

## **Возрастные особенности ребенка с задержкой психического развития. Перспективы развития.**

Задержка психического развития (ЗПР) - нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своем развитии от принятых психологических норм для данного возраста.

В качестве причин, приводящих к задержкам психического развития, М. С. Певзнер и Т. А. Власовой были выделены следующие - неблагоприятное течение беременности, связанное с: болезнями матери во время беременности (краснуха, паротит, грипп); хроническими соматическими заболеваниями матери, начавшимися еще до беременности (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы); токсикозами, особенно во второй половине беременности; токсоплазмозом; интоксикациями организма матери вследствие употребления алкоголя, никотина, наркотиков, химических и лекарственных препаратов, гормонов; несовместимостью крови матери и младенца по резус-фактору;

v патология родов: травмы вследствие механического повреждения плода при использовании различных средств родовспоможения, таких, как щипцы, например; асфиксия новорожденных и ее угроза;

v социальные факторы: педагогическая запущенность в результате ограниченного эмоционального контакта с ребенком как на ранних этапах развития (до трех лет), так и в более поздние возрастные этапы.

Существуют различные классификации задержки психического развития. Классификация М. С. Певзнер и Т. А. Власовой включает два вида задержки психического развития: неосложненный психофизический и психический инфантилизм; «вторичная» задержка психического развития, вызванная стойкой церебрастенией (повышенной истощаемостью психических функций) различного происхождения, возникшей на ранних этапах онтогенеза, в связи, с чем нарушается в первую очередь познавательная деятельность и работоспособность.

М. С. Певзнер выделила следующие варианты инфантилизма при задержке психического развития:

v психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);

v психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

v психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

v психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

Классификация, предложенная К. С. Лебединской, включает четыре основных клинических типа задержки психического развития, выделенных на основе этиопатогенетического принципа. Это задержки психического развития следующего происхождения: конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического.

При задержке психического развития конституционального происхождения эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание игровой мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхности и нестойкости, легкая внушаемость. При переходе к школьному возрасту значимость для детей игровых интересов сохраняется.

Задержка психического развития соматогенного происхождения обусловлена длительной соматической недостаточностью (ослабленностью) различного генеза:

хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка (неполная или неблагополучная семья, психические травмы). Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, неблагоприятные средовые условия, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы, нарушению сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь эмоционального, развития. В таких случаях речь идет о патологическом (аномальном) развитии личности. психический церебральный воспитание обучение

Задержка психического развития церебрально-органического происхождения встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большей стойкостью и выраженностью нарушения как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности. Изучение анамнеза этих детей в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще - резидуального характера: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-, АВО - и др. факторам). Общим для данной формы ЗПР является наличие так называемой легкой дисфункции головного мозга.

Вторичные отклонения при задержке психического развития проявляются в виде отставания развития различных видов деятельности - моторной, познавательной, эмоционально-волевой, речи. Затруднено освоение навыков самообслуживания. Игра остается примитивной, нет ее усложнения или оно идет замедленно. Запас возрастных сведений и умений недостаточен, наблюдаются слабость первичных обобщений, отсутствуют идентификация пола, способность выделять существенные признаки предметов, нет дифференцированного интереса к интеллектуальным формам игры. Моторные функции могут оставаться незрелыми, выражены диспрактические отклонения.

Задержка психического развития характеризуется обратимостью многих расстройств, т. е. относительно благоприятным прогнозом. В одних случаях такая задержка может полностью ликвидироваться через ускоренную фазу созревания - скачок в развитии или через запоздалое развитие, в других может сохраняться некоторое недоразвитие той или иной функции или происходит компенсация другими функциями. В некоторых случаях остаются проявления синдрома минимальной мозговой дисфункции и такие расстройства, как гиперкинетический синдром (синдром дефицита внимания), специфические расстройства школьных навыков. Задержка психического развития в детстве может стать и основой патохарактерологических нарушений развития личности в старшем возрасте.

### **Психические и физические особенности детей с ЗПР**

У детей с задержкой психического развития страдают в первую очередь память, внимание, работоспособность, аффективно-волевая сфера, что препятствует полноценному использованию и развитию интеллектуальных возможностей ребенка.

У детей с задержкой психического развития наблюдается низкий (по сравнению с нормально развивающимися сверстниками) уровень развития восприятия. Это проявляется в необходимости более длительного периода времени для приема и переработки сенсорной информации; в недостаточности, ограниченности, фрагментарности знаний этих детей об окружающем мире; в затруднениях при узнавании предметов, находящихся в непривычном положении, контурных и схематических изображений.

Сходные качества предметов воспринимаются ими обычно как одинаковые. Эти дети не всегда узнают и часто смешивают сходные по начертанию буквы и их отдельные элементы; часто ошибочно воспринимают сочетания букв и т. д. По мнению ряда зарубежных психологов, такое отставание в развитии зрительного восприятия является одной из причин трудностей, испытываемых этими детьми в обучении.

На этапе начала систематического обучения у детей с задержкой психического развития выявляется неполноценность тонких форм зрительного и слухового восприятия, недостаточность планирования и выполнения сложных двигательных программ. У детей этой группы недостаточно сформированы и пространственные представления: ориентировка в направлениях пространства в продолжение довольно длительного периода осуществляется на уровне практических действий; часто возникают трудности при пространственном анализе и синтезе ситуации.

Поскольку развитие пространственных представлений тесно связано со становлением конструктивного мышления, то и формирование представлений данного вида у детей с задержкой психического развития также имеет свои особенности. Например, при складывании сложных геометрических фигур и узоров дети с ЗПР часто не могут осуществить полноценный анализ формы, установить симметричность, тождественность частей конструируемых фигур, расположить конструкцию на плоскости, соединить ее в единое целое. В то же время, в отличие от умственно отсталых, дети рассматриваемой категории относительно простые узоры обычно выполняют правильно.

В качестве наиболее характерных для детей с задержкой психического развития особенностей внимания Л. И. Переслени и другими исследователями отмечаются его неустойчивость, рассеянность, низкая концентрация, трудности переключения.

Еще одним характерным признаком задержки психического развития являются отклонения в развитии памяти. Отмечаются снижение продуктивности запоминания и его неустойчивость; большая сохранность произвольной памяти по сравнению с произвольной; заметное преобладание наглядной памяти над словесной; низкий уровень самоконтроля в процессе заучивания и воспроизведения, неумение организовывать свою работу; преобладание механического запоминания над словесно-логическим (Т. В. Егорова).

Выраженное отставание и своеобразие обнаруживаются и в развитии познавательной деятельности этих детей, начиная с ранних форм мышления - наглядно-действенного и наглядно-образного. У детей этой категории недостаточно сформирована аналитико-синтетическая деятельность во всех видах мышления (работы С. А. Домишкевич, З. И. Калмыковой, И. Ю. Кулагиной, Т. Д. Пускаевой, Т. А. Стрекаловой и др.). При анализе предмета или явления дети называют лишь поверхностные, несущественные качества с недостаточной полнотой и точностью. В результате дети с задержкой психического развития выделяют в изображении почти вдвое меньше признаков, чем их нормально развивающиеся сверстники.

К началу школьного обучения у детей с задержкой психического развития, как правило, основные мыслительные операции не сформированы на словесно-логическом уровне.

В качестве ведущих в характеристике личности дошкольников с задержкой психического развития выделяют слабую эмоциональную устойчивость, нарушение самоконтроля во всех видах деятельности, агрессивность поведения и его провоцирующий характер, трудности приспособления к детскому коллективу во время игры и занятий, суетливость, частую смену настроения, неуверенность, чувство страха, манерничанье, фамильярность по отношению к взрослому. Все это свидетельствует о недоразвитии у детей данной категории социальной зрелости.

Физическое развитие и двигательные способности детей с задержкой психического развития находятся в тесной взаимосвязи с их психическим и физическим здоровьем. Двигательные нарушения выступают как часть ведущего дефекта, даже не грубая дисфункция психической сферы может привести к недоразвитию сложных и дифференцированных движений и действий.

По данным Т. А. Власовой и М. С. Певзнер, дети с задержкой психического развития уступают своим сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в познавательной деятельности и в волевой сфере, с трудом включаются в учебную деятельность, быстро утомляются, отличаются низкой работоспособностью.

Краткий анализ состояния здоровья, специфических нарушений физического и психического развития, в том числе и факторов, влияющих на двигательную сферу детей с задержкой психического развития, позволил выделить типичные двигательные расстройства, характерные в разной степени для всех детей:

v сниженная двигательная активность, обусловленная тяжестью первичного дефекта и его негативными последствиями;

v нарушение физического развития, диспропорции телосложения, деформации стоп и позвоночника, ослабленный мышечный «корсет», снижение вегетативных функций, обеспечивающих движение;

v нарушение координационных способностей: быстроты реакции, точности, темпа, ритма движений, согласованности микро - и макромоторики, дифференцировки усилий, времени и пространства, устойчивости к вестибулярным раздражениям, ориентировки в пространстве;

v сниженный уровень всех жизненно важных физических способностей - силовых, скоростных, выносливости, гибкости и др.;

v нарушение локомоторной деятельности - ходьбы, бега, лазания, ползания, прыжков, метания, упражнений с предметами, т. е. движений, составляющих основу жизнедеятельности ребенка.

### **Характеристика детей с задержкой психического развития (ЗПР)**

Нарушения интеллекта у детей с задержкой психического развития носят легкий характер, однако затрагивают все интеллектуальные процессы: восприятие, внимание, память, мышление, речь.

Восприятие у ребенка с ЗПР фрагментарно, замедленно, неточно. Отдельные анализаторы работают полноценно, однако ребенок испытывает трудности при формировании целостных образов окружающего мира. Лучше развито зрительное восприятие, хуже – слуховое, поэтому объяснение учебного материала детям с задержкой психического развития должно сочетаться с наглядной опорой.

Внимание у детей с задержкой психического развития неустойчиво, кратковременно, поверхностно. Любые посторонние стимулы отвлекают ребенка и переключают внимание.

Ситуации, связанные с концентрацией, сосредоточенностью на чем-либо, вызывают затруднения. В условиях переутомления и повышенного напряжения обнаруживаются признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания.

Память у детей с задержкой психического развития характеризуется мозаичностью запоминания материала, слабой избирательностью, преобладанием наглядно-образной памяти над вербальной, низкой мыслительной активностью при воспроизведении информации.

У детей с задержкой психического развития более сохранно наглядно-действенное мышление; более нарушенным оказывается образное мышление ввиду неточности восприятия. Абстрактно-логическое мышление невозможно без помощи взрослого. Дети с ЗПР испытывают трудности с анализом и синтезом, сравнением, обобщением; не могут упорядочить события, построить умозаключение, сформулировать выводы.

Специфика речи у детей с задержкой психического развития отличается искажением артикуляции многих звуков, нарушением слуховой дифференциации, резким ограничением словарного запаса, трудностью произвольного контроля за грамматическим оформлением речи, затруднениями построения связного высказывания, речевой инактивностью. Наиболее часто ЗПР сочетается с задержкой речевого развития, полиморфной дислалией, нарушениями письменной речи (дисграфией и дислексией).

Личностная сфера у детей с задержкой психического развития характеризуется эмоциональной лабильностью, легкой сменой настроения, внушаемостью, безынициативностью, безволием, незрелостью личности в целом. Могут отмечаться аффективные реакции, агрессивность, конфликтность, повышенная тревожность. Дети с задержкой психического развития часто замкнуты, предпочитают играть в одиночку, не

стремятся контактировать со сверстниками. Игровая деятельность детей с ЗПР отличается однообразием и стереотипностью, отсутствием развернутого сюжета, бедностью фантазии, несоблюдением игровых правил. Особенности моторики включают двигательную неловкость, недостаточную координацию, часто – гиперкинезы и тики.

Особенностью задержки психического развития является то, что компенсация и обратимость нарушений возможны только в условиях специального обучения и воспитания.

### **Особенности обучения и пути коррекции детей с ЗПР**

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, 1984; А. Н. Леонтьев, 1972; Д. Б. Эльконин, 1989). Постановка целей коррекционной работы осуществляется в контексте представлений о структуре и динамике возраста (Л. С. Выготский, 1983; Д. Б. Эльконин, 1989; Г. В. Бурменская, 1990; **Коррекция задержки психического развития (ЗПР)**)

Работа с детьми с ЗПР требует мультидисциплинарного подхода и активного участия педиатров, детских неврологов, детских психологов, психиатров, логопедов, дефектологов. Коррекция задержки психического развития должна начинаться с дошкольного возраста и проводиться длительно.

Дети с задержкой психического развития должны посещать специализированные ДОУ (или группы), школы VII вида или коррекционные классы общеобразовательных школ. К особенностям обучения детей с ЗПР относятся дозированность учебного материала, опора на наглядность, многократное повторение, частая смена видов деятельности, использование здоровьесберегающих технологий.

Особое внимание при работе с такими детьми уделяется развитию познавательных процессов (восприятия, внимания, памяти, мышления); эмоциональной, сенсорной и моторной сферы с помощью игровой терапии, сказкотерапии, детской арт-терапии. Коррекция нарушений речи при ЗПР проводится логопедом в рамках индивидуальных и групповых занятий. Совместно с преподавателями коррекционную работу по обучению учащихся с задержкой психического развития проводят педагоги-дефектологи, психологи, социальные педагоги.

Медицинская помощь детям с задержкой психического развития включает медикаментозную терапию в соответствии с выявленными соматическими и церебрально-органическими нарушениями, физиотерапию, ЛФК, массаж, водолечение.

Следует выделить три основных направления и области постановки коррекционных целей:

- v оптимизация социальной ситуации развития;
- v развитие видов деятельности ребенка;
- v формирование возрастнo-психологических новообразований.

Оптимизация социальной ситуации развития связана:

- в первую очередь, с оптимизацией общения ребенка как в сфере социальных отношений, т. е. отношений ребенка с «общественным взрослым» как представителем социальных институтов - учителем, воспитателем и т. д., так и в сфере межличностных отношений, т. е. отношений с близкими взрослыми и значительными сверстниками. Оптимизация общения предполагает расширение круга общения, гармонизацию отношений ребенка со значимыми для него людьми, обогащение содержания общения в соответствии с возрастнo-психологическими особенностями ребенка (М. И. Лисина, 1986).

- второй важной задачей оптимизации социальной ситуации развития является внесение необходимых корректив в образовательнo-воспитательный компонент - тип учебно-воспитательного учреждения, тип семейного воспитания, участие ребенка в различных формах внешкольных занятий.

-третья задача связана с коррекцией позиции ребенка по отношению к школе и роли ученика. Здесь речь идет об изменении негативного определяющего отношения к своей межличностной или социальной роли на «принимающее» отношение за счет переосмысления сложившейся ситуации и создания у ребенка нового, более продуктивного с точки зрения задач развития, образа «Я в мире».

Решение всех указанных задач, и особенно последней, приобретает особую значимость в экстремальных жизненных ситуациях - потери или длительного отсутствия близких для ребенка людей - в результате смерти, продолжительной тяжелой болезни, длительной командировки, резкой смены привычного устоя и форм жизнедеятельности (перемена места жительства, резкое ухудшение материально-экономических условий жизни семьи, расширение семьи с включением в нее новых членов), тяжелой и продолжительной болезни самого ребенка, вызывающей необходимость перестройки сложившегося образа жизни.

Развитие видов деятельности ребенка предполагает внесение соответствующих корректив как в мотивационный компонент деятельности, обеспечивая формирование значимых для ребенка и адекватных содержанию выполняемой деятельности мотивов, так и в операционно-технический компонент деятельности. Последнее основывается на формировании у ребенка обобщенных способов действий в определенной предметной деятельности. Организация обобщенных способов ориентировки ребенка в предметной области и обеспечение условий интериоризации внешних форм ориентировочной деятельности составляют решающее условие реализации задачи формирования основных психологических новообразований возраста (П. Я. Гальперин, 1959).

При конкретизации целей коррекции нужно руководствоваться следующими правилами:

- цели коррекции должны формироваться в позитивной форме, а не в негативной. Негативная форма представляет собой описание поведения, деятельности, личностных особенностей, которые должны быть устранены, описание того, чего не должно быть (R.McFall, 1976). Позитивная форма представления коррекционных целей, напротив, включает описание тех форм поведения и деятельности, структур личности и познавательных способностей, которые должны быть сформированы у ребенка. Определение целей коррекции не должно начинаться со слова «не», не носить запретного характера, ограничивающего возможности личностного развития и проявления инициативы ребенка. Позитивная форма определения целей коррекции содержательно задает ориентиры для «точек роста» индивида, раскрывает поле для продуктивного самовыражения личности и тем самым создает условия для постановки личностью в дальнейшей перспективе целей саморазвития.

Цели коррекции должны быть реалистичны, достижимы, т. е. соответственны с продолжительностью коррекционной работы и возможностями переноса ребенком нового позитивного опыта коммуникации и усвоенных на коррекционных занятиях способов действий в реальную практику жизненных отношений. Если цели далеки от реальности, то программы являют собой большее зло, чем их отсутствие, т. к. их опасность состоит в том, что они создают впечатление, что делается что-то полезное, и поэтому заменяют собой более существенные усилия (A. Clarke, A. M. Clarke, 1986). При постановке общих целей коррекции необходимо учитывать дальнюю и ближайшую перспективу развития ребенка и планировать как конкретные показатели личностного и интеллектуального развития ребенка к окончанию коррекционной программы, так и возможности отражения этих показателей в особенностях деятельности и общения ребенка на последующих стадиях его развития. Кроме того, нужно помнить, что эффекты коррекционной работы проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала: в процессе коррекционной работы, к моменту ее завершения и, наконец, примерно полгода спустя можно окончательно говорить о закреплении или об «утере» ребенком позитивных эффектов коррекционной программы.

При планировании и реализации коррекционной программы нужно отдавать себе отчет в том, что неудача в достижении ее целей и отсутствие планируемого эффекта могут не

просто сохранить ситуацию неблагополучия в развитии ребенка в том виде, в каком она сложилась к моменту начала коррекционной работы, но усугубить ее тяжесть. Поэтому необходимо контролировать динамику эффектов коррекционной работы, начиная уже с первых занятий, чтобы иметь возможность своевременно модифицировать саму программу коррекционной работы, внося в нее требуемые изменения.

#### **Основные этапы коррекции:**

- планирование целей, задач, тактики проведения коррекционной работы на основании прицельного психологического обследования ребенка и психологического заключения об особенностях его развития;

- разработка программы и содержания коррекционных занятий, выбор формы коррекционной работы (индивидуальная или групповая). Отбор методик и техник коррекционной работы, планирование форм участия родителей в коррекционной программе;

- организация условий осуществления коррекционной программы. Консультирование родителей. Подбор детей в группу. Обсуждение плана коррекционной программы с педагогом, администрацией детского учреждения;

- реализация коррекционной программы. Проведение коррекционных занятий с детьми в соответствии с коррекционной программой. Контроль динамики хода коррекционной работы. Проведение родительских групп (в соответствии с планом коррекции). Информирование по запросу педагогов и администрации детского учреждения о промежуточных результатах коррекции. Внесение необходимых коррективов в программу работ.

- оценка эффективности коррекции. Оценка результатов коррекционной программы с точки зрения достижения, планируемых целей. Разработка в случае необходимости программы индивидуального курирования случая. Обсуждение итогов коррекционной работы с родителями, педагогами, администрацией детского учреждения.

#### **Диагностика задержки психического развития (ЗПР)**

Задержка психического развития у может быть диагностирована только в результате всестороннего обследования ребенка психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) в составе детского психолога, логопеда, дефектолога, педиатра, детского невролога, психиатра и др. При этом производится сбор и изучение анамнеза, анализ условий жизни, нейропсихологическое тестирование, диагностическое обследование речи,

изучение медицинской документации ребенка. В обязательном порядке проводится беседа с ребенком, исследование интеллектуальных процессов и эмоционально-волевых качеств.

На основании сведений о развитии ребенка члены ПМПК выносят заключения о наличии задержки психического развития, дают рекомендации по организации воспитания и обучения ребенка в условиях специальных образовательных учреждений.

С целью выявления органического субстрата задержки психического развития ребенок нуждается в обследовании медицинских специалистов, прежде всего, педиатра и детского невролога. Инструментальная диагностика может включать проведение ЭЭГ, КТ и МРТ головного мозга ребенку и т. д. Дифференциальная диагностика задержки психического развития должна проводиться с олигофренией и аутизмом.

#### **Заключение:**

Задержка психического развития относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций. В целом для данного состояния являются характерными гетерохронность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий.

Существуют различные классификации задержки психического развития. Классификация К. С. Лебединской включает четыре основных клинических типа ЗПР, выделенных на основе этиопатогенетического принципа. Это задержки психического развития следующего происхождения: конституционального, соматогенного, психогенного и

церебрально-органического. Дети с задержкой психического развития уступают своим сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в познавательной деятельности и в волевой сфере, с трудом включаются в учебную деятельность, быстро утомляются, отличаются низкой работоспособностью.

Дети с задержкой психического развития посещают в основном дошкольные образовательные учреждения компенсирующего и комбинированного вида, а также группы кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии.

Основной целью дошкольного коррекционного воспитания является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала ребенка, формирование его позитивных личностных качеств, компенсация первичных нарушений и коррекция вторичных отклонений в развитии.

Отставание темпа психического развития ребенка от возрастных норм может и должно быть преодолено. Дети с задержкой психического развития обучаемы и при правильно организованной коррекционной работе в их развитии наблюдается положительная динамика. С помощью педагогов они способны усвоить знания, умения и навыки, которые их нормально развивающиеся сверстники осваивают самостоятельно. После окончания школы они могут продолжить свое обучение в ПТУ, колледжах и даже ВУЗах.

Профилактика задержки психического развития у ребенка предполагает тщательное планирование беременности, избегание неблагоприятных воздействий на плод, профилактику инфекционных и соматических заболеваний у детей раннего возраста, обеспечение благоприятных условий для воспитания и развития. При отставании ребенка в психомоторном развитии необходимо немедленное обследование у специалистов и организация коррекционной работы.

Воспитание детей с различными дефектами должно базироваться на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила. Построить весь воспитательный процесс по линии естественных тенденций к сверхкомпенсации – значит не смягчать тех трудностей, которые возникают из дефекта, а напрягать все силы для его компенсации, выдвигать только те задачи и в том порядке, какие отвечают постепенности становления всей личности под новым углом...

Медицинские работники, воспитатели, учитель-логопед, педагог-психолог, учитель-дефектолог и другие специалисты, имеющиеся в ДОО, работают в тесном контакте друг с другом. Они стремятся к тому, чтобы иметь единый подход к воспитанию каждого ребенка и единый стиль работы в целом.

В современных условиях интенсивного развития системы комплексной помощи детям с ОВЗ идет поиск организованных форм такой помощи, наиболее отвечающих современным социокультурным и экономическим условиям жизни страны.