергия, пороки развития внутренних органов и т.д.). Психическое развитие тормозится стойкой астенией, резко снижающей общий и психический тонус. Дети отличаются робостью, астенической капризностью, неуверенностью, а так же явлениями гиперопеки, в которых нередко воспитывается соматически нездоровый ребенок.

3.ЗПР психогенного происхождения связана с грубо выраженными неправильными условиями воспитания. Это и условия безнадзорности (гипоопека)-при них возникает психическая неустойчивость (отсутствие чувства долга и ответственности, умения тормозить свои эмоции, импульсивность, внушаемость). Это и изнеживающее воспитание (гиперопека), при котором не формируется способность к волевому усилию, труду, самостоятельности.

4.ЗПР церебрального происхождения – занимает основное место среди вариантов данной аномалии развития. Ее этиология связана с органической недостаточностью нервной системы, большей частью резидуального характера: вследствие ряда пороков генетического развития, патологии беременности и родов, нейроинфекций, интоксикаций и травм, перенесенных на первых годах жизни. В анамнезе часто отмечается замедленное становление локомоторных функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

 Отмечены 2 основных клинических варианта:

- неустойчивый – с психомоторной расторможенностью;

 - тормозимый- с неврозоподобными расстройствами в виде неуверенности в себе, боязливости, малой активности.

Данные явления тормозят развитие познавательной деятельности за счет недостаточности мотивационной сферы и органической незрелости функций, обеспечивающих целенаправленное поведение.

Потенциальные возможности познавательной деятельности значительно страдают от низкого общего психического тонуса, истощаемости внимания, памяти, падения темпа психической деятельности и работоспособности в целом. Для ЗПР характерна мозаичность расстройств познавательных функций: наряду с недостаточностью одних корковых функций выступает сохранность других. Поэтому одни дети испытывают трудности в овладении чтением, письмом, другие – счетом, третьи обнаруживают недостаточность двигательной координации и т.д.

Коррекционная деятельность с детьми , имеющими ЗПР, строится на следующихпринципах:

1. Ведущим принципом работы является онтогенетический принцип: при проведении занятий необходимо учитывать уровень двигательного, когнитивного, речевого и эмоционально-личностного развития ребенка, ведущий тип мотивации деятельности, поэтапность в формировании новых видов деятельности.
2. Своевременная диагностика уровня развития ребенка - диагностика актуального развития и зоны ближайшего развития.
3. Комплексный подход к проблемам ребенка имеет особое значение : совместная разработка коррекционного маршрута и психолого-медико-педагогическое сопровождение развития ребенка, а также активное участие родителей обеспечивают эффективность коррекционной работы по устранению выявленных отклонений в развитии ребенка.

 4. Принцип взаимодействия и координации между специалистами.

 Он осуществляется следующим образом:

- с помощью ведения документации – карты, отражающей результаты диагностики и проведенной работы с ребенком;

- через психолого-медико-педагогические консилиумы, на которых специалистами обсуждаются результаты первичной или повторной диагностики, успехи и трудности ребенка на занятиях, обсуждаются рекомендации специалистов друг другу по использованию в работе с ребенком наиболее эффективных приемов коррекции и взаимодействия;

- через проведение совместных занятий специалистами ( психолог-педагог, психолог-логопед, логопед-музыкальный работник, логопед-дефектолог и т.п.).

1. Одним из важнейших принципов работы является принцип ведущей роли семьи в развитии ребенка.

Необходимо вовлечение родителей в совместную деятельность " специалист-ребенок-родитель". Это и присутствие родителя на занятии, и выполнение домашних заданий, и проведение занятия самим родителем под наблюдением специалиста, и консультативная помощь родителям со стороны специалистов.

1. Деятельностный принцип работы с детьми с ЗПР

предусматривает формирование психических функций в процессе деятельности детей ( предметно-практической, игровой, учебной).

1. Творческий подход – дает возможность не ограничивать свободу творчества ребенка, если цели, поставленные перед ним в процессе занятия, будут решены.
2. Систематичность заданий и используемых на занятиях игр и задач предполагает наличие определенного порядка в подаче развивающего материала, повторяемости игр и заданий, использование их в определенной последовательности ( от простого к сложному, от выполнения задания с помощью к самостоятельному выполнению).
3. Вариативность заданий позволяет при формировании у ребенка одних и тех же понятий использовать разные игры и задания. Таким образом мы избегаем состояние пресыщения ребенка однотипной тематикой, развиваем возможность переноса знаний на другой материал, что является одним из основных показателей обучаемости.
4. Принцип постепенного усложнения заданий

а) поступенчатое усложнение заданий, например:

 1-я ступень – сортировка предметов по какому-либо признаку;

2-я ступень – выбор предметов по данному признаку, ориентируясь на эталон или слово;

3-я ступень – использование знания этого признака в продуктивной деятельности.

б) постепенное усложнение за счет подбора более сложного для восприятия или практической деятельности игрового или учебного материала.

Например, при сортировке по цвету вначале берутся контрастные цвета (желтый-красный), по мере усложнения – более близкие (желтый- оранжевый).

При нанизывании бусинок на занятиях по мелкой моторики усложнение достигается уменьшением диаметра отверстия бусин.

в) постепенное увеличение количества используемых объектов в задании за счет увеличения объема внимания, поля зрения и т.д.

11.Учет индивидуальных особенностей ребенка, особенностей развития и возможностей психики ребенка, имеющего ЗПР ( повышенная утомляемость, отвлекаемость, тугоподвижность мышления, маленький объем памяти, эмоционально-волевая незрелость и т.п.). Учет особенностей позволяет правильно сориентироваться в продолжительности занятия, в выборе приемов работы, в выборе наглядного материала и способах его подачи.

 Литература:

1. ВенгерЛ.А. и др. Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до 6-ти лет.- М., Просвещение , 1998.

2.Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии.- М. Просвещение,1973.

3. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций.- М. Издательство АПН РСФСР,1960.

4.Диагностика и коррекция психического развития дошкольника. Под ред. Коломенского, Минск, 1997.

5. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей. Пособие для учителей и специалистов коррекционно-развивающего обучения. /под ред. Шевченко С.Г. М.2001.

6. Диагностический комплект. Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста. Сост. Семаго Н.Я., Семаго М.М.- М., 1999.