

*Звонарева Анастасия Вячеславовна  
Педагог дополнительного образования  
МБОУ школа-интернат №13  
Г. Челябинск*

ПРОГРАММА СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ЗА-  
ДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### ВВЕДЕНИЕ

## КЛИНИКО – ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

### 2 СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

#### 2.1 Анамнестическая карта

#### 2.2 Оценка способностей детей с задержкой психического развития

#### 2.3 Программа диагностики

#### 2.4 Коррекционно - развивающие мероприятия для ребенка

#### 2.5 Программа сопровождения родителей

## ВВЕДЕНИЕ

Последние несколько лет к проблеме ЗПР наблюдается повышенный интерес, вокруг нее ведется множество споров. Все это связано с тем, что само по себе такое отклонение в психическом развитии очень неоднозначно, может иметь множество различных предпосылок, причин и следствий. Явление, сложное по своей структуре, требует пристального и тщательного анализа, индивидуального подхода к каждому конкретному случаю.

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 (в том числе школьной) адаптацией и обучением.

Задержка психического развития – это пограничная форма интеллектуальной недостаточности, личностная незрелость, негрубое нарушение познавательной сферы, синдром временного отставания психики в целом или отдельных её функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоциональных, волевых).

Задержка психического развития поддаётся коррекции, при обучении и воспитании ребёнка в специальном коррекционном классе.

В создании условий для преодоления проблем в развитии детей с ЗПР основную роль играет психолого-педагогическое сопровождение, как специальная помощь ученику в процессе обучения и воспитания.

*Целью* настоящей работы является создание алгоритма программы реабилитации для детей с задержкой психического развития.

*В задачи* входят:

- изучение особенностей конкретного заболевания;
- рассмотрение алгоритма данной коррекционно-развивающей программы;

- рассмотрение алгоритма данной программы сопровождения для родителей ребенка с задержкой психического развития.

## **1. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Интерес к проблеме ЗПР не уменьшается с прошлого столетия. Для описания этой достаточно разнородной по клиническим проявлениям группы отечественные и зарубежные авторы использовали множество различных названий: «псевдонормальные», «дети пограничной черты», «субнормальные», «слабо одаренные», «умственно недоразвитые» и т. д. В настоящее время в отечественной детской психиатрии наиболее широко используется термин «задержка психического развития» (ЗПР), предложенный Г.Е. Сухаревой. В современной англоязычной литературе наиболее часто можно встретить следующие термины: общая задержка развития (global developmental delay), отставание развития (developmental retardation), недостаточность развития (developmental disability), речевая/ языковая задержка (speech/language delay). Стоит отметить, что в разных странах имеется своя специфика подхода к изучению ЗПР. В отличие от отечественных представлений, европейская и американская модель ЗПР не делает акцент на пограничном уровне нарушений и на их обратимости. В зарубежной литературе данное понятие используется для временного обозначения проблем развития у детей до 5 лет, когда невозможно использование тестовых методик для определения уровня интеллекта. Выраженность же нарушений может быть от самых легких проявлений до, достаточно тяжелых. В соответствии с отечественной моделью ЗПР определяется как пограничное состояние между нормой и легкой умственной отсталостью, хотя многими авторами отмечалось, что такой подход не всегда может быть применим к детям младшего дошкольного возраста. Это связано с тем, что динамика развития индивидуума в таком раннем возрасте часто бывает непредсказуемой, а выраженные нарушения внимания и незрелость

эмоционально-волевой сферы делают невозможным применение психологических методик для оценки интеллектуального развития.

Как в России, так и за рубежом единых принципов систематики задержек психического развития не существует, однако попытки классифицировать эту обширную и разнородную группу расстройств ведутся давно. Наиболее полная классификация задержек психического развития, была предложена В.В. Ковалевым, она является многоосевой и включает в себя дифференциацию состояний по этиологическим и патогенетическим механизмам, а также частично по клиническим проявлениям. Особого внимания заслуживают классификации ЗПР по клиническим проявлениям в зависимости от сопутствующих психопатологических синдромов. С.С. Мнухин, исходя из особенностей клинической картины, подразделял все состояния общего психического недоразвития у детей на две обширные группы - стеническую и астеническую.

Стеническая группа включала в себя возбудимых и торпидных. В группе с астенической формой были описаны проявления инфантилизма, невропатические расстройства, психомоторная расторможенность, шизоформные и другие синдромы. Ф.М. Гайдуком выделялись следующие клинические варианты ЗПР в зависимости от ведущего психопатологического синдрома: простой, церебрастенический, гипердинамический, невропатический, с патохарактерологическими реакциями, с патохарактерологическим формированием личности, с психопатоподобным синдромом и недифференцированный. Н.К. Асановой были описаны различные варианты психопатоподобного синдрома у детей с ЗПР и частота их встречаемости. Авторы выделили следующие варианты: повышенной аффективной возбудимости, нарушений влечений, двигательной расторможенности, психической неустойчивости, импульсивно-эпилептоидный и полиморфный. К.С. Лебединская описывала у таких детей церебрастенический синдром, неврозоподобный синдром, синдром психомоторной возбудимости, аффективные нарушения, психопатоподобный синдром.

топодобные нарушения и апатико-динамические расстройства. А.Г. Зотов подразделил ЗПР резидуальноорганического генеза на следующие типы: энцефалопатическая форма, церебрастенический вариант, неврозоподобный вариант, гиперкинетический (психомоторный) вариант, аффективный вариант, психопатоподобный вариант, эпилептиформный вариант и апатико-динамический вариант. Н.Л. Белопольская описывала различные клинические проявления органического инфантилизма, положив в основу особенности эмоционального фона. У детей с повышенным эйфорическим настроением описывались импульсивность, психомоторная расторможенность и негативизм в отношении занятий, а при преобладании пониженного настроения — склонность к робости, боязливости и страхам. Необходимо отметить, что основной проблемой клинических классификаций ЗПР является отсутствие общепринятой классификации психопатологических синдромов в детской психиатрии. Поэтому часто одни и те же психопатологические синдромы у разных авторов носят разные названия. Например, синдром эмоциональной лабильности, хорошо известный во взрослой психиатрии, в детской психопатологии может носить следующие названия: повышенной аффективной возбудимости, аффективной неустойчивости, невропатический, и т.д. В связи с этим, несмотря на обширное количество клинических классификаций, общепринятой до сих пор не существует. Что касается зарубежной литературы, в большинстве англоязычных публикаций психопатологические феномены, осложняющие течение ЗПР обычно рассматриваются как сопутствующие состояния, и классифицируются в соответствии с действующими классификациями. В соответствии с данными литературы, наиболее часто встречающиеся коморбидные расстройства при ЗПР включают в себя: СДВГ, расстройства аутистического спектра, оппозиционное расстройство, тревожные расстройства, речевые расстройства. Также, нередко можно встретить описание близкого к синдрому аффективной не-

устойчивости деструктивного расстройства поведения, отражающего нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах у детей с интеллектуальными нарушениями. Распространенность сопутствующих психопатологических расстройств, среди детей с ЗПР по данным англоязычной литературы составляет от 37 до 42%.

Надо отметить, что критерии МКБ для этих рубрик не ограничивают применение указанных шифров в подростковом и зрелом возрасте. Вот как выглядят критерии МКБ-11: Расстройства, включенные в этот блок, имеют общие черты: а) начало обязательно в младенческом или детском возрасте; б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; в) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов. В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Обычно задержка или нарушение, проявившиеся настолько рано, насколько возможно было их достоверно обнаружить, будут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, хотя более легкая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте. Если же в основе задержки психического развития лежит резидуально-органическое повреждение головного мозга, нередко используются шифры F06.7 и F06.8. В большей части случаев, ЗПР кодируется в соответствии с МКБ-11 как синдром, входящий в структуру того или иного психического, неврологического или соматического заболевания. По данным ВОЗ, имеющиеся классификации не разрабатывались специально для детского возраста и поэтому не могут учитывать всех особенностей психопатологии раннего возрастного периода. В США в дополнение к имеющимся классификациям используется Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве. Она представляет собой результат работы большого коллектива специалистов Европы и Северной Америки, которая была проведена в 1987-94 гг. в Национальном центре клиниче-

ских программ по раннему детству в Арлингтоне (США). При создании классификации использовалась определенная база данных. Множество конкретных случаев, которые оценивались в процессе экспертной дискуссии. Она носит новаторский характер, так как описывает ряд диагностических категорий, не выделенных в предыдущих классификационных системах, а также фокусирует внимание клинициста на специфических проблемах раннего детского возраста.

*Этиология.* Среди причин ЗПР выделяют две основные группы: биологические и психосоциальные, которые в большинстве случаев действуют сочетано. Биологические факторы представлены широким спектром влияний, включая разнообразные экзогенные вредности (соматические, инфекционные, эндокринные заболевания матери, интоксикации, токсикозы и патология течения беременности, несовместимость по резус-фактору, недоношенность, асфиксия, алкоголизм родителей, механические травмы, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы в первые годы жизни и т.д.), действующие в анте- интра- и перинатальном периоде. Они отмечаются в анамнезе у 60-72% детей с ЗПР. ВОЗ предлагает так называемую концепцию жизненного цикла, в которой все факторы риска делятся в хронологическом порядке: действующие до зачатия, в пренатальном и перинатальном периоде, в периоде новорожденности и в первые годы жизни. Исследования в отношении значимости различных факторов, влияющих на формирование ЗПР, проведенные М.В. Злоказовой, показали, что чаще всего этиология задержки психического развития имеет многофакторный характер со значительным влиянием наследственности, перинатальной патологии и социальных факторов

*Патогенез* пограничных форм интеллектуальной недостаточности мало изучен. По мнению М.С. Певзнер, основным механизмом «задержек психического развития» является нарушение созревания и функциональная недостаточность более молодых и сложных систем мозга, главным образом относящихся к лобным отделам коры больших полу-



шарий, которые обеспечивают осуществление сознательных актов человеческого поведения и деятельности. По В.В. Ковалеву, в одних случаях преобладает механизм задержки темпа развития наиболее молодых функциональных систем мозга, в других, сопряженных с более стойкой интеллектуальной недостаточностью—механизм негрубого органического повреждения мозга с выпадением структурных и функциональных элементов, необходимых для осуществления более высокого уровня интеллектуальных процессов. По данным большинства отечественных исследователей, при ЗПР резидуально-органического генеза патогенетический механизм в большинстве случаев одинаков. Действующий фактор приводит к гибели нейронов или их отростков. На месте погибших клеток остается органический и функциональный дефект, величина которого зависит от объема поврежденных тканей. Такой дефект может в дальнейшем заполниться ликвором с образованием псевдокисты, а затем и кисты. Такие случаи нередки после перенесенной внутриутробно герпетической инфекции. Также дефект может кальцифицироваться, этот вариант исхода часто становится причиной развития эпилептических приступов. Третий вариант - дефект замещается соединительной тканью, что ведет к прерыванию уже образованных межнейронных взаимодействий. Для восстановления передачи импульсов организм формирует «обходные» пути. Время, необходимое на восстановление межнейронных связей, зависит от многих факторов, в том числе от генетически заложенной способности тканей ЦНС к восстановлению.

Группа детей с задержкой психического развития неоднородна. В специальной психологии предложено множество классификаций задержки психического развития. Рассмотрим этиопатогенетическую классификацию, предложенную К. С. Лебединской, которая выделяет 4 клинических типа ЗПР.

**ЗПР конституционального генеза** обусловлена замедлением созревания

ния ЦНС. Характеризуется гармоническим психическим и психофизическим инфантилизмом. При психическом инфантилизме ребенок ведет себя, как младший по возрасту; при психофизическом инфантилизме страдает эмоционально-волевая сфера и физическое развитие. Антропометрические данные и поведение таких детей не соответствуют хронологическому возрасту. Они эмоционально лабильны, непосредственны, отличаются недостаточным объемом внимания и памяти. Даже в школьном возрасте у них преобладают игровые интересы.

**ЗПР соматогенного генеза** обусловлена тяжелыми и длительными соматическими заболеваниями ребенка в раннем возрасте, неизбежно задерживающими созревание и развитие ЦНС. В анамнезе детей с соматогенной задержкой психического развития часто встречаются бронхиальная астма, хроническая диспепсия, сердечнососудистая и почечная недостаточность, пневмонии и др. Обычно такие дети долгое время лечатся в больницах, что вдобавок обуславливает еще и сенсорную депривацию. ЗПР соматогенного генеза проявляется астеническим синдромом, низкой работоспособностью ребенка, меньшим объемом памяти, поверхностным вниманием, плохой сформированностью навыков деятельности, гиперактивностью или заторможенностью при переутомлении.

**ЗПР психогенного генеза** обусловлена неблагоприятными социальными условиями, в которых пребывает ребенок (безнадзорностью, гиперопекой, жестоким обращением). Дефицит внимания к ребенку формирует психическую неустойчивость, импульсивность, отставание в интеллектуальном развитии. Повышенная забота воспитывает в ребенке безынициативность, эгоцентризм, безволие, отсутствие целеустремленности.

**ЗПР церебрально-органического генеза** встречается наиболее часто. Обусловлена первичным негрубым органическим поражением головного мозга. В этом случае нарушения могут затрагивать отдельные сферы

психики либо мозаично проявляться в различных психических сферах. Задержка психического развития церебрально-органического генеза характеризуется несформированностью эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности: отсутствием живости и яркости эмоций, низким уровнем притязаний, выраженной внушаемостью, бедностью воображения, двигательной расторможенностью и т. п.

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

### 2.1. Анамнестическая карта

Дата обследования \_\_\_\_\_

Фамилия, \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ ребенка

Дата \_\_\_\_\_ рождения

Сведения \_\_\_\_\_ о \_\_\_\_\_ родителях

Наследственные заболевания

Какие по счету роды \_\_\_\_\_ от какой беременности ребенок

Характер беременности \_\_\_\_\_ (падения, травмы, психозы, инфекции, \_\_\_\_\_ хронические \_\_\_\_\_ заболевания)

Роды (срочные, досрочные, стремительные, обезвоженные, затяжные)

Стимуляция (механическая, химическая, электростимуляция)

Когда \_\_\_\_\_ закричал \_\_\_\_\_ ребенок

Наблюдалась \_\_\_\_\_ ли \_\_\_\_\_ асфиксия (синяя, \_\_\_\_\_ белая)

---

Выписался из роддома на день \_\_\_\_\_ (причины задержки)

---

Первые слова (с какого возраста)

---

Первые фразы (с какого возраста)

---

Прерывалось ли речевое развитие

---

Голову держит с \_\_\_ мес, сидит с \_\_\_ мес, ползает с \_\_\_ мес, ходит с \_\_\_ мес, ходит самостоятельно с \_\_\_ мес.

Гуление с \_\_\_ мес, лепет с \_\_\_ мес, слова с \_\_\_ мес, фраза с \_\_\_ мес.

Наблюдались ли трудности в овладении следующими навыками: пользование горшком, самостоятельная ходьба, самостоятельная еда, самостоятельное одевание/раздевание, автономное засыпание и др. \_\_\_\_\_

Травмы головы, сотрясения головного мозга

---

Операции и в каком возрасте

---

Наблюдался у кого и с каким диагнозом

---

Снят с учета \_\_\_\_\_ состоит ли в настоящее время \_\_\_\_\_

Детские учреждения посещает \_\_\_\_\_ с какого возраста \_\_\_\_\_

Посещение спец. детского сада \_\_\_\_\_

При адаптации имели место: повышенная возбудимость, протестные реакции, стал часто болеть и др.

---

Готовность к школе: не знал букв, читал по слогам, хорошо читал; считал до 3, 5, 10, больше, выполнял арифметические действия; рисовать

умел, плохо-хорошо, любил-не любил; хотел-не хотел идти в школу

Адаптация к школе \_\_\_\_\_

Интерес к учебе \_\_\_\_\_

Контактность пациента \_\_\_\_\_

## **2.2. Оценка способностей детей с задержкой психического развития**

### *1. Способность к самообслуживанию*

Нарушение 1 степени. Выполнение определенных действий при помощи вспомогательных средств, т.к. такие дети быстро и легко отвлекаются, переключаются, им сложно долго сосредотачиваться на одном конкретном действии (например, застегнуть пуговицы, завязать шнурки и т.д.) и без помощи взрослых они сами этого сделать не могут.

### *2. Способность к самостоятельному передвижению*

Нарушение 1 степени. Такие дети отличаются более длительным временем на преодоление расстояния, неловки, с нарушением координации движения, дети, которым нужна помощь в преодолении длительных расстояний.

### *3. Способность к игровой деятельности*

Предпочитают играть в одиночку, игры отличаются однообразием, бедностью фантазии, часто не соблюдают правила игры.

### *4. Способность к обучению*

Нарушения развития у таких детей носят легкий характер, внимание неустойчиво, поверхностно, обучение таких детей должно осуществляться в специализированных учреждениях. Без такого рода подготовки и коррекционных мероприятий развитие ребенка с ЗПР будет оставаться таким, как и было. Они легко отвлекаются, им сложно сконцентрироваться на чем – либо, преобладает наглядно – образная память, снижение мыслительной активности при воспроизведении материала.

### *5. Способность к ориентации во времени и пространстве*

Имеют нарушения второй степени, т.к. без посторонней помощи такие

дети не могут самостоятельно ориентироваться в пространстве, им нужна для этого помощь, ориентация в собственной личности сохранна.

#### *6. Способность к общению*

Такие дети часто замкнуты, имеют контакты только с самым ближайшим окружением, речь у таких детей искажена, их словарный запас ограничен, наблюдаются трудности вхождения в контакт.

#### *7. Способность контролировать свое поведение*

Трудности в осуществлении контроля за своим поведением, может наблюдаться агрессивность, тревожность в поведении, возникновение определенных трудностей в жизненных ситуациях, затруднение выполнения ролевых функций.

#### *8. Способность к трудовой деятельности*

Нарушение 1 степени. Из – за быстрого истощения, частого переключения внимания, невозможности сосредоточения трудовая деятельность будет даваться таким детям очень тяжело.

### **2.3. Программа диагностики**

Исследование должно охватывать основные когнитивные сферы: ориентировку в месте, времени, собственной личности, память, внимание, мышление, речь, игровая деятельность, интеллект.

Во время беседы с ребенком выявляются:

- состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;
- особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;
- психические расстройства, имеющиеся на момент обследования;

Исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с критериями диагностики и разработки тактики работы с ребенком.

Учитывая особенности развития сфер ребенка, выделяется батарея методик в соответствии с каждой нарушенной сферой.

### **1. Интеллект.**

Цель: изучение интеллектуальных способностей.

При диагностике интеллектуальных нарушений можно применить тест Векслера.

### **2. Память.**

Цель: изучение функций памяти и определение ее развития.

При исследовании памяти можно использовать следующие методики: 10 слов, пары слов, запоминание цифр в прямом и обратном порядке, фигура Рея – Остерица.

### **3. Внимание.**

Цель: изучение и определение развития внимания.

При исследовании внимания могут использоваться следующие методики: корректурная проба (детский вариант), лабиринт, найди отличия, таблицы Шульте, шифровка.

### **4. Мышление.**

Цель: изучение способностей и развития внимания.

При исследовании мышления используются следующие методики: исключение лишнего, числовые ряды, выделение существенных признаков, классификация картинок.

### **5. Речь.**

Цель: изучение развития речевых функций.

При исследовании речи используются такие методики, как: кто так говорит, называние изображений, беседа с ребенком, пробы на составление предложений, сюжетные картинки, что изображено на картинке, пересказ рассказа, скрытый смысл.

### **6. Игровая деятельность.**

Цель: изучение формирования и способностей игровой деятельности.

При исследовании игровой деятельности ребенку предлагается сыграть в ролевую игру, придумать финал игры, выбрать самому роли для игры, различные игры с кубиками, игрушками, куклами и т.д.

## **7. Эмоциональная сфера.**

Цель: изучение развития и особенностей эмоциональной сферы.

При исследовании эмоциональной сферы предлагаются такие методики, как: рисунок семьи, лесенка, кактус, тест Люшера, тест тревожности В. Амена, рисуночные тесты, тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, опросник Басса-Дарки.

### **2.4. Коррекционно-развивающие мероприятия для ребенка**

При разработке и проведении коррекционно-развивающей программы необходимо учитывать ряд принципов:

- Принцип раннего выявления и начала реабилитации, так как это предотвращает появление вторичных осложнений.
- Принцип междисциплинарного подхода, так как в сопровождении ребенка с невротическим расстройством должны участвовать такие врачи как невролог, психиатр и психолог, что позволяет создать более четкую, правильную и индивидуальную программу коррекции.
- Принцип приоритета/акцента на коммуникации, так как этот принцип позволяет более осмысленно и целенаправленно осваивать навыки общения, а так же успешно установить социальные связи.
- Принцип опоры на сильные стороны ребенка, так как это будет подчеркивать значимость достижений самого ребенка и позволит определить потенциал ребенка и семьи в целом.

Родитель как член семьи и специалист команды профессионалов, так как родитель помогает в составлении программы, ее эффективности и изменении.

- Принцип динамической оценки, так как данный принцип помогает оценить динамику эффективности программы и развития ребенка.



- Принцип интеграции, так как благодаря данному принципу присутствует возможность установления межличностных контактов и внедрение ребенка в общество.

Задачи коррекционно-развивающих мероприятий:

- снятие эмоционального напряжения и создание эмоционально-комфортной атмосферы.
- развивать познавательную активность;
- развивать познавательные психические процессы: восприятие, наблюдательность, продуктивные способы запоминания, умение равномерного распределения внимания, процессы мышления (анализа, синтеза, обобщения, классификации, умозаключений, понимание причинно-следственных связей), речи.
- развивать общую и мелкую моторику рук;
- развивать навыки эмоциональной саморегуляции.

Методы и формы работы:

- Упражнения на развитие познавательной и эмоционально-волевой сферы.
- Коммуникативные, дидактические и подвижные игры.
- Упражнения на развитие моторики.
- Релаксационные упражнения.
- Игротерапия.
- Психогимнастика.

Продолжительность 25-30 минут, но необходимо учитывать индивидуальные особенности ребенка с ЗПР.

Критерием эффективности программы является проведение первичного и вторичного диагностирования с помощью методики Забрамной С.Д. из книги «От диагностики к развитию», по результатам которого составляется коррекционно - развивающая программа.

### **Занятие №1.**

Цель занятия:

Создание положительного эмоционального настроения на труд, снятие эмоционального напряжения.

Развитие познавательных психических процессов: памяти, внимания, мышления, воображения.

Создание доброжелательной, комфортной атмосферы на занятии.

Ход занятия:

1. Упражнение - приветствие. (2 мин.)

Цель: создание положительного эмоционального настроения на работу

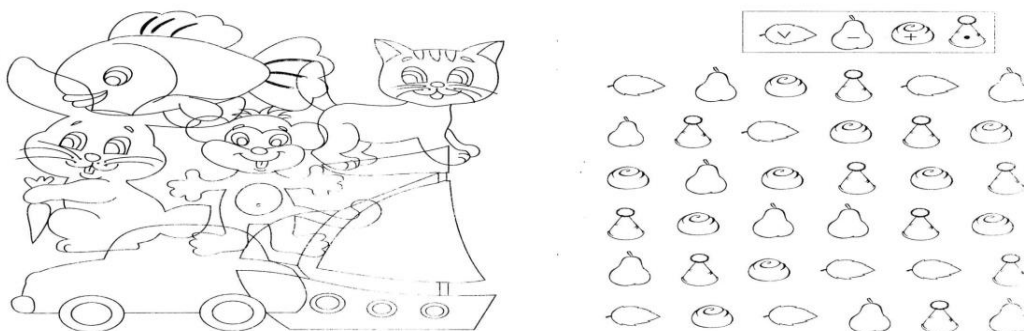
Ход упражнения: Педагог сообщает ребенку, что очень рад его видеть и хочет поздороваться по-особому – «ладошка с ладошкой».

Ребенок кладет руки ладошками вверх, а педагог здоровается с ним по имени и легонько хлопает своими ладонями по ладоням ребенка.

2. Упражнение «Загадочные картины» (5 мин.)

Цель: развитие воображения, внимания.

Ход упражнения: ребенку дается карточка с силуэтными изображениями, наложенными друг на друга. Нужно определить, что изображено, и раскрасить их в разные цвета.



3. Физкультминутка (3 мин.)

Буратино потянулся (встать на носочки, поднять руки вверх),

Раз нагнулся, два нагнулся (нагнуться, руки перед собой).

Руки в стороны развел (развести руки в сторону),

Ключик, видимо, не нашел (повернуть голову влево, а затем вправо).

Чтобы ключик нам достать,

Следует нам на носочки встать. (Встать на носочки, поднять руки вверх, потянуться).

### 3. Упражнение-игра «На что похоже?» (5 мин.)

Цель: развитие внимания, мышления, воображения. Ход занятия: ребенку предлагаются карточки с изображением геометрических фигур (квадрат, треугольник, овал, прямоугольник, круг) и предметные картины, напоминающие различные формы (например, мяч похож на форму круга и т.д.). Нужно подобрать соответствующие формы у предлагаемых предметов.

### 4. Релаксация (5 мин.) Упражнение «Я-Цветок»

Цель: снятие эмоционального напряжения.

Я - цветок. Я очень маленький. Я маленького роста. Я утром просыпаюсь после великолепного сна, раскрываю свои лепестки, возвращаюсь к солнышку, умываюсь росой. Мои лепестки играют с ветерком. Вокруг меня - замечательные ароматы.

### 6. Рефлексия. (3 мин.)

- Что нового узнал на занятии?

- Какая игра понравилась больше всего?

### 7. Прощание. (2 мин.)

Педагог, взявшись за руки с ребенком, прощается со словами:

Я и ты, ты и я,

Мы друзья - навсегда!

Занятие №2

Цель занятия:

Создание положительного эмоционального настроения.

Развитие логического и образного мышления, внимания, воображения, памяти, мелкой моторики и координации движений.

Формирование коммуникативных умений, навыков сотрудничества.

### Ход занятия:

#### 1. Упражнение «Приветствие» (2 мин.)

Цель: создание положительного эмоционального настроения на работу.

Ход упражнения: психолог здоровается с ребенком словесно и пожимает руку.

Пчелка - труженица залетела к нам,

К работе пчелка пригласила нас,

Сейчас пчелке поможем.

Вместе с ней все сделать сможем!

#### 2. Упражнение «Вспомни сказку» (5 мин.)

Цель: развитие мышления.

Ход занятия: рассмотри картинки и скажи, что было сначала, а что потом. Последовательно расставь все картинки.



#### 5. Подвижное упражнение «Ухо – нос» (3 мин.)

Цель: развитие внимания.

Ход упражнения: По команде «Ухо» ребенок должен схватиться за ухо, по команде «Нос» - за нос. Психолог выполняет действия вместе с ребенком, но должен иногда «совершить ошибку». Ребенок, не обращая внимание, на «ошибки» взрослого, должен показывать только ту часть лица, которую назвал педагог.

#### 6. Упражнение «Дорисуй» (5 мин.)

Цель: развитие мелкой моторики рук.

Ход занятия: проведи все линии на картинках и раскрась рисунки в разные цвета.



5.Рефлексия. (3 мин.)

6. Прощание. (2 мин.)

Психолог. Сегодня мы с тобой поделимся каплей своей доброты.

Они составляют ладони вместе, дуют в них и передают друг другу «капельку» своей доброты.

### **Занятие №3**

#### Цель занятия:

Создание положительного эмоционального настроения, формирования коммуникативных навыков и навыков сотрудничества.

Развитие динамики и координации движений, активизация речевых навыков, памяти, мышления, развитие творческой воображения и внимания.

#### Ход занятия:

1. Упражнение – приветствие . (2 мин.)

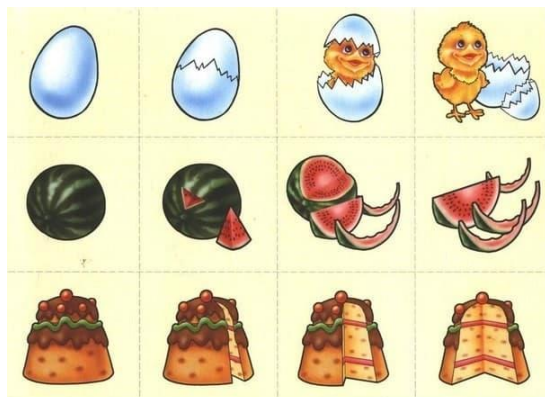
Цель: создание положительного эмоционального настроения, атмосферы доверия и доброжелательности, снятия эмоционального напряжения.

Ход упражнения: педагог сообщает ребенку, что очень рад его видеть и хочет поздороваться по-особому – «двумя руками». Ребенок ставит две руки локтями на стол, ладонями наружу. Педагог здоровается с ним легким хлопком ладонями по ладоням ребенка, называя при этом имя ребенка. Он в ответ также здоровается.

2. Упражнение «Логические цепочки» (5 мин.)

Цель: тренировка мышления, внимания и сообразительности.

Ход упражнения: педагог предлагает ребенку карточки из 4 рисунков, на которых изображена определенная последовательность действий, и просит разложить рисунки по порядку: что должно быть сначала, что потом, чем заканчивается.



### 3. Физминутка (5 мин.)

Покажи, как гремит гром? (На месте потопали ножками)

Как солнышко вышло? (Поднялись на носочки, потянулись, улыбнулись друг другу)

Как ветер играет с листочками? (Руки подняли вверх и помахали в стороны)

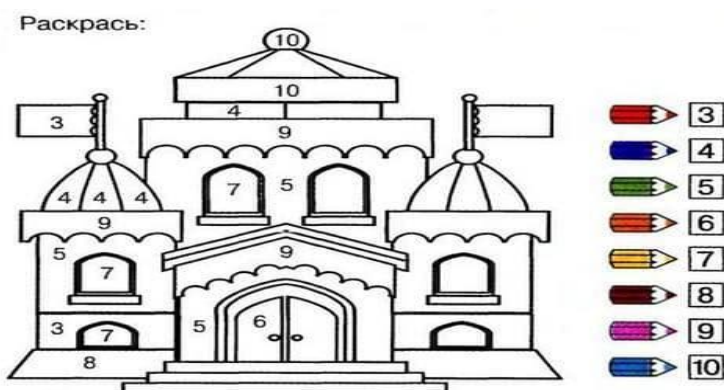
Как птицы летят? (Руки в стороны, помахали руками)

Как зайчики прыгают? (Прыжки на двух ногах на месте)

### 4. Упражнение «Раскрась по цифрам» (5 мин.)

Цель: развитие мелкой моторики руки, внимания, тренировки знания цветов и цифр.

Ход занятия: ребенку необходимо раскрасить рисунок с соответствующей инструкцией



## 5. Упражнение «Игра с пальчиками» (5 мин.)

Цель: развитие динамики и координации движений, активизация речевых навыков, памяти, мышления, развитие творческого воображения и внимания.

Дождик

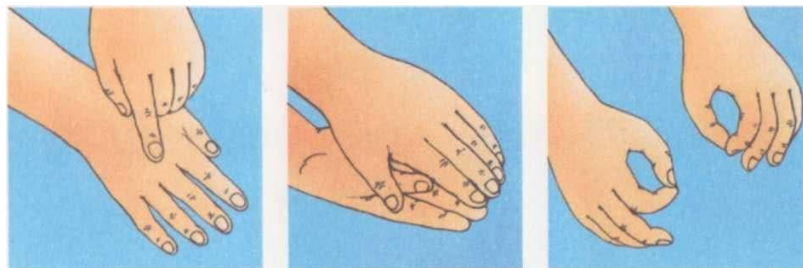
Дождик, дождик, лей-поливай –

Будет румяный у нас каравай,

Будут у нас булочки, будут и сушки,

Будут вкусные-превкусные ватрушки.

(Указательным пальцем одной руки постучать по ладони второй, очертить перед собой руками круг, похлопать по очереди одной ладонью по другой, соединить большой и указательный пальцы рук вместе, сделав большой круг.)



## 7. Рефлексия. Прощание (5 мин.)

Очень хорошо работали

И как друзья разговаривали.

Поэтому скажи мне:

Что понравилось тебе?

## 8. Прощание «Подари улыбку» (3 мин.)

Далее может проводиться более 10 коррекционных занятий.

Программа способствует достаточному уровню развития познавательных психических процессов (памяти, мышления, внимания, речи) и сбалансированию эмоционального развития ребенка по результатам диагностики после участия ребенка в коррекционной работе.

## 2.5. Программа сопровождения родителей

Актуальность программы сопровождения детско-родительских отношений в семье, имеющей проблемного ребенка, заключается в том, что данные условия требуют новых подходов и методов работы с родителями и детьми. Целесообразность проведения данной работы обусловлена тем, что у родителей появляется возможность получить опыт эффективного взаимодействия с ребенком, возможность вступить с ребенком в тесный контакт, принятия самого ребенка и его особенностей.

При этом затрагиваются различные сферы детско-родительских отношений: особенности воспитания ребенка и отношение к нему родителей, характерные особенности личности ребенка как результат протекания заболевания и семейных воздействий, особенности личности родителей, характер супружеских отношений и т.д.

Решающую роль в предупреждении нарушений умственного развития играет максимально ранняя коррекционно-воспитательная работа, позволяющая предотвратить вторичные отклонения в развитии ребенка. В связи с особенностями развития проблемные дети особенно нуждаются в целенаправленном обучении. Они не усваивают общественный опыт спонтанно, особенно в раннем возрасте. Поэтому для организации обучения и воспитания этих детей особую роль играют способы воздействия, направленные на активизацию их познавательной деятельности.

Основной формой воздействия на ребёнка раннего возраста являются организованные занятия, в которых ведущая роль принадлежит взрослым. Поэтому обязательным условием ранней психолого-педагогической помощи является активное участие родителей ребенка в её реализации.

При этом родитель должен знать возрастные особенности детей, об отклонениях в развитии, уметь применять такие методические приемы,



которые привлекают внимание, заинтересовывают каждого ребёнка. Этой цели и служит сопровождение родителей ребёнка.

Формы работы с родителями:

1) Индивидуальная форма работы.

Получение необходимой информации в ходе беседы с родителями. Задаются вопросы для выяснения особенностей детско-родительских отношений, эмоциональной атмосферы семьи, родители заполняют анкету «Развитие ребенка» для уточнения необходимых сведений о ребенке. Педагог изучает представленную родителями документацию из поликлиники (мед.книжка). Информировать родителей о результатах обследования и о целях индивидуальной программы развития ребенка.

На этом этапе работы с родителями необходимо прогнозировать возможную степень включенности их в работу, оценить степень готовности к сотрудничеству. Психологически подготовить родителей к добросовестному и инициативному выполнению всех задания и занятий.

2) Групповая форма работы

Обучающая помощь родителям в процессе специально организованных занятий, на которых они присутствуют. На занятиях демонстрируются родителям игры и игрушки, которые можно использовать для решения задач стимуляции и коррекции, даются пояснения по их использованию. Обсуждается эффективность используемых методов и приёмов развивающего взаимодействия и коррекционной работы.

Цикл занятий для родителей проводится по определённой теме и имеет свою цель.

1 занятие «Детям больше нужен пример для подражания, чем критика»  
(Ж. Жубер)

Первое занятие предполагает знакомство с родителями, определение цели занятий, знакомство с особенностями развития ребёнка данного возраста.

## 2 занятие «Запоминать умеет тот, кто внимательный»

Цель занятия: ознакомить родителей с особенностями развития внимания детей данного возраста, с играми и упражнениями, направленными на развитие данной функции. Например - «ЧТО Я ДОРИСОВАЛА». Рисую несложный рисунок. Например, рисую домик и показываю ребенку. Прошу его закрыть глаза или отвернуться. Быстро дорисовываю что-то на рисунке (например, дым из трубы). Когда ребенок открывает глаза, то спрашиваю: «Что я дорисовала?».

Для начала, домик рисую серым цветом, а дым ярко синим. Чтобы было сразу заметно то, что я дорисовала. Игру можно все время усложнять, добавляя к рисунку что-то еще (забор, дерево, уточку, девочку).

## 3 занятие «Память слабеет, если её не упражнять» (Цицерон М)

Цель занятия: ознакомить родителей с особенностями развития памяти детей данного возраста, с играми и упражнениями, направленными на развитие данной функции. Например - «НАЙДИ СВОЙ ДОМИК!»

## 4 занятие «Видим, слышим, чувствуем»

Цель занятия: ознакомить родителей с особенностями развития восприятия детей данного возраста, с играми и упражнениями, направленными на развитие данной функции. Например - «НАЙДИ ЗВУЧАЩУЮ ИГРУШКУ»

Прячу звучащую игрушку, а ребенок по звуку её ищет. Для начала можно просто накрыть её тряпочкой. С каждым разом игру усложняю.

Игрушка должна звучать довольно долго, чтобы ребенок мог ориентироваться, где она лежит. Сейчас продается много игрушек с разными песенками, заводных игрушек и т.п. Возьмите ту, которая звучит дольше.

## «ЧТО ЭТО НА ВКУС»

Прошу ребенка закрыть глаза и открыть рот. Затем, я кладу ей кусочек чего-то в рот, а она должна по вкусу определить, что это такое? Выбираю характерные продукты, желательно те, которые ребенок

любит. Если попытаться накормить нелюбимым продуктом, то она затем отказывается играть в эту игру.

Предложите определить не только продукт, но и назвать вкус: «сладко», «кисло», «солёно».

5 занятие «Правильно мыслить более ценно, чем многое знать» (Джон Локк)

Цель занятия: ознакомить родителей с особенностями развития мышления детей данного возраста, с играми и упражнениями, направленными на развитие данной функции. Например - «НАЙДИ КОМНАТУ ХУДОЖНИКА, ГДЕ ПОБЫВАЛА ИГРУШКА». Для игры нужны цветные карандаши, несколько игрушек, где используются 3 или 4 цвета. На пол выкладываем 6 листов белой бумаги. Это комнаты художников. У каждого художника по 3-4 цветных карандаша. Например, в первой комнате лежат карандаши - красный, зеленый, синий; во второй - белый, желтый, розовый, зеленый и т.д. Даём ребёнку какую-то игрушку и просим найти комнату того художника, который её раскрасил.

6 занятие «Ловкие пальчики»

Цель занятия: ознакомить родителей с особенностями развития мелкой моторики детей данного возраста, с играми и упражнениями, направленными на развитие данной функции. Например - «РАЗЛОЖИ ПО ЯЧЕЙКАМ»

Покажите малышу, как можно разложить крупные пуговицы в ячейки для конфет и ему очень понравится это делать. Более сложный вариант – рассортировать множество небольших пуговиц или бусинок по видам, выделив для каждого сорта свою ячейку. Возможно, потребуется ваша помощь. Положите в ячейки по одному образцу, а ребенок пусть раскладывает остальные пуговицы.

После занятий создаётся картотека игр и упражнений по развитию внимания, памяти, восприятия, мышления, моторики с которыми знакомятся родители на занятии и которые предлагают сами.

Система этой работы поможет родителям понять свои воспитательные успехи и неудачи и возможно пересмотреть систему взаимодействия со своим ребенком.