

## Семинар для воспитателей ДОУ

### *«Особенности обучения детей в ДОУ с ТНР, ЗПР и умственной отсталостью»*



педагог-психолог  
И.А. Кушнарера

с. Кулешовка,  
сентябрь 2020 г.

## ***Особенности обучения детей с ТНР в условиях дошкольного учреждения***

При обучении и воспитании детей с тяжелыми нарушениями речи в условиях дошкольного учреждения необходимо учитывать особенности развития ребенка. Для данной категории детей очень важно организовать специальные условия для развития коммуникативно-речевой практики.

Большую роль играет развитие общей моторики и преодоление двигательных нарушений. Чем раньше начать стимулировать моторное развитие у ребенка с ТНР и корректировать двигательные расстройства, тем больше шансов будет предупредить трудности в формировании речевой функции. В связи с этим, необходимо проведение физических минуток ежедневно. Текст физ. минутки желательно подбирать в стихотворной форме, повторяя его в течение некоторого времени, что дает возможность легче запомнить детям и, соответственно, расширить свой словарный запас. Благотворно влияют на развитие детей музыкальные физминутки. Музыка отлично стимулирует слуховое восприятие. В музыкальных физминутках важное значение имеет снижение контроля ребенка за своей речью, вовлечение его в процесс пения.

При обучении и воспитании ребенка с ТНР необходимо большое значение уделять воображению ребенка, стимулировать его к созданию игровых ситуаций, придумыванию сюжетов для игр. Игровую зону можно превратить с помощью воображения детей, например, в волшебную страну, где дети преодолевают препятствия, перепрыгивают по заколдованным кочкам, которые можно сделать из массажных ковриков или листов бумаги, или пройти вдоль стены приставным шагом, представив, что идем по узкой дорожке, а внизу река. Эти занятия хорошо развивают воображение, моторику, а, следовательно, и речевую функцию.

При работе с детьми с ТНР следует большое значение уделять коммуникативному поведению каждого ребенка в отдельности. Необходимо обращать внимание на проявление любых попыток со стороны ребенка пойти на контакт, это может быть взгляд, вокализация, движение. При этом нужно озвучивать поведение ребенка и комментировать свои действия по отношению к нему. Попытки звучащей речи детей должны поощряться и поддерживаться, что приведет к желанию идти на контакт в дальнейшем и формированию мотивации к коммуникации.

Следует несколько слов сказать о требованиях к речи взрослого: артикуляция должна быть четкой, говорить необходимо короткими предложениями, невысоким голосом, между фразами необходимо делать паузы, что дает возможность ребенку понять произнесенное и отреагировать, дать ответ словами, взглядом, движением, мимикой.

Для детей с тяжелыми нарушениями речи в ежедневные занятия необходимо включать артикуляционную, пальчиковую и дыхательную гимнастику. Для того чтобы детям не было скучно, желательно использовать стихотворения и картинки при проведении данных занятий.

В условиях дошкольного учреждения большую роль играет атмосфера в группе, где находятся дети с тяжелыми нарушениями речи. Ребенок должен чувствовать себя комфортно, спокойно, что будет способствовать установлению эмоционального контакта с взрослым. В связи с этим необходимо обратить внимание на проблемы энергетического плана. Детям гиперактивным показаны спокойные игры, следует избегать частого повторения слов «нет», «нельзя», необходимо как можно чаще поощрять успех таких детей, хвалить, когда заслуживают. В случае если ребенок, наоборот, вялый, бездеятельный, необходимо применять двигательную стимуляцию: взявшись за руки покружиться, попрыгать и т.д.

При любой модели поведения ребенка следует сосредоточить внимание на развитии ощущений: тактильных, слуховых, зрительных.

Для развития *тактильных ощущений* необходимо включать игры на осязание, где дети чувствуют форму, величину предмета, материал, температуру и т.д.

Для развития *слуховых ощущений* важны различные звуки, шумы, их расположение в пространстве.

Для развития *зрительных ощущений* хорошо использовать картинки с заштрихованными, перевернутыми, контурными изображениями.

Дети с тяжелыми нарушениями речи, как правило плохо ориентируются в пространстве и собственном теле. Упражнения на ориентацию необходимо включать в игры, в режимные моменты, в занятия.

Игры *по развитию ориентации* в собственном теле, могут проводиться как за столом, так и на ковре.

Игры *на ориентацию в собственном теле*: правой рукой достань до мочки левого уха или пальцами правой руки дотронься до подбородка, а пальцами левой возьми правый локоть.

Игры *на ориентацию в пространстве*: возьми игрушку слева от тебя и спрячь под стол, возьми машину под стулом и поставь справа от домика и т.п.

Необходимо сказать о *пользе кинезиологических упражнений* для развития обоих полушарий детей с тяжелыми нарушениями речи. Данной категории детей очень полезно рисование двумя руками одновременно. Правой и левой рукой дети рисуют зеркально. Для правильного выполнения этих упражнений необходимо сначала прорисовать указательными пальчиками на бумаге по контуру картинки, потом в воздухе прорисовать то же изображение, а затем уже приступать к выполнению задания карандашами. После завершения рисования обеими руками, можно представить, что или кого из данных линий можно дорисовать. Развивая воображение, мы развиваем и речь. А также координацию движений и синхронизацию работы глаз и рук.

### ***Организация коррекционно работы с детьми с ЗПР***

Различают *четыре* основных варианта ЗПР:

#### ***1. ЗПР конституционального происхождения.***

Данный тип ЗПР характеризуется преобладанием эмоциональной мотивации поведения, непосредственностью и яркостью эмоций при их

поверхностности и нестойкости, повышенным фоном настроения, легкой внушаемостью. Своим ростом и физическим развитием такие дети отстают от своих сверстников на 1,5–2 года, характерным для них являются выразительная жестикация, живая мимика, быстрые порывистые движения. Они неутомимо играют, но быстро утомляются, выполняя практические задания. Очень быстро им наскучивают однообразные задания.

Такие дети характеризуются слабой способностью к умственному напряжению, повышенной раздражительностью, внушаемостью. Инфантильные дети несамостоятельны и не критичны к своему поведению. Они могут отключаться на занятиях и не выполнять задания, плакать по пустякам, быстро успокаиваться, переключаясь на игру. Затрудненное обучение таких детей, объясняется незрелой мотивационной сферой и личностью в целом, преобладанием игровых интересов.

**Причины:** нарушения обмена веществ, специфика генотипа.

**Симптомы:** задержка физического развития, становления статодинамических психомоторных функций; интеллектуальные нарушения, эмоционально-личностная незрелость, проявляющаяся в аффектах, нарушениях поведения.

### ***2. ЗПР соматогенного происхождения.***

Данный тип обуславливается длительностью соматической недостаточности различного происхождения. К которой можно отнести врожденные и приобретенные пороки развития соматической сферы (сердца), хронические инфекции и аллергические состояния. Характерна стойкая астения, снижающая психический и общий тонус. Часто наблюдается задержка эмоционального развития - соматогенный инфантилизм, который обусловлен неуверенностью, боязливостью из-за физической неполноценности или из-за режимов ограничений и запретов, в которых находится ребенок.

**Причины:** длительные соматические заболевания, инфекции, аллергии.

**Симптомы:** задержка психомоторного и речевого развития; интеллектуальные нарушения; невропатические расстройства, выражающиеся в замкнутости, робости, застенчивости, заниженной самооценки, не сформированности детской компетентности; эмоциональная незрелость.

### ***3. ЗПР психогенного происхождения.***

Данный тип обусловлен неблагоприятными условиями воспитания, которые препятствуют формированию личности ребенка в правильном русле. Он наблюдается, в первую очередь, при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости, часто обусловленной гипоопекой (условия безнадзорности, когда у ребенка не воспитывают чувства долга и ответственности), формами поведения, связанными с активным торможением аффекта. Нет стимулирования развитию познавательной деятельности, установок и интеллектуальных интересов. В связи с этим черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы (аффективная лабильность, повышенная внушаемость, импульсивность) у таких детей сочетается с недостаточностью уровня знаний и представлений, требуемых для усвоения предметов школьной программы.

Вариант развития по типу "кумира семьи" обуславливается гиперопекой (изнеженное воспитание, характеризующееся не привитием черт самостоятельности, ответственности, инициативности). Для него характерны черты эгоцентризма и эгоизма, установка на постоянную помощь и опеку, нелюбовь к труду.

Такой ребенок при нормальном интеллектуальном развитии учится неровно, поскольку не приучен трудиться и не желает самостоятельно выполнять задания. Адаптация в коллективе таких детей затруднена, так как они эгоистичны.

**Причины:** неблагоприятные условия воспитания на ранних этапах онтогенеза, травмирующая среда.

**Симптомы:** несформированность детской компетентности и произвольной регуляции деятельности и поведения; патологическое развитие личности; эмоциональные расстройства.

#### ***4. ЗПР церебрально-органического происхождения.***

Довольно часто встречается, обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений как эмоционально-волевой сферы, так и познавательной деятельности. Данный тип ЗПР может быть обусловлен наличием негрубой органической недостаточности нервной системы вследствие патологии беременности (инфекции, тяжелые токсикозы, интоксикации и травмы, несовместимость матери и плода по резус-фактору крови), асфиксии и травмы при родах, недоношенности, постнатальных нейроинфекций, токсикодистрофирующих заболеваний первых лет жизни.

Зачастую у таких детей наблюдаются запаздывание формирования статистических функций речи, ходьбы, этапов игровой деятельности, навыков опрятности. В соматическом состоянии наряду с недоразвитием мускулатуры, недостаточностью мышечного и сосудистого тонуса, задержкой роста часто наблюдаются общая гипотрофия. Часто в неврологическом состоянии можно наблюдать явления вегетативно-сосудистой дистонии.

**Причины:** точечное органическое поражение ЦНС остаточного характера, вследствие патологии беременности и родов, травм центральной нервной системы и интоксикации.

**Симптомы:** задержка психомоторного развития, интеллектуальные нарушения, органический инфантилизм.

Дети с задержкой психического развития *церебрально-органического генеза* являются наиболее сложными в диагностическом отношении, потому что, как и дети с олигофренией, оказываются стойко неуспевающими в первые годы обучения.

#### **Дети с задержкой психического развития в ДОУ**

*Что такое задержка психического развития?*

ЗПР относится к разряду слабовыраженных отклонений в психическом развитии и занимает промежуточное место между нормой и патологией. Дети с задержкой психического развития не имеют таких тяжелых отклонений в

развитии, как умственная отсталость, первичное недоразвитие речи, слуха, зрения, двигательной системы.

Основные трудности, которые они испытывают, связаны прежде всего с социальной адаптацией и обучением.

Объяснением этому служит замедление темпов созревания психики. Нужно также отметить, что у каждого отдельно взятого ребенка ЗПР может проявляться по-разному и отличаться и по времени, и по степени проявления. Но, несмотря на это, мы можем попытаться выделить круг особенностей развития, форм и методов работы, характерных для большинства детей с ЗПР.

*Кто эти дети?*

Ответы специалистов на вопрос, каких детей следует причислять к группе с ЗПР, весьма неоднозначны. Условно, их можно разделить на два лагеря.

Первые, придерживаются гуманистических взглядов, считая, что основные причины ЗПР носят прежде всего социально-педагогический характер (неблагополучная обстановка в семье, недостаток общения и культурного развития, тяжелые условия жизни). Дети с ЗПР определяются как неприспособленные, труднообучаемые, педагогически запущенные.

Другие, связывают отставание в развитии с легкими органическими поражениями мозга и относят сюда детей с минимальной мозговой дисфункцией. (ММД).

Синдром минимальной мозговой дисфункции возникает в раннем детстве. Начинается у детей младшего возраста. Характерными являются незначительные нарушения в поведении и обучении ребенка. Главной причиной данного синдрома являются родовые травмы.

Если в школьном возрасте не начать лекарственную терапию, то у взрослого человека вылечить ее очень сложно. Кроме этого могут возникнуть серьезные осложнения. Среди таких проблем отмечается адаптация в социальном обществе. Не редко возникают расстройства психики.

Минимальный синдром сопровождается эмоциональным расстройством, нарушением поведения. Это может начинаться с самого маленького возраста. Также нарушается внимание, жизненная активность.

### **Причины ММД у детей**

Минимальная мозговая дисфункция у детей возникает из-за влияния факторов:

- Осложнения в период беременности. Особенно на протяжении первого триместра.

- Сильный токсикоз. Вредное влияние на организм женщины в период беременности и лактации. Это касается химических элементов, радиоактивных веществ, микробов, бактерий, вирусов, инфекций.

- Перенесенные в период беременности заболевания, как ветрянка, корь, грипп.

- Угроза выкидыша.

- Преждевременные роды, или наоборот переношенные.

- Слабость женщины в процессе родов, их длительность.

- Дисфункция мозга имеет связь с гипоксией плода. Сопровождается недостатком кислорода, в связи с обвитием пуповины вокруг шеи малыша.

### **Грубых двигательных расстройств у детей с ЗПР нет!**

В отечественной психологии цели коррекционной работы определяются пониманием закономерностей психического развития ребенка, как активного деятельностного процесса, реализуемого в сотрудничестве с взрослым в форме усвоения общественно-исторического опыта, путем интериоризации и результирующего в системе психологических новообразований, специфичных для каждой возрастной стадии (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин,). Постановка целей коррекционной работы осуществляется в контексте представлений о структуре и динамике возраста (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Г.В. Бурменская, И.В. Дубровина,).

Е.А. Стребелева выделяет специфические образовательно-воспитательные потребности детей с ЗПР. Прежде всего, необходимо учитывать, что такие дети особо нуждаются в постоянно поддерживаемой взрослыми ситуации успеха. Она должна относиться как к предметно-практической деятельности, в которой ребенок смог бы усваивать и переносить способы и навыки в новые ситуации, так и к межличностному взаимодействию. Незрелость и специфичность коммуникативных потребностей детей с ЗПР требует параллельного ведения и индивидуальной и коллективной работы. Наравне с познавательным, должно идти эмоциональное развитие детей с ЗПР, что обусловлено незрелостью эмоционально-нравственной сферы личности этих детей.

Еще Л.С. Выготский, ссылаясь на исследования А. Адлера, подчеркивал, что эмоция является одним из моментов, образующих характер, что «общие взгляды человека на жизнь, структура его характера, с одной стороны, находят отражение в определенном круге эмоциональной жизни, а с другой стороны – определяются этими эмоциональными переживаниями».

Учет таких специфических потребностей будет способствовать гармоничной социализации детей в обществе.

Особое внимание следует уделить художественной-эстетической и ручному труду: рисование, лепку, аппликацию, конструирование, работу с мозаикой, пальчиковую гимнастику, шитье.

Обосновывая взаимосвязь развития движений пальцев и интеллекта детей, А.Л. Сиротюк предлагает использовать пальчиковую гимнастику как метод коррекции интеллекта детей.

Цель занятий – синхронизация работы полушарий головного мозга, развитие потенциальных способностей, памяти, внимания, речи, мышления. Кроме того, методика А.Л. Сиротюк включает дыхательные упражнения, развивающие мышцы языка. Автор также предлагает программу развития интеллекта старших дошкольников методами кинезиологии.

Детям с ЗПР полезны игры-упражнения, направленные на развитие тактильной чувствительности.

Перед обучением труду детей с ЗПР в условиях детского сада наряду с общими задачами трудового обучения и воспитания стоят также

специфические, вытекающие из особенностей развития этих детей и направленные на коррекцию недостатков их мыслительной и речевой деятельности, на повышение познавательной активности, на формирование учебной деятельности. В процессе обучения труду должны компенсироваться недоразвитие эмоционально-волевой сферы детей, формироваться такие личностные качества, как наблюдательность, целенаправленность, самостоятельность. Специальными задачами должны стать развитие мелкой моторики рук и совершенствование пространственных представлений. Большое внимание должно уделяться развитию познавательных интересов воспитанников в плане трудовой деятельности, ознакомлению их с трудом взрослых.

Важным также является максимальное привлечение к занятиям по *обучению труду* знаний и практических умений детей, приобретаемых на других занятиях, т.к. дети с ЗПР особенно нуждаются в преподнесении одного и того же материала в различных аспектах, в неоднократном его закреплении.

Основными задачами *обучения изобразительному искусству* являются воспитание у детей чувства прекрасного, понимания красоты в окружающей жизни, формирование потребности в изображении предметов и явлений окружающей действительности, развитие изобразительных навыков. В изобразительной деятельности сказывается характерная для детей с ЗПР неустойчивость внимания, недостаточная наблюдательность. Наблюдается сниженный интерес, а у некоторых его отсутствие, к процессу и результатам деятельности.

Сюжетно-ролевые и театрализованные игры - основа обучения и развития таких детей. При этом необходимо заинтересовать детей игрой, показывать игровые ситуации на примере других детей или взрослых. С помощью театра и настольных композиций можно не только развить навыки общения у таких детей, но и, главное, развить игровую деятельность, которая станет основой для бурного развития высших психических функций. Можно создать игровые уголки совместно с детьми, пусть они их обустроят, почаще делают перестановку.

Конечная цель - научить ребенка играть.

### **Работа с детьми с умственной отсталостью**

**Умственная отсталость** — это стойкое недоразвитие уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности, связанное с врожденной или приобретенной до трехлетнего возраста органической патологией головного мозга. Наряду с умственной недостаточностью всегда имеет место недоразвитие эмоционально-волевой сферы, речи, моторики и всей личности в целом.

#### **Формы умственной отсталости**

*Олигофрения* — форма психического недоразвития. Характеризуется недоразвитием всех нервно-психических процессов, в большей степени наблюдаются нарушения подвижности внутренних процессов в интеллектуально-речевой сфере и в меньшей степени — в сенсомоторной.



*Деменция* — стойкое ослабление познавательной деятельности, приводящее к снижению критичности, ослаблению памяти, уплощению эмоций. В детском возрасте деменция может возникнуть в результате органических заболеваний мозга, воспалительных заболеваний мозга, а также вследствие сотрясений и ушибов мозга.

#### **Степени умственной отсталости согласно МКБ-9 (до 1999 года):**

*Дебильность* - самая слабая степень умственной отсталости, обусловленная задержкой развития или органического поражения мозга плода. При не резко выраженной дебильности ребёнок может внешне мало отличаться от сверстников.

*Имбецильность* - средняя степень слабоумия. Речь и другие психические функции развиты больше, чем при идиотии. Долгое время считалось, что лица с имбецильностью практически не обучаемы и им доступны лишь элементарные акты самообслуживания. Сейчас положение несколько изменилось. Для детей с данным нарушением интеллекта существуют адаптированные программы обучения.

*Идиотия* - глубокая умственная отсталость, чаще всего с полным отсутствием речи и мышления и потребностью в постоянном уходе и надзоре.

#### **Степени умственной отсталости согласно МКБ-10 (после 1999 года)**

F 70 – (IQ 50-69) легкая умственная отсталость,

F 71 – (IQ 35-49) умеренная умственная отсталость,

F 72 – (IQ 20-34) тяжелая умственная отсталость,

F 73 – (IQ ниже 20) глубокая умственная отсталость

#### **Причины умственной отсталости**

Все причины умственной отсталости делятся на две большие группы: эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние).

##### *Эндогенные (внутренние) причины:*

1. Изменение наследственных структур (мутации).
2. Эндокринные заболевания и метаболические дефекты. Диабет матери может быть причиной отставания в умственном развитии ее ребенка.
3. Возраст родителей.

##### *Экзогенные (внешние) причины:*

1. Высокий риск рождения ребёнка с УО связан с гипоксией плода у матерей страдающих в тяжелой форме хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистой недостаточностью, болезнями печени и почек)
2. Несовместимость родителей по Rh-факторам крови
3. Внутриутробная инфекция
4. Прием матерью некоторых лекарств, а так же алкоголя и наркотиков.
5. Работа родителей на вредном производстве - особенный вред в плане умственного развития ребёнка, наносит переизбыток свинца.
6. Даже острые или хронические стрессы матери во время беременности могут привести к рождению умственно не полноценного ребёнка.

#### **Особенности развития речи**

У детей с нарушением интеллекта нарушены все стороны речи: фонетическая, лексическая и грамматическая. У детей с лёгкой степенью

умственной отсталости эти нарушения менее выражены. В повседневной практике такие дети способны поддержать беседу на темы, близкие их личному опыту, используя при этом несложные предложения. Для детей с умеренной, тяжелой или глубокой степенью умственной отсталости характерно глубокое недоразвитие речи:

- У одних из них речь появляется к 6-7- летнему возрасту.

- У других («безречевых детей») речь не возникает вообще и почти не развивается в течение ряда лет.

#### **Особенности познавательных процессов умственно отсталых детей**

Патологическая инертность нервных и психических процессов;

Интеллектуальная пассивность, равнодушие к происходящему;

Снижение мотивации деятельности;

Косность и стереотипность мышления;

Нарушение критичности мышления;

Нарушение операционального и организационного компонентов мыслительной деятельности;

Недостаточность, недифференцированность и бедность восприятия;

Низкая точность и прочность запоминания;

Непреднамеренность запоминания;

Нарушения речи;

Низкая целенаправленность деятельности.

#### **Основные направления коррекционно-педагогического процесса в коррекционных группах для умственно отсталых детей в ДОУ**

В диагностическом блоке ведущей задачей является *организация комплексного медико-психолого-педагогического изучения ребенка в динамике коррекционно-воспитательного процесса* и одновременно в целях разработки индивидуальной программы развития ребенка.

Блок воспитательных задач направлен на решение вопросов *социализации, повышения самостоятельности и автономии ребенка* и его семьи, становления нравственных ориентиров в деятельности и поведении дошкольника, а также воспитания у него положительных личностных качеств.

#### **Коррекционные задачи**

Следующим блоком задач является организация коррекционной работы, направленной,

✓ во-первых, на *развитие компенсаторных механизмов* становления психики и деятельности проблемного ребенка,

✓ во-вторых, на *преодоление и предупреждение у воспитанников детского сада вторичных отклонений* в развитии их познавательной сферы, поведения и личностных ориентиров. При этом предполагается обучение родителей отдельным психолого-педагогическим приемам, повышающим эффективность взаимодействия с ребенком, стимулирующим его активность в повседневной жизни, укрепляющим его веру в собственные возможности.

#### **Образовательные задачи**

Блок образовательных задач направлен на обучение детей способам усвоения общественного опыта, развитие их познавательной активности,

формирование всех видов детской деятельности, характерных для каждого возрастного периода. Важной задачей образовательного блока является подготовка детей к школьному обучению, которая должна вестись с учетом индивидуальных особенностей и возможностей ребенка.

### **Рекомендации по работе с детьми с умственной отсталостью**

1. Относитесь к ребенку спокойно и доброжелательно, так же, как к другим детям.
2. Учитывайте индивидуальные возможности и особенности ребенка при выборе форм, методов, приемов работы на занятии.
3. Сравнивайте ребенка с ним самим, а не с другими детьми.
4. Создавайте у ребенка субъективное переживание успеха. *Приемы:* Снятие страха - «Ничего страшного...». Скрытая инструкция - «Ты же помнишь, что...». Авансирование - «У тебя получится...». «Ты сможешь...». Говорите это искренне и уверенно. Усиление мотива - «Нам это нужно для...» («Будешь лучше читать, сможешь найти в книге ответы на свои вопросы»). Педагогическое внушение - «Приступай же...». Высокая оценка детали - «Вот эта часть у тебя получилась замечательно...» («Сегодня ты хорошо рассказал о..., отвечал на вопросы и т.д.»)
5. Помогайте ребенку почувствовать свою интеллектуальную состоятельность. *Приемы:* Отмечайте достижения ребенка, а не неудачи. Делайте ошибки нормальным и нужным явлением. Формируйте веру в успех. Концентрируйте внимание на уже достигнутых в прошлом успехах (на прошлом занятии ты смог сделать..., сможешь и сейчас).
6. Дайте, ребенку возможность делать выбор, решать самому, высказывать свою точку зрения.

**Содержание образования** Содержание образования для детей с интеллектуальными нарушениями существенно меняется по сравнению с образованием детей с нормой интеллектуального развития. На разных этапах образования в содержание включаются дополнительные специфические предметы. В раннем и дошкольном возрасте в программу обучения обязательно включается формирование культурно-гигиенических навыков (КГН), в случае с умеренной и более сложными формами интеллектуальной недостаточности этот учебный предмет сохраняется и на протяжении и всего школьного обучения. В программу обучения этих детей обязательно включается такой предмет, как развитие сенсорного восприятия, обучение игровой деятельности.

Во всем привычные в детском саду формирование элементарных математических представлений (ФЭМП) меняется на формирование элементарных количественных представлений (ФЭКП). Многие вычислительные математические действия не доступны детям с нарушением интеллекта, но при этом нам, как специалистам нужно дать ребёнку хотя бы представление о счёте, о весе, о размере и научить его элементарным математическим действиям.

Использование специфических методов и приёмов обучения:

- широкая опора на наглядность;
- предметно практическая деятельность;
- метод «малых порций»;
- стимулирующие методы;

- игровые приёмы;

- использование памяток, и др.

**Сравнительная характеристика детей с ЗПР и детей с умственной отсталостью (УО)**

<b>Характерные особенности детей с ЗПР</b>	<b>Характерные особенности детей с умственной отсталостью</b>
<b>1 параметр, определяющий характер психического дизонтогенеза - функциональной локализацией нарушения (дефекты)</b>	
Характерны только частные дефекты. Характерна парциальность поражения с недостаточностью корко-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем, преимущественно нейродинамического характера, что определяет лучший прогноз и динамику развития.	Характерен приоритет общих дефектов над частными.
<b>2 параметр связан со временем поражения.</b>	
Характерно более позднее время воздействия вредности, длительность воздействия негативных факторов значительно меньше.	Характерно более раннее время воздействия вредности (первая треть беременности, когда происходит формирование мозговых структур). Длительность воздействия негативных факторов значительно больше.
<b>3 параметр характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом</b>	
Особую роль играет социокультурный фактор.	Приоритетное влияние оказывают биологические факторы.
<b>Критерий распространенности</b>	
Встречается значительно чаще, показатели распространенность составляют 7–11%.	Встречается чуть реже, показатели распространенности колеблются в пределах от 1 до 2,3%
Дети с ЗПР не имеют нарушений, отдельных анализаторов и крупных поражений мозговых структур, но отличаются незрелостью сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушенной работоспособности.	Стойкое нарушение познавательной деятельности обусловлено органическим поражением или недоразвитием коры головного мозга.
При своевременной и адекватной коррекционной работе ЗПР носит обратимый характер. Нарушения психических функций в дальнейшем преодолеваются	УО носит необратимый характер. Нарушения сложных психических функций обнаруживаются на протяжении всего их развития, причем на каждом возрастном этапе они принимают разные формы.