



Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
«Центр развития ребенка - детский сад № 282» городского округа Самара
Россия, 443051 Самара, ул. Елизарова, 5 ~ ds282sa@mail.ru ~ Тел. 996-84-32. факс
9544043

ПРИНЯТА
на заседании педагогического совета
протокол № 5
от « 28 » 08 20 20.

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий МБДОУ

«Детский сад № 282» г.о. Самара

Г.Ф. Кирюшкина



Адаптированная образовательная программа
для ребенка с задержкой психического развития (с трех лет) общеобразовательной направленности
в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении

«Детский сад №282»

Заключение № 1234 от 05.07.2021 г. на 2021-2022 уч. год.

(1 год обучения)

Обоснование Программы – заключение ПМПК (ГПМПК)

Ответственные за реализацию Программы:

педагог-психолог: Лапицкая Т.В.,
учитель-логопед: Москалева В.А.,
воспитатели группы: Бурлакова В.В., Субеева Ю.Ф.

Согласовано с родителями

№п/п	Содержание	стр.
I	Целевой раздел	3
1.1	Пояснительная записка	3
1.1.1	Введение	3
1.1.2	Цели и задачи реализации адаптированной образовательной программы	3
1.1.3	Принципы и подходы к реализации программы	4
1.1.4	Значимые характеристики, в том числе характеристики особенностей развития детей раннего и дошкольного возраста.	4
1.2	Планируемые результаты как ориентиры освоения воспитанниками адаптированной образовательной программы МБДОУ «Детский сад № 282» г.о. Самара	13
1.2.1	Планируемые результаты в части, формируемой участниками образовательных отношений (парциальные программы).	15
II	Содержательный раздел	25
2.1	Образовательная деятельность в соответствии с образовательными областями с учетом используемых в МБДОУ «Детский сад № 282» г.о. Самара программ и методических пособий, обеспечивающих реализацию данных программ.	25
2.2	Формы, способы, методы и средства реализации программы с учетом возрастных и индивидуальных особенностей воспитанников, специфики их образовательных потребностей и интересов.	52
2.3	Описание образовательной деятельности по профессиональной коррекции нарушений развития детей.	58
2.4	Особенности взаимодействия педагогического коллектива с семьями воспитанников	62
III	Организационный раздел	63
3.1.	Материально-техническое обеспечение программы, обеспеченность методическими материалами и средствами обучения и воспитания	63
3.2.	Режим дня	64
3.3.	Организация развивающей предметно-пространственной среды	67

1. Целевой раздел

1.1. Пояснительная записка адаптированной образовательной программы дошкольного образования для детей с ОВЗ

1.1.1. Введение

Адаптированная образовательная программа (АОП) для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) спроектирована с учетом требований Федерального государственного образовательного стандарта ДО (ФГОС), на основании основной образовательной Программы МБДОУ «Детский сад № 282» г.о. Самара, утвержденной на педагогическом совете 28.08.2021 года.

Программа определяет цель, задачи, планируемые результаты, содержание и организацию образовательного процесса на ступени дошкольного образования. Кроме того, учтены концептуальные положения используемой в МДОУ примерной Программы «От рождения до школы» под редакцией Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, М.А. Васильевой (Раздел «Коррекционная и инклюзивная педагогика») и парциальной Программы Е.А. Екжановой, Е.А. Стребелевой «Коррекционно-развивающее обучение и воспитание».

Ребенок с ОВЗ, (как и все остальные дети) в своем развитии направлен на освоение социального опыта, социализацию, включение в жизнь общества. Однако путь, который он должен пройти для этого, значительно отличается от общепринятого: физические и психические недостатки меняют, отягощают процесс развития, причем каждое нарушение по-своему изменяет развитие растущего человека. Важнейшими задачами, поэтому являются предупреждение возникновения вторичных отклонений в развитии, их коррекция и компенсация средствами образования.

1.1.2. Цели и задачи реализации (АОП)

Цель АОП: перевести ребенка-дошкольника с ОВЗ в результате реализации всей системы коррекционно-развивающего обучения и воспитания на новый уровень социального функционирования, который позволяет расширить круг его взаимоотношений и создает условия для более гармоничной и личностно-актуальной социализации ребенка в изменяющемся мире.

Основные задачи:

1. Охрана жизни и укрепление физического и психологического здоровья детей.
2. Обеспечение коррекции нарушений развития различных категорий детей с ОВЗ, оказание им квалифицированной помощи в освоении основных образовательных областей

Программы: физическое развитие, познавательное, речевое, социально-коммуникативное, художественно-эстетическое развитие.

3. Оказание помощи детям в овладении навыками коммуникации и

- обеспечение оптимального вхождения детей с ОВЗ в общественную жизнь
4. Формирование правильного произношения (воспитание артикуляционных навыков, звукопроизношения, слоговой структуры и фонематического восприятия).
 5. Развитие навыков связной речи.
 6. Обеспечение возможности для осуществления детьми содержательной деятельности в условиях, оптимальных для всестороннего и своевременного психологического развития. Проведение коррекции (исправление и ослабление) негативных тенденций развития.
 7. Максимально возможное развитие всех видов детской деятельности (игровой, коммуникативной, трудовой, познавательно-исследовательской, продуктивной, музыкально-художественной, чтения).
 8. Проведение профилактики вторичных отклонений в развитии и трудностей в обучении на начальном этапе.
 9. Взаимодействие с семьями детей для обеспечения полноценного развития.
 10. Оказание консультативной и методической помощи родителям (законным представителям).

1.1.3. Принципы и подходы к реализации программы

Принципиально значимыми в данной программе являются следующие приоритеты:

- формирование способов усвоения общественного опыта (в том числе и учебных навыков) ребенком с ОВЗ как одна из ведущих задач обучения, иначе говоря — ключ к развитию ребенка и раскрытию его потенциальных возможностей и способностей;
- учет генетических закономерностей психического развития ребенка, характерных для становления ведущей деятельности и психологических новообразований в каждом возрастном периоде;

- деятельностный подход в организации целостной системы коррекционно-педагогического воздействия;
- единство диагностики и коррекции отклонений в развитии;
- анализ социальной ситуации развития ребенка и семьи;
- развивающий характер обучения, основывающийся на положении о ведущей роли обучения в развитии ребенка и формировании зоны ближайшего развития;
- включение родителей или лиц, их заменяющих, в коррекционно-педагогический процесс;
- расширение традиционных видов деятельности и обогащение их новым содержанием;
- формирование и коррекция высших психологических функций в процессе специальных занятий с детьми;
- реализация личностно-ориентированного подхода к воспитанию и обучению детей через изменение содержания обучения и совершенствование методов и приемов работы;
- стимулирование эмоционального реагирования, эмпатии и использование для их развития практической деятельности детей, общения и воспитания адекватного поведения;
- расширение форм взаимодействия взрослых с детьми и создание условий для активизации форм партнерского сотрудничества между детьми;
- определение базовых достижений ребенка-дошкольника с ОВЗ в каждом возрастном периоде в целях планирования и осуществления коррекционно-развивающего воздействия, направленного на раскрытие его потенциальных возможностей.

1.1.4. Значимые характеристики, в том числе характеристики особенностей развития детей с ОВЗ

Значимые характеристики определяются на начало реализации АОП и включают в себя следующие показатели: кадровый состав, возрастной и количественный состав детей, материально-техническое состояние ДООУ.

Общие сведения о коллективе детей, работников, родителей.

Основными участниками реализации программы являются: дети дошкольного возраста с ОВЗ, родители (законные представители), педагоги.

Кадровый потенциал

Группы общеразвивающей направленности не полностью укомплектованы кадрами. Коррекционно-образовательную работу осуществляют 6 педагогов, из них:

2 воспитателя и специалисты:

- 1 инструктор по физической культуре;
- 1 музыкальный руководитель;
- 1 педагог-психолог;

- 1 учитель-логопед;

Особенности развития детей с ОВЗ.

Подгруппа дошкольников с ограниченными возможностями здоровья неоднородна. Это определяется, прежде всего, тем, что в неё входят дети с различными нарушениями:

- речи;
- задержкой психического развития (ЗПР);
- интеллекта, «синдрома Дауна»;
- расстройствами аутистического спектра (РДА);
- множественными нарушениями развития (сложная структура дефекта).

Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик – от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжёлым поражением центральной нервной системы. От ребёнка, способного при специальной поддержке на равных обучаться совместно со здоровыми сверстниками, до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной образовательной программе. При этом столь выраженный диапазон различий в развитии наблюдается не только по группе детей с ОВЗ в целом, но и внутри каждой входящей в неё категории детей.

Неоднородность состава обучающихся с ОВЗ и максимальный диапазон различий в требуемом уровне и содержании образования обуславливает необходимость разработки дифференцированного стандарта (СФГОС) дошкольного образования, включающего такой набор вариантов развития.

Понятие «**задержка психического развития**» (ЗПР) употребляется по отношению к детям с минимальными органическими повреждениями или функциональной недостаточностью центральной нервной системы, а также длительно находящимся в условиях социальной депривации. Для них характерны незрелость эмоционально-волевой сферы и недоразвитие познавательной деятельности, имеющей свои качественные особенности, компенсирующиеся под воздействием временных, лечебных и педагогических факторов.

Психолого-педагогическую классификацию, предполагающую деление детей на какие-либо группы, построить трудно в связи с тем, что категория детей с ЗПР по степени выраженности отставания в развитии и индивидуальным проявлениям в психолого-педагогическом плане очень неоднородна. Общим для всех является отставание в психическом развитии во всех сферах психической деятельности к началу школьного возраста. Это выражается в замедленной по сравнению с нормой скорости приема и переработки сенсорной информации, недостаточной сформированности умственных операций и действий, низкой познавательной активности и слабости познавательных интересов, ограниченности, отрывочности знаний и представлений об окружающем. Дети отстают в речевом развитии (недостатки произношения, аграмматизм, ограниченность словаря). Недостатки в развитии эмоционально-волевой сферы проявляются в

эмоциональной неустойчивости и возбудимости, несформированной произвольной регуляции поведения, слабости учебной мотивации и преобладании игровой. Характерны недостатки моторики, в особенности мелкой, затруднения в координации движений, проявления гиперреактивности. Существенным особенностями детей с ЗПР являются неравномерность, мозаичность проявлений недостаточности развития. Для дошкольников с ЗПР импульсивность действий, недостаточную выраженность ориентировочного этапа, целенаправленности, низкую продуктивность деятельности. Отмечаются недостатки в мотивационно-целевой основе организации деятельности, несформированность способов самоконтроля, планирования. Особенности проявляются в ведущей игровой деятельности и характеризуются у старших дошкольников несовершенством мотивационно-потребностного компонента, знаково-символической функции и трудностями в оперировании образами-представлениями. Выражено недоразвитие коммуникативной сферы и представлений о себе и окружающих. О моральных нормах представления нечеткие.

Характерной особенностью дефекта при **умственной отсталости (нарушение интеллекта)** является нарушение высших психических функций — отражения и регуляции поведения и деятельности. Это выражается в нарушении познавательных процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи, внимания); страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом.

Дети отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников. Они, как правило, позже начинают ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания. Эти дети неловки, физически слабы, часто болеют. Они мало интересуются окружающим: не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям, происходящим в природе и социальной жизни. К концу дошкольного возраста их активный словарь беден. Фразы односложны. Дети не могут передать элементарное связное содержание. Пассивный словарь также значительно меньше по объему, чем в норме. Они не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трех слов, даже в школьном возрасте им трудно поддерживать беседу, так как они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника.

Без коррекционного обучения к концу дошкольного возраста у этих детей формируется только предметная деятельность. Игровая деятельность не становится ведущей. В младшем дошкольном возрасте у них преобладают бесцельные действия с игрушками (несет кубик в рот, бросает куклу), к старшему дошкольному возрасту появляются предметно-игровые действия (укачивание куклы, катание машины), процессуальная игра — многократное повторение одних и тех же действий. Игровые действия не сопровождаются эмоциональными реакциями и речью. Сюжетно-ролевая игра самостоятельно, без специального коррекционного обучения не

формируется. Общение ребенка с нормально развивающимися сверстниками затруднено: его не принимают в игру, так как он не умеет играть. Он становится отверженным в среде сверстников и вынужден играть с более младшими детьми.

Такой ребенок в условиях обычного детского сада испытывает стойкие трудности в усвоении программного материала по формированию элементарных математических представлений, развитию речи, ознакомлению с окружающим, конструированию. Если ребенок не получил в детском саду специальной педагогической помощи, он оказывается не готовым к школьному обучению.

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети с незначительной умственной отсталостью все же имеют возможности для развития. У них в основном сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, ориентированы на взрослого, у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность. **Общее недоразвитие речи (ОНР)** характеризуется нарушением формирования у детей всех компонентов речевой системы: фонетической, фонематической и лексико-грамматической.

Выделяют три уровня речевого развития при ОНР (Р. Е.Левина). Каждый из уровней может быть диагностирован у детей любого возраста.

Первый уровень — самый низкий. Дети не владеют общеупотребительными средствами общения. В своей речи дети используют лепетные слова и звукоподражания («бо-бо», «ав-ав»), а также небольшое число существительных и глаголов, которые существенно искажены в звуковом отношении («кука» — *кукла*, «ават» — *кровать*). Одним и тем же лепетным словом или звуко сочетанием ребенок может обозначать несколько разных понятий, заменять им названия действий и названия предметов («би-би» — *машина, самолет, поезд, ехать, лететь*). Высказывания детей могут сопровождаться активными жестами и мимикой. В речи преобладают предложения из одного-двух слов. Грамматические связи в этих предложениях отсутствуют. Речь детей может быть понятна только в конкретной ситуации общения с близкими людьми. Понимание речи детьми в определенной мере ограничено. Звуковая сторона речи резко нарушена. Количество дефектных звуков превосходит число правильно произносимых. Правильно произносимые звуки нестойки и в речи могут искажаться и заменяться. В большей степени нарушается произношение согласных звуков, гласные могут оставаться относительно сохранными. Фонематическое восприятие нарушено грубо. Дети могут путать сходные по звучанию, но разные по значению слова (*молоко* — *молоток*, *мишка* — *миска*). до трех лет эти дети практически являются без речевыми. Спонтанное развитие полноценной речи у них невозможно. Преодоление речевого недоразвития требует систематической работы с логопедом. Дети с первым уровнем речевого развития должны обучаться в специальном дошкольном

учреждении. Компенсация речевого дефекта ограничена, поэтому такие дети в дальнейшем нуждаются в длительном обучении в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Второй уровень — у детей имеются начатки общеупотребительной речи. Понимание обиходной речи достаточно развито. Дети более активно общаются при помощи речи. Наряду с жестами, звуковыми комплексами и лепетными словами они используют общеупотребительные слова, которые обозначают предметы, действия и признаки, хотя их активный словарь резко ограничен. Дети пользуются простыми предложениями из двух-трех слов с начатками грамматического конструирования. В то же время отмечаются грубые ошибки в использовании грамматических форм («игаюкука» — *играю с куклой*). Звукопроизношение значительно нарушено. Это проявляется в заменах, искажениях и пропусках целого ряда согласных звуков. Нарушена слоговая структура слова. Как правило, дети сокращают количество звуков и слогов, отмечаются их перестановки («тевики» — *снеговики*, «виметь» — *медведь*). При обследовании отмечается нарушение фонематического восприятия.

Дети со вторым уровнем речевого развития нуждаются в специальном логопедическом воздействии длительное время, как в дошкольном, так и школьном возрасте. Компенсация речевого дефекта ограничена, овладение письмом и чтением у этих детей затруднено.

Третий уровень — дети пользуются развернутой фразовой речью, не затрудняются в назывании предметов, действий, признаков предметов, хорошо знакомых им в обиходной жизни. Они могут рассказать о своей семье, составить короткий рассказ по картинке. В то же время у них имеются недостатки всех сторон речевой системы как лексико-грамматической, так и фонетико-фонематической. Для их речи характерно неточное употребление слов. В свободных высказываниях дети мало используют прилагательных и наречий, не употребляют обобщающие слова и слова с переносным значением, с трудом образуют новые слова с помощью приставок и суффиксов, ошибочно используют союзы и предлоги, допускают ошибки в согласовании существительного с прилагательным в роде, числе и падеже.

Дети с речевыми нарушениями обычно имеют функциональные или органические отклонения в состоянии центральной нервной системы. Наличие органического поражения мозга обуславливает то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, нередко они жалуются на головные боли, тошноту и головокружения. У многих из них выявляются различные двигательные нарушения: нарушения равновесия, координации движений, недифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений (т. е. несформированность общего и орального праксиса). Такие дети быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности (т. е. быстро устают). Они характеризуются раздражительностью, повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, не могут спокойно сидеть, теребят что-то в руках, болтают ногами и т.п. Они эмоционально неустойчивы, настроение быстро

меняется. Нередко возникают расстройства настроения с проявлением агрессии, навязчивости, беспокойства. Значительно реже у них наблюдаются заторможенность и вялость. Эти дети довольно быстро утомляются, причем это утомление накапливается в течение дня к вечеру, а также к концу недели. Утомление сказывается на общем поведении ребенка, на его самочувствии. Это может проявляться в усилении головных болей, расстройстве сна, вялости либо, напротив, повышенной двигательной активности. Таким детям трудно сохранять усидчивость, работоспособность и произвольное внимание. Как правило, у таких детей отмечаются неустойчивость внимания и памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая умственная работоспособность.

Аутизм как симптом встречается при довольно многих психических расстройствах, но в некоторых случаях он проявляется очень рано (в первые годы и даже месяцы жизни ребенка), занимает центральное, ведущее место в клинической картине и оказывает тяжелое негативное влияние на все психическое развитие ребенка. В таких случаях говорят о **синдроме раннего детского аутизма (РДА)**, который считают клинической моделью особого — искаженного — варианта нарушения психического развития. При РДА отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие — патологически ускоренно. Так, нередко развитие гнозиса опережает праксис (при нормальном психическом развитии — наоборот), а иногда не по возрасту богатый словарный запас сочетается с совершенно неразвитой коммуникативной функцией речи.

По критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), при артистическом расстройстве личности отмечаются:

- качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;
- качественные нарушения способности к общению;
- ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения интересов и видов деятельности.

В числе наиболее характерных проявлений РДА в раннем возрасте можно назвать следующие:

- аутичный ребенок не фиксирует взгляд, особенно на лице, деталях лица другого человека, не выносит прямого зрительного контакта «глаза в глаза»;
- близких людей аутичный ребенок узнает, но при этом достаточно насыщенной и продолжительной эмоциональной реакции не проявляет;
- к ласке ребенок с аутизмом относится необычно: иногда равнодушно (терпит ее) или даже неприязненно, но даже если испытывает приятные ощущения и переживания, то быстро пресыщается;
- отношение к моментам дискомфорта (например, нарушениям режима питания) парадоксальное: аутичный ребенок либо вообще их не переносит, либо безразличен к ним;
- потребности в контактах с другими людьми (даже близкими) также

парадоксальны: в одних случаях ребенок не испытывает такой потребности или быстро пресыщается, стремится избегать контактов;

- в более тяжелых случаях к контакту (особенно к тактильному) относится безразлично, вяло.

Для поведения аутичного ребенка весьма характерен *феномен тождества*, проявляющийся в стремлении к сохранению привычного постоянства, в противодействии любым изменениям в окружающем. Внешне эти реакции на изменения могут проявляться в беспокойстве, страхах, агрессии и самоагрессии, гиперактивности, расстройствах внимания, рассредоточении. Феномен тождества также обнаруживает себя в разнообразных, отличающихся большой стойкостью стереотипиях: многократном повторении одних и тех же движений и действий — от самых простых (раскачивание, потряхивание руками) до сложных ритуалов; стремлении к жесткому постоянству в бытовых привычках (пища, посуда, одежда, прогулки, книги, музыкальные произведения и т.д.); повторении одних и тех же звуков, слов; ритмичном постукивании по окружающим предметам (кубиком по столу и т.п.), обнюхивании и облизывании иногда совершенно неподходящих для этого предметов и т. п. Стереотипность проявляется и в игре: очень типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий (ребенок вертит бутылку из-под минеральной воды, перебирает между пальцами веревочку и т. п.). Игрушки если и используются, то не по назначению. Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребенок не лепит куличи, а просто пересыпает песок. Неравномерность развития при аутизме отчетливо проявляется в *особенностях моторики*. Движения аутичных детей угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде. Нередко отдельные сложные движения ребенок выполняет успешнее, чем более легкие, иногда тонкая моторика развивается в отдельных своих проявлениях раньше, чем общая, а движение, свободно, точно и легко совершаемое в спонтанной активности, оказывается трудновыполнимым в произвольной деятельности. Очень рано появляются *страхи*, которые могут быть диффузными, неконкретными, на уровне общей тревоги и беспокойства, и дифференцированными, когда ребенок боится определенных предметов и явлений, причем перечень объектов страха поистине бесконечен: зонты, шум электроприборов, мягкие игрушки, собаки, все белое, машины, подземные переходы и др. Страхи различны по своей природе. В одних случаях причина страха — повышенная чувствительность к звуковым, световым и другим сенсорным воздействиям: например, звук, не вызывающий у большинства людей неприятных ощущений, для ребенка с аутизмом может оказаться чрезмерно сильным, стать источником дискомфорта. В других случаях объект страха действительно является источником определенной опасности, но занимает слишком большое место в переживаниях ребенка, опасность как бы переоценивается. Такие страхи называют сверхценными, и они свойственны всем детям, но если при нормальном развитии страх постепенно изживается, занимает

соответствующее реальности место, то при аутизме повторные взаимодействия с пугающим объектом не только не смягчают, но и усиливают страх, фиксируют его, делают стойким. И наконец, страх тоже может быть связан с реальным пугающим событием (например, в поликлинике сделали укол), но фиксируется только какой-то его элемент (белый цвет халата медсестры — «обидчицы»), который и становится предметом страха: ребенок боится всего белого. Общей особенностью страхов при РДА вне зависимости от их содержания и происхождения являются их сила, стойкость, трудно преодолимость.

Еще одной особенностью внутреннего мира детей с аутизмом являются *аутистические фантазии*. Их основные черты — оторванность от реальности, слабая, неполная и искаженная связь с окружающим. Эти отличающиеся стойкостью фантазии как бы замещают реальные переживания и впечатления, нередко отражают страхи ребенка, его сверхпристрастия и сверхценные интересы, являются результатом осознания ребенком в той или иной мере своей несостоятельности, а иногда следствием нарушения сферы влечений и инстинктов.

Особенности *речевого развития* аутичных детей многочисленны. К ним относятся:

- *мутизм* (отсутствие речи) у значительной части детей;
- *эхолалии* (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто отставленные, т. е. воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время;
- большое количество *слов-штампов и фраз-штампов, фонографичность* («попугайность») речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи;
- *отсутствие обращения* в речи, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо);
- *автономность* речи;
- *позднее появление в речи личных местоимений* (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе — «он» или «ты», о других иногда «я»);
- *нарушения семантики* (метафорическое замещение, расширение или чрезмерное — до буквальности — сужение толкований значений слов), неологизмы;
- *нарушения грамматического строя* речи; *нарушения звукопроизношения*; *нарушения просодических компонентов* речи.

Все эти знаки отклонений в речевом развитии могут встречаться и при других видах патологии, однако при РДА большинство из них имеет определенные характерные особенности. Кроме того, они, как правило, обусловлены недоразвитием коммуникативной функции речи, что накладывает весьма характерный отпечаток. Большой интерес представляет интеллектуальное развитие детей с аутизмом, главная особенность которого — неравномерность, парциальность развития. Следует отметить особый характер этой парциальности: справляясь с заданиями абстрактного характера, ребенок с трудом выполняет такое же по сложности задание с конкретным насыщением: $2 + 3 = ?$ решается легче, чем задача: «У тебя было

два яблока, мама дала еще три, сколько стало?»

Помимо этого, от 2/3 до 3/4 детей с аутизмом страдают той или иной степенью интеллектуальной недостаточности.

У детей с **церебральным параличом** задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто при помощи специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т. д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же как и манипулятивная деятельность. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается, и на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием психических функций. Для детей с церебральным параличом характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей:

1. Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем. Это обусловлено несколькими причинами: а) вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями

передвижения; б) затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств; в) нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом. Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушены. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т. е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития, причем преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Причем чаще всего страдают отдельные корковые функции, т. е. характерна парциальность их нарушений. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического. 3. Выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Большое число детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная деятельность. По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у остальных имеет место олигофрения. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического

развития (церебрально-органического генеза). Для детей с церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой сферы, у одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других — в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которая усиливается в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики (эйфория). Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности. У детей с церебральным параличом своеобразная структура личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи.

У детей **со сложной структурой дефекта** отмечается недостаточная сформированность произвольного внимания, дефицитарность основных свойств внимания: концентрации, объема, распределения. Память характеризуется особенностями, которые находятся в определенной зависимости от нарушений внимания и восприятия.

Отмечается низкий уровень сформированности всех основных мыслительных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса. Дефекты речи у детей со сложной структурой дефекта отчетливо проявляются на фоне недостаточной сформированности познавательной деятельности.

Кроме того, характерными свойствами детей этой группы детей является крайняя медлительность, инертность, трудность переключения с одного задания на другое, вялость, безынициативность, неумение использовать оказываемую им помощь. Затруднения при решении любых задач, направленных на выявление особенностей наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

«Синдром Дауна» - самая распространенная из всех известных на сегодняшний день форма хромосомной патологии. Характерной особенностью ребёнка с синдромом Дауна, является замедленное развитие.

Дети с синдромом Дауна проходят те же этапы развития, что и обычные дети. Общие принципы обучения разработаны на основе современных представлений о развитии детей дошкольного возраста с учетом специфических особенностей, присущих детям с синдромом Дауна.

К ним относятся:

1. Медленное формирование понятий и становление навыков:

- снижение темпа восприятия и замедленное формирование ответа;
- необходимость большого количества повторений для усвоения материала;
- низкий уровень обобщения материала;
- утрата тех навыков, которые оказываются недостаточно востребованными.

2. Низкая способность оперировать несколькими понятиями одновременно, с чем связаны:

- трудности, возникающие у ребенка, когда ему необходимо объединить новую информацию с уже изученным материалом;
- сложности с перенесением усвоенных навыков из одной ситуации в другую. Замена гибкого поведения, учитывающего обстоятельства, паттернами, т. е. однотипными, заученными многократно повторяемыми действиями;
- трудности при выполнении заданий, требующих оперирования несколькими признаками предмета, или выполнения цепочки действий;
- нарушения целеполагания и планирования действий.

3. Неравномерность развития ребенка в различных сферах (двигательной, речевой, социально-эмоциональной) и тесная связь когнитивного развития с развитием других сфер.

4. Особенностью предметно-практического мышления, характерного для этого возраста, является необходимость использования нескольких анализаторов одновременно для создания целостного образа (зрение, слух, тактильная чувствительность). Наилучшие результаты дает зрительно-телесный анализ, т. е. лучшим объяснением для ребенка оказывается действие, которое он выполняет, подражая взрослому или вместе с ним.

5. Нарушение сенсорного восприятия, что бывает связано со сниженной чувствительностью и часто встречающимися нарушениями зрения и слуха.

6. Дети с синдромом Дауна обладают различным исходным уровнем, и темпы их развития также могут существенно различаться. В основу программы когнитивного развития легли: предметность мышления дошкольников, необходимость использовать их чувственный опыт, опора на наглядно-действенное мышление как базу для дальнейшего перехода к наглядно-образному и логическому мышлению, использование собственной мотивации ребенка, обучение в игровой форме, а также возможность индивидуального подхода к каждому ребенку, учитывающего его особенности, предпочтения и скорость обучения. Дети с синдромом Дауна имеют недостатки развития речи (как в произношении звуков, так и в правильности грамматических конструкций). Отставание в развитии речи вызвано комбинацией факторов,

из которых часть обусловлена проблемами в восприятии речи и в развитии познавательных навыков. Любое отставание в восприятии и использовании речи может привести к задержке интеллектуального развития.

Общие черты отставания в развитии речи:

- меньший словарный запас, приводящий к менее широким знаниям;
- пробелы в освоении грамматических конструкций;
- способность скорее осваивать новые слова, чем грамматические правила;
- большие, чем обычно, проблемы в изучении и использовании общепринятой речи;
- трудности в понимании заданий.

Глубокое недоразвитие речи этих детей (выраженные повреждения артикуляционного аппарата, заикание) часто маскирует истинное состояние их мышления, создает впечатление более низких познавательных способностей. Однако при выполнении невербальных заданий (классификация предметов, счетные операции и пр.) некоторые дети с синдромом Дауна могут показывать те же результаты, что и другие воспитанники. В формировании способности к рассуждению и выстраиванию доказательств дети с синдромом Дауна испытывают значительные затруднения. Дети труднее переносят навыки и знания из одной ситуации на другую.

Дети с синдромом Дауна характеризуются гипомнезией (уменьшенный объем памяти), им требуется больше времени для изучения и освоения новых навыков, и для заучивания и запоминания нового материала. Для них характерна неустойчивость активного внимания, повышенная утомляемость и истощаемость. Короткий период концентрации внимания, дети легко отвлекаются, истощаются.

1.2.Планируемые результаты как ориентиры освоения воспитанниками АОП ДО Образовательная область «Социально-коммуникативное развитие».

Основная цель – овладение навыками коммуникации и обеспечение оптимального вхождения детей с ОВЗ в общественную жизнь. В результате освоения этой образовательной области нами планируется максимально возможное:

- формирование у ребенка представлений о самом себе и элементарных навыков для выстраивания адекватной системы положительных личностных оценок и позитивного отношения к себе;
- формирование навыков самообслуживания;
- формирование умения сотрудничать с взрослыми и сверстниками; адекватно воспринимать окружающие предметы и явления, положительно относиться к ним;
- формирование умений использовать вербальные средства общения в условиях адекватного сочетания с невербальными средствами в контексте различных видов детской деятельности и в свободном общении;

-развитие способности к социальным формам подражания, идентификации, сравнению, предпочтению.

Образовательная область «Познавательное развитие».

Основная цель – формирование познавательных процессов и способностей умственной деятельности, усвоение и обогащение знаний о природе и обществе; развитие познавательных процессов. Познавательные процессы окружающей действительности дошкольников с ОВЗ обеспечиваются процессами ощущения, восприятия, мышления, внимания, памяти. В результате освоения этой образовательной области нами планируется максимально возможное:

- формирование и совершенствование перцептивных действий;
- ознакомление и формирование сенсорных эталонов;
- развитие внимания, памяти;
- развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

Образовательная область «Речевое развитие».

Основная цель – обеспечивать своевременное и эффективное развитие речи как средства общения, познания, самовыражения ребенка, становления разных видов детской деятельности, на основе овладения языком своего народа. В результате освоения этой образовательной области нами планируется максимально возможное:

- формирование структурных компонентов системы языка – фонетического, лексического, грамматического;
- формирование навыков владения языком в его коммуникативной функции – развитие связной речи, двух форм речевого общения – диалога и монолога;
- формирование способности к элементарному осознанию явлений языка и речи.

Образовательная область «Художественно-эстетическое развитие».

Основная цель – формирование у детей эстетического отношения к миру, накопление эстетических представлений и образов, развитие эстетического вкуса, художественных способностей, освоение различных видов художественной деятельности. В этом направлении решаются как общеобразовательные, так и коррекционные задачи, реализация которых стимулирует развитие у детей с ОВЗ:

- сенсорных способностей;
- чувства ритма, цвета, композиции;
- умения выражать в художественных образах свои творческие способности.

Образовательная область «Физическое развитие».

Основная цель – совершенствование функций формирующегося организма, развитие двигательных навыков, тонкой ручной моторики, зрительно-пространственной координации. В результате освоения этой образовательной области нами планируется максимально возможное:

- формирование двигательных умений и навыков;
- формирование физических качеств и способностей, направленных на жизнеобеспечение, развитие и совершенствование организма;
- формирование пространственных и временных представлений;
- развитие речи посредством движения;
- управление эмоциональной сферой ребенка, развитие морально-волевых качеств личности, формирующихся в процессе специальных двигательных занятий, игр, эстафет;
- формирование в процессе двигательной деятельности различных видов познавательной деятельности.

Прогноз развития ребёнка и предполагаемые результаты в ходе коррекционно-развивающей и образовательной деятельности

Направления ПМП сопровождения	Предполагаемые итоговые результаты	Фактические результаты при выпуске ребёнка из ДОУ
Медицинское (формы и сроки сопровождения специалистами ДОУ и поликлиники)	☐ Практически здоров(а) и готов(а) к обучению в школе ☐ Хорошая динамика в состоянии здоровья, готов(а) к школьному обучению, но необходимо дальнейшее сопровождение врачами-специалистами _____ — ☐ Динамика в состоянии здоровья не значительная, необходимо дальнейшее сопровождение врачами-специалистами _____ — ☐ Без динамики в состоянии здоровья, необходим индивидуальный подбор формы обучения (индивидуальное, дистанционное, в спец.учреждении и др.) _____ ☐ Другое _____	☐ Практически здоров(а) и готов(а) к обучению в школе ☐ Хорошая динамика в состоянии здоровья, готов(а) к школьному обучению, но необходимо дальнейшее сопровождение врачами-специалистами _____ — ☐ Динамика в состоянии здоровья не значительная, необходимо дальнейшее сопровождение врачами-специалистами _____ — ☐ Без динамики в состоянии здоровья, необходим индивидуальный подбор формы обучения (индивидуальное, дистанционное, в спец.учреждении и др.) _____ ☐ Другое _____
Психологическое (психические процессы, подлежащие коррекции, формы и сроки сопровождения)	☐ Все психические процессы сформированы по возрасту, готов(а) к обучению в школе _____ ☐ Хорошая динамика в развитии психических процессов _____ ☐ Незначительная динамика в развитии психических процессов _____ ☐ Без динамики _____ ☐ Другое _____	☐ Все психические процессы сформированы по возрасту, готов(а) к обучению в школе _____ ☐ Хорошая динамика в развитии психических процессов _____ ☐ Незначительная динамика в развитии психических процессов _____ ☐ Без динамики _____ ☐ Другое _____
Специальное	☐ Все речевые процессы	☐ Все речевые процессы сформированы

(логопедическое) (речевые процессы, формы и сроки сопровождения)	сформированы по возрасту, готов(а) к обучению в школе _____ ☐ Хорошая динамика в развитии речевых процессов _____ ☐ Незначительная динамика в развитии речевых процессов _____ ☐ Без динамики _____ Другое _____	по возрасту, готов(а) к обучению в школе _____ ☐ Хорошая динамика в развитии речевых процессов _____ ☐ Незначительная динамика в развитии речевых процессов _____ ☐ Без динамики _____ Другое _____
Специальное (дефектологическое) (формы и сроки сопровождения)	☐ Все процессы сформированы по возрасту, готов(а) к обучению в школе _____ ☐ Хорошая динамика в развитии _____ ☐ Незначительная динамика в развитии _____ ☐ Без динамики _____ Другое _____	☐ Все процессы сформированы по возрасту, готов(а) к обучению в школе _____ ☐ Хорошая динамика в развитии _____ ☐ Незначительная динамика в развитии _____ ☐ Без динамики _____ Другое _____
Педагогическое	☐ Полностью усвоил(а) основную образовательную Программу, реализуемую в ДОУ, сформированы интегративные качества по всем направлениям развития _____ ☐ Частично усвоил(а) основную образовательную Программу, реализуемую в ДОУ, испытывает трудности в усвоении образовательных областей _____ ☐ Не усвоил) основную образовательную Программу, реализуемую в ДОУ _____	☐ Полностью усвоил(а) основную образовательную Программу, реализуемую в ДОУ, сформированы интегративные качества по всем направлениям развития _____ ☐ Частично усвоил(а) основную образовательную Программу, реализуемую в ДОУ, испытывает трудности в усвоении образовательных областей _____ ☐ Не усвоил) основную образовательную Программу, реализуемую в ДОУ _____
Социализация и интеграция	☐ Полностью социализирован(а) и интегрирован(а) в среде сверстников ☐ Частично социализирован(а) и интегрирован(а) в среде сверстников ☐ не социализирован(а) и интегрирован(а) в среде сверстников	☐ Полностью социализирован(а) и интегрирован(а) в среде сверстников ☐ Частично социализирован(а) и интегрирован(а) в среде сверстников ☐ не социализирован(а) и интегрирован(а) в среде сверстников