

**УТВЕРЖДАЮ**

**Заведующая ГОУ**

**Детский сад комбинированного вида №**

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

### **о структурном подразделении «Лекотека» Государственного образовательного учреждения Детский сад комбинированного вида №**

#### **I. Общие положения**

1.1. Настоящее Положение регулирует функционирование структурного подразделения «Лекотека» (далее – Лекотека) Государственного образовательного учреждения Детский сад комбинированного вида № (далее Учреждение).

1.2. Настоящее Положение разработано на основании Примерного положения об организации деятельности лекотеки государственного образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы дошкольного образования, утвержденного Приказом № 497 от 10.08.2006 г.

1.3. Лекотека организуется для детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет, которые не могут посещать государственные образовательные учреждения по состоянию здоровья или развития и нуждаются в психолого-педагогической и социальной помощи.

1.4. Целью создания Лекотеки является обеспечение психолого-педагогического сопровождения детей от 2 месяцев до 7 лет с нарушениями развития для социализации, формирования предпосылок учебной деятельности, поддержки развития личности детей и оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям).

1.5. Основными задачами Лекотеки являются:

– реализация образовательных программ, разрабатываемых исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников, принимаемых и реализуемых Лекотекой самостоятельно;

– проведение психопрофилактики, психотерапии и психокоррекции средствами игры детей с нарушениями развития;

– обучение родителей (законных представителей), специалистов Учреждения методам игрового взаимодействия с детьми, имеющими нарушения в развитии;

– проведение психопрофилактической и психокоррекционной работы с членами семьи ребенка с нарушением развития;

- психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями развития при наличии согласия родителей (законных представителей);
- оказание содействия в социальной интеграции детей с нарушениями в развитии;
- подготовка детей с нарушениями в развитии к включению в группы дошкольного учреждения (в зависимости от уровня психофизического развития и тяжести нарушений) при отсутствии противопоказаний;
- помощь родителям (законным представителям) в подборе адекватных средств общения с ребенком;
- подбор индивидуальных техник формирования предпосылок учебной деятельности ребенка;
- поддержка инициатив родителей (законных представителей) в организации программ взаимодействия семей.

## **II. Организация деятельности**

2.1. Занятия с детьми в Лекотеке проводятся в индивидуальной и групповой формах. Наполняемость групп при организации групповой работы с детьми:

- 2 человека – для детей со сложным дефектом;
- 6 человек – для детей с изолированным дефектом.

В работе группы участвуют родители (законные представители). Продолжительность групповых занятий составляет от 1 ч. до 1 ч. 30 мин. в зависимости от возраста детей и сложности нарушений развития. Групповую работу могут проводить педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, социальный педагог. При работе с группой из 4–6 детей, в число которых входят дети с выраженными нарушениями или сложной структурой дефекта, возможно одновременное участие двух разных специалистов.

2.2. Индивидуальная работа специалистов (педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда, социального педагога) с детьми проводится в присутствии родителей (законных представителей). Продолжительность индивидуального занятия с ребенком – 1 ч.

2.3. Индивидуальная работа по сопровождению ребенка на начальном этапе включения в группу осуществляется педагогом-психологом без присутствия родителей (законных представителей). Продолжительность от 30 мин. до 1 ч. 30 мин.

2.4. При включении в списочный состав группы дошкольного учреждения, ребенок переводится из основной группы структурного подразделения Лекотека в группу пролонгированного консультирования сроком на 1 учебный год.

2.5. С целью обследования семьи и ребенка в различных режимных ситуациях педагогом-психологом или социальным педагогом 2 раза в год осуществляется выезд на дом; продолжительность домашнего визита – до 3 ч.

2.6. При наличии у ребенка выраженного нарушения развития, не позволяющего посещать Лекотеку, предусматривается выезд специалиста (педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда, социального педагога) на дом. Продолжительность домашнего визита специалиста составляет от 2 до 3 ч (1 ч на занятия с ребенком, 1–2 ч на консультирование родителей (законных представителей)).

2.7. Индивидуальная работа специалиста (педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда, социального педагога) по консультированию родителей (законных представителей) проводится не чаще 2 раз в месяц. Продолжительность консультации составляет 1 ч. 30 мин.

### **III. Образовательный процесс**

3.1. Содержание и методы деятельности Лекотеки определяются индивидуально ориентированными программами, разрабатываемыми исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников, реализуемыми Учреждением самостоятельно на основе существующих программ, рекомендованных органами управления образования (с учетом методических рекомендаций по составлению программ в лекотеках).

3.2. Основными видами работы с ребенком и семьей являются индивидуальный и групповой игровые сеансы, консультация, тренинг.

3.3. Организация коррекционно-образовательного процесса Лекотеки регламентируется годовым планом Учреждения, реализующего общеобразовательные программы дошкольного образования, и расписанием занятий, разрабатываемыми и утверждаемыми Учреждением самостоятельно.

3.4. Участниками образовательного процесса являются дети, их родители (законные представители), педагогические, социальные и медицинские работники.

3.5. Прием (отчисление) в Лекотеку регулируется настоящим Положением.

3.6. В Лекотеку принимаются дети в возрасте от 2 месяцев до 7 лет по заявлению родителей (законных представителей) на основании справки о состоянии здоровья и решения Консилиума.

### **IV. Управление и делопроизводство.**

## **Варианты построения образовательного маршрута и условий включения ребенка с ОВЗ в работу различных структурных подразделений ДОУ**

Рекомендации ПМПК по разработке индивидуальных образовательных маршрутов и созданию условий для детей с ОВЗ

Ниже представлены краткие описания и организационные условия включения различных категорий детей с ОВЗ (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) и уточненные в ходе деятельности психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) ДОУ) в различные подразделения инклюзивной образовательной вертикали ДОУ.

Приведем рекомендации по формированию индивидуального образовательного маршрута и условий включения ребенка с ОВЗ в соответствии с типологией отклоняющегося развития (дизонтогенеза) (М. М. Се маго, Н. Я. Семаго, 2005, 2010) и из исторически предшествующих ей типологий психического дизонтогенеза Г. Е. Сухаревой, М. С Певзнер, К. С. Лебединской и В. В. Лебединского, Д. Н. Исаева, О. С. Никольской.

### **Варианты тотального недоразвития психических процессов и функций**

Основным диагнозом, выставляемым медиками для этой категории детей, является «умственная отсталость», которая в МКБ-10 имеет шифр: (F70.x – F79.x).

Образовательный маршрут для детей с простым уравновешенным вариантом тотального недоразвития

При *легкой степени выраженности тотального недоразвития* чаще всего может быть показано посещение инклюзивной группы массового ДОУ, инклюзивной группы ДОУ для детей с речевыми нарушениями (или нарушениями зрения, ОДА).

При *средней степени выраженности* рекомендуются СРП (для детей соответствующего возраста) или лекотека ДОУ, ППМС-центра. По мере адаптации – ГКП «Особый ребенок» или группа для детей со сложной структурой дефекта с гибкой постепенной интеграцией в среду обычных сверстников. При успешной адаптации в этих условиях может быть рекомендована инклюзивная группа ДОУ комбинированного или компенсирующего вида (речевые нарушения, ОДА; ЗПР; нарушения зрения). Наряду с этим может быть рекомендовано посещение групп ДОУ компенсирующего типа для детей с интеллектуальными нарушениями.

При *выраженном тотальном недоразвитии психических функций* целесообразно посещение групп кратковременного пребывания (СРП или лекотека ППМС-центра или ДОУ), по мере адаптации – ГКП «Особый ребенок» или группа для детей со сложной

структурой дефекта с дозированным пребыванием (интеграцией) в среде обычных сверстников. Может быть рекомендовано посещение групп ДОУ для детей с интеллектуальными нарушениями, в том числе и в системе соцзащиты.

**Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

*При легкой степени тотального недоразвития* показаны индивидуальные или групповые занятия с учителем-дефектологом, занятия с учителем-логопедом. Учет темпа овладения навыками, упрощение программного материала. Занятия с педагогом-психологом (формирование игровой деятельности, навыков коммуникации, формирование пространственных представлений и произвольной регуляции), ЛФК, ОФП в группе детей. Вне ДОУ – консультации врача невролога и/или психиатра.

*При средней выраженности тотального недоразвития* для максимальной адаптации ребенка в социальной среде необходимы индивидуальные занятия с учителем-дефектологом, учителем-логопедом. Значительное упрощение программного материала или использование специальных образовательных программ и соответствующей дидактики, опора на практический опыт при овладении навыками. При этом важно соблюдать правило постепенности включения ребенка в группу обычных детей или детей с другими нарушениями (ОНР, и т. п.), дозирование времени пребывания в группе с целью социальной адаптации. Необходимым условием является наблюдение и поддержка врача-психиатра.

*При тяжелом тотальном недоразвитии психических функций* необходимыми условиями для адаптации ребенка в инклюзивном пространстве являются наличие специалиста сопровождения (тьютора) и дозирование времени пребывания ребенка в группе. В данном случае деятельность всех специалистов сопровождения – учителя-дефектолога, педагога-психолога, социального педагога и учителя-логопеда – должна быть направлена на решение не столько образовательных задач, сколько задач социальной адаптации и овладения бытовыми навыками. Курация врача-психиатра.

Образовательный маршрут для детей с аффективно-возбудимым вариантом тотального недоразвития

*Ребенок с легкой степенью выраженности тотального недоразвития* при аффективно-возбудимом варианте может заниматься и социально адаптироваться в условиях группы кратковременного пребывания СРП или лекотеки (в ДОУ или ППМС-центре). По мере адаптации возможно посещение ГКП «Особый ребенок» с постепенным увеличением времени пребывания в этом подразделении ДОУ; при отсутствии

выраженных поведенческих деструктивных проявлений и нарушений режима возможна постепенная частичная интеграция в среду обычных сверстников.

При успешной адаптации – инклюзивная группа ДООу комбинированного или компенсирующего вида (речевые нарушения, ОДА; нарушения зрения). Может быть также рекомендовано посещение групп ДООу для детей с интеллектуальными нарушениями.

*При средней степени выраженности тотального недоразвития* при аффективно-возбудимом варианте рекомендовано посещение групп кратковременного пребывания СРП или лекотеки ДООу. По мере адаптации возможно посещение ГКП «Особый ребенок» или группы для детей со сложной структурой дефекта с дозированным пребыванием (интеграцией) в среде обычных сверстников, при условии управляемости ребенка взрослым. На ПМПК ребенку с самого начала может быть рекомендовано посещение групп ДООу для детей с интеллектуальными нарушениями.

*При аффективно-возбудимом варианте и тяжелой степени тотального недоразвития* могут быть рекомендованы индивидуальные занятия в СРП или Лекотеке ДООу. По мере адаптации пробные посещения (по типу гостевых визитов) ГКП «Особый ребенок» или группы для детей со сложной структурой дефекта. Парциальная интеграция в мини-группу детей (праздники, прогулки). На ПМПК с самого начала ребенку может быть рекомендовано посещение групп для детей с выраженными интеллектуальными нарушениями, в том числе в системе соцзащиты.

#### **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДООу и условия включения.**

Даже *при легкой степени тотального недоразвития* для такого ребенка (по крайней мере, на этапе адаптации в ДООу) необходимо наличие специалиста сопровождения (тьютора), врача-психиатра или невролога. Должны быть рекомендованы индивидуальные занятия с педагогом-психологом (формирование навыков адекватной коммуникации, игровой деятельности, простого управления своим поведением (регуляции)), занятия с учителем-дефектологом, занятия с учителем-логопедом. Необходимы упрощение и дозирование программного материала, обязательный учет темпа овладения навыками. Занятия ЛФК, ОФП.

*При средней степени выраженности тотального недоразвития* обязательным условием включения ребенка в детскую среду является наличие специалиста сопровождения (тьютора). Помимо этого (вне ДООу) необходимо постоянное наблюдение (лечение) у врача-психиатра и/или невролога. Необходимо разумное дозирование времени пребывания в группе ГКП. Рекомендуются индивидуальные занятия с педагогом-

психологом (формирование игровых навыков, навыков соблюдения режимных моментов и т. п.), учителем-дефектологом, учителем-логопедом. В развивающей работе необходимо использование специальных программ. При возможности организация индивидуальных занятий ЛФК, ОФП.

*Тяжелая степень тотального недоразвития* (аффективно-возбудимый вариант) характеризуется не только грубым недоразвитием всех психических функций, но и серьезными нарушениями поведения ребенка, при которых он может нанести вред своему здоровью и здоровью окружающих детей. Именно поэтому собственно инклюзивное обучение и воспитание в ДОУ, даже компенсирующего вида, для детей с подобными нарушениями не показано. Даже при дозированном посещении ГКП (лекотека, или «Особый ребенок») такой ребенок нуждается в обязательном сопровождении специалиста (тьютора) и наблюдении психиатра и невролога. Важным параметром включения в ГКП является дозирование времени пребывания в ДОУ в зависимости от состояния ребенка. Ключевым в данном случае является решение задач социальной адаптации и овладения простыми бытовыми и коммуникативными навыками. Занятия с ребенком проводит учитель-дефектолог по соответствующим специальным программам в ДОУ.

Образовательный маршрут для детей с тормозимо-инертным вариантом тотального недоразвития

Ребенок с легкой степенью выраженности тотального недоразвития при тормозимо-инертном варианте может быть включен в инклюзивную группу ДОУ общеразвивающего или комбинированного вида. Также возможно включение в инклюзивную группу ДОУ для детей с речевыми нарушениями (или нарушениями зрения, ОДА, для детей с ЗПР).

При средней степени выраженности тотального недоразвития при тормозимо-инертном варианте может быть рекомендовано посещение ГКП (СРП или лекотека), а по мере адаптации – ГКП «Особый ребенок» или группа для детей со сложной структурой дефекта с гибкой интеграцией в среду обычных детей – парциальная интеграция в мини-группу (праздники, прогулки, занятия музыкой или физической культурой, логоритмикой и т. п.). ПМПК может быть рекомендовано посещение групп для детей с интеллектуальными нарушениями.

При выраженном тотальном недоразвитии при тормозимо-инертном варианте посещение ГКП (СРП или лекотека) является для начала оптимальным, поскольку мать присутствует на занятиях вместе с ребенком. По мере адаптации ребенка в группе кратковременного пребывания возможна организация занятий в мини-группах, парах (в том числе и в рамках деятельности ГКП «Особый ребенок» уже без матери, но в

сопровождении одного из специалистов групп СРП или лекотека). Посещение группы для детей со сложной структурой дефекта возможно только при условии адаптации ребенка в ДОУ в целом, сформированности простейших навыков самообслуживания, постепенно и при отсутствии медицинских противопоказаний (эпилептический синдром и схожие состояния). В этом случае возможна частичная интеграция (с дозированным временем пребывания) в среде обычных сверстников. При этом на ПМПК ребенку, скорее всего, будет рекомендовано посещение групп для детей с выраженными интеллектуальными нарушениями, в том числе и в системе соцзащиты.

### **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

При *легкой степени выраженности* в первую очередь необходимо упрощение и «дозирование» программного материала, учет его темпа и инертности при овладении даже простыми навыками. Рекомендуются индивидуальные или мини-групповые занятия с учителем-дефектологом, учителем-логопедом, педагогом-психологом (развитие познавательной активности; формирование пространственных представлений, произвольной регуляции деятельности, игровых интересов). Ритмика, ЛФК, ОФП в малой группе детей. Наблюдение врача-психиатра.

При *средней степени выраженности* на период адаптации часто необходимо наличие специалиста сопровождения (тьютора) при интеграции в мини-группу, консультация врача-невролога и психиатра (эпилептолога). Важным условием является дозирование времени пребывания в группе ДОУ. Индивидуальные занятия с учителем-дефектологом по соответствующим специальным программам ДОУ. Часто основными становятся задачи социальной адаптации и овладения простыми навыками взаимодействия и коммуникации, в том числе и бытовыми.

При *выраженном недоразвитии* на первый план выступает решение задач социальной адаптации и овладения простыми навыками самообслуживания, бытовыми навыками. При интеграции в мини-группу необходимым условием является наличие специалиста сопровождения (тьютора), наблюдение и поддержка (в том числе медикаментозная, вне ДОУ) врача-психиатра и невролога. Важным параметром является дозирование времени пребывания в интегративной среде ДОУ. Занятия с педагогом-психологом по активизации познавательной активности. Индивидуальные занятия с учителем-дефектологом, использование специальных образовательных программ и соответствующей дидактики. Опора на практический опыт при овладении навыками.

### **Варианты искаженного развития**



Это варианты дизонтогенеза, при которых наблюдается повреждение структур аффективной организации как одного из базовых компонентов психического развития в целом (О. С. Никольская). Помимо этого происходит искажение наиболее общих законов психического развития (что и дало наименование данной подгруппе асинхронного развития).

Выделяют три варианта искаженного развития:

- искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы;
- искажение преимущественно когнитивной сферы;
- мозаичные (смешанные) варианты искаженного развития.

Подобные типы психического развития относят к расстройствам аутистического спектра.

В основе искажения преимущественно аффективно-эмоциональной сферы – развития по типу раннего детского аутизма – лежит «...тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим... стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты» (О. С. Никольская). По классификации О. С. Никольской все разнообразие детей с РДА может быть условно отнесено к 4 группам (по специфической для каждой группы сформированности всей системы аффективной организации поведения и сознания).

Образовательный маршрут в ДОУ для детей с искажением преимущественно аффективно-эмоциональной сферы

### **I группа РДА (по О. С. Никольской).**

Образовательный маршрут в ДОУ для такого ребенка целесообразнее всего начать с индивидуальных занятий со специалистами СРП или лекотеки ДОУ. Далее, по мере возникновения интереса к окружающим и частичной адаптации, возможно посещение ГКП «Особый ребенок» с гибким включением в среду детей. На этом этапе возможна парциальная интеграция в мини-группу обычных детей (праздники, прогулки) при условии сопровождения специалистами (педагог-психолог, учитель-дефектолог). Посещение инклюзивной группы без специальной работы специалистов сопровождения может нанести вред ребенку и затормозить его эмоциональное развитие.

**Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

Наличие специалиста сопровождения (психолога, дефектолога) при посещении (парциальное включение) группы детей. Обязательное дозирование времени пребывания в

группе детей. Индивидуальные занятия с психологом, «простраивание» алгоритма простой продуктивной деятельности, формирование стереотипных игровых навыков. Могут быть рекомендованы занятия ЛФК, ритмикой. Для всех детей с вариантами искаженного развития (расстройствами аутистического спектра) необходимо наблюдение и сопровождение врача-психиатра.

При анализе условий, необходимых для адаптации в образовательном учреждении, важно учитывать, что такой ребенок адаптируется в любой новой ситуации, но все же лучше себя чувствует в привычной, предсказуемой обстановке. Среди условий можно особо выделить необходимость присутствия специалиста сопровождения (тьютора) при посещении группы детей, дозирование времени пребывания в группе, индивидуальные занятия со специалистами – учителем-дефектологом, учителем-логопедом, педагогом-психологом – простраивание алгоритма простой продуктивной деятельности, формирование стереотипных игровых, а впоследствии и простых умений выполнять законченные действия, важно и адекватное медикаментозное сопровождение.

### **II группа РДА (по О. С. Никольской).**

Для такого ребенка целесообразнее всего начинать посещение ДОУ с ГКП СРП или лекотеки и лишь через достаточно длительный промежуток времени, по мере адаптации и по решению ПМПк ДОУ, рекомендуется посещение ГКП «Особый ребенок» с гибкой интеграцией в среду обычных детей – парциальная интеграция в мини-группу (прогулки, продуктивная деятельность, игра) совместно с близкими или при сопровождении специалиста (психолога или дефектолога). После этого возможна интеграция в инклюзивную группу ДОУ небольшой наполняемости.

### **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

Обязательным условием является сопровождение ребенка специалистом (тьютором) при посещении группы детей, чуткое наблюдение его состояния, дозирование времени пребывания в инклюзивной группе ДОУ.

Необходимы индивидуальные занятия с психологом, простраивание алгоритма простой продуктивной деятельности, формирование стереотипных игровых и коммуникативных навыков. Рекомендуются индивидуальные занятия с дефектологом, а при необходимости и с логопедом (по развитию связной осмысленной речи). Обязательно сопровождение врача-психиатра (вне ДОУ).

### **III группа РДА (по О. С. Никольской).**

Поскольку родители такого ребенка обращаются за помощью достаточно поздно, то редко можно рекомендовать посещение СРП или лекотеки ДОУ: обычно посещение

ДОУ начинается ГКП «Особый ребенок» с гибкой интеграцией в среду обычных сверстников в мини-группе (структурированные занятия, игра, прогулки). Возможно включение в инклюзивную группу ДОУ (массового типа, речевого типа или ДОУ для детей с ОДА) при сопровождении тьютора на период адаптации и гибком дозировании времени посещения группы.

**Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

Обязательным условием чаще всего является сопровождение ребенка врачом психиатром по месту жительства или в ППМС-центр, наличие сопровождения (тьютора) при посещении группы детей в ДОУ и дозирование времени пребывания в группе ДОУ. Могут быть рекомендованы индивидуальные и групповые занятия с психологом по формированию коммуникативных навыков и стереотипов разделенного внимания в общении и совместной деятельности; индивидуальные занятия с дефектологом (формирование алгоритма продуктивной деятельности, в том числе и учебной), занятия с логопедом (по формированию диалоговой речи осмысленной речи).

**IV группа РДА (по О. С. Никольской).**

Учитывая трудности адаптации такого ребенка и чрезмерную болезненную привязанность к матери в начале целесообразно посещение ГКП СРП или лекотеки ДОУ. В дальнейшем, по мере адаптации, – последние ГКП «Особый ребенок» с постепенной и гибкой интеграцией в среду обычных сверстников (недлительные структурированные простые занятия, прогулки, простые повторяющиеся и знакомые ребенку игры, продуктивное творчество, музыкальные занятия). После успешной адаптации возможно посещение инклюзивной группы ДОУ комбинированного типа или компенсирующего типа (для детей с речевыми нарушениями, для детей с ОДА, для детей с нарушениями зрения), поскольку именно в условиях малой группы детей такой ребенок легче адаптируется.

**Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

Сопровождение ребенка тьютором необходимо на период его адаптации в группе. Важны дозирование времени пребывания в инклюзивной группе ДОУ, гибкий режим посещения. Как правило, рекомендуются индивидуальные и групповые занятия с психологом по формированию навыков взаимодействия в среде детей, групповые фольклорные игры; индивидуальные и групповые занятия с дефектологом (формирование алгоритма продуктивной деятельности, в том числе и учебной), занятия с логопедом (в частности, по формированию диалоговой речи, осмысленной речи), с психологом

(формирование коммуникативных навыков, игровой деятельности и т. п.). Как и для детей с более глубокими проявлениями аутистических черт, рекомендовано сопровождение врача-невролога или психиатра.

При анализе условий, необходимых для адаптации ребенка с РДА в образовательном учреждении, важно учитывать, что он трудно адаптируется в любой новой ситуации и при ее изменении, комфортнее чувствует себя в привычной, предсказуемой обстановке, поэтому лучше ведет себя на занятии, чем в свободной игре или на празднике. Такие дети имеют трудности восприятия фронтальных инструкций и заданий, но даже в случае индивидуализации задания часто не демонстрируют то, что мы понимаем как внимание. При ответах наблюдается латентность, иногда, наоборот, – мгновенность, по сравнению с другими детьми. Ребенок имеет очень неровный темп и продуктивность деятельности в целом и нуждается в индивидуализации образовательного плана.

Наиболее адекватной развивающей и коррекционной работой психолога при данном варианте отклоняющегося развития является уровневый подход к коррекции эмоциональных нарушений, детально разработанный школой К. С. Лебединской – О. С. Никольской, тем более что именно модель раннего детского аутизма лежит в основе этой работы. Также возможна работа, основанная на использовании фольклора, на бихевиоральном подходе, поведенческая терапия. Не исключены такие формы терапевтического вмешательства, как иппотерапия, общение с дельфинами и т. п., но необходимо помнить, что любые дополнительные виды поддержки такого ребенка не являются самодостаточными и могут лишь разумно дополнять основное направление коррекционной работы. Часто необходимо подключение медикаментозной терапии, которую может назначить и проводить исключительно врач-психиатр. Важно, чтобы все специалисты равно понимали сущность проблем ребенка, что позволит им эффективно взаимодействовать между собой.

Образовательный маршрут в ДОУ при искажении развития преимущественно когнитивной сферы (атипичный аутизм по В. М. Башиной)

Посещение СРП или лекотеки ДОУ может казаться не вполне адекватным, поскольку ребенок часто демонстрирует высокий уровень развития в отдельных областях, но именно в подобно организованной и простроенной среде он имеет возможность и время для снятия страхов и адаптации, а уже по мере адаптации целесообразнее посещение ГКП «Особый ребенок» с гибкой интеграцией в среду обычных детей на хорошо структурированных занятиях – парциальная интеграция в мини-группу. После

успешной адаптации возможно посещение инклюзивной группы ДОО комбинированного вида.

### **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОО и условия включения.**

Как и при других расстройствах аутистического спектра, необходимы наблюдение врача-психиатра (вне ДОО) и сопровождение специалиста (тьютора) при посещении группы детей. Дозирование времени пребывания в группе ДОО в первую очередь зависит от состояния ребенка и уровня его возбуждения, отражающего степень адаптации. Рекомендуются индивидуальные и групповые занятия с педагогом-психологом, индивидуальные занятия с учителем-дефектологом (формирование алгоритма продуктивной деятельности, в том числе и учебной).

### **Варианты дефицитарного развития**

Под дефицитарным развитием подразумевается различной этиологии и степени недостаточность сенсорных, опорно-двигательных и иных систем.

Очевидно, что при различных вариантах дефицитарного развития система не только педагогической, но и специальной коррекционно-развивающей помощи и комплексного сопровождения специалистами и условия включения ребенка в среду обычных сверстников будут обладать своей уникальной спецификой.

Образовательный маршрут в ДОО при развитии в условиях дефицитарности слухового анализатора

При III (среднетяжелой) степени тугоухости показано посещение СРП или лекотеки ДОО, а в случае успешной адаптации – инклюзивной группы ДОО комбинированного или компенсирующего вида (речевые нарушения, нарушения зрения). Специальные (коррекционные) ДОО II вида с включением в обычную детскую среду в рамках спортивно-оздоровительной деятельности и дополнительного образования.

Ребенку с тяжелой (IV) степенью тугоухости, тотальной глухотой (глубокая степень нарушения слуха) (при условии ранней имплантации и специальных занятий с сурдопедагогом) рекомендованы посещение СРП или лекотеки ДОО, посещение инклюзивных групп ДОО комбинированного или компенсирующего вида с комплексным сопровождением специалистов ППМС-центра. Посещение дошкольного учреждения компенсирующего вида с включением в обычную детскую среду в рамках спортивно-оздоровительной и культурно-развлекательной деятельности.

### **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОО и условия включения.**

*I (легкая), II (средняя) степень тугоухости* : постоянное наблюдение у врача-сурдолога и решение вопроса о необходимости слухопротезирования. Индивидуальные занятия с сурдопедагогом и логопедом. Посещение ГКП (совместно со слышащими детьми). Обязательной является работа педагога-психолога и социального педагога с семьей ребенка.

При *III (среднетяжелой) степени тугоухости* необходимы постоянное наблюдение у врача-сурдолога, адекватное слухопротезирование с педагогическим контролем, занятия со специалистами (сурдопедагог, учитель-логопед, педагог-психолог). На фронтальных занятиях в инклюзивной группе ДОУ ребенок должен сидеть только на первой парте и видеть лицо говорящего. Необходимы индивидуальные занятия с сурдопедагогом, учителем-логопедом, педагогом-психологом. Работа педагога-психолога и социального педагога с семьей ребенка. Адаптация программного материала ДОУ, использование специальных приемов и соответствующей дидактики.

При *IV (тяжелая) степени тугоухости* , тотальной глухоте (глубокая степень нарушения слуха) необходимы постоянное наблюдение у врача-сурдолога, адекватное слухопротезирование или решение вопроса о кохлеарной имплантации; сопровождение тьютора в инклюзивной группе. Занимаемый ребенком на фронтальных занятиях в ДОУ стол – только первый. Регулярные индивидуальные занятия с сурдопедагогом, учителем-логопедом, педагогом-психологом. Важна работа психолога и социального педагога с семьей ребенка.

Образовательный маршрут в ДОУ при развитии в условиях дефицитности зрительного анализатора

*Слабовидящий ребенок.* Рекомендовано посещение ДОУ компенсирующего типа для детей с нарушениями зрения. Могут быть рекомендованы как общеразвивающие группы ДОУ, так и инклюзивные.

*Незрячий ребенок.* Может быть рекомендовано посещение ДОУ компенсирующего вида для детей с нарушениям зрения (или его структурных подразделений: лекотека, ГКП «Особый ребенок»), СРП или лекотеки ППМС-центра. По мере адаптации – включение в ГКП ДОУ с постепенной частичной интеграцией в среду обычных сверстников. Возможна полная инклюзия в группе ДОУ при наличии сопровождения (тьютор) и занятий с тифлопедагогом (возможно и вне ДОУ).

*Амблиопия, косоглазие.* Рекомендовано посещение ДОУ компенсирующего типа для детей с нарушениями зрения. Могут быть рекомендованы как общеразвивающие, так и инклюзивные группы ДОУ.

## **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

*Слабовидящий ребенок* . Одним из условий включения является организация специально приспособленной, в том числе сенсорной, среды. Крайне важно соблюдение режима освещения и дозирование зрительных нагрузок, рекомендованы занятия с тифлопедагогом, в том числе и в СКОУ или ППМС-центре, занятия с дефектологом и/или логопедом (при необходимости); соответствующее методическое и дидактическое оснащение.

*Незрячий ребенок* (тотальная, слепота, слепота со светоощущениями, слепота с остаточным зрением). Условия включения требуют организации специально приспособленной, в том числе сенсорной, среды, обязательного сопровождения обученного специалиста (тьютора), занятий с тифлопедагогом, в том числе обучение навыкам ориентировки в пространстве (в ППМС-центре или ДОУ). Использование соответствующего методического и дидактического оснащения, специальных приемов и методов развития ребенка, занятия с психологом.

*Амблиопия, косоглазие*. Необходимо регулярное консультирование специалистов профильного центра или ППМС-центра. Специальная коррекционная работа (если ребенок посещает массовую группу) может осуществляться в поликлинике по месту жительства или в специализированном центре, ППМС-центре.

Прогноз развития и адаптации в ДОУ зависит от степени нарушения зрительного восприятия, времени возникновения этих нарушений и времени начала (и интенсивности) реабилитационной и коррекционно-развивающей работы ребенка с профильными специалистами.

Условия адаптации ребенка с нарушениями зрения в общеобразовательной среде в первую очередь требуют использования специальных техник, методик и приемов обучения, разработанных для детей с нарушениями зрения. Кроме того, необходимо помнить, что деятельность таких детей протекает в более медленном темпе. Следует учитывать особенности зрения, рассаживая детей на фронтальных занятиях, позволять им подбирать позу, удобную для максимального использования зрения при работе.

Чрезвычайно важен подбор адекватного дидактического материала (рельефного, контурного, яркого, с использованием предметности в подборе дидактического материала). В педагогической работе необходимо сочетать описание предмета с активным его исследованием, сопровождающимся активными действиями ребенка для устойчивости понятия. Необходим дозированный режим зрительных нагрузок и специальный режим

освещения. Особый вид помощи ребенку заключается в формировании познавательной, коммуникативной и учебной мотивации.

Развитие в условиях дефицитарности опорно-двигательного аппарата

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени поражения отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата (И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько):

- заболевания нервной системы;
- детский церебральный паралич;
- последствия полиомиелита;
- прогрессирующие нервно-мышечные заболевания (миопатии, мышечные дистрофии, рассеянный склероз и др.);
- врожденная патология опорно-двигательного аппарата;
- приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата;
- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит) и др.

При всем разнообразии врожденных или рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата ведущим является собственно двигательный дефект. При заболеваниях, связанных с ранним или врожденным повреждением ЦНС у большинства детей наблюдаются сходные проблемы: двигательные нарушения сочетаются в той или иной степени с особенностями сформированности сенсорных и когнитивных функций, спецификой формирования познавательной деятельности в целом. Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральным параличом. При определении индивидуального образовательного маршрута может использоваться классификация форм детского церебрального паралича, разработанная К. А. Семеновой.

Образовательный маршрут в ДОУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата по типу ДЦП

*При негрубой степени выраженности двигательных нарушений* и самостоятельном передвижении ребенка (легкая спастическая диплегия или гемиплегия, легкая гиперкинетическая, астатически-атоническая форма ДЦП) и при сходных состояниях чаще всего рекомендовано посещение ДОУ компенсирующего типа для детей с двигательными нарушениями или включение (инклюзия) в группу ДОУ



компенсирующего типа для детей с речевыми нарушениями (или нарушениями зрения), инклюзивную группу массового ДОУ.

*При выраженной степени двигательных нарушений* и несамостоятельности передвижения ребенка (спастическая диплегия, тетраплегия, тяжелая астатически-атоническая или гиперкинетическая форма ДЦП) и сходных состояниях рекомендовано посещение СРП или лекотеки как структурных подразделений ДОУ для детей с опорно-двигательными нарушениями или ДОУ комбинированного типа. По мере адаптации – посещение ГКП «Особый ребенок» с дозированным пребыванием (интеграцией) в среде обычных сверстников, при условии сопровождения взрослым. Может быть рекомендовано посещение групп кратковременного пребывания в ДОУ для детей с интеллектуальными нарушениями.

#### **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

*При негрубой степени выраженности* двигательных нарушений и самостоятельном передвижении ребенка (легкая спастическая диплегия или гемиплегия, легкая гиперкинетическая, астатически-атоническая форма ДЦП) и при сходных состояниях обязательным условием включения является адаптированная для ребенка безбарьерная среда, включая необходимое оборудование и приспособления. Рекомендуются индивидуальные или групповые занятия с дефектологом, занятия с логопедом; дозирование нагрузок, в том числе эмоциональных; учет темпа деятельности и овладения навыками, частичное упрощение программного материала; занятия с психологом (формирование пространственных представлений, произвольной регуляции, игровой деятельности), курация врача-невролога, проведение ЛФК, ОФП индивидуально и в группе детей. Реабилитационные и лечебные мероприятия чаще всего ребенок должен получать вне ДОУ.

*При выраженной степени двигательных нарушений* и несамостоятельности передвижения ребенка (спастическая диплегия, тетраплегия, тяжелая астатически-атоническая или гиперкинетическая форма ДЦП и сходных состояниях) обязательными условиями включения являются наличие специалиста сопровождения (тьютора), создание специально организованной безбарьерной среды, включая необходимое оборудование и приспособления. Рекомендованы работа по формированию навыков элементарного самообслуживания, индивидуальные или групповые занятия с дефектологом, занятия с логопедом. Важнейшим условием эффективного включения и адаптации ребенка в ДОУ является дозирование времени пребывания в группе с учетом его состояния; обязательный учет темпа деятельности и продуктивности ребенка при работе в группе. Необходимо и

соответствующее методическое и дидактическое оснащение, в том числе использование специальных программ (или адекватное упрощение программного материала) и соответствующей дидактики. Необходимы индивидуальные занятия ЛФК или занятия с кинезотерапевтом, опора на практический опыт при овладении навыками. Важна постепенность включения в группу детей в группе с целью максимальной социальной адаптации. Предполагается, что ребенка наблюдает врач-невролог.

Прогноз развития и адаптации зависит от множества факторов (как медицинского, так и социального характера), в том числе адекватности выбранного образовательного маршрута и объема нагрузок на ребенка в целом. При анализе условий, необходимых для инклюзивного обучения детей с ДЦП, важно учитывать: низкий темп и недостаточную продуктивность их деятельности в целом; недостаточную критичность, адекватность, в том числе в поведении; трудности понимания длинных, быстрых и тем более – сложно организованных инструкций, необходимость их повторения; невысокую обучаемость, трудности переноса способов действий; явную неравномерность (часто недостаточность) развития компонентов познавательной деятельности, в том числе произвольности деятельности; потребность в большом объеме помощи взрослого при обучении, особых дидактических и методических приемах; ориентировку на оценку взрослого (или другого), а не на собственный контроль.

Образовательный маршрут в ДОУ при дефицитности опорно-двигательного аппарата по типу прогрессирующей миотрофии и сходных состояниях

Включение ребенка в основном происходит в том случае, если он уже не передвигается самостоятельно в форме посещения ДОУ компенсирующего типа для детей с двигательными нарушениями. Инклюзивная группа ДОУ для детей с речевыми нарушениями (или нарушениями зрения). Инклюзивная группа массового ДОУ.

#### **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

Наличие специалиста сопровождения (тьютора) необходимо в случае, если ребенок не передвигается самостоятельно. Наличие специально организованной и приспособленной безбарьерной среды. Учет темповых особенностей ребенка и его работоспособности при проведении индивидуальных и групповых занятий. Занятия с педагогом-психологом.

Образовательный маршрут в ДОУ в условиях сочетанного (множественного, комбинированного) нарушения

Если ребенок передвигается самостоятельно, частично владеет навыками опрятности и имеет умеренно выраженное снижение остроты зрения или слуха, то

поведенческие особенности зависят от степени выраженности интеллектуального и сенсорных дефектов.

Если ребенок не передвигается самостоятельно, имеет значительно выраженное снижение остроты зрения и слуха, множественные нарушения развития – сочетанные нарушения одной из сенсорных систем и интеллектуальные дефициты и схожие состояния, – то его поведение, как правило, специфически неадекватно в зависимости от характера сенсорных и интеллектуальных дефицитов: он много плачет, кричит, может быть грубо расторможен или, наоборот, безучастен и т. п.

*Если ребенок передвигается самостоятельно*, частично владеет навыками опрятности и имеет умеренно выраженное снижение остроты зрения или слуха, ему показано посещение СРП или лекотеки как структурных подразделений ДОУ комбинированного или компенсирующего типа для детей с опорно-двигательными нарушениями, нарушениями слуха, нарушениями зрения. По мере адаптации – посещение ГКП «Особый ребенок» с дозированным пребыванием (интеграцией) в среде сверстников при условии сопровождения тьютором. При успешной адаптации может быть рекомендована группа ДОУ для детей со сложной структурой дефекта с гибким пребыванием в среде обычных сверстников (частичная интеграция).

*Если ребенок не передвигается самостоятельно*, имеет значительно выраженное снижение остроты зрения и слуха и множественные нарушения развития – сочетанные нарушения одной из сенсорных систем и интеллектуальное недоразвитие и схожие состояния, то возможно посещение подразделения ДОУ комбинированного или компенсирующего вида для детей с опорно-двигательными нарушениями, нарушениями слуха, зрения: СРП, лекотека, группа кратковременного пребывания «Особый ребенок». Лишь при успешной адаптации может быть рекомендована группа ДОУ для детей со сложной структурой дефекта с гибким пребыванием в среде обычных сверстников (частичная интеграция).

#### **Основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДОУ и условия включения.**

*Если ребенок передвигается самостоятельно*, частично владеет навыками опрятности и имеет умеренно выраженное снижение остроты зрения или слуха, обязательными являются сопровождение специалиста (тьютора), наличие специально организованной и приспособленной среды, дозирование времени пребывания в группе ДОУ с учетом состояния, соответствующее методическое и дидактическое оснащение и упрощение программного материала или использование специальных образовательных программ и соответствующей дидактики. Необходимы индивидуальные занятия с

дефектологом (сурдо– или тифлопедагогом), логопедом, специалистом ЛФК по показаниям. Обязательна опора на практический, в том числе сенсорный, опыт при овладении навыками, постепенность включения в группу детей, дозирование времени пребывания в группе с целью максимальной социальной адаптации, наблюдение врача.

*Если ребенок не передвигается самостоятельно* , имеет сочетанные нарушения одной из сенсорных систем и интеллектуальные дефициты и схожие состояния, помимо сопровождения и специально организованной и приспособленной для него безбарьерной среды, важным является дозирование времени пребывания в группе ДООУ с учетом состояния ребенка и выбор типа деятельности в группе – простые предметные игры, музыкальные занятия и т. п., постепенность включения в группу детей с целью максимальной социальной адаптации. При этом в рамках деятельности специалистов необходимо разработать программно-методическое обеспечение.

## **Варианты образовательных маршрутов (из опыта работы ГОО Детский сад комбинированного вида № 385 г. Москвы)**

Включение детей с ограниченными возможностями здоровья в среду нормально развивающихся сверстников выявляет ряд проблем:

- первичный прием на ПМПК не дает целостной картины развития ребенка с ОВЗ, так как недостаточно времени для динамического изучения его потенциала; как следствие возникают ошибки при составлении индивидуальных коррекционных программ и планов включения;

- не все дети с ОВЗ готовы к включению в группу нормально развивающихся сверстников из-за соматической ослабленности; несформированности элементарных коммуникативных навыков, приводящей к проблемам во взаимодействии со сверстниками и взрослыми; трудностей адаптации (большой объем информации, резкое увеличение социальных контактов, новые правила поведения и др.);

- некоторые дети с ОВЗ совершают действия, не принятые социальными нормами;
- отсутствие опыта общения нормально развивающихся детей с детьми с ОВЗ иногда приводит к неприязни и даже агрессии (дети с ОВЗ не принимаются сверстниками в игру, их сторонятся, могут высказывать брезгливость и негативное отношение к их внешнему виду и поведению).

Остро ощущается необходимость в структуре, дающей возможность организовать обследование ребенка с ОВЗ в динамике, развивать его коммуникативные навыки, постепенно знакомить с повседневной жизнью детского сада, а также налаживать конструктивное сотрудничество с родителями детей с ОВЗ и готовить семью к включению в социальное пространство «родители – дети – сотрудники детского сада». Такой структурой становится лекотека, но в целях и задачах, реализуемых этим структурным подразделением, и функциональных обязанностях его сотрудников, меняются акценты и приоритеты, так как речь идет о целенаправленной подготовке детей с ОВЗ к включению в группу типично развивающихся сверстников.

Предлагается модель поэтапного включения детей с ОВЗ в группы комбинированной направленности дошкольного образовательного учреждения.

Переход ребенка от одного этапа включения к другому осуществляется исходя из его готовности при определенных условиях:

- отсутствие медицинских противопоказаний;

- физическая готовность, то есть способность выдерживать физические нагрузки, предполагаемые при включении на том или ином этапе (например, активное бодрствование в течение 1–2 ч);

- наличие элементарных коммуникативных навыков;

- умение подчиняться определенным социальным нормам (в зависимости от этапа) при отсутствии неподдающегося коррекции агрессивного поведения.

На протяжении всего инклюзивного процесса реализуется психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ОВЗ; осуществляется формирование принимающей позиции у сотрудников учреждения, нормально развивающихся сверстников и их родителей; проводятся мероприятия, направленные на взаимное принятие и сплочение всех участников инклюзивного образовательного процесса.

Этапы индивидуального образовательного маршрута включения детей с ОВЗ в среду нормально развивающихся сверстников в условиях детского сада комбинированного вида

#### **I этап («подготовительный»).**

Этот этап начинается с момента зачисления ребенка в одно из структурных подразделений ДООУ – лекотеку, службу ранней помощи, консультативный пункт – и включает в себя разработку психолого-медико-педагогическим консилиумом ДООУ индивидуального образовательного маршрута.

На этом этапе реализуются следующие задачи: психолого-педагогическое обследование, установление эмоционального контакта, формирование элементарных коммуникативных навыков и первичная социализация. Параллельно проводится разноплановая работа с родителями: выяснение их планов в отношении дальнейшего образовательного маршрута ребенка, степени понимания сильных и слабых сторон, уровня развития ребенка, наличия адекватного воспитательного подхода и степени сформированности коммуникативных навыков, степени включения ребенка в жизнь семьи и его принятия членами семьи, основных параметров домашней среды, готовности и умения сотрудничать с педагогами, взаимодействовать с родителями других детей, понимания организации инклюзивного воспитательно-образовательного процесса в целом.

Проводится комплексное психолого-педагогическое обследование. В случаях когда нежелательны контакты с большим числом незнакомых ребенку людей, можно использовать технические средства.

Ведущий специалист, определенный ПМПК, исходя из особых образовательных потребностей ребенка с ОВЗ, составляет индивидуально-ориентированную программу (на

год), куда входит индивидуальная программа включения ребенка в среду нормально развивающихся сверстников.

Индивидуальный образовательный маршрут, включающий индивидуально-ориентированную программу и индивидуальную программу включения, согласовывается и подписывается родителями ребенка. В ходе выполнения маршрут подвергается корректировке и дополнению.

На подготовительном этапе определяется подразделение (группа), куда предположительно будет включаться ребенок. Психолог и социальный педагог совместно проводят работу по изучению особенностей группы (режим, программы и методики работы воспитателя, социальная ситуация и эмоциональная атмосфера в группе). По результатам обследования проводится подготовительная работа с участниками педагогического процесса.

Уже на этом этапе возможно кратковременное диагностическое включение детей с ОВЗ в группу нормально развивающихся сверстников. Количество таких включений обычно не превышает 3–4, а длительность 30—60 мин. Такие визиты дают возможность определить предполагаемые проблемы при включении и целенаправленно их проработать, а также определиться в спорных ситуациях, возникающих при составлении программы.

На этом этапе дети с ОВЗ начинают совместно с родителями участвовать в досуговых мероприятиях детского сада, праздниках, спортивных мероприятиях как зрители и, по возможности, как участники.

### **II этап («этап частичного включения»).**

На этом этапе ребенок начинает систематически по индивидуальному графику посещать группу. По мере его адаптации к условиям группы время пребывания увеличивается. Составляется индивидуальный график посещения ребенком группы, при этом учитываются многие параметры (например, соотношение свободной и организованной деятельности в группе во время нахождения в ней ребенка с ОВЗ – в этот момент преобладает свободная деятельность). До момента достижения устойчивой адаптации в группе (ребенок чувствует себя комфортно, в большинстве случаев активно участвует в режимных моментах, налажено взаимодействие с детьми и сотрудниками учреждения, работающими с данной группой) ведущий специалист лично сопровождает ребенка в группе (время сопровождения учитывается как сеанс работы с ребенком), а затем «передает» воспитателю. Для повышения эффективности работы и согласования действий всех участников инклюзивного процесса необходимо проведение супервизии другими педагогами, работающими с ребенком.

Специалисты лекотеки консультируют сотрудников, работающих с группой, в которую включается ребенок с ОВЗ, по вопросам особенностей ребенка, техникам взаимодействия с ним и его родителями, характеру его участия в мероприятиях группы и детского сада. Специалисты детского сада, в свою очередь, участвуют в составлении плана работы с родителями и детьми группы, направленного на взаимное принятие и сплочение всех участников инклюзивного образовательного процесса.

### **III этап («этап полного включения»).**

Ребенок с ОВЗ посещает группу наравне с нормально развивающимися сверстниками. Коррекционное сопровождение осуществляет учитель-дефектолог, он же составляет коррекционно-развивающую программу и координирует ход ее выполнения, а также осуществляет супервизию других участников реализации программы. С точки зрения эмоционального благополучия всех воспитанников группы включение отслеживает педагог-психолог дошкольного учреждения.

Новым направлением работы на данном этапе является формирование у родителей реалистичного сценария жизни ребенка с ОВЗ, определяющего взвешенный выбор образовательного маршрута. Данное направление координируется социальным педагогом и осуществляется посредством системы мероприятий с вовлечением родителей школьников с ОВЗ, педагогов и психологов школ, реализующих инклюзивное и специальное образование.

### **IV этап («этап подготовки к школьному обучению»).**

По мере того как подходит время завершения пребывания ребенка с ОВЗ в дошкольном учреждении, встает вопрос об определении вариантов продолжения образовательного маршрута. Оптимальным можно считать такое развитие событий: учитель-дефектолог, изучив возможности, которые предоставляет ребенку с тем или иным нарушением система образования города, предоставляет родителям на выбор все варианты возможных образовательных маршрутов. После того как родители определяются, учитель-дефектолог тщательно изучает особенности организации педагогического процесса в выбранном учреждении, затем на основании полученных сведений вносит коррективы в индивидуальную образовательную программу ребенка с ОВЗ с целью организации преемственности. Эта программа согласовывается с родителями и педагогами принимающего образовательного учреждения. Целесообразно заключение трехстороннего договора «детский сад – родители – школа», фиксирующего обязанности каждой стороны по обеспечению непрерывности образовательного маршрута ребенка.



В случае если родители не определились с дальнейшим образовательным маршрутом ребенка, работа по подготовке к школьному обучению проводится в рамках имеющегося индивидуального образовательного маршрута.

Более подробно задачи, реализуемые на каждом этапе, а также направления деятельности специалистов, задействованных в работе по включению ребенка с ОВЗ в среду нормально развивающихся сверстников, можно увидеть в таблице 9.

**Варианты индивидуальных образовательных маршрутов детей с ОВЗ, имеющих противопоказания для включения в инклюзивные группы (группы комбинированной направленности)**

**«Гостевые группы».**

Некоторые дети по тем или иным причинам не подлежат включению в группы общеразвивающей направленности (медицинские противопоказания, например, эпилепсия в тех случаях, когда нет стойкой ремиссии; дети с некорректируемыми проблемами поведения, с низким ресурсом адаптации). Специально для таких случаев нами было разработано моделирование ситуации включения. Дети посещают лекотеку, участвуют в различных мероприятиях дошкольного учреждения совместно с родителями (без посещения группы), а также к ним приходят «гости» – типично развивающиеся сверстники. Педагог-психолог, являющийся ведущим специалистом ребенка, организуя «гостевые» визиты, прорабатывает такие вопросы как:

– подбор «гостевой группы» в зависимости от психофизических особенностей ребенка с ОВЗ и особенностей приходящих детей;

– содержание и соотношение организованной и свободной деятельности детей.

**Группа кратковременного пребывания «Особый ребенок».**

Существует мнение, что группа кратковременного пребывания является обязательной ступенью для включения ребенка с ОВЗ в среду типично развивающихся сверстников. Результаты нашей работы говорят о нецелесообразности такого подхода. Дети с тяжелыми нарушениями в развитии намного успешнее социализируются в случае их включения в группу типично развивающихся сверстников; довольно быстро проходят путь от подготовительного этапа до полного включения. В то же время воспитанники, которые посещали группу кратковременного пребывания вместе с другими детьми, имеющими тяжелые нарушения в развитии, долго не достигали уровня социализации, позволяющего полностью включать их в группу нормально развивающихся сверстников.

Примеры построения индивидуального образовательного маршрута для различных категорий дошкольников с ОВЗ

**Пример 1.**

Девочка, возраст 2 года 8 месяцев.

Основные особенности развития: тотальное недоразвитие психических функций с нарушениями поведения у ребенка с синдромом Дауна; системное недоразвитие речи.

Девочка из многодетной семьи (5-й, последний ребенок). В основном ребенком занимается мать, которая считает ее развитие соответствующим возрастной норме, интерпретирует любую двигательную или голосовую активность ребенка. Ближайшая образовательная цель семьи: поступление в группу общеразвивающей направленности на полный день, желательно с возможностью ночного пребывания.

### **Построение и реализация индивидуального образовательного маршрута.**

#### **1-й этап. Сентябрь – декабрь.**

Длительность этапов планируется предварительно в соответствии с уровнем психофизического развития и тяжестью нарушения конкретного ребенка и может изменяться в зависимости от результатов коррекционно-развивающей работы.

По результатам комплексного обследования (педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед) и диагностики выявлено, что психологический возраст ребенка соответствует приблизительно 1 году 6 месяцам. Осуществлено диагностическое включение в группу общеразвивающей направленности для детей 1,5–3 лет (3 раза по 30 минут во время свободной деятельности в группе).

Выявлено, что девочка не взаимодействует со сверстниками, большую часть времени не обращает на них внимания, может подойти к другому ребенку, привлеченная игрушкой в его руках, отнять ее или толкнуть. Со взрослыми в контакт не вступает, на присутствие в группе педагога-психолога и воспитателя не реагирует.

По результатам комплексного обследования выделены основные задачи коррекционной работы:

- установление контакта со взрослым (специалистом) в рамках игрового сеанса в структурном подразделении Лекотека;
- включение матери в рамках игрового сеанса в целенаправленное взаимодействие с ребенком, обучение матери способам невербальной коммуникации при общении с девочкой;
- инициирование интереса к сверстникам.

Показатели (индикаторы) выполнения задач:

- возникновение и увеличение числа случаев установления и поддержания контакта с ведущим специалистом;
- возникновение и увеличение числа случаев адекватного и целенаправленного (по поводу бытовой, игровой ситуации или предметов) взаимодействия матери с ребенком;

– возникновение и увеличение числа случаев проявления интереса к деятельности сверстников, попыток установления контакта с ними.

Форма фиксации результатов: листы наблюдения.

Для решения поставленных задач определена группа общеразвивающей направленности для детей 1,5–3 лет, в которую будет включена девочка.

Предполагаемые формы и условия работы с ребенком:

- игровые сеансы в структурном подразделении Лекотека;
- индивидуальные коррекционные занятия с учителем-дефектологом и учителем-логопедом;
- участие ребенка с матерью в досуговых мероприятиях в группе, в которую предстоит включение.

Для успешной реализации задачи включения необходима предварительная работа с другими участниками педагогического процесса – нормально развивающимися детьми, их родителями и педагогами ДООУ.

По итогам реализации этапа составляется заключение ведущего специалиста (см. ниже).

#### **2-й этап. Январь – май.**

Частичное включение начато с включения ребенка в группу во время проведения музыкальных и физкультурных занятий в сопровождении педагога-психолога структурного подразделения Лекотека.

Структура гостевого визита:

- посещение занятия с группой сверстников (15 мин);
- свободная деятельность в группе (30 мин);
- совместное с группой одевание и выход на прогулку (15 мин);
- передача ребенка педагогом-психологом матери с дальнейшей возможностью продолжить прогулку с группой;
- участие ребенка в организованной деятельности детей на прогулке (продолжительность в зависимости от его состояния);
- уход домой.

Индивидуальную программу включения на конкретный временной период удобно оформлять как раздел индивидуального образовательного маршрута в предложенной ниже форме.

**Заключение ведущего специалиста по итогам включения:** девочка посещает группу по установленному графику (болела ОРВИ с... по...), в детский сад идет охотно, в группе активна, предпочитает контакт со взрослыми, в контакт со сверстниками вступает

ситуативно. Перестала привлекать к себе внимание, хватая сверстников за лицо и волосы, для общения использует голос («мычит»), выражая симпатию, обнимает, при непонимании может толкнуть. Самостоятельно надевает штаны и шапку. С помощью взрослого надевает кофту (куртку), ботинки. Застегивает «липучку» без продевания в петлю. Рекомендовано увеличение времени пребывания (до 3 ч) с постепенной передачей сопровождения персоналу группы. *Комментарии авторов пособия:* в примере 1 не прописаны условия и собственно индивидуальный образовательный маршрут, который определяет ПМПК, что необходимо для направления ребенка в учреждения системы образования города. Приведем образец заключения ПМПК.

### **Пример 2.**

Мальчик, возраст 4 года 2 месяца.

Основные особенности развития: парциальная несформированность психических функций (преимущественно речи) у ребенка с синдромом Аперта.

Мальчик из многодетной семьи (3-й, последний ребенок). Мальчик воспитывается в условиях гиперопеки и изоляции от контактов с окружающими, так как семья тяжело переживает реакцию незнакомых на необычный внешний вид ребенка. Ближайшая образовательная цель семьи: поступление в группу компенсирующей направленности для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата с 14-часовым пребыванием на полный день.

### **Построение и реализация индивидуального образовательного маршрута.**

#### **1-й этап. Сентябрь.**

По результатам комплексного обследования выявлено, что психологический возраст ребенка соответствует приблизительно 3 годам.

Для последующего включения определена группа компенсирующей направленности для детей с нарушениями ОДА.

Формы работы с ребенком:

- игровые сеансы в структурном подразделении лекотека;
- индивидуальные коррекционные занятия с учителем-дефектологом и учителем-логопедом.

#### **2-й этап. Октябрь – декабрь.**

Посещение группы кратковременного пребывания «Особый ребенок». Гостевые визиты в группу, куда готовится включение.

Структура гостевого визита:

- участие в играх-тренингах на развитие коммуникативной сферы (10—15 мин);
- свободная деятельность в группе (30 мин);

- совместное с группой одевание и выход на прогулку (15 мин);
- участие в деятельности на прогулке;
- передача ребенка родителям;
- уход домой.

**Заключение ведущего специалиста по итогам работы с ребенком** : мальчик посещает ГКП «Особый ребенок» и в гостевом режиме группу № 6. В детский сад идет охотно, в режиме ГКП в основном получает занятия специалистов, предпочитает контакт со взрослыми, в контакт со сверстниками вступает избирательно. Инициативу в общении принимает от Нелли, Миши, Паши. По отношению к ним начал проявлять инициативу в общении, в игре. В организованные взрослыми виды деятельности вступает охотно. Самостоятельно одевается, застегивать одежду затрудняется из-за имеющихся физических нарушений. По примеру сверстников и напоминанию воспитателя моет руки, пользуется туалетом, причесывается перед зеркалом. Рекомендовано включение в группу № 6.

### **3-й этап. Май – по настоящее время.**

Посещение группы компенсирующей направленности в общем режиме. Занятия с учителем-дефектологом, учителем-логопедом, ЛФК, массаж, сопровождение педагогом-психологом.

*Комментарии авторов пособия:* в примере 2 не прописаны рекомендации ПМПК, условия включения.

Приведем образец рекомендаций ПМПК, необходимых для организации индивидуального образовательного маршрута этого ребенка.

### **Пример 3.**

Мальчик, возраст 4 года 8 месяцев.

Основные особенности развития: нарушения поведения и недостаточность развития психических функций у ребенка с расстройствами аутистического спектра; системное специфическое нарушение речи.

Двигательно беспокоен. Целенаправленная деятельность существенно затруднена. Острые реакции протеста (кричит, падает на пол) при необходимости перейти в другое помещение, приходе незнакомых людей, особенно остро – при появлении сверстников.

Единственный ребенок в семье. Ближайшая образовательная цель семьи: поступление в группу общеразвивающей направленности, коррекция интеллектуальных и поведенческих особенностей.

### **Построение и реализация индивидуального образовательного маршрута.**

#### **1-й этап. Сентябрь – декабрь.**

По результатам комплексного обследования выявлено, что психологический возраст ребенка соответствует приблизительно 2 годам. Определены основные задачи, индикаторы и формы фиксации коррекционной работы на первом этапе.

Формы и условия работы с ребенком:

- игровые сеансы в структурном подразделении Лекотека;
- индивидуальные коррекционные занятия с учителем-дефектологом и учителем-логопедом;
- гостевые визиты во время проведения игрового сеанса детей из группы дошкольного учреждения;
- установление контакта со взрослым (специалистом) в рамках игрового сеанса в структурном подразделении Лекотека;
- включение матери в рамках игрового сеанса в целенаправленное взаимодействие с ребенком; – обучение матери способам взаимодействия с ребенком.

Структура гостевого визита:

- «игра рядом»: приглашенные дети заняты деятельностью, организованной сопровождающим их специалистом (педагог-психолог ДОО), ребенок свободен в выборе деятельности, педагог-психолог лекотеки наблюдает за его поведением (10 мин);
- свободная деятельность приглашенных детей (10 мин); специалисты наблюдают и в случае необходимости поддерживают инициативы детей;
- «приглашение»: организованная деятельность приглашенных детей с заранее спланированными взрослыми ситуациями, предполагающими возможность включения мальчика во взаимодействие с гостями (10 мин).

**Заключение ведущего специалиста по итогам включения:** мальчик 4 месяца посещает структурное подразделение Лекотека (болел с 23 сентября по 12 октября). За время посещения снизилась частота возникновения и острота проявления негативных реакций на приход в помещение взрослых и сверстников. На знакомых взрослых и сверстников негативных реакций нет в течение 6 недель. Установились предпочтения по отношению к детям гостевой группы. С Максимом и Варей появились единичные случаи поддержания игровых инициатив (прокатывание машинки, кормление игрушки, достраивание постройки). Может заниматься в игровой форме с учителем-дефектологом и учителем-логопедом в пределах 15 мин. Перенос в игровую и бытовую ситуацию материала, полученного на занятии, затруднен. Предпринимает попытки самостоятельно одеваться в присутствии и с помощью педагога-психолога. Рекомендовано продолжение посещения структурного подразделения Лекотека с визитами гостевой группы.

*Комментарии авторов пособия:* в примере 3 не прописаны рекомендации ПМПК, условия включения.

Приведем образец построения образовательного маршрута и основные рекомендации по сопровождению ребенка специалистами ДООУ и условия включения.

#### **Пример 4.**

Мальчик, возраст 2 года 10 месяцев.

Основные особенности развития: поведенческие нарушения у ребенка с расстройствами аутистического спектра, неравномерная недостаточность психического развития.

Единственный ребенок в семье. В основном ребенком занимается мать. Мальчик прошел обследование в детской психиатрической больнице № 6, где была констатирована крайне низкая обучаемость. Двигательно беспокоен. Целенаправленная деятельность затруднена. Не вступает в контакт со сверстниками и взрослыми. В речи отдельные звукокомплексы, произносимые без соотнесения с предметами, людьми и ситуацией.

Были предприняты две попытки посещения дошкольных учреждений, откуда ребенка попросили забрать. Мать тяжело переживает состояние ребенка. Ближайшая образовательная цель семьей не определена, так как семья убеждена в отсутствии образовательных перспектив.

#### **Построение и реализация индивидуального образовательного маршрута.**

##### **1-й этап. Сентябрь – ноябрь.**

По результатам комплексного обследования психологический возраст не установлен из-за особенностей поведения ребенка. Рекомендовано включение в группу общеразвивающей направленности для детей 1,5–3 лет (5 раз по 30 мин во время свободной деятельности в группе). Мальчик не взаимодействует со сверстниками, не обращает на других детей внимания, если «попадают на пути», с силой отталкивает. Проявляет признаки полового поведения. Со взрослыми в контакт не вступает, на присутствие в группе психолога и воспитателя реагирует только при физическом контакте. Не отпускает из поля зрения мать, протест выражает громким криком.

По результатам комплексного обследования выделены основные задачи коррекционной работы:

– установление контакта со взрослым (специалистом) в рамках игрового сеанса в структурном подразделении Лекотека;

– включение матери в рамках игрового сеанса в целенаправленное взаимодействие с ребенком, обучение матери способам невербальной коммуникации при общении с ребенком;

– инициирование интереса к сверстникам.

Индикаторы выполнения задач:

– появление и увеличение количества случаев установления и поддержания контакта с ведущим педагогом-психологом;

– появление и увеличение количества случаев адекватного и целенаправленного (по поводу бытовой или игровой ситуации и предметов) взаимодействия матери с ребенком;

– появление и увеличение количества случаев проявления интереса к деятельности сверстников.

Форма фиксации результатов: листы наблюдения.

Для последующего включения определена группа общеразвивающей направленности для детей 1,5–3 лет.

Формы работы с ребенком:

- игровые сеансы в структурном подразделении Лекотека;
- участие ребенка с матерью в досуговых мероприятиях группы, в которую предстоит включение.

Работа с участниками педагогического процесса (см. таблица 10, стр. 116).

**2-й этап. Декабрь – март.** Частичное включение ребенка в группу во второй половине дня во время свободной деятельности, проведения музыкальных и физкультурных занятий в сопровождении матери и психолога структурного подразделения Лекотека. Комплексные коррекционно-развивающие занятия (учитель-дефектолог + учитель-логопед, учитель-дефектолог + психолог) с участием матери в проведении занятия.

Структура гостевого визита:

- посещение занятия с группой сверстников (15 мин);
- свободная деятельность в группе (60 мин);
- одевание совместно с детьми;
- уход домой.

**Заключение ведущего специалиста по итогам включения:** мальчик посещает группу по установленному графику (болел ветряной оспой с ... по ...), в детский сад идет спокойно, в группе активен, начал отпускать мать на короткое время. В контакт со сверстниками не вступает, но появились случаи наблюдения за их деятельностью. Начал при поддержке матери участвовать в подвижных играх. Иногда самостоятельно надевает штаны, шапку; с помощью взрослого – кофту (куртку), ботинки. Рекомендовано увеличение времени пребывания (до 3 ч) с постепенной передачей сопровождения



персоналу группы. Ребенок переведен в группу кратковременного пребывания «Особый ребенок», посещает ее в интегративном режиме: включение в группу общеразвивающей направленности для детей 1,5–3 лет, индивидуальные занятия с учителем-дефектологом и учителем-логопедом, сопровождение психолога.

Заключение ведущего специалиста по итогам включения: мальчик посещает группу по установленному графику (с ... по ... уезжал к бабушке), в детский сад идет спокойно, в группе активен, с 14 апреля посещает группу без сопровождения. В речи появились отдельные слова. На занятиях целенаправленно участвует в общей деятельности в течение 10 минут. Имеются выраженные затруднения в деятельности, требующей речевой активности. Стал ситуативно вступать в контакт со сверстниками, участвует в организованных воспитателем групповых играх. Иногда неадекватно реагирует (кричит, дерется), если его толкнут или возьмут игрушку. С небольшой помощью сам одевается, затрудняется в застегивании пуговиц. По результатам обследования по итогам года психологический возраст соответствует 2 годам 6 месяцам.

Рекомендован перевод в группу компенсирующей направленности (имеются ортопедические показания) с посещением детского сада по режиму группы.

**3-й этап. Сентябрь – май.** Посещение группы компенсирующей направленности 12-часового пребывания. Индивидуальные и подгрупповые занятия учителя-дефектолога и учителя-логопеда. Массаж, групповые занятия ЛФК. Сопровождение психолога. Ведущий специалист сопровождения – учитель-дефектолог (координация коррекционно-развивающей работы и взаимодействия педагогов и специалистов, взаимодействие с семьей).

**4-й этап (подготовка к школе). Сентябрь – май.**

На сентябрь 2010 г. возраст 6 лет 10 месяцев.

Основные особенности развития: недостаточность развития психических функций у ребенка с аутистическими расстройствами. Системное недоразвитие речи, II уровня речевого развития. Ближайшая образовательная цель семьи: поступление в школу V вида.

План работы по подготовке к школе.

1. Определение конкретного образовательного учреждения.
2. Знакомство специалистов школы с ребенком.
3. Знакомство семьи и специалистов детского сада с программами и организацией образовательного процесса в школе, необходимой документацией для поступления.
4. Коррекция индивидуальной коррекционно-развивающей программы.

*Комментарии авторов пособия.* В примере 4 нет рекомендаций ПМПК, условия включения ПМПК не прописаны. Приведем образец образовательного маршрута в ДОО (как это должно быть рекомендовано ПМПК).

### **Пример 5.**

Мальчик, возраст 2 года 4 месяца.

Основные особенности развития: тотальное недоразвитие психических функций.

Ребенок из полной семьи. Один в семье. В основном ребенком занимается мать. Ребенок неухожен. Задержка речевого развития. Целенаправленная деятельность затруднена. Периоды заторможенности сменяются периодами двигательного беспокойства.

Физическое развитие не соответствует возрасту. Мать не знает правил ухода и питания ребенка 2 лет (не моет, кормит супами быстрого приготовления). Ближайшая образовательная цель семьи не определена. Мать замечает отставание развития ребенка от возрастной нормы, но предпринимает какие-либо действия, направленные на обследование ребенка и оказание ему коррекционной поддержки, только при наличии настоятельных просьб специалистов и педагогов.

### **Построение и реализация индивидуального образовательного маршрута.**

#### **1-й этап. Декабрь – март.**

По результатам комплексного обследования выявлено, что психологический возраст ребенка соответствует приблизительно 11 месяцам.

Осуществленное диагностическое включение в группу общеразвивающей направленности для детей 1,5–3 лет (3 раза по 30 минут во время свободной деятельности в группе) показало, что мальчик не взаимодействует со сверстниками, большую часть времени не обращает на них внимания. Интересуется яркими и звучащими игрушками, предметами. Со взрослыми самостоятельно в контакт не вступает, любит, когда его щекочут или тормошат.

По результатам комплексного обследования выделены основные задачи коррекционной работы:

– установление контакта со взрослым (специалистом) в рамках игрового сеанса в структурном подразделении Лекотека;

– включение матери в рамках игрового сеанса в целенаправленное взаимодействие с ребенком, обучение матери правилам ухода за ребенком и способам взаимодействия с ним;

– инициирование интереса к сверстникам.

Индикаторы выполнения задач:

– появление и увеличение количества случаев установления и поддержания контакта с ведущим психологом;

– появление и увеличение количества случаев адекватного и целенаправленного (по поводу бытовой или игровой ситуации или предметов) взаимодействия матери с ребенком;

– появление и увеличение количества случаев проявления интереса к деятельности сверстников, а также попыток установления контакта с ними.

Форма фиксации результатов: листы наблюдения.

Для последующего включения определена группа № 1 общеразвивающей направленности для детей 1,5–3 лет.

Формы работы с ребенком:

– игровые сеансы в структурном подразделении Лекотека;

– индивидуальные коррекционные занятия с учителем-дефектологом и учителем-логопедом;

– участие ребенка с матерью в досуговых мероприятиях для группы, в которую предстоит включение;

– консультирование матери медицинским работником детского сада по вопросам ухода и питания.

Работа с участниками педагогического процесса (см. таблица 10, стр. 116).

## **2-й этап. Апрель – май.**

• Посещение ребенком группы кратковременного пребывания «Особый ребенок».

• Участие ребенка в сопровождении воспитателя группы или педагога-психолога в музыкальных занятиях и досуговых мероприятиях группы, в которую готовится включение.

**Заключение ведущего специалиста по итогам работы:** мальчик посещает группу по установленному графику, не боится, в детский сад идет охотно, в группе активен, в контакт со сверстниками самостоятельно не вступает, но принимает инициативу. Может показать игрушку, повторить действие, дать предмет. С помощью воспитателя одевается. Идет мыть руки к умывальнику, берет мыло, но без помощи взрослого дальнейшие операции не выполняет. Начал проситься (показывает жестом и мычит) в туалет. Стал использовать предметы в соответствии с их культурно-бытовым назначением. Рекомендовано посещение группы в режиме полного дня.

**3-й этап. Сентябрь – по настоящее время.** Посещение группы для детей 1,5–3 лет в режиме полного дня.

Формы работы:

- все формы работы в соответствии с планом работы группы;
- индивидуальные занятия с учителем-дефектологом и учителем-логопедом, сопровождение психолога;
- консультирование матери старшей медсестрой детского сада по вопросам ухода, питания и медицинского сопровождения ребенка.

*Комментарии авторов пособия:* приведем образец образовательного маршрута в ДООУ (как это должно быть рекомендовано ПМПК).

### **Пример 6.**

Мальчик, возраст 2 года 8 месяцев.

Основные особенности развития: неравномерная недостаточность психического развития у ребенка с органическим поражением головного мозга после ЧМТ, ДЦП левосторонний гемипарез, угроза по эпилепсии.

Мальчик контактный, подвижный. Несколько нарушена координация движений: часто падает. В речи отдельные лепетные слова.

Второй ребенок в семье (разница в возрасте между детьми – 18 лет). В возрасте 1 года выпал из окна (2-й этаж). Мать остро переживает вину за происшедшее и болезненно реагирует на изменения в жизни семьи в связи с инвалидизацией ребенка. Ближайшая образовательная цель семьи: поступление ребенка в группу компенсирующей направленности для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

### **Построение и реализация индивидуального образовательного маршрута.**

#### **1-й этап. Сентябрь – март.**

По результатам комплексного обследования выявлено, что психологический возраст ребенка соответствует приблизительно 1 году 9 месяцам. Осуществлено диагностическое включение в группу общеразвивающей направленности для детей 1,5–3 лет (3 раза по 30 мин во время свободной деятельности в группе). Мальчик в разных ситуациях охотно взаимодействует со сверстниками и взрослыми в присутствии матери. В совместные игры не вступает, предпочитает «игру рядом». Мать во время нахождения ребенка в группе очень тревожна, пытается ограничивать активность мальчика иногда неадекватно ситуации, ревниво относится к другим детям. В октябре – ноябре ребенок проходил курс реабилитации в стационаре, затем в санатории.

По результатам комплексного обследования сделано заключение о возможности регулярного посещения ребенком группы в сопровождении матери и педагога-психолога структурного подразделения Лекотека.

#### **2-й этап. Март – июнь.**

Посещение ребенком структурного подразделения Лекотека с гостевыми визитами в группу для детей 1,5–3 лет.

Формы работы с ребенком:

- гостевые визиты в группу;
- индивидуальные занятия с учителем-дефектологом, учителем-логопедом, ЛФК.

Работа с участниками педагогического процесса (см. таблица 10, с. 116).

Структура гостевого визита:

- посещение занятия с группой сверстников (15 мин);
- свободная деятельность в группе (30 мин);
- совместное с группой одевание и выход на прогулку (15 мин);
- передача ребенка психологом матери с дальнейшей возможностью продолжить прогулку с группой;
  - участие в организованной деятельности детей на прогулке (продолжительность в зависимости от состояния ребенка);
  - уход домой.

**Заключение ведущего специалиста по итогам работы:** мальчик посещает группу по установленному графику. В детский сад идет охотно, в группе активен, включается в организованную воспитателем коллективную деятельность. Принимает инициативу сверстников в совместных играх, сам инициативу не проявляет. Самостоятельно надевает штаны, ботинки, свитер; с помощью взрослого кофту (куртку). Застегивает «липучку» без продевания в петлю.

Спокойно отпускает мать на все время пребывания в группе. Снизились тревожные реакции матери. Рекомендовано посещение группы в режиме полного дня.

### **3-й этап. Сентябрь – октябрь.**

Посещение группы в соответствии с возрастом в режиме полного дня. Индивидуальные занятия с психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом, ЛФК.

Октябрь 2010 г. – эпилептический приступ ночью дома. Переведен в группу кратковременного пребывания «Особый ребенок» в режиме интеграции в сопровождении матери или бабушки + индивидуальные занятия со специалистами.

*Комментарии авторов пособия:* приведем образец образовательного маршрута ребенка в ДООУ (как это должно быть рекомендовано ПМПК).

Примеры планирования режима дня (в рамках индивидуального образовательного плана) для детей с ОВЗ, посещающих группы детского сада

#### **Пример 1.**

Девочка, возраст 6 лет 8 месяцев.

**Заключение.** Выраженное тотальное недоразвитие у ребенка с синдромом Дауна. Системное недоразвитие речи. Включена в группу компенсирующей направленности для детей 5–6 лет с нарушениями ОДА.

**Примерное планирование режима дня**

**Пример 2.**

Мальчик, возраст 4 года 5 месяцев.

**Заключение.** Недостаточность психического развития у ребенка с расстройствами аутистического спектра. Включен в группу общеразвивающей направленности для детей 4–5 лет.