

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение № 9
«Детский сад компенсирующего вида»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**«Сопровождение обучающихся с ТНР на основе
преемственности дошкольного и начального общего
образования в условиях инклюзии»**



Составители:

В.В. Турищева

Т.М. Мильситова

Н.В. Демиденко

Г.А. Стрижнёва

О.В. Калачёва

А.О. Демьянова

Кемерово 2022

Оглавление

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	3
Глава 1. Теоретические аспекты организации комплексного сопровождения обучающихся с ТНР на основе преемственности дошкольного и начального общего образования в условиях инклюзии	4
1.1. Психофизиологические особенности детей с тяжелыми нарушениями речи	6
1.1.1. Формирование речевой функции у ребенка и факторы, нарушающие этот процесс.....	6
1.1.2. Нейро-психологический метод диагностики развития нервной системы	15
1.2. Особенности нарушений устной и письменной речи у обучающихся начальных классов, имеющих тяжелые нарушения речи.....	18
1.3. Преемственность целевых ориентиров ФГОС дошкольного образования и планируемых результатов освоения обучающимися основной образовательной программы (ООП) начального общего образования.....	22
1.4. Особенности формирования универсальных учебных действий у детей с ОВЗ	25
1.5. Особенности организации индивидуального подхода при обучении младших школьников с ТНР	30
Глава 2. Организационно-педагогические условия сопровождения развития обучающихся начальных классов, имеющих ТНР, в условиях инклюзии	31
2.1. Нормативно-правовое обеспечение сопровождения развития обучающихся начальных классов, нуждающихся в коррекционно-педагогической поддержке.	31
2.2. Организация межведомственного и сетевого взаимодействия школы с психолого-медико-педагогической комиссией, образовательными и медицинскими организациями, и семьей.	33
2.3. Проектирование адаптированной общеобразовательной программы для детей с ТНР в соответствии с ФГОС ОВЗ.	36
2.4. Создание развивающей среды с учетом индивидуальных особенностей обучающихся с ТНР.....	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
ЛИТЕРАТУРА.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ	44

АННОТАЦИЯ

В данных методических рекомендациях представлены материалы по созданию системы комплексного сопровождения обучающихся младших классов с тяжелыми нарушениями речи в условиях средней общеобразовательной школы с использованием коррекционно-развивающих ресурсов детского сада компенсирующего вида.

В сборнике, наряду с теоретическими материалами об особенностях психофизиологии детей с тяжелыми нарушениями речи, нарушениях устной и письменной речи и специфике освоения адаптированной образовательной программы, представлен практический опыт совместной работы детского сада и средней общеобразовательной школы по организации индивидуального подхода к обучению младших школьников с тяжелыми нарушениями речи в условиях инклюзии.

Методические рекомендации предназначены для учителей, специалистов, администрации школ, обучающихся детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе, имеющих тяжелые нарушения речи, в условиях инклюзии.

В.В. Турищева, заведующая МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида"
Т.М. Мильситова, директор МБОУ «СОШ № 40»

Н.В. Демиденко, старший воспитатель МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида"

Г.А. Стрижнёва, врач-невролог, учитель-логопед МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида"

О.В. Калачёва, учитель-логопед МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида"

А.О. Демьянова, педагог-психолог МБОУ «СОШ № 40»

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Первоклассник с тяжелыми нарушениями речи (далее ТНР) сталкивается в школе с многочисленными трудностями в обучении и общении со взрослыми и сверстниками. Если в образовательной организации не выстроена система индивидуального сопровождения ребенка с ТНР, то адаптация к школьным условиям протекает тяжело и обучение в целом затруднено. Ребенок, прикладывая усилия, не получает нужного результата, у него появляются первые ошибки. В окружении школьника складывается ситуация неуспеха, состояние ожидания неудач, которое может распространяться не только на учебу, но и на другие сферы жизни.

Формированию позитивного отношения ребёнка с ТНР к обучению способствует специально организованная среда, ориентированная на индивидуальное сопровождение школьника, которая предполагает:

- разработку и реализацию адаптированной общеобразовательной программы с учетом речевых нарушений обучающегося;
- организацию предметно-пространственной развивающей среды;
- проведение логопедических занятий под руководством учителя-логопеда;
- осуществление психолого-педагогической поддержки обучающегося и его семьи.

Такая среда не может быть организована за один год в общеобразовательной школе, внедряющей инклюзивный подход. Она требует многолетней скрупулёзной работы большого коллектива специалистов. Система комплексного сопровождения существует в специальных коррекционных учреждениях: школах, детских садах, коррекционных классах, обладающих необходимыми ресурсами.

Разработка и апробирование инновационных моделей комплексного сопровождения детей с ТНР в условиях инклюзивной школы осуществляются более эффективно и качественно на основе социального партнерства и преемственности дошкольного и начального школьного образования.

В данных методических рекомендациях мы предлагаем для ознакомления такой опыт взаимодействия педагогических коллективов средней общеобразовательной школы № 40 и МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида" г. Кемерово.

На начальном этапе внедрения инклюзивного образования в школе в поддержке нуждается не только ученик с особыми образовательными потребностями, но и учитель.

Коллективом специалистов детского сада и школы разработаны лекции и методическая продукция для учителей начальных классов, которые включены в образовательную программу курсов повышения квалификации МБОУ ДПО НМЦ г. Кемерово, организованных в рамках городской опорной методической площадки по теме «Сопровождение обучающихся на основе преемственности дошкольного и начального общего образования» на период с 2020г. по 2022г.

Глава 1. Теоретические аспекты организации комплексного сопровождения обучающихся с ТНР на основе преемственности дошкольного и начального общего образования в условиях инклюзии

Обучающиеся с ТНР имеют статус детей с ОВЗ, так как нуждаются в создании специальных условий для освоения основной образовательной программы. Согласно ФГОС НОО образовательная организация для детей с ТНР разрабатывает адаптированную образовательную программу начального общего образования (далее АООП) в соответствии с речевыми нарушениями. Для успешного освоения АООП должна быть создана специальная образовательная среда. Такая среда представляет собой систему комплексного сопровождения обучающихся с ТНР [7].

Концепция сопровождения как новая образовательная технология в нашей стране разработана Е. И. Казаковой (1995-2001).

Комплексное сопровождение может эффективно функционировать только как целостная технология, особая культура поддержки и помощи ребёнку в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации.

Основные характеристики системы комплексного сопровождения:

- законодательно закреплённый приоритет интересов ребенка при соблюдении гарантированных прав родителей (законных представителей);
- непрерывность сопровождения; ребенку гарантировано непрерывное сопровождение на всех этапах помощи в решении проблемы; специалист сопровождения прекратит поддержку ребенка только тогда, когда проблема будет решена;
- мультидисциплинарность (комплексность), т.е. осуществление сопровождения с участием «команды» специалистов, проповедующих единые ценности, включенных в единую организационную модель и владеющих единой системой методов.

Система комплексного сопровождения предполагает взаимодействие специалистов психолого-педагогического и медицинского профилей для решения проблем обучения школьника с ТНР. Такая система успешно функционирует на базе консультационного центра «Школа для заботливых родителей», организованного в МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида" [6].

В образовательном учреждении функционирует психолого-педагогический консилиум (далее ППк), в состав которого входит педагог-психолог, учитель, представители администрации для обеспечения оптимальных условий обучения, развития, социализации и адаптации обучающихся. На основе сетевого взаимодействия могут быть привлечены учителя-логопеды из других образовательных учреждений, в том числе дошкольных. Медицинское сопровождение по направлению ППк обеспечивается силами родителей на базе медицинских учреждений (рис. 1).

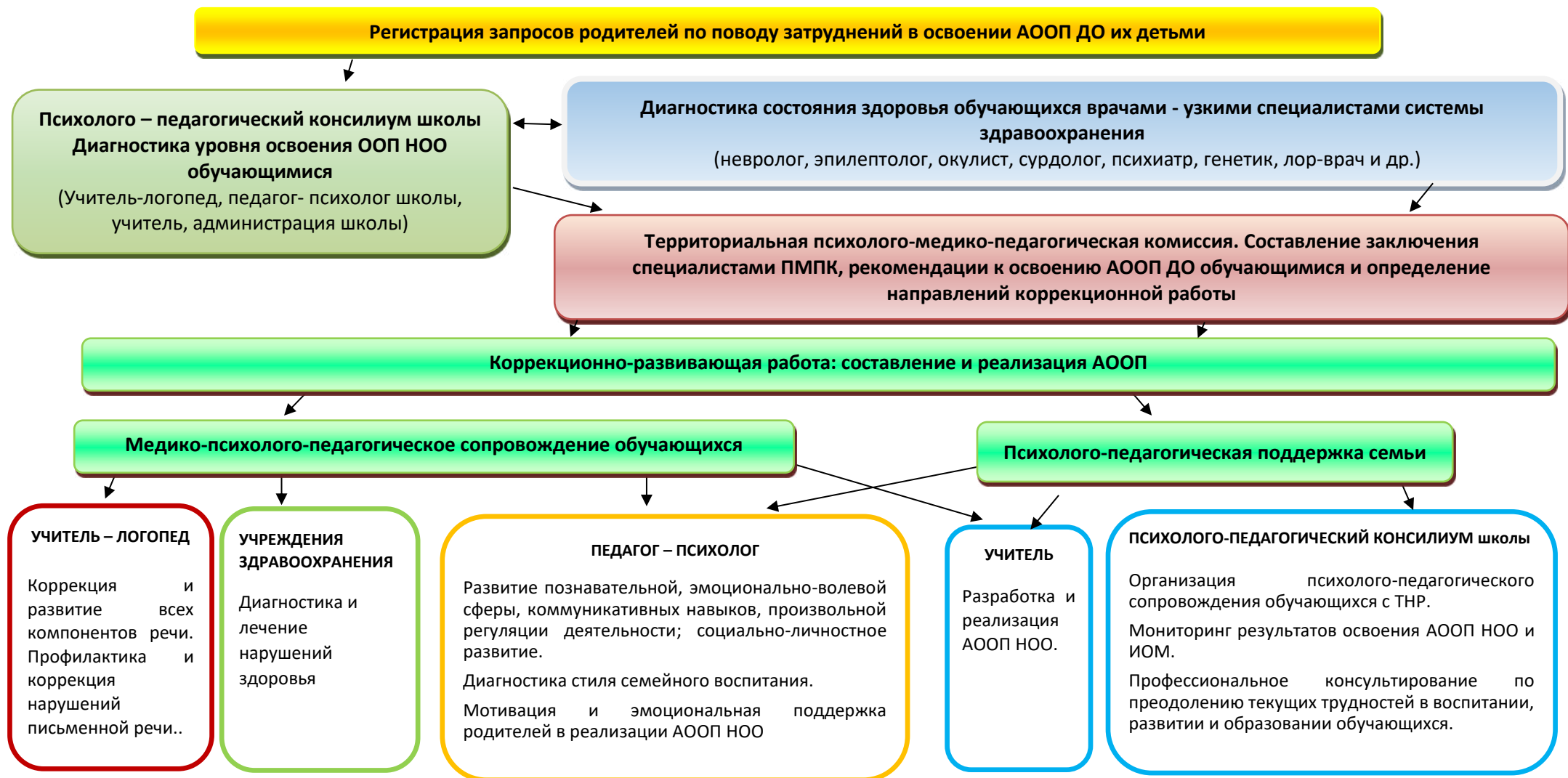


Рисунок 1 - Система сопровождения обучающихся с ТНР на основе межведомственного взаимодействия образовательных учреждений и учреждений здравоохранения

[Введи

Направления работы системы комплексного сопровождения:

- профилактика дисграфии, дислексии, дискалькулии;
- диагностика нарушений развития;
- консультирование родителей и педагогов;
- развивающая работа;
- коррекционная работа по преодолению речевых нарушений;
- просвещение родителей и педагогов по вопросам психологических особенностей детей с ТНР;
- мониторинг освоения АООП НОО;
- экспертиза (образовательных и коррекционных программ, проектов, пособий, образовательной среды, профессиональной деятельности специалистов образовательного учреждения).

Для успешного функционирования в условиях инклюзии системы комплексного сопровождения, обучающегося с ТНР в школе необходимо организационно-методическое обеспечение, включающее следующие направления:

- разработка и уточнение с учетом данных динамического обследования содержания адаптированной образовательной программы (включает в себя определение содержания АООП НОО и распределение содержания программы по темам во временных интервалах, доступных ребенку с учетом его актуальных возможностей);
- гигиеническое нормирование нагрузок;
- обеспечение преемственности и последовательности в работе с ребёнком;
- организация и проведение психолого-педагогических консилиумов.

Комплексное сопровождение обучающихся начальных классов с ТНР в инклюзивной школе осуществляется наиболее эффективно и качественно в условиях социального партнерства и межведомственного взаимодействия образовательных и медицинских учреждений.

1.1. Психофизиологические особенности детей с тяжелыми нарушениями речи

Обучающиеся с ТНР имеют статус детей с ОВЗ, поскольку нарушения речи возникли в связи с нарушениями центральной нервной системы и другими сопутствующими заболеваниями. Знания психофизиологических особенностей развития ребенка помогают выстроить индивидуальный образовательный маршрут.

1.1.1. Формирование речевой функции у ребенка и факторы, нарушающие этот процесс

В 70-е гг. XX в. А.А. Леонтьев - основатель советской психолингвистической школы, разработал концепцию становления речевой деятельности. Он

подчеркивал, что речевая деятельность всегда включена с более широкую деятельность (игру, работу, общение и т.д.) в качестве одного из необходимых компонентов. Развитие речи ребенка есть, прежде всего, развитие способов общения, что ведет к появлению у него речевого механизма, или языковой способности. Этот механизм именно формируется у каждого отдельного человека на основе врожденных психофизиологических особенностей организма под влиянием речевого общения.

Таким образом, языковая способность - это совокупность речевых навыков и умений, сформированных на основе врожденных предпосылок.

Факторами процесса развития речи ребенка выступают:

1. Фактор положительных эмоций. Положительные эмоции способствуют активности ребенка в общении, тогда как в состоянии отрицательных эмоций он кричит, плачет, как бы возвращаясь в мир биологических проявлений.
2. Фактор потребности в эмоциональном контакте с близким человеком. В развитии ребенка эмоции предшествуют интеллекту. Уже трехмесячный ребенок различает интонации голоса близкого человека. Оба фактора имеют социальные корни, это начальные виды контакта с людьми, которые окружают ребенка, формы невербального общения.
3. Фактор физиологического развития органов речи: речевых центров мозга, памяти, органов говорения, аудирования, координационной системы. Физиологическая база речи пластична, легко адаптируется к условиям речевого развития, но эта гибкость и пластичность сохраняется только до семилетнего возраста.
4. Фактор потребности в содержательном общении. У ребенка возникает потребность непосредственного общения, разговора, обмена мнениями, внешнего самовыражения в речи (эгоцентрическая речь). Это первые шаги формирования личности, начало процесса социализации: ребенок становится членом общества.
5. Фактор развития интеллекта. Начало формирования понятий как основной формы познания. Это проявляется в потребности и способности номинации и обобщения. Ребенок чувствует потребность назвать каждый предмет словом (потребность номинации). Затем название переносится на аналогичные или близкие предметы - происходит обобщение (би-би – это автомобиль, который движется, который стоит и колесо автомобиля).
6. Фактор языковой (речевой) среды, в которой протекает процесс речевого развития. Ребенок усваивает язык той национальности, среди представителей которой воспитывается. Очень важно, чтобы речевая среда, в которой живет и формируется ребенок как языковая личность, была правильной, культурной.
7. Фактор речевой активности. Ребенку необходимо большая, разнообразная, инициативная, постоянная практика речи.
8. Фактор изучения языковой теории. Этот фактор связан со школой. В старшем дошкольном возрасте дети знакомятся с некоторыми основными языковыми понятиями (слово, слог, предложение, звук, звуковой состав слова), у них

формируется элементарное осознание языковых явлений. Это способствует развитию умения произвольно строить свою речь.

Доказано [8], что формирование мозговой организации в онтогенезе происходит от ствола мозга и подкорковых образований к коре головного мозга (снизу-вверх) от правого полушария к левому (справа-налево), от задних отделов мозга к передним (сзади-наперед). Т.е. первично идет сенсорное развитие (от чувствительных отделов анализаторов к корковым центрам), затем информация должна перейти в те отделы мозга, где будет обработана (лобные доли). В результате этого процесса кора головного мозга начинает обрабатывать информацию, полученную от нижних отделов мозга, отвечающих за ощущения и восприятие, и контролировать их проявления.

Таким образом, о свойствах окружающих предметов и явлений материального мира человек может узнать только через ощущение и восприятие, которые называют сигналами первого порядка. Сигналы первого порядка могут возникать лишь благодаря наличию органов чувств или анализаторов, ведущими из которых являются: зрительный, слуховой, двигательный. При нарушении части анализатора нарушается его функция в целом.

На фундаменте первой сигнальной системы у человека формируется вторая. Человек может познавать и отражать окружающий мир и через особые сигналы – сигналы второго, высшего порядка – слова, речь. Слово для человека такой же сигнал, но только более общий. Речь, а также те анатомо-физиологические механизмы, благодаря которым человек овладевает речью, И.П. Павлов назвал второй сигнальной системой.

Речь возникает при сохранных периферических отделах речевого аппарата (дыхательной, артикуляционной и голосовой составляющих) и при нормально сформированной и правильно функционирующей центральной части речевого аппарата (кора головного мозга и проводящие пути).

Процесс формирования речевой деятельности в онтогенезе в концепции «речевого онтогенеза» А.А. Леонтьева подразделяется на ряд последовательных периодов:

- 1-й- подготовительный (с момента рождения до года);
- 2-й- преддошкольный(от года до 3 лет);
- 3-й- дошкольный (от 3 до 7 лет);
- 4-й- школьный (от 7 до 17).

Первый этап формирования речи охватывает первые три года жизни ребенка. Развитие детской речи до трех лет подразделяется на три основных этапа:

- 1. Доречевой этап (первый год жизни), в котором выделяются периоды гуления и лепета;
- 2. этап первичного освоения языка (дограмматический) второй год жизни;
- 3. этап усвоения грамматики (третий год жизни).

Подготовительный этап. Ребенок появляется на свет, и свое появление он знаменует криком. Крик – первая голосовая реакция ребенка. Период «гуления» отмечается у всех детей. Уже в 1,5 месяца, а затем - в 2-3 месяца голосовые реакции ребенок проявляет в воспроизведении таких звуков, как а-бм-бм, блъ, в-

гу, бу и т.д. Именно они потом появятся основой для становления членораздельной речи. В 4 месяца усложняются звуковые сочетания. Ребенок в процессе «гуления» как бы играет со своим артикуляционным аппаратом. На фоне положительного эмоционального контакта малыш начинает подражать взрослым, пытается разнообразить голос выразительной интонацией. При нормальном развитии ребенка «гуление» постепенно переходит в лепет. В 7-8,5 месяцев дети произносят слоги типа ба-ба, дя-дя, деда и т.д., соотнося их с определенными окружающими людьми. Лепет - это не механическое воспроизведение составляющих сочетаний, а соотношение их с определенными лицами, предметами, действиями. В 8,5-9 месяцев лепет носит модулированный характер с различными интонациями. В 9-10 месяцев объем лепетных слов расширяется, которых ребенок пытается повторить за взрослыми. Таким образом у детей без речевой патологии развитие речи происходит постепенно вместе с развитием мышления, деятельности и общения. Первые слова появляются к концу первого года жизни, потому данный этап в развитии речи ребенка принято называть Доречевое или дословный. Значение этого периода в речевом развитии ребенка очень велико.

Преддошкольный этап. В этот период расширяется объем лепетных слов, используемых ребенком. Анализируя количественные показатели роста лексического запаса детей в этом возрасте, можно привести следующие данные: полтора года - 10-15 слов, к концу второго года - 30 слов, до трех лет - примерно 100 слов. Таким образом, в течение полутора лет происходит количественный скачок в расширении словаря детей. Можно выделить в этот период этап «физиологического аграмматизма», когда ребенок пользуется в общении предложениями без соответствующего грамматического оформления их: «Мама, дай Кука» (Мама, дай куклу) «Вова форуметина» (У Вовы нет машины). При нормальном речевом развитии этот период длится всего несколько месяцев и до 3 лет ребенок самостоятельно принимает наиболее простые грамматические конструкции.

Таким образом, наиболее благоприятный и интенсивный период в развитии речи ребенка падает на первые 3 года жизни. Именно в этот период все функции центральной нервной системы в процессе их естественного формирования наиболее легко поддаются тренировке и воспитанию. К концу преддошкольного периода дети общаются между собой и окружающими, используя структуру простого распространенного предложения, употребляя при этом наиболее простые грамматические категории языка. В три года практически заканчивается анатомическое созревание речевых областей мозга. Ребенок овладевает главными грамматическими формами родного языка, накапливает определенный лексический запас.

В первые годы жизни ребенка ВПФ имеют уникальную возможность развития. Развитие ВПФ идет асинхронно и параллельно, оптимальный уровень их развития достигается в разном возрасте. Например:

- кинестетический праксис (повтор позы по зрительному образцу «Делай как я») – 4 -5 лет;

- тактильные функции (назвать фигуру, нарисованную на теле) – 4-5 лет;
- зрительный гнозис (найди разницу в рисунках, дорисуй изображение) – 4-5 лет;
- фонематический слух развивается к 5 годам;
- оптимальный объем зрительной и слуховой памяти формируется к 5-6 годам,
- понимание серии сюжетных картинок – 6-7 лет;
- кинетический (динамический) праксис (повтор движений по образцу «Делай, как я») – 7-8 лет;
- избирательность памяти – к 7 – 8 годам;
- пространственный праксис (зеркальное отображение движений «То, что я делаю правой рукой, ты будешь делать тоже правой рукой») – 8-9 лет;
- метрическая и оптико-пространственная деятельность (измерение линейкой, конструирование) – 8-9 лет;
- самостоятельное речевое высказывание в 8 – 9 лет.

Все вышеперечисленные функции служат опорой для таких комплексных психических функций, как письмо, решение смысловых задач, сочинение и т.п. К моменту поступления в школу ребенок должен иметь определённый уровень развития ВПФ: памяти, внимания, мышления, восприятия, воображения, и, в том числе, достаточный уровень развития устной речи.

В норме у ребенка семи лет развиты [5]:

1. сенсорные функции и психомоторика (зрительное и слуховое восприятие, зрительные и слуховые дифференцировки, пространственные представления, кинетическая и кинестетическая организация движений, конструктивный праксис, условно-двигательные реакции и графоизобразительные способности);
2. межанализаторные взаимодействия, сукцессивные функции (слухо-двигательные, зрительно-двигательные, слухо-зрительные связи), способность запоминать пространственную и временную последовательность стимулов, действий или символов;
3. психические функции (зрительное и слуховое внимание, память), интеллектуальная деятельность (мыслительные операции: сравнение, сериация, сопоставление, классификация, символизация, анализ и синтез, абстрагирование и обобщение; формирование навыков планирования деятельности, самоконтроль, мотивация к учебе);
4. речь и навык произвольного анализа и синтеза языковых единиц (правильное произношение, владение звуко-буквенным анализом, связная монологическая речь, способность к суждениям, к умозаключениям, к совершенствованию лексико-грамматического и фонетического оформления речи).

Кроме развитого анатомического строения, у мозга ребёнка должны быть сформированы нейрофизиологические, нейрохимические и др. системы. Таким образом, не достаточно иметь сеть нейронов, мозг должен быть достаточно зрел для полноценного функционирования [3].

Е.А. Янушко впервые все причины речевых нарушений делит на внешние и внутренние, особо подчеркнув их тесное взаимодействие. Он также выделил органические (анатомо-физиологические, морфологические), функциональные, социально - психологические и психоневрологические причины [42]. Понимание

этимологии расстройств речи у детей впервые было обосновано в трудах М. Е. Хватцева, который использовал диалектический подход к оценке причинно-следственных связей в патологии речи. Было доказано, что необходимо не только выделять органические (центральные и периферические), а также функциональные причины речевых расстройств, но и представлять себе механизм речевых нарушений под влиянием тех или иных неблагоприятных воздействий на организм ребенка 1,5-3 лет.

Факторы риска. Впервые в научной литературе это понятие появилось в середине 20 века, и обозначало разные условия внешней сферы (биологические и социальные) и индивидуальной реактивности организма, в большей или меньшей степени способствующие развитию тех или иных патологических состояний[16]. Таким образом, различные факторы риска наиболее тесно связаны с определенными аспектами в развитии речи ребенка возрастом до трех лет.

Биологические факторы риска - это различные патогенные факторы внутриутробного развития и родов, в том числе мозговые инфекции и травмы, перенесенные после рождения, семейная отягощенность речевыми нарушениями. Влияние биологических факторов у новорожденных может проявляться в нарушениях слуха, зрения, дыхательной системы и артикуляционного аппарата.

Наиболее грубые нарушения речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 недель до 4 месяцев. Возникновению речевых нарушений способствуют: токсикоз при беременности, вирусные и эндокринные заболевания, травмы, несовместимость крови по резус-фактору и др. При этом поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к специфическим нарушениям звуко-произносительной стороны речи в сочетании с нарушениями слуха. При внутриутробных поражениях головного мозга отмечаются наиболее тяжелые речевые нарушения сочетающиеся, как правило, с другими полиморфными дефектами развития (слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта). Нарушения речи так же возникают при различных заболеваниях в первые годы жизни ребенка. В зависимости от времени воздействия и локализации повреждения мозга возникают речевые нарушения различного типа. Особенно пагубными для развития речи являются частые инфекционно-вирусные заболевания, менинго-энцефалиты и ранние желудочно-кишечные расстройства.

Работа с детьми, имеющие фактор риска речевых нарушений, строится исходя из сущности патологии центральной нервной системы.

Еще один биологический фактор риска – семейная предрасположенность к речевым патологиям. Однако такая предрасположенность не всегда приводит к нарушениям речи у ребенка: на фоне полного здоровья нарушения чаще всего не возникают. Однако в случае, если на фоне наследственной речевой патологии у ребенка есть нарушения ЦНС, риск возникновения речевых дефектов значительно увеличивается, и для предупреждения необходимо тщательное наблюдение врача, в т.ч. логопеда. Должен проводиться логопедический

патронаж, который учитывает данные психофизического и речевого развития ребенка. Если в ходе наблюдения обнаруживаются малейшие признаки отклонений от нормы в доречевых реакциях (крик, гуление, лепет) или в речевом онтогенезе, необходимо уже в раннем возрасте оказывать ребенку логопедическую помощь. Родителям необходимо соблюдать все рекомендации логопеда, изучить и применять правила речевого общения с ребенком младшего дошкольного возраста.

Социально-психологические факторы риска развития речевой патологии в последние годы привлекают большое внимание исследователей, в особенности вопросы психической депривации детей. Депривация – это недостаток в удовлетворении основных потребностей ребенка младшего возраста, таких как сенсорная и эмоциональная потребность. Депривация во всех своих видах и проявлениях в той или иной мере оказывает влияние на развитие речи у ребенка. Например, слишком раннее отделение ребенка от матери может стать причиной серьезных нарушений деятельности головного мозга, что приводит к эмоциональной неустойчивости, нарушениям поведения, которые также часто сопровождаются речевыми расстройствами. Кроме того, после 1,5-2 лет к вышеперечисленному добавляются такие воздействия, как наказания дома и в детском саду, испуг, различные страхи, связанные с незнакомыми людьми и т.д. Все это оказывает влияние на состояние нервной системы ребенка. Также для состояния нервно-психического здоровья ребенка и его нормального развития важны межличностные отношения в семье. Характерологические особенности матери (тревожность, мнительность, инфантильность, импульсивность, эмоциональная холодность); неприятие со стороны матери (или других близких людей); неполная семья; конфликтные взаимоотношения в семье, изменения в структуре семьи (смерть, болезнь, развод, и т.д.); воспитание в двух домах; резкая смена жизненного стереотипа и типа воспитания; неадекватный тип воспитания («кумир», гиперопека, гипоопека, несогласованность в воспитательных позициях родителей).

Социальные факторы. К социальным относится такая причина, как снижение уровня языковой культуры общества в целом. Ребенок, уже с раннего возраста слыша от родителей, воспитателей в детском саду, сверстников и т.д. неверно оформленную речь, начинает неосознанно подражать ей. Так, неправильное речевое окружение и воспитание может стать причиной дефектов речи по типу искажения у ребенка. В таком случае ребенок 1,5-3 лет не может воспринимать нормы родного языка, артикуляционную базу звуков, что приводит к их неправильному или неточному восприятию и впоследствии воспроизведению. Это называется дефектами звукопроизношения. Те нарушения звуковой культуры речи, которые возникли еще в раннем возрасте, ведут за собой в дальнейшем вторичные речевые нарушения, среди которых выделяют недоразвитие фонематического слуха, задержанное формирование навыков звукового, слогового и буквенного анализа слов, обеднение словаря ребенка, нарушение грамматического строя родной речи. Все речевые нарушения, так или иначе, сказываются на деятельности и поведении ребенка, именно поэтому

родители и педагоги должны уделять особое внимание чистоте и правильности речи детей.

Учет закономерностей действия факторов риска позволяет целенаправленно проводить профилактическую и коррекционно-педагогическую работу с детьми дошкольного возраста.

Согласно психолого-педагогической классификации речевых нарушений, разработанной Р. Е. Левиной (1967), тяжелые речевые нарушения делятся на две группы.

К первой группе относятся следующие нарушения: фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН); общее недоразвитие речи (ОНР).

Ко второй группе относится заикание, при котором основой дефекта является нарушение коммуникативной функции речи при сохранении языковых средств общения.

Тяжелые нарушения речи – это целый ряд отклонений, которые влияют на речевую способность ребенка и могут спровоцировать психические нарушения при нормальной мозговой деятельности.

Детям с ТНР присваивается статус «дети с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ), так как они нуждаются в специальных коррекционно-педагогических условиях и комплексном лечении, которое включает прием медикаментов и занятия с логопедом. Такой подход обусловлен, прежде всего, тем, что речевой дефект, каков бы он ни был по степени выраженности, никогда не существует сам по себе (Л. С. Выготский), а сопровождается различными нарушениями здоровья, вызванными также поражением центральной нервной системы.

В качестве примера приведем результаты ежегодного мониторинга здоровья воспитанников МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида" (рис. 2).

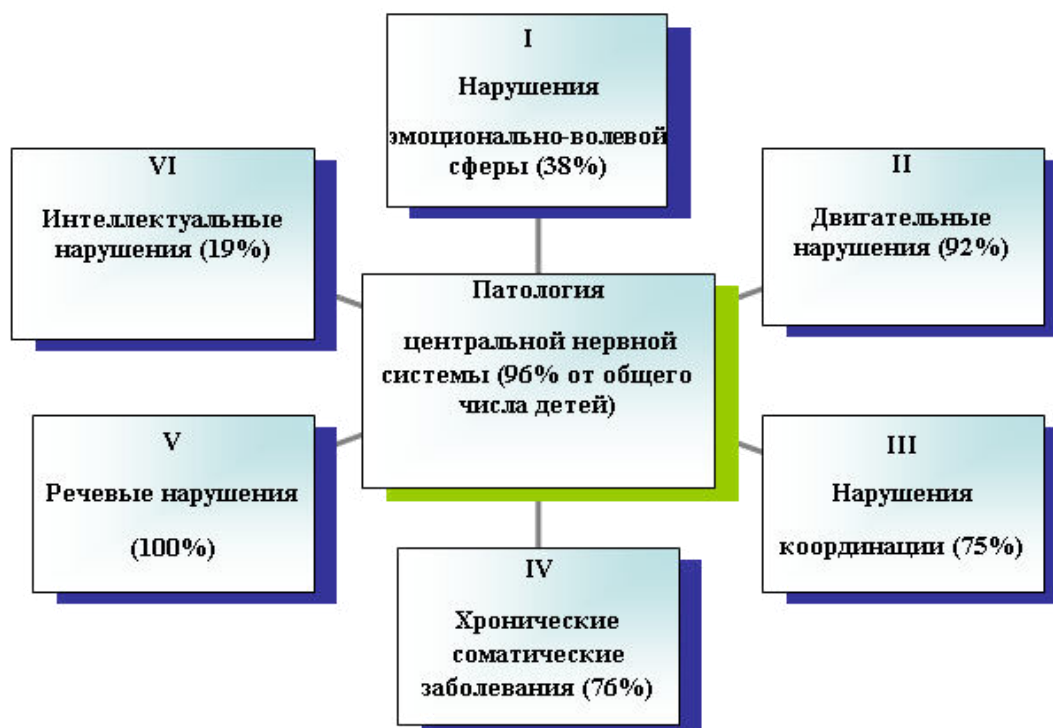


Рисунок 2 - Структура нарушений здоровья детей с ОВЗ в МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида"

Таким образом, для детей с ОВЗ характерны следующие нарушения здоровья, которые необходимо учитывать

I. *Нарушения эмоционально-волевой сферы*, связанные с нарушением регуляции процессов возбуждения и торможения в ЦНС, что проявляется в гиперактивности, тревожности, плаксивости, нарушениях сна, агрессивности, трудностях адаптации.

II. *Двигательные нарушения*, связанные с поражением двигательного нейрона, проявляющиеся в отставании формирования двигательных умений и навыков физического и речевого развития (гипотония, дизартрия, нарушение осанки, плоскостопие и др.).

III. *Нарушения координации*, связанные с поражением экстрапирамидной системы, проявляющиеся в отсутствии точности и плавности движений, плохой координации сложных движений, снижении скорости и ловкости их выполнения (дистонии, тремор, тики и гиперкинезы).

IV. *Хронические соматические заболевания, которые ослабляют центральную нервную систему*: заболевания дыхательной системы, ЛОР-органов, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, опорно-двигательного аппарата, аллергические заболевания, заболевания органов зрения.

V. *Речевые нарушения*, связанные с поражением корковых структур головного мозга, проявляющиеся в нарушении или отставании от нормы формирования основных компонентов речевой системы: лексики, грамматики, фонетики (задержка речевого развития, общее недоразвитие речи, дизартрия, недоразвитие фонематического слуха).

[Введите текст]

VI. *Интеллектуальные нарушения*, причиной которых является органическое поражение центральной нервной системы, проявляющиеся в отставании развития познавательной сферы (восприятия, внимания, памяти, мышления, воображения).

Ребёнок с ОВЗ имеет определенные психофизиологические особенности, которые проявляются:

- в сниженной работоспособности;
- повышенной истощаемости;
- неустойчивости внимания;
- нарушении восприятия;
- недостаточной продуктивности произвольной памяти;
- нарушении познавательной сферы;
- дефектах звукопроизношения;
- ограниченном словарном запасе;
- сниженном навыке самоконтроля;
- нарушении эмоционально-волевой сферы;
- ограниченном запасе общих сведений и представлений.

Причинами этих особенностей могут являться как отдельные вышеперечисленные заболевания, так и комплексные нарушения здоровья.

Таким образом, при организации сопровождения развития детей с ОВЗ необходимо диагностическое исследование, позволяющее более точно определить структуру и степень сложности речевого дефекта.

1.1.2 Нейро-психологический метод диагностики развития нервной системы

Оценить системно-динамические изменения нервной системы у ребенка с ТНР, которые сопровождают его психическое развитие, позволяет нейро-психологический метод диагностики.

Нейро-психологический метод решает дифференциально-диагностическую задачу, в результате обследования выявляются базисные патогенные факторы, а не актуальный уровень знаний и умений. Например, «двойка по русскому» может быть у ребенка по разным причинам: педагогическая запущенность, пропуски по болезни, отсутствие мотивации к обучению, низкий уровень фонематического слуха, зрительной памяти, умственная отсталость, задержка психического развития, остаточные проявления тяжелого нарушения речи и т.д. В комплексном обследовании такого ребенка должны принимать участие специалисты разного профиля: психиатр, невролог, сурдолог, окулист, педиатр, психолог и др.

В диагностике учитываются:

1. конституциональные особенности детей:
 - особенности развития органов слуха, зрения и состояния речевого аппарата: зубов, челюстей, врожденных дефектов строения неба и языка;

- доминирование левого или правого полушария, левополушарные дети склонны к рассудочной деятельности, а правополушарные - к творческой;
- преобладание тонуса симпатической или парасимпатической нервной системы, дети с преобладанием тонуса симпатической нервной системы общительны, активны, деятельны, дети с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы – малоподвижны, пассивны, замкнуты;
- темперамент: холерики целеустремлены, бесстрашны, склонны к травмам; флегматики – тугодумы, молчаливы, замкнуты, осторожны; сангвиники – легко переключаются, снижен инстинкт самосохранения;
- ведущие каналы получения информации: визуальный, аудиальный, кинестетический;

2. возрастные психоневрологические особенности детей с ТНР:

- с 3 до 7 лет – выраженная моторная неловкость, трудности в рисовании и письме, нарушение концентрации внимания и восприятия, задержка формирования высших психических функций и речи;
- старше 7 лет – трудности в усвоении навыков письма, чтения, счета, задержка речевого развития, утомляемость, снижение работоспособности, снижение произвольной регуляции.

Если педагог или родители заметили у младшего школьника нарушения устной и письменной речи, которые задерживают формирование учебных навыков, не позволяют успешно осваивать школьную программу, целесообразно провести диагностическое обследование.

Диагностика включает различные методы.

1. Анкетирование родителей для выявления возможных причин речевых нарушений и педагогов для подробного описания проявлений нарушений устной и письменной речи. Материалы анкет ложатся в основу характеристики, которая входит в перечень обязательных документов, необходимых при подготовке ребёнка к ПМПК (Приложение 1).

2. Нейропсихологическая диагностика.

Неуспешность в освоении программного материала обучающимся может быть вызвана различными причинами: от педагогической запущенности до психофизиологических нарушений организма.

Нейропсихологическое обследование позволяет установить базовый, первичный дефект, препятствующий полноценной адаптации ребёнка, который выявляется не за счет определения актуального уровня знаний и умений обучающегося, а на основе определения факторов, вызывающих этот дефект. При наличии дефекта с помощью нейропсихологического анализа важно определить синдромы, проявляющиеся при поражении центральной нервной системы:

1. гипертензионно-гидроцефальный синдром – синдром повышенного внутричерепного давления, проявляющийся в нарушении умственной работоспособности и произвольной деятельности;
2. церебрастенический синдром проявляется в виде повышенной нервно-психической истощаемости и эмоциональной неустойчивости;

3. синдромы двигательных расстройств проявляются в изменении мышечного тонуса в виде геми- и монопарезов, парезов мышц языка либо его тремора, насильственных движений, спастического напряжения отдельных мышц;

4. синдром минимальной мозговой дисфункции, признаками которой являются повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, легкие очаговые неврологические симптомы, сенсомоторные и речевые нарушения, расстройство восприятия, трудности поведения, недостаточная сформированность навыков интеллектуальной деятельности, трудности обучения.

Эти синдромы свидетельствуют о предпатологическом состоянии подкорковых образований мозга, что чаще всего программируется на генетическом уровне как отражение базального, произвольного уровня саморегуляции. К концу первого года жизни подкорковые структуры мозга достигают своего «взрослого» уровня и определяют весь последующий путь развития высших психических функций (ВПФ). Поэтому неврологические дефекты проявляются помимо воли и желания ребёнка.

Такой ребенок нуждается не только в специальной коррекционной работе, но и в медицинском сопровождении, основанном на нейропсихологическом анализе дефектов.

Методика, предложенная нейропсихологом Анной Владимировной Семенович, включает обследование таких двигательных функций, как кинестетический праксис, кинетический праксис, пространственный праксис [5, 11].

Причины и механизмы имеющихся нарушений у ребенка, выявленные в ходе диагностики, определяют содержание адаптированной общеобразовательной программы (далее АООП) (Таблица 1).

Таблица 1 - Варианты АООП для различных категорий детей с ОВЗ

Категория детей с ОВЗ	Варианты программ ФГОС НОО ОВЗ и ФГОС О УО			
	Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4
Глухие	1.1	1.2	1.3	1.4
Слабослышащие	2.1	2.2	2.3	-
Слепые	3.1	3.2	3.3	3.4
Слабовидящие	4.1	4.2	4.3	-
Тяжелые нарушения речи (ТНР)	5.1	5.2	-	-
Нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА)	6.1	6.2	6.3	6.4
Задержка психического развития (ЗПР)	7.1	7.2	-	-

Расстройство аутистического спектра (РАС)	8.1	8.2	8.3	8.4
Умственная отсталость (интеллектуальные нарушения) УО (ИН)	Пр. №1599, вар.1 Пр. № 1599, вар.2			

В МБОУ СОШ № 40 разработана АООП для детей с ТНР (вариант 5.1.). Одной из целей АООП является коррекция речевых нарушений.

Успех коррекционной работы зависит не только от знаний психофизиологических особенностей ребёнка, но и от времени начала коррекции. Например, письменная речь у младших школьников находится в стадии формирования и полностью формируется только к 9-10 годам. И те усилия, которые непременно увенчаются успехом в 5 – 7 лет, в 9 лет дадут сомнительный результат, а в 12 – могут попросту уйти в песок.

1.2. Особенности нарушений устной и письменной речи у обучающихся начальных классов, имеющих тяжелые нарушения речи

В школу дети могут приходить с разнообразными нарушениями устной речи:

- фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН),
- общее недоразвитие речи (ОНР),
- нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата (дизартрия),
- искажение произношения звуков, вызванное дефектами строения и речевого аппарата (ринолалия),
- заикание - нарушение темпа, ритма и плавности устной речи.

У младших школьников к перечисленным нарушениям могут присоединиться нарушения письменной речи (дислексия и дисграфия).

1.2.1. Дислексия

Дислексия – это расстройство процесса овладения чтением, проявляющееся в многочисленных повторяющихся ошибках стойкого характера, обусловленное несформированностью психических функций, участвующих в процессе чтения. Лев Семёнович Выготский определял чтение как «...сложный процесс, в котором непосредственное участие принимают высшие психические функции в части мышления... Процесс чтения требует интеллектуальной деятельности, оно более интеллектуально, сознательно, произвольно, чем понимание устной речи». Чтение – это сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой.

Процесс чтения состоит из следующих операций:

- зрительное восприятие,
- различение и узнавание букв,
- соотнесение букв с соответствующими звуками,

- воспроизведение звукопроизносительного образа слова, его прочитывание,
- понимание читаемого.

Основными условиями успешного овладения навыком чтения являются сформированность устной речи:

- фонетико-фонематической ее стороны (произношения, слуховой дифференциации фонем, фонематический анализ и синтез),
- звуко-слогового анализа и синтеза,
- лексико-грамматического строя,
- достаточное развитие пространственных представлений,
- зрительного восприятия, внимания и памяти.

В основном дислексия вызывается недоразвитием языковых обобщений (фонематических, морфологических, синтаксических). В качестве механизмов дислексии можно рассматривать и нарушение фонематического восприятия (дифференциации фонем), фонематического анализа и синтеза, несформированность лексико-грамматического строя речи.

Обычно дислексию делят на следующие виды:

- оптическая дислексия;
- фонематическая дислексия;
- аграмматическая дислексия;
- мнестическая дислексия;
- семантическая дислексия.

Оптическая дислексия проявляется в трудностях усвоения букв вследствие нечёткости их восприятия, неустойчивости представлений о зрительных образах букв. Дети плохо усваивают отдельные элементы букв и буквы в целом. Не устанавливают связь между зрительным образом буквы и звуком, смешивают буквы, сходные по начертанию.

Фонематическая дислексия. Дети не могут научиться читать в течение 2-4 лет. Они с трудом усваивают отдельные буквы, но не могут сливать их в слоги. Нарушенная связь между звуком и буквой обусловлена неразвитым фонематическим слухом. Звуки речи воспринимаются не стойко, не четко. Они с трудом различают оппозиционные фонемы, буквы, обозначающие их, усваиваются с трудом.

Формы фонематической дислексии:

- нарушение чтения, связанное с недоразвитием фонематического восприятия (дифференциация фонем), которое проявляется в трудностях усвоения букв, а также в заменах звуков, сходных акустически и артикуляторно (б-п, д-т, с-ш, ж-ш ...);
- нарушение чтения, обусловленное недоразвитием функции фонематического анализа. Ошибки: побуквенное чтение, искажение звуко-слоговой структуры слова (пропуски, добавления, перестановки звуков, слогов).

Аграмматическая дислексия обусловлена недоразвитием грамматического строя речи, морфологических и синтаксических обобщений. Здесь отмечается:

- изменение падежных окончаний, рода и числа существительных;

- неправильное согласование в роде, числе и падеже существительных с прилагательными;
- искажение и замены определённых морфем слова в процессе чтения.

Мнестическая дислексия проявляется в трудностях усвоения всех букв, в их недифференцированных заменах. Обусловлена нарушением процесса установления связи между звуком и буквой, нарушением речевой памяти. (возникает при афазии)

Семантическая дислексия - нарушение понимания прочитанных слов, предложений, текстов при технически правильном чтении. Трудности звуко-слогового синтеза и нечеткость представлений о синтаксических связях внутри предложения.

При дислексии наблюдаются следующие группы ошибок:

- замены и смешения звуков при чтении, чаще всего фонетически близких звуков (звонких и глухих, аффрикат и звуков, входящих в их состав, и др.), а также замены графически сходных букв (Х — Ж, П — Н, З — В и др.);
- побуквенное чтение — нарушение слияния звуков в слоги и слова, буквы называются поочередно, «бухштабируются» (р, а, м, а);
- искажения звукослоговой структуры слова, которые проявляются в пропусках согласных при стечении, согласных и гласных при отсутствии стечения, добавлениях, перестановках звуков, пропусках, перестановках слогов и др.;
- нарушения понимания прочитанного, которые проявляются на уровне отдельного слова, предложения и текста, когда в процессе чтения не наблюдается расстройства технической стороны;
- аграмматизм при чтении. Он проявляется на аналитико-синтетической и синтетической ступени овладения навыком чтения. Отмечаются нарушения падежных окончаний, согласования существительного и прилагательного, окончаний глаголов и др.

Могут быть нарушения устной речи: нарушения звукопроизношения, связной речи, бедность словаря, неточность употребления слов, неправильное оформление речи.

В легких случаях ребенок может поступить в школу без проявлений нарушения устной речи, а нарушения письменной речи появляются в процессе научения чтению и письму. В трудных случаях прежде всего оказывается нарушенной устная речь, а нарушения чтения и письма выявляются позднее.

Симптоматика и течение дислексии во многом зависит от её вида, степени выраженности, а также от этапа овладения чтением. Чем позже обнаруживается дислексия, тем сложнее коррекционная работа.

Схема обследования детей с расстройствами чтения приведена в Приложении 2.

1.2.2. Дисграфия

Нарушения чтения часто лежат в основе нарушений письма.

Дисграфия – это нарушение письма, характеризующееся систематически повторяющимися фонетическими ошибками, неверным написанием похожих букв. Ошибки постоянные, типичные, не зависящие от знания правил русского языка.

Письмо представляет собой сложную форму речевой деятельности, многоуровневый процесс. В нем принимают участие различные анализаторы: речеслуховой, речедвигательный, общедвигательный. Между ними в процессе письма устанавливается тесная связь и взаимообусловленность. Письмо тесно связано с процессом устной речи и осуществляется только на основе достаточно высокого уровня её развития. Процесс письма осуществляется автоматизировано и протекает под двойным контролем: кинестетическим и зрительным.

Вслед за Е.А. Логиновой [4], опирающейся на труды Л. С. Выготского, А. Р. Лурии, Л. С. Цветковой и других ученых, мы выделяем основные и взаимосвязанные уровни предпосылки формирования навыка письма у детей.

1. Нейрофизиологический уровень овладения письмом: функциональная зрелость анализаторных систем мозга, их готовность к взаимодействию в восприятии, перекодировании сенсорной информации из одной модальности в другую (звук-образ-буква- кинема), сформированность зрительного слухового восприятия, моторных функций, межсенсорного взаимодействия.

2. Психологический уровень овладения письмом: зрелость психических функций и процессов (мышления, памяти, внимания, мотивации, произвольной саморегуляции) и т.д.

3. Достаточный уровень развития речи: нормативное произношение всех звуков речи родного языка; развитое фонематическое восприятие, владение звуковым анализом и синтезом; сформированность зрительного контроля и зрительно-пространственного восприятия; лингвистическая готовность ребенка к овладению новым видом речевой деятельности; хорошо развитая устная речь. Предпосылки письма формируются к 6-7 г.

Письмо начинается с побуждения, мотива, задачи. Человек мысленно составляет план письменного высказывания. Начальная мысль соотносится со структурой предложения. Каждое предложение разбивается на составляющие его слова. Так на письме обозначаются границы каждого слова. Чтобы правильно написать слово, необходимо определить его звуковую структуру, последовательность, и место каждого звука.

Звуковой анализ осуществляется совместной деятельностью речеслухового и речедвигательного анализаторов. Помогает в этом проговаривание: громкое шёпотное или внутреннее.

Следующая операция – соотнесение выделенной из слова фонемы с определенным зрительным образом буквы. Для этого необходим достаточный уровень сформированности зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений.

Затем следует моторная операция процесса письма – воспроизведение с помощью движения руки зрительного образа буквы под кинестетическим контролем, зрительным контролем, чтением написанного.

[Введите текст]

В норме для более легкого овладения письмом необходима развитая устная речь. Дисграфия возникает при недостаточном уровне развития устной речи. Может сочетаться с дислексией.

Проявления дисграфии:

- пропускаются буквы и даже слоги в словах;
- смешиваются близкие по звучанию звуки (ж-ш, д-т, ц-т, ц-с и т.д);
- заменяются похожие по написанию ш-щ, в-д, м-л;
- «зеркальное» написание букв;
- срачиваются ближайшие слова и предложения;
- нарушается грамматическое согласование слов, неправильно строится речь;
- почерк неразборчивый, путает прописные и печатные буквы, пропускает знаки препинания.

Диагноз дисграфия можно поставить во втором полугодии 2 класса.

Виды дисграфии:

Акустическая. Обусловлена фонетико-фонематическим недоразвитием. Проявляется в заменах букв, близких по звучанию (свистящие – шипящие, звонкие-глухие, твердые-мягкие, аффрикаты и их компоненты).

Оптическая. Связана с недоразвитием зрительного восприятия, расстройствами пространственной ориентации и временных представлений. Проявляется в заменах и искажениях букв на письме (заменяются графически сходные буквы (в-д, т-ш, и – ш, п-т), зеркальное написание букв и т.д.

Аграмматическая. Связана с недоразвитием грамматического строя речи. Проявляется в ошибках на письме на уровне слова, словосочетания, предложения и текста (искажение морфологической структуры слова, нарушение падежных окончаний, предложных конструкций, числа существительных, нарушение согласования слов в предложении).

Артикуляторно-акустическая – отражение неправильного произношения на письме (как говорит, так и пишет).

Эти нарушения письменной речи не дают ребёнку полноценно осваивать основную общеобразовательную программу начального общего образования.

Для того, чтобы вовремя обнаружить эти нарушения, мы можем предложить экспресс-диагностику дисграфии, составленную учителем-логопедом МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида" Стрижнёвой Г.А. [11] (Приложение 3).

1.3. Преемственность целевых ориентиров ФГОС дошкольного образования и планируемых результатов освоения обучающимися основной образовательной программы (ООП) начального общего образования

Преемственность дошкольного и начального школьного образования прослеживается во взаимосвязи содержания и результатов освоения дошкольных и школьных образовательных программ.

Требования к результатам освоения ООП	
согласно ФГОС ДОО	согласно ФГОС НОО

[Введите текст]

представлены в виде целевых ориентиров дошкольного образования	представлены в виде планируемых результатов (личностных, метапредметных и предметных)
--	---

Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования поставил на первое место в качестве главных результатов образования не предметные, а личностные и метапредметные - универсальные учебные действия. Универсальные учебные действия (УУД) – это действия, обеспечивающие овладение ключевыми компетенциями, составляющими основу умения учиться.

Выделяют следующие виды универсальных учебных действий (УУД):

Психологическая терминология		Педагогическая терминология	Язык ребёнка
Личностные УУД		Нравственное развитие и формирование познавательного интереса	«Я сам»
Метапредметные УУД	Регулятивные УУД	Самообразование и самоорганизация	«Я могу»
	Познавательные УУД	Формирование информационной исследовательской культуры школьников	«Я учусь»
	Коммуникативные УУД	Формирование культуры общения школьников	«Мы вместе»

Успехи современного школьного обучения в немалой степени зависят от уровня подготовленности ребенка в дошкольные годы, в том числе от формирования предпосылок УУД.

Предпосылками для формирования универсальных учебных действий являются целевые ориентиры дошкольного образования.

Конкретные целевые ориентиры, обозначенные в ФГОС дошкольного образования, по содержанию можно объединить в группы, которые напрямую соотносятся с группами универсальных учебных действий.

ГРУППА УУД	ЦЕЛЕВЫЕ ОРИЕНТИРЫ
личностные	– инициативен, самостоятелен; – уверен в своих силах; – любознателен и т.п.
коммуникативные	– активно взаимодействует со сверстниками; – способен договариваться; – хорошо понимает устную речь и т.п.
регулятивные	– контролирует свои движения и управляет ими; – способен к волевым усилиям; – способен наблюдать, экспериментировать и т.п.
познавательные	– знаком с книжной культурой и детской литературой; – обладает элементарными представлениями из области живой и неживой природы, истории, математики и т.п.

Осуществление преемственности в работе детского сада и школы заключается в том, чтобы, опираясь на целевые ориентиры, развить у дошкольника готовность к восприятию нового образа жизни, нового режима, развить эмоционально-волевые и интеллектуальные способности, которые дадут ему возможность овладеть широкой познавательной программой.

По наблюдениям учителей начальных классов, несмотря на то, что многие первоклассники приходят в школу, умея читать и писать, у них не сформированы предпосылки метапредметных универсальных учебных действий.

В зависимости от типа психофизиологических нарушений младшие школьники могут на занятиях сталкиваться со следующими трудностями (Таблица 2):

Таблица 2 - Взаимосвязь характерных школьных трудностей с типами психофизиологических нарушений младших школьников

	Типы нарушений	Характерные школьные трудности
1	Нарушения пространственного восприятия и пространственных представлений	<ul style="list-style-type: none"> - зеркальность на письме, искажение букв; - трудности ориентировки на тетрадном листе; - нарушение счёта; - трудности понимания логико-грамматических конструкций; - невозможность дифференцирования геометрических фигур; - трудности при соотнесении письменных и печатных букв.
2	Нарушение акустического анализа речи	<ul style="list-style-type: none"> - невозможность сложить звуки в слоги и в слова - трудности постановки ударения - ошибки в окончаниях - слитное написание слов - пропуски, замены при чтении и на письме
3	Снижение памяти	- неспецифически проявляется во всех видах учебной деятельности (воспроизведение текста, запоминание правил, умножение и деление, удержание условий задачи)
4	Нарушение функций программирования и контроля	- затруднено практическое применение теоретических знаний (невозможность использования правил, планирование хода решения задач и др.)
5	Нарушение зрительно-моторных координаций	<ul style="list-style-type: none"> - нарушение подчерка, рисунка; - трудности выполнения графических работ.
6	Нарушение всех видов моторики (в том числе речи)	- трудности в написании слов со стечением согласных, неправильное написание букв, близких по артикуляции, пропуски, замены букв.

[Введите текст]

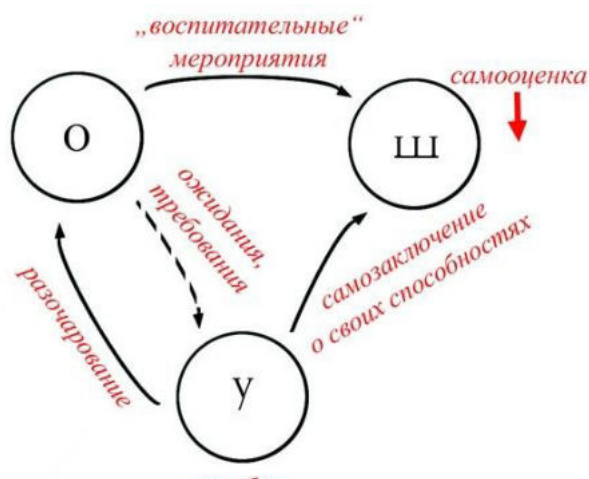
1.4. Особенности формирования универсальных учебных действий у детей с ОВЗ

Неудачи, связанные с несформированностью метапредметных универсальных учебных действий (далее УУД) и невозможностью успешно применять их на уроках, накапливаются и постепенно негативно влияют на развитие личностных качеств ребенка.

Психолог Гончарова Виктория в статье «4 стадии развития нарушений учебных навыков» [2] описывает исследование немецких учёных Бетца и Бройнингера, которые в 80-х годах прошлого века разработали модель негативного и позитивного обучения в школе

Ученые выделяют 4 стадии дезадаптации, которые проходит ребенок с нарушениями учебных навыков, за школьной партой.

1 стадия «Дезадаптация начинает действовать»



О- окружение ребенка
Ш- школьник (в частности не личности школьника, а его самооценки)
У - это успеваемость ребенка

Что происходит?

Дети с нарушениями замечают, что другие ребята быстрее читают, лучше передают текст, больше понимают. Они прикладывают усилия, но не получают того же результата. В эти моменты снижается самооценка, появляются первые ошибки. Ребенок начинает думать и пытается найти первые заключения о своих способностях.

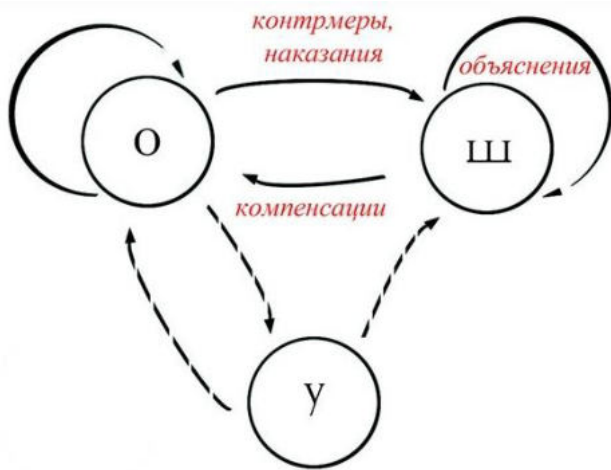
Это внутренний психический круг, который отвечает за внутренний мир ребенка. Но эти ошибки влияют и на людей, окружающих ребенка, у них появляется

разочарование.

Как действует окружение?

Применяет воспитательные меры (пока ты не сделаешь уроки, ты не пойдешь гулять, давай еще раз повторим, давай еще раз сделаем и т.д.). Ребенок переходит во вторую стадию дезадаптации.

2 стадия «Период компенсаций»



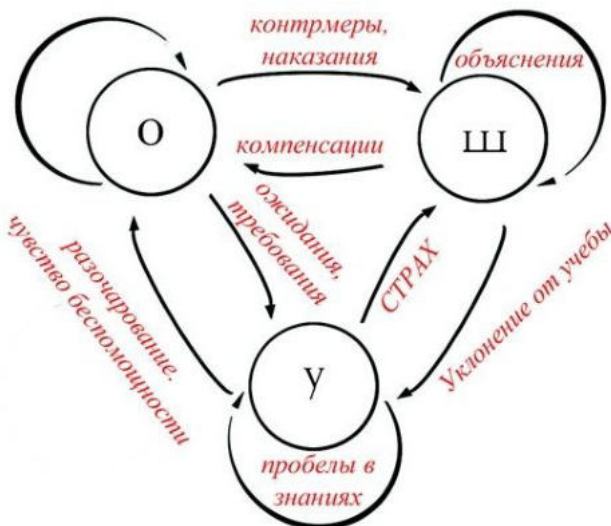
Что происходит?

Окружение начинает контактировать между собой: родители обращаются в школу и наоборот. Все ищут причины, проблемы, действия. Ребенок тоже ищет объяснения: что со мной не так? И радуется, когда ставят диагноз, что у него просто болезнь. Болезнь = освобождение! Но самооценка ребенка продолжает падать, появляются первые защитные реакции. Ребенок пытается привлечь к себе внимание за счет

поведенческих компенсаций: уходит в себя, перестаёт разговаривать в школе или дома, становится агрессивным. На этой стадии успеваемость уходит на задний план.

После этого мы идем, конечно, в третью стадию, поскольку здесь успеваемость не играет роли и нарушение развивается дальше.

3 стадия «Нарушения навыков обучения переходит в неуспеваемость»



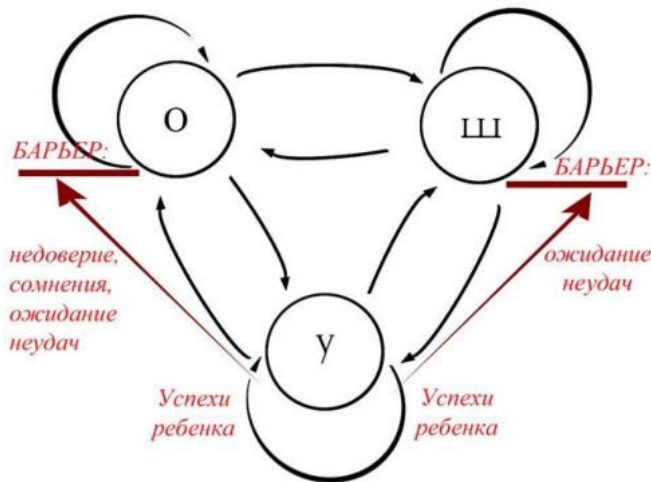
Что происходит?

Школьник пытается найти объяснение для своих школьных неудач. Речь идет уже о пробелах в знаниях, это становится заметным для окружения. Ребенок компенсирует самоуважение за счет своего поведения, окружение реагирует своими контрмерами. Это критический момент! У ребёнка появляется страх перед школой, страх рассказать дома, что он получил плохую оценку, страх рассказать, что не понял чего-то и т. д. Защитная реакция

ребенка – это уклонение от учебы, прогуливание либо отпрашивание из школы, частые болезни и т. д.

Что же происходит между окружением и успеваемостью: разочарование остается и появляется чувство беспомощности, как у педагогов, так и у родителей.

4 стадия «Неуспеваемость становится установкой»



Что происходит?

Все проявления остаются на месте, с неуспеваемостью и нарушением учебных навыков все свыклись и приняли. У ребенка развивается ожидание неудач: зачем прикладывать усилия, если все равно это не смогу сделать. Опасность этой стадии в том, что неудачи из школы переносятся на увлечения ребенка, на отношения с другими. Ребенок постоянно ожидает неудачи. Окружение тоже защищает

себя от разочарования, беспомощности, появляется недоверие к ребенку. Считается, что на четвертой стадии ребёнок не подлежит «исправлению». Это ожидание неудачи пожизненно будет сопровождать ребёнка в той или иной сфере жизни.

Что дальше?

Из четвертой стадии развивается стабильная негативная структура обучения. Школьник и его окружение находятся во враждебном климате. Компенсации, контроль, давление остаются. Успеваемость снижается, неудачи в учебе у ребенка вызывают страхи. Опасность состоит в том, что этот страх может генерализоваться и перенестись на остальные сферы жизни. У ребенка появляются блокады.

По поводу успеваемости у окружения ребёнка остаются ожидания, требования, разочарования, беспокойство и появляется страх: у ребенка нет будущего, ребенок не справится, ребенок закончит жизнь под мостом.

Как прервать эту систему?

В крайней ситуации необходимо обращение к психологу, который с помощью специальных приёмов помогает ребёнку избавиться от страха неудач, повысить самооценку, развить самостоятельность, изменить мотивацию на желание снова учиться, как внутреннюю потребность, а не для внешнего окружения: учителей, мамы, папы.

Учителю лучше всего давать задания детям с нарушениями учебных навыков в игровой форме, поскольку это не только профилактика, но и тренировка восприятия, концентрации, развитие речи, коммуникации, пространственное мышление, развитие фантазии, креативности, развитие реакций.

Необходимо помогать детям приобретать новые продуктивные стратегии учебы и для этого необходимо участие, поддержка со стороны родителей.

Тогда формируется позитивная структура обучения (рис. 4).



Рисунок - 4 Позитивная структура обучения (модель по проф. докт. Бетц и докт. Бройнингер)

Для успешного формирования личностных УУД важно развивать у ребенка способность к рефлексии, что способствует самостоятельности, инициативности, ответственности ребенка.

Умение учиться проявляется в способности ученика контролировать свои действия, оценивать полученный им лично результат, определять причину ошибки, что невозможно без наличия рефлексии.

Поэтому особое внимание с точки зрения формирования универсальных учебных действий в ФГОС НОО уделяется рефлексивным умениям. Через рефлекссию происходит осознание приобретаемого умения. Она выступает связующим звеном между концептуальным знанием и личным опытом человека. Для учащегося это качество необходимо для применения общих знаний в конкретных ситуациях своей практической действительности. Без рефлексивной проработки теоретические знания, из которых складываются концептуальные представления, как бы «рассыпаются» в сознании, а это не позволяет им стать непосредственным руководством к действию. Рефлексия позволяет размышлять над ходом и результатом собственной деятельности, что и делает возможным освоение новых знаний и умений. Это относится и к обучению детей с ограниченными возможностями здоровья. [15].

Эксперт по дошкольному образованию, психолог, руководитель блока начальных классов в московской «Новой школе» Сергей Плахотников [9] выделяет 5 основных тем для рефлексии детей 6 – 8 лет: представления о себе, технические решения, риски, правила, отношения. В вебинаре «Становление саморегуляции и произвольности» он приводит вопросы, которые помогут педагогу развивать у ребёнка способность к рефлексии (Приложение 4).

Большую роль в формировании позитивной структуры обучения играет похвала взрослого.

Кэрл Дуэк, профессор Стэнфордского университета, психолог, доктор философии, утверждает, что формулировки похвалы оказывают непосредственное влияние на эффективность обучения [13]. Исследования, проведённые учёным, выделяют два способа оценивания ребенка:

[Введите текст]

1. Похвала за ум, за результат — даёт ученику повод гордиться собой, однако дальше несёт негативные последствия для обучения, так как тормозит мотивацию к развитию, к познавательной деятельности.

2. Похвала за старания, за процесс мотивирует ученика стараться, узнавать ещё больше, трудиться, прилагать усилия, экспериментировать, увлекаться самим процессом обучения, что, в конечном итоге, влияет на академические результаты.

Дуэк говорит, что правильная похвала для того, кто сделал работу отлично, будет выглядеть так:

«Молодец, ты так старался, готовился к этому тесту, и улучшения налицо. Ты несколько раз прочитал, выделил главное, сам себя проверил. И это сработало!» или «Это было трудное задание, но ты приложил усилия, ты не бросил, не сдался, сконцентрировался. Круто!»

А правильная (развивающая) обратная связь для того, кто сделал работу плохо, может звучать так: «Надо постараться. Давай ещё поработаем и выделим, что тебе непонятно».

А вот что можно сказать ученику, который сделал работу на отлично, но вы точно знаете, что без усилий: «Это было слишком легко для тебя. Давай-ка сделаем что-то более сложное, чтобы ты научился чему-то новому».

Кэрол в разных командах исследователей проводила следующие эксперименты. Брала детей из экспериментальной и контрольной группы. До начала эксперимента измеряли у них уровень знаний по математике (рис. 5).

Рисунок 5 - Динамика результатов по математике за 2 года



В течение года детей из экспериментальной группы учителя хвалили за усилия и процесс, а детей из контрольной группы за ум и результат. В конце года сравнивали динамику, и дети, которых хвалили за процесс, однозначно показывали более мощную динамику, чем дети, которых хвалили за результат. Кэрол даже брала в экспериментальную группу детей из маргинальных семей (семьи с низким доходом, национальные меньшинства, эмигранты), а в контрольную группу детей из математического класса, организованного Microsoft. По итогу эксперимента маргинальные дети выдавали академические результаты по математике выше, чем изначально отобранные и одарённые дети из классов Microsoft.

Наш опыт показывает, что для формирования позитивной структуры обучения детей с ОВЗ необходимо создание специальных условий организации психолого-педагогического сопровождения, которые учитывают развитие не только метапредметных, но и личностных УУД, для реализации индивидуального подхода при обучении младших школьников с ТНР.

1.5. Особенности организации индивидуального подхода при обучении младших школьников с ТНР

Сотрудники ФГБНУ ИКП РАО в 2020 г. опубликовали методическое пособие «Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями речи» [10], в котором обозначили ключевые специальные условия организации психолого-педагогического сопровождения, обеспечивающие индивидуальный подход в образовании младших школьников с ТНР.

Опираясь на данное методическое пособие, коллектив МБОУ «СОШ № 40» обеспечил следующие условия для сопровождения обучающихся с ТНР:

- С целью своевременного выявления и коррекции выявленных речевых нарушений проводится логопедическая диагностика, на основании которой разрабатывается коррекционный раздел адаптированной образовательной программы. На базе МБОУ «СОШ № 40» обучение детей с ТНР осуществляется в условиях инклюзии по АООП (вариант 5.1.), коррекционный раздел которой разработан учителями-логопедами МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида".
- В соответствии с содержанием коррекционной работы планируются и проводятся индивидуальные и групповые/подгрупповые логопедические занятия специалистами детского сада.
- При проведении специальных логопедических занятий, а также при изучении общеобразовательных дисциплин реализуются индивидуальный и дифференцированный подходы.
- Для отбора и реализации оптимальных путей формирования полноценной речевой деятельности и развития коммуникативных навыков обучающихся содержание программ всех предметных областей (при необходимости)

[Введите текст]

адаптируется для детей с ТНР с учетом специфики речевых нарушений. Обеспечение гибкого варьирования процесса обучения достигается путем сокращения/расширения содержания отдельных предметных областей, изменения количества учебных часов и т.д. для обеспечения успешности образовательного процесса.

- Применяются специфические принципы, методы, приемы и средства обучения, дидактические пособия, материализованные опоры, обеспечивающие реализацию «обходных путей» коррекционного воздействия на речевые процессы.
- Отслеживается динамика (мониторинг) результативности образования и коррекционной работы с ребенком с целью внесения изменений в индивидуальную рабочую программу.
- Создаются условия для социальной адаптации детей, предупреждения дезадаптивного поведения через максимальное расширение числа социальных контактов ребенка, формирование мотивации к общению, обучение умению выбирать и применять адекватные коммуникативные стратегии и тактики.
- Обеспечивается комплексный подход к образовательно-коррекционной работе с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи, предполагающий тесное взаимодействие специалистов различных профилей: логопедов, педагогов, психологов, медиков и др. на базе ППк школы.
- Осуществляется психологическое сопровождение обучающихся с ТНР педагогом-психологом школы № 40.
- В образовательный процесс включаются здоровьесберегающие технологии, компоненты коррекционно-оздоровительной работы, предусматривающие учет структуры соматической заболеваемости, нервно-психической и речевой патологии учащихся.
- Устанавливаются партнёрские отношения с семьей обучающегося для обеспечения единых требований к качеству речи ученика и достижения планируемых результатов обучения.

Глава 2. Организационно-педагогические условия сопровождения развития обучающихся начальных классов, имеющих ТНР, в условиях инклюзии

2.1. Нормативно-правовое обеспечение сопровождения развития обучающихся начальных классов, нуждающихся в коррекционно-педагогической поддержке.

Система работы по сопровождению обучающихся с ТНР в школе строится на основе следующей нормативно-правовой базе.

— Статья 79. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 31.07.2020) "Об образовании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2020)

- Письмо Минобрнауки России от 7 июня 2013 г. N ИР-535/07 "О коррекционном и инклюзивном образовании детей"
- Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598)
- Письмо Минобрнауки России от 23.05.2016 N ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий».
- Письмо Министерства образования и науки РФ от 11 марта 2016 г. № ВК-452/07 «О введении ФГОС ОВЗ»
- Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 10.07.2015 года № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.3286–15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»,
- Требования к структуре АООП НОО для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи [14].

Указанные нормативные акты являются основополагающими при разработке локальных актов и АООП для детей с ОВЗ.

Сотрудниками образовательных учреждений (школы и ДОУ) разрабатываются:

- локальные акты учреждения по сопровождению детей со статусом ОВЗ (Устав, Положение о ППк, приказы о переводе обучающихся с ОВЗ на обучение по АООП),
- содержательный раздел АООП в частности «Коррекционная программа»,
- рабочая программа для коррекционно – развивающих логопедических занятий с детьми ОВЗ вариант 5.1 или вариант 5.2, если в школе есть коррекционные классы,
- составляется учебный план коррекционно-развивающих занятий и расписания занятий с логопедом,
- проводятся встречи по обмену опытом коррекционной работы с обучающимися с ОВЗ,
- логопедами детского сада проводятся занятия со школьниками с ОВЗ на основе сетевого взаимодействия.

Обучение ребёнка с ТНР в условиях инклюзии в начальной общеобразовательной школе имеет свою специфику. Коллектив педагогов МБДОУ № 9 и учителей СОШ № 40 разработал алгоритм сопровождения детей с ТНР, который учитывает особые образовательные потребности ребёнка, ресурсы семьи и образовательных организаций.

Алгоритм описывает действия родителей, администрации СОШ, педагогического коллектива школы и ДОО на основе сетевого взаимодействия при поступлении и дальнейшем обучении ребенка в начальной школе.

2.2. Организация межведомственного и сетевого взаимодействия школы с психолого-медико-педагогической комиссией, образовательными и медицинскими организациями, и семьей.

Если в ОУ не сформированы коррекционные классы, то обучение ребенка, получившего статус ОВЗ, осуществляется в инклюзивных классах по варианту АООП 5.1. На этапе внедрения инклюзивной системы обучения важной составляющей образования детей с ОВЗ является сетевое взаимодействие в части организации внеурочной деятельности в области коррекционно-развивающих занятий.

Сетевое взаимодействие предполагает распределение функционала и ресурсов участников образовательных отношений для решения коррекционно-развивающих задач.

В современной системе образования сложились две структуры на муниципальном уровне и уровне образовательной организации, определяющие индивидуальный вариант обучения ребенка в школе в зависимости от речевых проблем.

1. Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия (далее ТПМПК)

Для определения степени нарушений здоровья ребенок направляется на ТПМПК.

Комиссия действует в целях своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

ТПМПК действует в рамках положения о психолого-медико-педагогической комиссии (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 20 сентября 2013 г. N 1082).

2. Психолого-педагогический консилиум (далее - ППк) образовательной организации (детского сада или школы).

С целью предоставления оптимальных условий обучения, развития, социализации и адаптации, обучающимся в образовательном учреждении, создаётся ППк как одна из форм взаимодействия руководящих и педагогических работников организации, осуществляющей образовательную деятельность.

ППк действует на основании распоряжения Министерства просвещения РФ от 9 сентября 2019 г. N Р-93 "Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации".

Несвоевременное выявление речевых проблем будущих первоклассников при поступлении в школу становится основной причиной затруднений в освоении ими основной общеобразовательной программы.

Детей, не осваивающих образовательную программу, можно условно разделить на две группы:

Группа 1. На начальных этапах обучения в школе учитель выделяет детей, не осваивающих образовательную программу, но не имеющих заключения ТПМПК. В этом случае, учитель проводит диагностику уровня освоения ООП НОО и может поделиться своими опасениями и наблюдениями на ежемесячных совещаниях при директоре.

Педагог-психолог по запросу учителя или родителей с их письменного согласия проводит психолого – педагогическое обследование.

После диагностики педагог-психолог дает заключение. В тоже время классный руководитель составляет педагогическую характеристику на ребенка (Приложение 5).

Итоги обследования обсуждаются на ППк СОШ.

Собранные материалы члены консилиума изучают и знакомят родителей (законных представителей) с результатами исследований. Принимается коллегиальное решение о направлении обучающегося на обследование в ТПМПК.

Обследование обучающихся на ТПМПК осуществляется путем сбора информации о состоянии здоровья ребенка (сбор анамнеза, выписка из медицинской карты о развитии ребенка с рождения, консультации узких врачей специалистов (невролога, психиатра, отоларинголога, офтальмолога, и др.), кроме этого школа предоставляет табель успеваемости и психолого – педагогическую характеристику).

На ТПМПК проводится комплексное обследование специалистами.

ТПМПК дает заключение о наличии или отсутствии у ребёнка статуса ОВЗ, которое является обязательным руководством для разработки организационно – педагогических мероприятий по созданию специальных условий для обучения школьника с ОВЗ.

При наличии статуса ОВЗ в заключении даются рекомендации по сопровождению специалистами ОУ обучающегося с ОВЗ (педагога-психолога, учителя – логопеда, учителя – дефектолога и др.), кроме этого рекомендации по сетевому взаимодействию. Срок действия заключения ТПМПК определяется индивидуально, согласно диагнозу.

Группа 2. Ребёнок поступает в школу с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) о наличии статуса ОВЗ. В этом случае родители или законные представители ребёнка, минуя предыдущие этапы, также

как родители детей первой группы пишут заявление о переводе/согласии на обучение ребёнка с ОВЗ по АООП.

Согласно заявлению родителей, обучающегося директор школы издает приказ о переводе обучающегося на АООП. Учителем разрабатывается программа, с которой должен быть ознакомлен родитель (законный представитель) и программа становится обязательной к реализации.

Более подробно задачи всех участников образовательного процесса отражены в Алгоритме сопровождения обучающихся с ОВЗ в начальной школе (Приложение 6).

Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся и психолого – педагогическая поддержка семьи обеспечивается педагогом-психологом СОШ. Партнером СОШ по сетевому взаимодействию могут стать детские сады. Специалисты МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида" на основе сетевого взаимодействия оказывают в МБОУ СОШ № 40 коррекционную помощь школьникам с ТНР в условиях инклюзии.

Логопедами детского сада совместно с учителями школы были разработаны:

- система сопровождения обучающихся с ОВЗ на основе сетевого взаимодействия образовательных учреждений и учреждений здравоохранения,
- содержательный раздел АООП для обучающихся с ТНР, в частности раздел «Коррекционная программа»,
- составлен учебный план коррекционно-развивающих занятий и расписания занятий с логопедом,
- организованы встречи по обмену опытом работы с обучающимися с ТНР в условиях инклюзии,
- логопедами детского сада систематически проводятся занятия со школьниками с ОВЗ на основе внешнего совместительства.

По запросу родителей врач-невролог детского сада консультирует семью по вопросам медицинского сопровождения ребенка с ТНР. Дальнейшее медицинское сопровождение обучающихся с ОВЗ осуществляется силами семьи. В результате сотрудничества коллективов школы и специалистов детского сада разработана система медико-психолого-педагогического (далее комплексного) сопровождения обучающихся с ТНР на основе межведомственного и сетевого взаимодействия организаций образования и здравоохранения (см. рис. 1).

Семья занимает в системе комплексного сопровождения особое место. Дети с ОВЗ чаще других подвергаются негативному влиянию и саморазрушительному поведению в связи с трудностью достижения результатов деятельности на уровне здоровых детей. Они и их родители способны тратить дополнительное время и усилия ради достижений, ухудшая здоровье ребенка. Поэтому следует опасаться предъявления завышенных требований, ожиданий от ребенка с ОВЗ более высоких результатов, чем те, на которые он способен.

Детям, имеющим статус ОВЗ, очень важна родительская включенность в процесс образовательной инклюзии. Только согласованные действия родителей и педагогов школы могут предупредить школьную дезадаптацию.

Таким образом, сетевое взаимодействие, это:

- взаимодействие на принципах социального партнерства;
- выстраивание прочных и эффективных связей, позволяющих разрабатывать, апробировать инновационные модели сопровождения детей с ОВЗ в условиях инклюзивной школы;
- способ деятельности по совместному использованию ресурсов.

Преимуществом сетевого взаимодействия является возможность привлечения высококвалифицированных специалистов для повышения эффективности сопровождения детей с ОВЗ, создание дополнительных условий по поддержке и развитию обучающихся с ОВЗ, повышения качества образования.

2.3. Проектирование адаптированной общеобразовательной программы для детей с ТНР в соответствии с ФГОС ОВЗ.

На основании приказа Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598 АООП НОО, определяющая содержание школьного образования и условия организации обучения и воспитания младших школьников с ТНР, разрабатывается по одному из двух вариантов: 5.1 и 5.2. Краткое описание вариантов АООП НОО дано в методическом пособии ФГБНУ ИКП РАО [1].

Основаниями для определения того или иного варианта является психолого-педагогическая классификация Р.Е. Левиной; при этом учитывается: сохранный интеллект, сохранный слух, лингвистическая структура дефекта устной или письменной речи. Вариант программы определяется решением ПМПК.

Вариант 5.1 предназначается для школьников с фонетико-фонематическим или фонетическим недоразвитием речи (при дислалии, легкой степени выраженности дизартрии, заикании, ринолалии), школьников с общим недоразвитием речи IV уровней речевого развития различного генеза (например, при минимальных дизартрических расстройствах, ринолалии и т.п.), для обучающихся с нарушениями чтения и письма.

Данный вариант предполагает, что младшие школьники с ТНР получают образование в те же сроки (4 года) и находятся в среде сверстников с нормой речи. При этом ожидается, что итоговые достижения детей с ТНР к моменту завершения обучения будут полностью соответствовать итоговым достижениям сверстников с нормой речи. Для детей с ТНР, не посещавших дошкольную образовательную организацию и/или не готовых по уровню своего развития к освоению программы 1 класса, предусмотрен первый дополнительный класс (с учетом возможностей региона к подготовке детей с ТНР к обучению в школе).

Вариант 5.2 предназначается для школьников, находящихся на I, II и III уровнях речевого развития (по Р.Е. Левиной), при алалии, афазии, дизартрии, ринолалии, заикании, имеющие нарушения чтения и письма (I отделение в образовательной организации), а также для школьников с тяжелой степенью выраженности заикания, не имеющих общего недоразвития речи (II отделение).

Данный вариант предполагает, что дети получают образование, соответствующее по конечным достижениям образованию сверстников с нормой речи, но в более

пролонгированные календарные сроки. При этом школьники находятся в среде сверстников с речевыми нарушениями и сходными образовательными потребностями или в условиях общего образовательного потока (в отдельных классах). Во II отделении срок обучения в начальной школе составляет 4 года (1 - 4 классы).

АООП НОО обучающихся с ТНР содержит три раздела: целевой, содержательный и организационный.

Содержательный раздел включает программу коррекционной работы, разработанной учителями начальных классов совместно с учителями-логопедами детского сада.

Цель коррекционной работы состоит в диагностике, коррекции развитии всех сторон речи (фонетико-фонематической, лексико-грамматической, синтаксической), связной речи; формировании навыков вербальной коммуникации.

Содержание коррекционного раздела программы включает 4 блока:

- диагностическое направление,
- коррекционно-развивающая работа,
- консультативная работа,
- информационно-просветительская работа.

Диагностическая работа обеспечивает своевременное выявление детей с ограниченными возможностями здоровья, проведение их комплексного обследования и подготовку рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи в условиях образовательной организации.

Коррекционно-развивающая работа обеспечивает своевременную специализированную помощь в освоении содержания образования и коррекцию недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей с ОВЗ; способствует формированию универсальных учебных действий у обучающихся (личностных, регулятивных, познавательных, коммуникативных).

Консультативная работа обеспечивает непрерывность специального сопровождения детей с ОВЗ и их семей по вопросам реализации дифференцированных психолого-педагогических условий обучения, воспитания, коррекции, развития и социализации обучающихся.

Информационно-просветительская работа направлена на разъяснительную деятельность по вопросам, связанным с особенностями образовательного процесса для данной категории детей, со всеми участниками образовательных отношений — обучающимися (как имеющими, так и не имеющими недостатки в развитии), их родителями (законными представителями), педагогическими работниками.

Основные направления коррекционно-развивающей работы:

- ✓ диагностика и коррекция звукопроизношения (постановка, автоматизация и дифференциация звуков речи);
- ✓ диагностика и коррекция лексической стороны речи;

[Введите текст]

- ✓ диагностика и коррекция грамматического строя речи (синтаксической структуры речевых высказываний, словоизменения и словообразования);
- ✓ коррекция диалогической и формированием монологической форм речи;
- ✓ развитие коммуникативной функции речи;
- ✓ коррекция нарушений чтения и письма;
- ✓ расширение представлений об окружающей действительности;
- ✓ развитие познавательной сферы (мышления, памяти, внимания).

2.4. Создание развивающей среды с учетом индивидуальных особенностей обучающихся с ТНР.

На развитие обучающегося большое влияние оказывает среда как совокупность природных и социально-психологических условий, в которых протекает его жизнь.

Социально-психологические условия представляют собой систему пространственно-временных, эмоциональных и смысловых отношений.

По результатам исследований московского Центра лечебной педагогики [12] выделены следующие компоненты социально-психологических условий среды в образовательных организациях, оказывающих существенное влияние на эмоциональное развитие ребенка:

1. Пространственно-временные отношения имеют следующие характеристики:

- Сенсорная насыщенность или обеднённость. Сенсорное наполнение среды может включать: разнообразие предметов, текстур поверхностей, цвета, звучания, величины предметов, объема помещений и т.д. Одна и та же среда для одного ребенка может быть сенсорно обогащенной, а для другого чрезвычайно бедной.
- Степень структурированности среды. Хорошо структурированная среда – это класс, кабинет, мастерская, где те или иные события постоянно приурочены к определенному месту в пространстве. В средах другого типа, например, в игровой комнате, на перемене, события не имеют жесткой связи с определенным местом в пространстве, расположение субъектов и объектов может достаточно быстро изменяться.
- Насыщенность и последовательность событий и скорость смены действий. Темп событий должен быть адекватным по отношению к возможностям ребенка воспринять эти события, выработать к ним свое отношение и принять в них участие. Помимо темпа, большое значение имеет последовательность происходящих событий: она может быть очень жесткой (например, распорядок дня: после урока – музыка, затем чай и одевание), или события могут разворачиваться достаточно спонтанно (например, в рамках ролевой игры).

2. Эмоциональные отношения:

- Эмоциональная насыщенность. В рамках коррекционных занятий могут возникать два типа эмоциональных отношений. Эмоциональное заражение, когда взрослый проявляет эмоцию, созвучную состоянию ребенка. При этом

[Введите текст]

взрослый может следовать за эмоцией ребенка со сниженной энергетической составляющей, как бы усиливая ее переживание. Либо опережает эмоцию ребенка (испуганно: «Горячо!»), тем самым маркируя эмоциональный смысл ситуации. Эмоционально-обедненная среда создается для ребёнка с полевым поведением. В рамках такой среды взрослый ведет себя эмоционально сдержанно, своей эмоцией обозначая лишь окончание какого-то промежуточного действия или завершение последовательности действий, обращая тем самым внимание ребенка на полученный результат.

- **Конфликтность среды.** В зависимости от совпадения эмоций ребенка и взрослого среда может строиться как на неявно конфликтных эмоциональных отношениях, когда эмоции ребенка и взрослого находятся в дисгармонии. Но это не приводит их к конфликту, поскольку взрослый контролирует эмоциональные отношения и способствует переоценке ребенком ситуации. Второй тип отношений - партнерские отношения, предполагают у участников достаточно высокий уровень эмоционального развития. Партнерство предполагает соотнесение своих желаний, эмоций с внутренним миром другого человека, что невозможно без устойчивой саморепрезентации и представления о внутренних переживаниях другого человека.

3. **Смысловые отношения** определяются тем, на какой смысловой аспект окружения ориентирован ребенок, что находится в поле его интересов.

- **Сенсорная составляющая.** Ребенка в первую очередь интересует текстура, сочетания цветов, звуков и т. д.
- **Предметно-функциональная составляющая.** Ребенок ориентирован на функциональное значение предметов – из кубиков складывают домик, из чашки пьют и т. д.
- **Эмоциональная составляющая.** Ребенок исследует эмоции других; при этом он зачастую набирает целый арсенал форм поведения, вызывающих сильную ответную реакцию других людей

В зависимости от комбинации условий среды и от ресурсов ребенка, способствующих адаптации, одна и та же среда для разных детей может выступать как стрессогенная, комфортная или развивающая.

Стрессогенная среда для ребенка становится в случае отсутствия потенциала для адаптации к ней. Такая среда может вызывать стойкую дезадаптацию и ведет к нарушениям эмоциональной регуляции.

Комфортная среда. Ребенок адаптируется в такой среде на базе существующих механизмов регуляции поведения. Такая среда способствует формированию у ребенка определенных операций и навыков для взаимодействия с миром.

Развивающая среда. Способствует поиску новых способов взаимодействия с миром, вызывая временную дезадаптацию, стимулирует формирование системы регуляции поведения и эмоционально-личностное развитие ребенка.

Развивающая среда обеспечивает ребенку с ОВЗ обучение без принуждения, основанное на интересе, успехе, доверии, рефлексии изученного. При организации учебного процесса необходимо исходить из возможностей ребёнка – задание должно лежать в зоне умеренной трудности, быть доступным. И на

первых этапах коррекционной работы необходимо обеспечить ученику субъективные переживания успеха на фоне определённой затраты усилий. В дальнейшем трудность заданий следует увеличивать пропорционально возрастающим возможностям ребёнка. Поэтому главным приоритетом в работе с детьми с ТНР является индивидуальный подход, с учетом специфики психики и здоровья ребенка.

Подробно требования к организации специальных условий для получения образования обучающегося с ОВЗ описаны в заключении территориальной ПМПК, выданном родителям после обследования ребёнка. Оно включает:

1. образовательную программу;
2. уровень образования;
3. вариант и срок реализации программы;
4. возможность применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в реализации образовательной программы;
5. специальные методы обучения;
6. специальные учебники и учебные пособия;
7. специальные технические средства обучения;
8. организация пространства;
9. тьюторское сопровождение обучающегося;
10. направления коррекционной работы силами педагога-психолога, учителя-логопеда;
11. рекомендации по дополнительному медицинскому обследованию.

Таким образом, среда не может быть связана с каким-то одним типом уроков, будь то образовательное или логопедическое занятие. Тот или иной тип среды складывается на любом уроке. Важно насколько осмысленно учитель или специалист моделирует эти отношения в процессе решения своих специальных задач. В процессе коррекционной работы максимально эффективное моделирование сред для каждого конкретного ребенка с ТНР невозможно без тесного сотрудничества всех специалистов, вовлеченных во взаимодействие с этим ребенком.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инновационная деятельность педагогических коллективов средней общеобразовательной школы № 40 и МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида" г. Кемерово по сопровождению обучающихся с ТНР на основе преемственности дошкольного и начального общего образования позволила нам получить следующие результаты:

- созданы условия для формирования позитивного отношения ребёнка с ТНР к обучению в школе на основе сотрудничества специалистов МБДОУ № 9 "Детский сад компенсирующего вида" и МБОУ «СОШ № 40»:
- дети с ТНР поступают в школу и обучаются в начальных классах согласно разработанному алгоритму, который определяет действия родителей, администрации и педагогического коллектива школы, территориальной ПМПК, специалистов ДОО;
- по рекомендациям и направлениям ППк школы осуществляется психолого-педагогическая поддержка обучающегося и его семьи учителем и педагогом-психологом школы, а также медицинское сопровождение ребенка с ТНР, которое обеспечивается силами родителей на базе медицинских учреждений;
- проводятся логопедические занятия под руководством учителя-логопеда детского сада;
- разработана и реализуется в школе адаптированная общеобразовательная программа для обучающихся младших классов с ТНР;
- согласно заключению территориальной ПМПК, учителями и специалистами создаются специальные условия образования обучающемуся с ТНР, что обеспечивает индивидуальный подход с учетом психического и соматического здоровья ребенка.

- На начальном этапе внедрения инклюзивного образования в школе в поддержке нуждается не только ученик с особыми образовательными потребностями, но и учитель.

Коллективом специалистов детского сада и школы разработаны лекции и методическая продукция для учителей начальных классов, которые включены в образовательную программу курсов повышения квалификации МБОУ ДПО НМЦ г. Кемерово, организованных в рамках городской опорной методической площадки по теме «Сопровождение обучающихся на основе преемственности дошкольного и начального общего образования» на период с 2020г. по 2022г. В 2020 – 2021 учебном году спикерами детского сада и школы на базе НМЦ было проведено 12 вебинаров, который прослушали 153 педагога.

Таким образом, разработка и апробирование инновационных моделей комплексного сопровождения детей с ТНР в условиях инклюзивной школы осуществляются более эффективно и качественно на основе социального партнерства и преемственности дошкольного и начального школьного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазова А.А., Грибова О.Е., Матюхова Г.П. Обучение школьников с тяжёлыми нарушениями речи на основной ступени: реализация специальных дисциплин и коррекционных курсов в рамках адаптированной образовательной программы/ Методическое пособие. - ФГБНУ ИКП РАО, 2020
2. Гончарова, В. 4 стадии нарушения учебных навыков/ [Электронный ресурс]/ <https://www.b17.ru/article/155171/>
3. Игнатьева С.А., Блинков Ю.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. — 304 с. — (Коррекционная педагогика). ISBN 5-691-01242-8. Источник: infopedia.su/7x6c49.html
4. Логинова, Е.А. Нарушения письма [Текст]/ Е.А.Логинова / Под ред. Л.С.Волковой. - СПб.: Детство-Пресс, 2004. – 208с.
5. Нейропсихологическая диагностика в детском и взрослом возрасте <https://present5.com/nejropsixologicheskaya-diagnostika-v-detskom-vzrosлом-vozraste-zadachi/>
6. Организация консультационного центра для родителей, воспитывающих детей с тяжёлыми нарушениями речи, в условиях дошкольного образовательного учреждения/ сост. В.В. Турищева, Н.В. Демиденко, Г.А. Стрижнева, Р.А. Фейлер; под общ.ред. Н.В. Шевцовой – Кемерово: изд-во МБОУ ДПО «Научно-методический центр», 2020. – 76 с. – Текст: непосредственный.
7. Организация комплексного сопровождения развития детей с 2-х до 5-ти лет с тяжёлыми нарушениями речи в условиях дошкольных учреждений компенсирующего вида [Текст]: учебно-методический комплект/ авторский коллектив: В.В.Турищева, Т.Н.Мченская, Г.А.Стрижнёва, М.В.Рузанова; под общ.ред. М.В.Оксём.– Кемерово: изд-во МОУ ДПО «НМЦ», 2011.– 212 с.
8. Основы теории и практики логопедии/ Под ред. Р.Е. Левиной. - М.: Просвещение, 1967
9. Плахотников Сергей, вебинар образовательного центра «Развития»// «День 3. Становление саморегуляции и произвольности»//- 2021. - https://vk.com/video-74751992_456239087
10. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями речи//ФГБНУ ИКП РАО. – 2020. Источник: <https://ikp-rao.ru/metodicheskie-rekomendacii/soderzhanie-8/8-2/>
11. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. — М.: Генезис, 2007. — 474 с. Источник: <http://imc.tomsk.ru/wp-content/uploads/2022/01/%D0%A1%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87-%D0%9D%D0%95%D0%99%D0%A0%D0%9E%D0%9F%D0%A1%D0%98%D0%A5%D0%9E%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%98%D0%A7%D0%95%D0%A1%D0%9A%D0%90%D0%AF-%D0%9A%D0%9E%D0%A0%D0%A0%D0%95%D0%9A%D0%A6%D0%98%D0%AF.pdf>
- 12.Средовой подход в работе с детьми с нарушениями развития эмоциональной сферы Д.В. Ермолаев, И.Ю. Захарова/ доклад на семинаре

[Введите текст]

«Социально-педагогическая интеграция детей с тяжелыми нарушениями», проходившем 28—30 октября 2003 года в Центре лечебной педагогики (Москва)/ Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Выпуск 5

13. Статья «А вы умеете хвалить ребёнка?»// Блог «Травля: со взрослыми согласовано» <https://zen.yandex.ru/media/id/605c50e28c070b23ae88ed39/a-vy-umeete-hvalit-rebenka-61785263fce7a64bb36c78ff>
14. Требования к структуре АООП НОО для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи// Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья"/ <https://base.garant.ru/70862366/8599a70d26e5983585d90ff6adf82e89/>
15. Ужнева Н.Н. Система работы по формированию рефлексивных умений в учебной деятельности у детей с тяжёлыми нарушениями речи /<https://kladraz.ru/blogs/15924/sistema-raboty-po-formirovaniyu-refleksivnyh-umenii-v-uchebnoi-deyatelnosti-u-detei-s-tjazhyolymi-narushenijami-rechi.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Анкета для родителей
«РЕБЁНОК С ТЯЖЁЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ»

1. Какой детский сад посещал ребенок (нужное подчеркнуть): д/с общеразвивающего вида __, логопедическую группу __, логопункт __, не посещал д/сад. __
2. В каком возрасте ребёнок пошел в школу _____ лет _____ месяцев?
3. Занимался раньше ребенок с логопедом: нет / да. Эффективность занятий: исправлено звукопроизношение – звуки _____
4. Занимается ли ребёнок с репетитором по русскому языку? _____
5. Обращались ли родители в ПМПК с жалобами на нарушение речи (имеется ли заключение ПМПК)? _____
6. Речевое окружение:
- есть ли в семье ребенка взрослые и дети с нарушениями звукопроизношения, заиканием _____;
7. Были ли нарушения письменной речи у родителей (братьев, сестёр)? _____
8. Ребёнок левша (в том числе переученный)? _____
9. Двуязычие в семье _____
10. Были ли у ребенка тяжелые заболевания, травмы головы, нейроинфекции и в каком возрасте? _____
11. Имеет ли ребёнок хронические заболевания? _____
12. Имеет ли ребенок нарушения зрения, слуха? _____

Анкета для учителей
«РЕБЁНОК С ТЯЖЁЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ»

1. Всегда ли ребёнок понимает Вашу инструкцию?
2. Правильно ли ребёнок произносит звуки?
3. Есть ли у ребёнка нарушение звуко-слоговой структуры слова: может ли ребенок повторить длинное незнакомое слово, пропускает ли, заменяет ли звуки и слоги?
4. Способен ли ребёнок произнести развернутую фразу?
5. Способен ли ребёнок пересказать текст?
6. Правильно ли ребёнок согласовывает слова в предложении (род, число, предложно-падежные конструкции)?

[Введите текст]

7. Сформировано ли у ребенка чтение (побуквенное, послоговое чтение)?
8. Понимает ли ребёнок прочитанный текст (отсутствует, фрагментарное)?
9. Сформировано ли письмо:
 - самостоятельное письмо;
 - доступно списывание с печатного текста;
 - письмо под диктовку.
10. Наличие специфических ошибок при письме и их количество:
 - оптических (путает зрительные образы букв);
 - фонематических (смешивает буквы, сходные по звучанию);
 - фонетических (как говорит, так и пишет);
 - грамматических (путает предлоги, окончания слов).

Приложение 2.

Схема обследования детей с расстройствами чтения (дислексией)

1. Анкетные данные.
2. Обследование речевого аппарата: нарушения прикуса, открытый рот, повышенное слюноотделение, язык в межзубном положении и т.д.
3. Состояние зрительной функции: острота зрения, зрительное восприятие, зрительная память.
4. Особенности ориентировки в пространстве.
5. Состояние звукопроизношения.
6. Сформированность фонематического слуха.
7. Особенности словарного запаса и грамматического строя речи.
8. Особенности связной речи.
9. Состояние процесса чтения (знание букв, характер чтения слогов, слов, предложений, текста различной трудности); скорость и способ чтения (побуквенное, послоговое, словесно-фразовое чтение).
10. Понимание прочитанного текста.

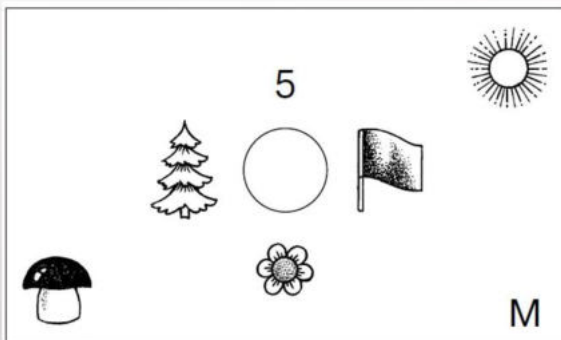
Приложение 3.



Экспресс- диагностика дисграфии у школьников младших классов

Стрижнёва Галина Александровна,
врач-невролог, учитель-логопед

Задание на определение нарушений
пространственных представлений

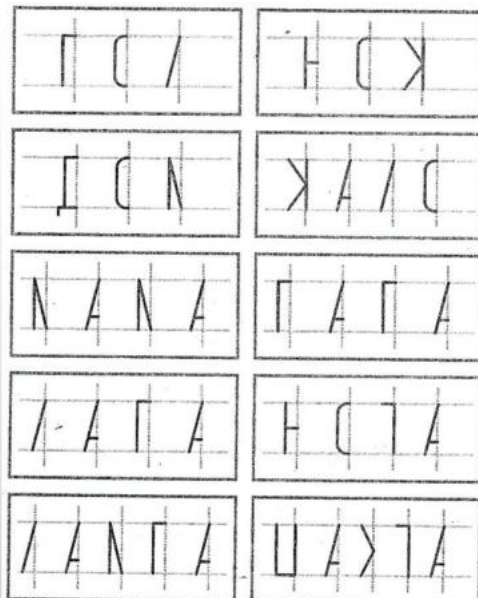


Рассмотри картинку.

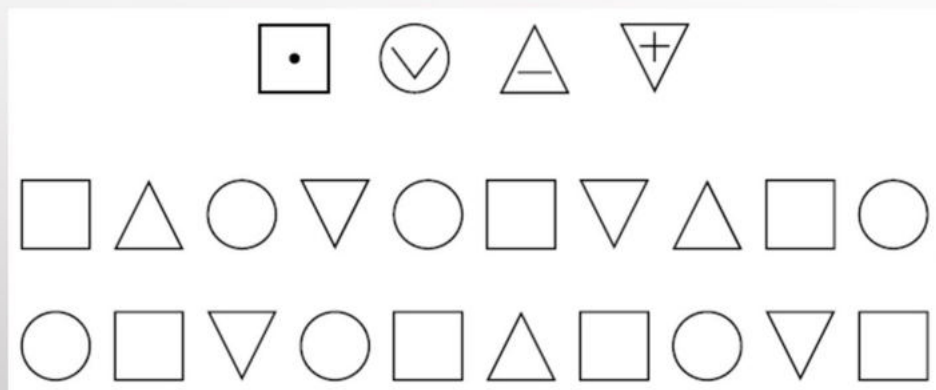
Что находится в правом верхнем углу?
В левом нижнем углу? В центре? Справа от
круга? Под кругом? Над кругом?

Задание на выявление
оптической дисграфии

1. Дорисуй буквы по правилам симметрии.
2. Прочти получившиеся слова.

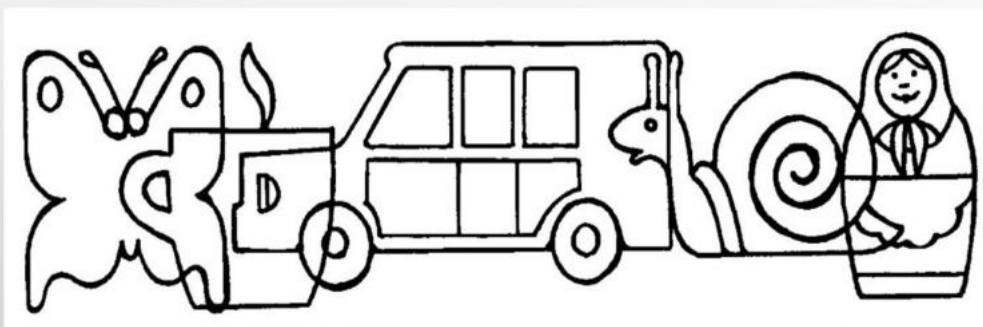


Задание на устойчивость зрительного внимания



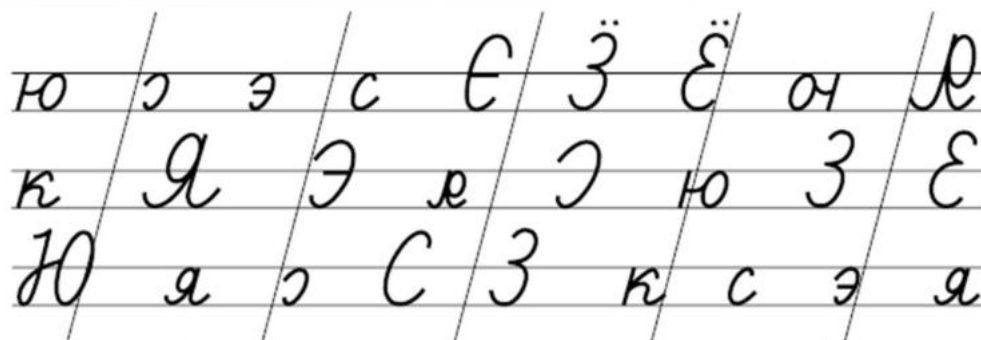
Выполни по образцу.

Задание на определение качества зрительного восприятия



Найди и назови 5 предметов. Один из них раскрась.

Задание на определение «зеркальности» написания букв



Подчеркни правильно написанные буквы и произнеси их.

Задание на определение состояния слуховой памяти

мо — мё — мо — мо
тё — то — тё — тё
ло — ло — ло — лё
сё — сё — со — сё — со
ко — ко — кё — кё — ко

Прослушай, запомни и повтори ряды слов.

Задание на определение нарушений слоговой структуры слова



Выбери картинки, соответствующие схемам.

Задание на определение состояния фонематического слуха



Назови картинки. Если слово начинается со звонкого согласного, рядом нарисуй колокольчик

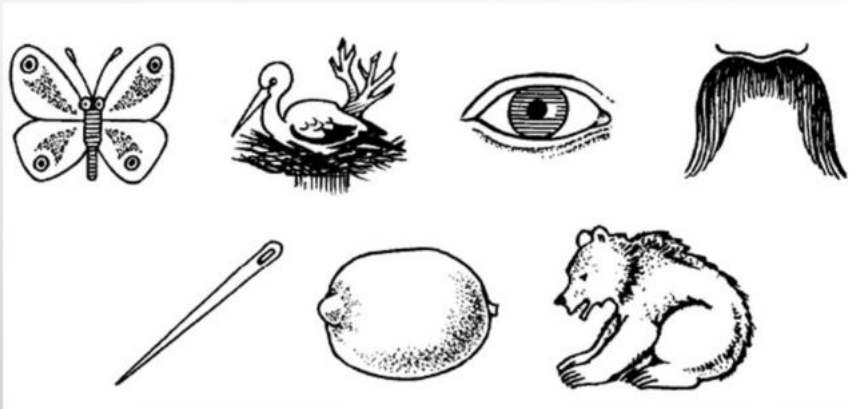


Задание на определение состояния
фонематического слуха



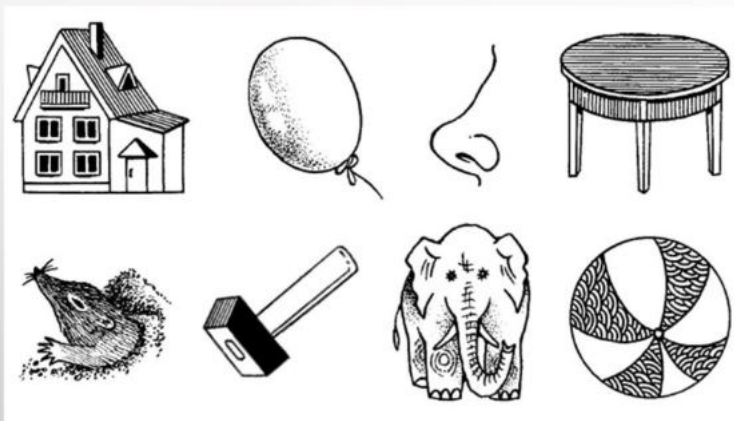
Назови картинки. Произнеси гласный звук и напиши в тетради соответствующую букву.

Задание на определение качества звуко-
буквенного анализа



Назови картинки. Произнеси первый звук и напиши в тетради соответствующую букву.

Задание на определение качества звуко-
буквенного анализа



Назови картинки. Произнеси последний звук и напиши в тетради соответствующую букву.

Задание на определение качества звуко-
буквенного анализа

а — я: пр...ник, с...дик, п...тка, м...к

о — ё: л...си, сл...зы, кл...н, в...ск

у — ю: пл...с, бр...ки, р...ки, к...ртка

э — е: ...хо, сл...д, л...с, в...рба

Вставь пропущенные буквы.

Задание на определение качества звуко-
буквенного анализа

кукла

уклак кулка кукла каклу

кактус

каткус куктас каскту кактус

окуни

окнуи окину окуни коуни

топор

ропот потор тороп топор

Подчеркни заданное слово в ряду буквосочетаний.

Задание на определение качества звуко-
буквенного анализа

Катюша любит куклу.

Найди три ошибки. Запиши предложение правильно.

Задание на определение качества звуко-
буквенного анализа

Ни-са, ка-шап, ка-де-душ, ны-мо-ли,
ла-кук, ца-ри-ку, пу-гай-по, ди-кро-лы-ко,
ны-фа-ра-са, ка-круж, кат-мо-са, го-вор-
раз, ки-шаш, та-ка-рел.

Составь слова из слогов.

Задание на определение ошибок переноса в
словах

Иг-руш-ка, у-голь-ки, мал-ы-ши, бе-
рёзк-а, ча-йка, руч-ка, стал-ьной, о-лень,
тет-радь.

Найди слова, которые неправильно разделены для переноса. Напиши их,
исправляя ошибки.

Задание на выявление нарушений в определении
состава предложения

Даша с Олей возвращались с прогулки в траве под
развесистым деревом они увидели выпавшего из гнез-
да галчонка девочки нашли гнездо и осторожно поло-
жили туда испуганного птенца вскоре прилетела галка
с червячком в клюве она засунула его сыночку в боль-
шой рот и снова отправилась за кормом довольные
подружки заспешили домой



Найди границы предложений. Поставь в конце каждого
предложения точку. Спиши текст, озаглавь его.

[Введите текст]

Приложение 4.

Вопросы, помогающие развивать у ребёнка способность к рефлексии

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СЕБЕ	<p>Что получилось сегодня? Какой был самый яркий момент для тебя? Почему? Кто вас удивил? Помог ли тебе кто-то? Кому ты помог? Что это изменило в тебе? Готов ли ты попробовать еще раз? Что ты чувствовал в этот момент? Чтобы ты чувствовал на его месте? Что ты сделал нового? Что ты чувствовал, когда делал это? Какое решение вы приняли самостоятельно? Твои ощущения «до» и «после»? Что ты чувствуешь, когда не получается?</p>
ПРАВИЛА	<p>Какие правила помогли или помешали? Как сделать игру (дело) интереснее? Как придумывал правила и за ними следил? Кто и как может менять правила? Что в правилах игра/не игра? Что в правилах добавить/убрать? Какое правило было самым важным? Что было самым скучным/не интересным/сложным? Что бы вы поменяли во взаимодействии?</p>
ОТНОШЕНИЯ	<p>Как бы ты дела в следующий раз: один или в команде? В чем бы ты попросил помощи? У кого? Почему ты решил справиться один? Кого хочется поблагодарить и за что? С кем проще/сложнее работать? Почему? За что можно похвалить/ поблагодарить члена группы? Как сделать так, чтобы все работали? Как сделать так, чтобы было легче работать с тем, с кем работать тяжело? Почему ты выбрал эту команду?</p>

	<p>Почему отказываешься работать в паре с этим человеком?</p> <p>Вам хотелось кому-то сделать приятное?</p>
РИСКИ	<p>Кто сегодня рискнул? В чем?</p> <p>Что было слишком трудным?</p> <p>Столкнулись ли с опасностью?</p> <p>Кто помешал? Что помешало?</p> <p>Что не понравилось?</p> <p>Когда тебе было чуть-чуть страшно, но ты справился?</p> <p>Чего он испугался, как думаешь?</p> <p>Что хотелось сделать, когда ты испугался?</p> <p>Что можно было усложнить/облегчить?</p> <p>Чтобы хотелось повторить?</p> <p>Почему тебя пугает это действие?</p> <p>Что опасного в этой ситуации?</p> <p>За кого ты боялся, за себя или за других? Почему?</p>
ТЕХНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ	<p>Что удалось сделать по-новому?</p> <p>Помогли ли вам план/схема?</p> <p>Если бы у вас не было...(чего-то), как бы вы это сделали?</p> <p>Как вы это сделали?</p> <p>Как вы это придумали?</p> <p>Как было легче?</p> <p>А как бы вы сделали это в следующий раз?</p> <p>Что бы вы сделали в следующий раз иначе?</p> <p>Как быстрее это сделать?</p> <p>Как эту работу выполнять так, чтобы?...</p> <p>Почему это решение так важно?</p> <p>Какие идеи у вас возникли?</p> <p>Можете предложить вариант решения, чтобы действия были легки, быстры и безопасны?</p>

Приложение 5.

Примерная схема психолого-педагогической характеристики обучающегося

Тип нарушения - ТНР

ФИО ребёнка: _____

Дата рождения: _____ г.

Класс: ____ « ____ ».

Обучается в МОУ СОШ № ____ с ____ года.

Домашний адрес: _____

Сведения о семье (ФИО родителей, образование, телефон): _____

Общая осведомленность:

- Оценка адаптации ребенка в классе.
- Поведение в классе и общение со сверстниками, с взрослыми (понимание требований учителей, поведение на занятиях, и в играх с детьми).
- Отношение к занятиям (какие занятия предпочитает, устойчивость внимания, нуждается ли в помощи, заинтересованность в выполнении заданий, понимание сложных многоступенчатых инструкций, отношение к неудачам).
- Работоспособность (как включается в работу, переключаемость с одного вида деятельности на другой, темп работы, когда наблюдается спад работоспособности).
- Социально - бытовые навыки (самообслуживание, помощь учителю и детям, опрятность).
- Эмоциональное состояние в различных ситуациях (раздражение, агрессия, испуг, истерики, заторможенность).
- Индивидуальные особенности ребенка.
- Особенности латерализации: а) праворукий; б) леворукий; в) амбидекстр.

Как усваивает основную общеобразовательную программу:

Русский язык.

Литературное чтение.

Математика.

Окружающий мир.

Технология.

Физическая культура.

Изобразительное искусство.

Музыка.

Моторика:

Память:

Мышление:

Речевая среда (состояние артикуляционного аппарата, общее звучание речи, грамматический строй речи, фонематический слух, слоговая структура слова).

Цель направления на ПМПК: _____

Директор МОУ СОШ № _____

Классный руководитель _____

Приложение 6. АЛГОРИТМ СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Родитель	Администрация школы	Учитель	Педагог-психолог, логопед
1 этап. Запись в школу			
1. Подает заявление о зачислении ребёнка в школу 2. Передает заключение ПМПК (при наличии) 3. Заполняет анкету для выявления возможных причин нарушений развития ребёнка	1. Принимает документы 2. Проводит анкетирование для выявления возможных причин нарушений развития ребёнка	1. Проводят анализ анкетных данных. 2. Определяют группу риска детей по нарушениям развития.	
2 этап. Адаптация к школьным условиям			
Для детей с заключением ПМПК:			
Заявление о переводе на обучение по АОП	Приказ о переводе на обучение по АОП	Разработка АОП междисциплинарной командой специалистов школы	
Для детей, не имеющих статуса ОВЗ:			
1. Согласие на психолого-педагогическое обследование психологом школы 2. Сбор пакета документов для подготовки ребёнка к ПМПК 3. Консультации узких врачей специалистов (невролога, психиатра, отоларинголога, офтальмолога, и др.) 4. Прохождение ПМПК. 5. Получение заключения ПМПК о присвоении ребёнку статуса ОВЗ.	1. Проведение совещаний при директоре по выявлению детей, не осваивающих образовательную программу. 2. Организация ППк школы для детей группы риска.	1. Отслеживает освоение образовательной программы детьми группы риска. 2. Подготавливает педагогическую характеристику на ребёнка. 3.Для второклассников готовится табель успеваемости.	1. Психолого-педагогическое обследование ребёнка. 2. Консультирование родителей по поводу необходимости перехода на обучение по АОП и получения заключения ПМПК
3 этап. После получения ребёнком заключения ПМПК и присвоения ему статуса ОВЗ.			
Заявление на имя директора о переводе обучающегося на АОП	Директор издает приказ о переводе обучающегося на АОП	Разработка АОП междисциплинарной командой специалистов школы	
4 этап. Коррекционно-развивающая работа			
Обеспечение режима обучения и отдыха.	Организация сопровождения детей с ОВЗ: привлечение специалистов на основе сетевого взаимодействия	Коррекционное сопровождение в процессе учебной деятельности	Коррекционное сопровождение в процессе внеучебной деятельности
5 этап. Мониторинг развития (освоения АОП) обучающегося			

[Введите текст]

