**Консультация**

 **«Что такое ЗПР?»**

Период раннего детства проходит достаточно быстро: казалось бы, ребенка только принесли из родильного дома, а он уже умеет засыпать и просыпаться, кушать, плакать... Через несколько дней — он уже следит за передвигающимися предметами, реагирует на голод и холод, улыбается... вот уже самостоятельно сидит, стоит... пошел...

За каждодневными заботами многие родители не придают значения тому, что ребенок начал позднее действовать с предметами, самостоятельно ходить, позже говорить. Ребенок постоянно возбудим, быстро утомляется, часто капризничает и т.д. Многие взрослые думают, что он просто избалован особым вниманием. Вот пойдет в садик... Посещая дошкольное учреждение, родители сталкиваются с другими проблемами» педагоги обращают их внимание на то, что ребенок не усваивает программу детского сада; не активен на занятиях, легко отвлекается, не удерживает внимание, плохо запоминает материал занятий и т.д. Родителям предлагают пройти психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК), на которой специалисты обследуют ребенка и выносят «вердикт» — ЗПР. Ребенок направляется в коррекционную группу.

Кто не был в подобной ситуации, вряд ли сможет понять состояние родителей: рушится все, крах всех планов. Кого обвинить? Медиков? Педагогов? Себя? Ребенка?

Понятие «ЗПР» употребляется по отношению к детям со слабо вы­раженной органической недостаточностью ЦНС. У детей данной категории не наблюдается специфических нарушений слуха, опорно-двигательного аппарата, зрения, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми.

Среди наиболее обобщенных и часто встречаемых определений преобладают следующие: «задержка психического развития», «временная задержка развития», «минимальная мозговая дисфункция» и т. д.

Под задержкой психического развития понимается специфическая задержка в развитии, отличная от олигофрении. Выде­ляются следующие формы «задержек»: специфическая задержка навыков чтения, счета и письма: нарушения развития речи (алалия, дислалия); специфическая задержка моторного развития; смешанные нарушения развития; психофизический инфантилизм.

Экспериментально доказано, что под влиянием условий дальнейше­го развития и лечебно-коррекционных мероприятий задержка претер­певает существенную динамику, либо вообще исчезая, либо трансфор­мируясь в более устойчивую и определенную клиническую форму.

Причины ЗПР многообразны. С одной стороны — это инфекции, ин­токсикации, травмы, воздействующие на мозг малыша (преимущественно на ранних стадиях внутриутробного и постнатального развития). С другой стороны — это могут быть неблагоприятные микросоциальные условия, которые, как дополнительный фактор, усугубляют состояние ребенка.

Существует несколько классификаций ЗПР. В практике работы с детьми данной категории наиболее широко распространена классификация, в соответствии с которой различают четыре основных варианта ЗПР.

 **Задержка психического развития конституционального происхождения.**

 При данном варианте на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости. Эти дети имеют ин­фантильный тип телосложения (они худощавого телосложения, как пра­вило, невысокого роста, бледные), «детскую» мимику, слабо развитую моторику.

Такие дети проявляют творчество в игре, эта деятельность для них наиболее привлекательна, в отличие от учебной. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе школьную адаптацию.

Для данной категории детей характерны эгоцентризм, истерические реакции и т. п. Этим детям рекомендуется медикаментозная терапия.

 Отмечается, что у детей с ЗПР конституционального происхожде­ния имеется наследственно обусловленная недостаточность отдельных функций: развития зрительной и слуховой памяти, речи. Эти функции лежат в основе формирования рисования, счета, письма, чтения и другое. Доказано, что в плане коррекции это один из благоприятных типов ЗПР.

 **Задержка психического развития соматогенного генеза.**

Возникает у детей с хроническими соматическими сердечно­сосудистыми заболеваниями, заболеваниями эндокринной системы, почек и другое. Именно эти причины вызывают задержку в развитии двигательных и речевых функций детей, замедляют формирование навыков самообслуживания, негативно сказываются на формировании предметно-игровой, элементарной учебной деятельностей. Ребенка характеризует сниженная работоспособность, робость, боязливость. У детей, растущих в условиях ограничений и запретов, как правило, сужается круг общения, недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем мире. Например, на вопрос: «Кем работает твоя мама?» мы можем услышать ответ: «Рыбой». Что означает— мама работает продавцом в рыбном отделе. Или: «Мама работает ногтями». Имея в виду, что мама работает в парикмахерской и делает маникюр.

 Все вышеперечисленное, к сожалению, не позволяет детям данной категории без коррекционной помощи достичь уровня возрастной нормы.

 **Задержка психического развития психогенного генеза.**

При данном варианте задержки психического развития на первый план выступают нарушения эмоционально-волевой сферы, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции по­ведения. При раннем возникновении и длительном постоянном воздей­ствии на ребенка психотравмирующих факторов (безнадзорность, ги­перопека, асоциальные семьи и т.п.) могут возникнуть стойкие сдвиги в его нервно-психической сфере.

У одних детей наблюдаются негативизм, агрессивность, истерия, а у других, напротив, боязливость, робость, страхи. Дети данной категории сложно овладевают навыками са­мообслуживания, трудовыми и учебными навыками.

Эффективность коррекционно-образовательной работы с названной категорией детей зависит от условий воспитания и адекватности педагогических мероприятий в различных образовательных средах.

**Задержка психического развития церебрально-органического генеза.**

Характеризуется выраженными нарушениями в эмоционально-волевой и познавательной сферах. Выделяются две категории детей.

* Преобладают черты незрелости эмоциональной сферы. Сочетаются несформированность эмоционально-волевой сферы (преобладает) и познавательной деятельности. А также выявляется негрубая неврологическая симптоматика.
* В структуре дефекта преобладают интеллектуальные нарушения. Дети не проявляют устойчивого интереса, деятельность нецеленаправлена, поведение импульсивно.

ЗПР церебрально-органического генеза является наиболее стойкой и представляет наиболее тяжелую форму задержки психического развития. Дети нуждаются в комплексной медико-психолого-педагогической коррекции в условиях специальных учреждений.

Особые состояния формируются у детей вследствие педагогической запущенности. Дети с полноценной нервной системой, длительно находящиеся в условиях информационной и эмоциональной депривации (дефицита общения с ближайшим окружением), имеют недостаточный уровень развития навыков, знаний, умений. Динамика развития в условиях систематической педагогической коррекции будет существенной. В то же время следует отметить, если ребенок не получит своевременной педагогической помощи, то эти недостатки могут стать необратимыми.

Таким образом, можно сделать следующее заключение — дети с ЗПР— это многочисленная и разнородная по своему составу категория. Определенная группа детей имеет негрубые нарушения со стороны ЦНС, вследствие ее

раннего органического поражения. У другой группы детей ЗПР возникает на фоне функциональной незрелости ЦНС. Еще одной причиной отставания в нервно-психическом развитии могут стать соматическая ослабленность и наличие хронического заболевания. Неблагоприятные микросоциальные условия также являются причиной ЗПР у детей.

 Основной целью коррекционно-педагогической работы с дошкольниками с задержкой психического развития в условиях дошкольного учреждения является формирование психического базиса для полноценного развития личности ребенка: формирование «предпосылок» мышления, памяти, внимания, восприятия, развитие зрительных, слуховых и двигательных функций, познавательной активности каждого ребенка.