**ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)**

Задержка психического развития (ЗПР) представляет собой состояние, которое характеризуется замедленным темпом формирования высших психических функций и эмоционально-волевой сферы.

Причинами ЗПР являются органическое поражение центральной нервной системы или ее функциональная незрелость.

Поражение центральной нервной системы может быть связано с воздействием различных факторов:

- пороки внутриутробного развития;

- перинатальная патология плода с 28 недели беременности, во время родов, в первую неделю жизни (воздействие инфекций);

- интоксикация плода;

- травмы плода.

Наследственные факторы при ЗПР не имеют значительного влияния.

При задержке психического развития нарушения со стороны ЦНС носят резидуально-органический характер. Помимо органических нарушений могут быть нарушения функционального характера (формирование центральной нервной системы в замедленном темпе).

Задержка психического развития, как вариант аномального развития в нашей стране изучается с 60-х годов XX века. Исследования школьной неуспеваемости показали, что около 50% детей не успевают учиться в младших классах - это дети с ЗПР. Инициаторами этих исследований стали Т.А. Власова и М.С. Певзнер.

Существует несколько классификаций задержки психического развития.

Наиболее распространенной считается *классификация* Клары Самойловны Лебединской, она выделяет:

1*. ЗПР конституционального генеза*. Возникает в связи с генетическими особенностями физического и психического развития. На первый план выступает эмоционально-личностная незрелость, которая может сочетаться с физическим недоразвитием.

2*. ЗПР соматогенного генеза*. Возникает у детей с различными хроническими заболеваниями (болезни сердца, легких, эндокринной системы, бронхиальная астма, аллергические заболевания и т.д.). На первом плане проявляется астения, снижение работоспособности, повышенная утомляемость.

3*. ЗПР психогенного генеза*. Возникает под влиянием длительно действующей психотравмирующей ситуации. У детей отмечают нарушения эмоциональной сферы, поведения, трудности произвольной регуляции деятельности.

4*. ЗПР церебрально-органического генеза*. Это самая тяжелая задержка психического развития.

При всех вариантах ЗПР в структуре дефекта отмечаются недостатки эмоционально-волевой и познавательной деятельности, при церебрально-органической задержке страдает память.

При первых трех вариантах задержки психического развития (по К.С. Лебединской) наиболее выражены недостатки эмоционально-волевой сферы. Дети характеризуются эмоционально-личностной незрелостью, слабостью произвольной регуляции поведения и деятельности в целом. Познавательные возможности детей неплохие. В большей степени у них страдает не мышление как таковое, а предпосылки мыслительной деятельности: внимание, память. Речевое развитие данных детей не имеет грубых недостатков, дети испытывают трудности в основном на уровне связной речи.

Задержка церебрально-органического генеза наиболее тяжелая клиническая форма ЗПР. У детей выявляются признаки микроорганического поражения мозга. В структуре дефекта на первый план выступают недостатки познавательной деятельности, которые сочетаются с незрелостью эмоционально-волевой сферы. В зависимости от преобладания того или иного компонента выделяют два подварианта задержки церебрально-органического характера:

1 вариант характеризуется преобладанием эмоционально-волевых нарушений на фоне органического инфантилизма. Такие дети проявляют интерес к игре, но уровень ее развития очень низкий. Эмоции этих детей бедные, скудные. Страдает регуляция и контроль деятельности.

2 вариант характеризуется преобладанием нарушений познавательной деятельности. Страдает программирование, регуляция и контроль деятельности. Также у детей наблюдаются энцефалопатические расстройства, страдает нейродинамика. У одних детей преобладает возбуждение, нередко в форме гипердинамического синдрома; у других преобладают процессы торможения. У некоторых детей может выявляться судорожная готовность, вегето-сосудистые расстройства (головные боли, головокружение, повышение внутричерепного давления).

Мыслительная деятельность таких детей характеризуется рядом особенностей. У них медленно формируются мыслительные операции (анализ и синтез, обобщение, сравнение и др.). Мышление носит конкретный характер, и дети испытывают большие затруднения на уровне словесно-логического мышления, это затрудняет дифференциацию задержки психического развития от умственной отсталости.

Таким образом, требуется углубленное психологическое обследование ребенка для того, чтобы определить структуру нарушений и их характер. У детей с задержкой церебрально-органического генеза выявляются нарушения речи системного характера. Уровень речевого развития может быть разным. У некоторых детей может не быть выраженных нарушений речи (звукопроизношение чистое, на уровне бытового общения речь производит благоприятное впечатление), однако в условиях обучения оказывается, что у ребенка сужен словарь, ограничены возможности в построении сложных предложений, страдает связная речь.

В большинстве случаев недоразвитие речи при задержке психического развития имеет системный характер и входит в структуру дефекта как вторичное нарушение. В других случаях, особенно если недоразвитие речи определяется I, II уровнем, можно трактовать отклоняющееся развитие ребенка как сложное комплексное нарушение, как сочетанный дефект. Такие выводы были сделаны Е.М. Мастюковой и нашли подтверждение в работах Т.А. Фотековой и Т.Н. Волковской.

В новых условиях инклюзивного образования таких детей становится все больше и больше. Поэтому педагогам необходимо повышать свой профессиональный уровень в сфере специального образования, учиться работать с новой категорией детей, чтобы дать последним равные стартовые возможности. Воспитатели нуждаются в психолого-педагогической поддержке на пути к профессиональному и личностному росту, приобретению опыта практической деятельности в условиях инклюзивного обучения.

**20 правил работы с детьми с ЗПР для воспитателя**

1. Постоянно держать таких детей в поле зрения, не оставлять их без внимания.
2. Многократно повторять материала на занятиях.
3. [Создавать ситуации успеха](https://pedsovet.su/metodika/5727), поощрять за малейшие дела.
4. При проведении любого вида занятий или игр воспитатель должен помнить, что необходимо решать не только задачи общеобразовательной программы, но и коррекционные задачи.
5. Закреплять пройденный материал в свободной деятельности, во время режимных моментов.
6. Предлагать ребенку с ЗПР облегченные задания, не сообщая об этом воспитаннику.
7. Проводить дополнительные индивидуальные занятия по закреплению материала.
8. Давать ребенку не многоступенчатую инструкцию, а дробить ее на части.
9. Поскольку дети с ЗПР имеют низкую работоспособность, быстро истощаются, не нужно принуждать ребенка к активной мыслительной деятельности в конце занятия.
10. Необходимо использовать максимальное количество анализаторов при усвоении нового материала.
11. Поскольку у детей с ЗПР отсутствует любознательность и низкая учебная мотивация, необходимо применять красивую, яркую наглядность.
12. Речь самого воспитателя должна служить образцом для детей с речевыми нарушениями: быть четкой, предельно внятной, хорошо интонированной, выразительной, без нарушения звукопроизношения. Следует избегать сложных грамматических конструкций, оборотов, вводных слов, усложняющих понимание речи воспитателя детьми.
13. Не концентрировать внимание на недостатках ребенка.
14. Давать посильные поручения, вырабатывать самостоятельность, ответственность, критичность к своим действиям.
15. Предоставлять ребенку выбор, формировать умение принимать решения, брать на себя ответственность.
16. Учить анализировать свои действия, критично относится к результатам своего труда. Обсуждения заканчивать на положительной ноте.
17. Включать ребенка в общественную жизнь, показывать его значимость в социуме, учить осознавать себя личностью.
18. Установить доверительные партнерские отношения с родителями или близкими ребенка, внимательно относиться к запросу родителей, к тому, что, на их взгляд, важно и нужно в данный момент для их ребенка, договориться о совместных действиях, направленных на поддержку ребенка.
19. При необходимости посоветовать родителям обратиться к специалистам (логопед, дефектолог, психолог).
20. При необходимости посоветовать обратиться за медикаментозной помощью к узким специалистам (невропатолог, иммунолог, отоларинголог, офтальмолог).

На современном этапе становления инклюзивного образования необходимо опереться на тот опыт интегративного образования, который к этому времени сложился в специализированных учреждениях, имеющих квалифицированных специалистов, методическую базу специальные условия, учитывающие индивидуальные особенности детей.

Педагоги массовых детских садов, перенявших данный опыт, имеют возможность достичь высоких результатов в работе с детьми с ОВЗ в условиях общеобразовательных учреждений.

*Об авторе:* Мелюхина Елена Рудольфовна, учитель-дефектолог, МБДОУ — детский сад компенсирующего вида № 452 город Екатеринбург.