МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ»

МИР БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ
IV Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной Всемирному дню инвалидов

6 декабря 2013 года

Ставрополь
2013

УДК 371.9
ББК 74.3
М - 33

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный
педагогический институт

М – 33 **Мир без границ**: Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной Всемирному дню инвалидов (6 декабря 2013 года, Ставрополь, СГПИ) / Под ред. С.В. Бобрышова, Е.С. Слюсаревой, В.В. Ершовой, А.Ю. Кабушко – Ставрополь: Бюро новостей, 2013. – 310 с.

В сборник включены материалы ежегодной Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Мир без границ», посвященной Всемирному дню инвалидов. Представлены результаты научных и практических исследований в области оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья; их комплексного сопровождения в условиях инклюзивного образования; разработки и реализации технологий физического воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья; организации профилактики и коррекции девиантного поведения детей и подростков в образовательных учреждениях.

УДК 371.9
ББК 74.3
М – 33

ISBN 978-5-91090-086-2

© Коллектив авторов, 2013
© ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный педагогический институт», 2013

РАЗДЕЛ I. АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Елина М.М., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ассистент ФПиПП ЮФУ Грачёв В.Д.

КОРРЕКЦИЯ СТАТОКИНЕТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ НА ЗАНЯТИЯХ ТРАДИЦИОННЫМ УШУ

Актуальность нашего исследования обусловлена тем, что в последние годы возрастает интерес к различным оздоровительным методикам и техникам боевых искусств Востока как способам коррекции статокинетических функций у детей с нарушениями в развитии. Одновременно существует дефицит знаний в данной области. Те методики, которые существуют, представлены недостаточно, однако интерес к восточным оздоровительным методикам, в частности к традиционному ушу растет. Статокинетические функции – это сфера двигательных функций организма и связанных с ними физиологических и психологических явлений, под которыми понимается способность организма удерживать и контролировать определённое положение тела в пространстве и изменять его в зависимости от ситуации [2, с.77].

Статокинетические функции начинают формироваться ещё в младенческом возрасте. В дальнейшем эти функции играют весьма существенную роль в становлении познавательных способностей ребенка. Благодаря движениям рук и ног ребенок получает значительную часть информации о мире, а также совершенствуется зрительный анализатор. Сложные ручные движения входят в ряд первичных форм мышления и становятся его неотъемлемой частью у ребёнка, обеспечивая совершенствование интеллектуальной деятельности.

Однако в современном обществе всё больше рождается детей с патологией в развитии. Одним из видов нарушений являются речевые нарушения, которые проявляются у многих детей. Наиболее распространенным из них является дизартрия. Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, возникающее вследствие органического поражения центральной нервной системы [1, с.191].

Для таких детей характерны также затруднения при выполнении физических упражнений и танцах. Им нелегко научиться соотносить свои движения с началом и концом музыкальной фразы, менять характер движений по ударному такту. Про таких детей говорят, что они неуклюжие, потому что они не могут четко, точно выполнять различные

двигательные упражнения. Им трудно удерживать равновесие, стоя на одной ноге, часто они не умеют прыгать на левой или правой ноге [1, с. 162].

Чтобы у ребенка выработались прочные навыки во всей двигательной сфере, требуется длительное время и использование разнообразных форм и приемов обучения. Одним из методов может послужить использование в работе с детьми упражнений на основе традиционного ушу, которое на протяжении всей истории развития боевых искусств в Китае являлось системой духовного и физического совершенствования [5]. Ушу – это многоуровневая система, направленная не только на получение боевых навыков, но и обретение здоровья и гармонии с окружающим нас миром, посредством различных специфических методик, присущих только данной системе, помогающих социализации и адаптации индивида. Именно этот развивающий и оздоровительный аспект ушу вызывает к нему интерес в современной педагогике.

Проблемой использования возможностей ушу как системой воспитания и оздоровления детей, подростков и взрослых рассматривалось в исследованиях: В.Л. Асмолова, Н.В. Абаева, Н.И. Конрад, С.Е. Кутасова, С.С. Липовецкого, Ли Цзифана, А.А. Маслова, М.Б. Маринова, Д.В. Елина.

В связи с интенсивным развитием ушу как целостной системы, направленной на гармоничное воспитание духовного, интеллектуального и физического начал в человеке, а также с широким привлечением к занятиям ушу детей дошкольного возраста, назрела объективная необходимость в поисках новых эффективных средств и методов тренировки, включение элементов ушу в оздоровительные системы, реализуемые в дошкольных образовательных учреждениях. Результатом исследовательской деятельности в этом направлении явилась разработанная совместно с В.Д. Грачёвым в 2005 году программа по ушу Сань-Шоу, основанная на закономерностях возрастной физиологии и психологии. Суть программы заключается в том, чтобы методами традиционного ушу воздействовать на организм ребёнка специфическими упражнениями, присущими традиционному ушу, для достижения психофизиологического здоровья [4, с. 8]. Но перед нами встала новая проблема – как возможно использовать средства ушу для преодоления нарушений статокинетических функций у старших дошкольников, страдающих дизартрией? Для разрешения этой проблемы нами было проведено исследование, нацеленное на определение педагогических условий, обеспечивающих эффективность коррекции психомоторных функций у детей старшего дошкольного возраста средствами ушу.

Исследование по данной проблеме осуществлялось нами в три этапа. На первом этапе происходило изучение и сравнительный анализ философской, исторической, искусствоведческой, медицинской и психолого-педагогической литературы. Второй этап был связан с выявлением особенностей психомоторного развития детей дизартриков. На этом же этапе был проведен констатирующий эксперимент. На третьем этапе был осуществлен формирующий педагогический эксперимент, где были апробированы педагогические условия коррекции статокинетических функций у дошкольников, страдающих дизартрией, с использованием средств ушу.

Экспериментальная часть данного исследования проходила на базах ДОУ № 10 и МОУ СОШ №110 г. Ростова-на-Дону. В эксперименте принимали участие воспитанники подготовительных логопедических групп дошкольных учреждений. Для выявления уровня общей моторики детям предлагался тест мотометрической шкалы Озерецкого-Гельнитца. Анализ полученных данных выявил такие особенности общей моторики, как снижение объёма и точности движений, нарушение статической и динамической координации. Для этих детей характерна была моторная и общая психическая расторможенность, неумение регулировать свою двигательную активность, наличие лишних, ненужных движений, импульсивность. Для всех детей были характерны снижение физической выносливости, повышенная утомляемость при физических нагрузках.

Выявленные нами значительные нарушения в развитии статокинетических функций у старших дошкольников, страдающих дизартрией, подтвердили наше предположение о необходимости включения в коррекционно-развивающую работу эффективных многофункциональных систем, одной из которых является традиционное ушу.

Приступая к формирующей части нашего исследования, мы исходили из того, что освоение оздоровительной практики ушу расширяет возможности ребенка в самооздоровлении, корректирует состояние его моторного развития, стимулируя развитие.

Для участия в эксперименте по развитию общей и мелкой моторики были созданы группы, каждая из которых включала около десяти воспитанников в возрасте 5-7 лет с диагнозом дизартрия. Занятия по развитию статокинетических функций с использованием средств ушу проводились три раза в неделю. Длительность занятий составляла 30-40 минут. Занятия с детьми проходили по следующему плану: на первых занятиях детям предлагались статические упражнения, и упражнения, требующие малой двигательной активности, а также упражнения на развитие гибкости. Впоследствии эти упражнения усложнялись и добавлялись динамические упражнения.

В результате экспериментальной работы не только значительно повысились показатели развития статокинетических функций, но также, по данным анализа состояния здоровья, была снижена заболеваемость детей за период проведения экспериментальной работы, что подтверждает оздоровительный эффект использования средств ушу. Полученные результаты подтверждают, что оздоровительные методики традиционного ушу гармонично воздействуют на человека, улучшая его движения, помогая ему достичь физического и духовного совершенства.

Литература:

1. Волкова Л.С. Логопедия. Часть 2. – М., 2006. – 701с.

2. Грачёв В.Д. Традиционное ушу как средство коррекции моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. – Выпуск № 5. – 2011 г. – Ростов н/Д: ИПО ПИ ЮФУ, 2011. – С.77-84.

3. Кудрявцев В.Т., Егоров Б.Б. Развивающая педагогика оздоровления.: М. 2000. – 293 с.

4. Кутасов, С.Е., Грачёв В.Д. Программа по ушу Сань-– Ростов-на-Дону, ЦТОМВ, 2005. – 135 с.

5. www.indo-kitai.ru. Ушу для детей.

Кудина К.Г., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.

АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Стремительные изменения, происходящие в нашем обществе, противоречивым образом отражаются на подрастающем поколении, в частности, на процессе социальной адаптации школьников. Всё чаще проблема нарушения процесса социальной адаптации школьников привлекает к себе внимание медиков, психологов, педагогов. Существует множество точек зрения на проблему. Э.М. Александровская [1], Б.Н. Алмазов [2], С.А. Беличева [3], рассматривают её как несоответствие психофизиологического и социопсихологического статуса ребёнка требованиям ситуации школьного обучения. Начало адаптации школьников « характеризуется принципиальным изменением всего его строя, он начинает осуществлять общественно значимую и общественно оцениваемую деятельность – учебную деятельность. И это ставит его в совершенно новую позицию по отношению ко всем окружающим» [5].

Дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ общего образования вне специальных условий обучения и воспитания [4]. К ним относятся дети-инвалиды, либо другие дети в возрасте до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-

инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания, т.е. дети с особыми образовательными потребностями.

В данную категорию входят дети с различными нарушениями развития: нарушениями слуха и речи; с нарушениями опорно-двигательного аппарата; с задержкой психического развития; с умственной отсталостью, с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы; ранним детским аутизмом.

Дети с ограниченными возможностями здоровья могут иметь разные по характеру и степени выраженности нарушения в физическом и психическом развитии, требующие адаптированной к их возможностям индивидуальной программы обучения. Адаптация – это приспособление организма к изменяющимся внешним условиям.

Главная проблема детей с ОВЗ заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда элементарного образования.

Нарушение интеллекта у детей в преобладающем большинстве случаев сочетается с аномальным развитием двигательной сферы, становление которой неотделимо от познания мира, овладения речью, трудовыми навыками. Одной из главных причин, затрудняющих формирование двигательных умений и навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья, являются нарушение моторики, которые отрицательно сказываются не только на физическом развитии, но и на социализации личности, развитии познавательной и формировании трудовой деятельности, последующей социальной и профессиональной адаптации.

В связи с этим особое внимание должно быть уделено физическому состоянию детей с ограниченными возможностями здоровья и возможности коррекции этих отклонений средствами физической культуры. Физическая культура должна стать действенным средством адаптации таких детей к условиям жизнедеятельности. Это положение должно лечь в основу концепции развития диагностико-коррекционной деятельности, базирующейся на принципах гуманного отношения к ребенку с особыми нуждами, и исключающей какие бы то ни было формы социальной изоляции.

Создание оптимальных условий для жизнедеятельности в рамках образовательного учреждения позволяет удовлетворить здоровые интересы учащихся, их стремление к самоорганизации, пробуждает в них потребность в регулярных занятиях физическими упражнениями,

располагает широкими возможностями установления контакта с окружающим миром.

Адаптация детей школьного возраста подразумевает не только приспособление, но и создание условий для последующего развития. Поэтому педагоги и психологи, адаптируя ребёнка, должны помнить о создании условий для последующего развития школьника [6].

В связи с этим обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики.

Задачами адаптации школьников к процессу обучения являются создание условий для безболезненного вхождения учащихся в школьную жизнь:

- организация воспитательно-информационных мероприятий для учащихся;
- оказание индивидуальной помощи каждому ребёнку и его родителям;
- психолого-педагогическое просвещение родителей;
- координирование действий всех специалистов, работающих в школе;

Главная цель специальных образовательных учреждений и родителей – чтобы ребенок, который имеет ограниченные возможности здоровья, получал полное образование и адаптацию в современном мире, чтобы у ребенка были друзья, интересы, насыщенная жизнь, чтобы он не боялся общаться с малознакомыми людьми.

Особое место отводится коррекционно-развивающим урокам: социально-бытовая ориентировка, развитие психомоторики и сенсорных процессов, коррекционные занятия, ритмика, лечебно-физическая культура [7].

Большое внимание необходимо уделять спортивно-оздоровительной работе, которая включает в себя проведение недель здоровья и спорта, ежедневную утреннюю зарядку, в которых отражены спортивные мероприятия, весёлые старты, игры, направленные на привитие учащимся культуры здорового образа жизни.

В ходе урока по физической культуре необходимо осуществлять следующие задачи:

оздоровительные: укреплять здоровье, содействовать правильному физическому развитию;

образовательные (предметные): развивать жизненно важные двигательные умения и навыки с помощью круговой тренировки;

развивающие (метапредметные УУД):

- формировать умение договариваться со сверстниками в игровой и соревновательной деятельности (КУУД);

- способствовать развитию скоростно-силовых качеств, взрывной силе, быстроты реакции, ловкости, координации движений, пространственной ориентации, развивать силу кисти, глазомер через круговую тренировку, в игре, чувство ритма через танцевальные движения.

Воспитательные (личностные результаты):

- формировать самооценку и умение личностно самоопределяться в игровой и соревновательной деятельности.

- формировать умение проявлять дисциплинированность, внимательность друг к другу (КУУД), творчество, самостоятельное мышление, упорство в достижении поставленных целей (личностные УУД).

- воспитывать уважение к установленным правилам, умение точно соблюдать их.

Коррекционные:

- корректировать нарушения в движениях (закрепощенность, неточность, несогласованность рук и ног), нарушения осанки, сутулость, движение по прямой линии (регулятивные УУД)

- корректировать выразительность движений в игре и в танцевальных движениях (познавательные УУД, КУУД)

- коррекция дифференцировки усилий, времени и пространства.

В содержание урока должно входить:

I. Подготовительная часть урока (10 мин). Организованный вход в зал. Приветствие. Постановка проблемных вопросов. Разминка в движении под музыкальное сопровождение. Выполнение ритмического танца.

II. Основная часть урока (20-25 мин.) Круговая тренировка. Игры. Опрос.

III. Заключительная часть урока (5 мин.) Игра. Рефлексия, подведение итогов [8].

Таким образом, адаптация детей с ограниченными возможностями должна осуществляться комплексно и с помощью многих специалистов.

Литература:

1. Александровская Э.М. Психологическое сопровождение школьников/ Э.М Александровская. – М.: Академия, 2002.

2. Алмазов Б.Н. Правовая психопатология: уч. пос. – Екатеринбург: Издательский дом УрГЮА, 2004.

3. Беличева С.А. Социально-педагогическая реабилитация дезадаптированных детей и подростков // Социальная педагогика / под ред. В. А. Никитина. – М., 2002.

4. Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. – М., 1988.

5. Гегель Г.В. Собрание сочинений. Т.3. – М., 1956.

6. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В. Основы коррекционной педагогики: учебно-методич. пособие. – Саратов, 1999.

7. Шматко Н.Д. Дети с отклонениями в развитии: методич. пособие. – М., Аквариум, 1997.

8. http://festival.1september.ru/articles/639510/.

Петриченко Н.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Одной из важных первоначальных задач физического воспитания ребенка является сохранение его здоровья. Воспитание ребенка с отклонениями в развитии тесно связано с укреплением его здоровья и, прежде всего, нормализацией режима дня.

Особого внимания требует ребенок с двигательными расстройствами — с детским церебральным параличом. Посоветовавшись с врачом, проводят специальные занятия, направленные на коррекцию общей и мелкой моторики.

У детей соматически ослабленных может наблюдаться повышенная истощаемость организма, высокая утомляемость, вследствие чего снижается работоспособность, замедляются психические процессы, отмечаются пассивность и сонливость.

У детей с отклонениями в развитии ЦНС ослаблена работоспособность нервных клеток. Эти дети быстро устают, кратковременные периоды активности чередуются с заторможенностью ребёнка, снижена реактивность организма.

Многие дети с отклонениями в развитии отличаются нарушениями в физическом здоровье, восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям. Это связано с недостаточностью иммунной системы, гиподинамией.

Для укрепления здоровья детей с отклонениями в развитии в дошкольных учреждениях проводят закаливающие мероприятия, включающие воздушные и водные процедуры.

Ребенка постепенно приучают к длительному пребыванию на свежем воздухе в любое время года, умыванию прохладной водой.

У всех детей с отклонениями в развитии имеет место недоразвитие моторной сферы, что отражается на их здоровье, снижает иммунитет организма. Поэтому на развитие произвольных движений и коррекции общей и мелкой моторики акцентируется внимание в процессе их физического воспитания.

Система физического воспитания детей с отклонениями в развитии предполагает организацию педагогически-охранительного режима жизнедеятельности, витаминизированное и сбалансированное питание, закаливание организма и построение пространственной среды для развития и коррекции движений. С этой целью используются различные виды массажа и лечебной гимнастики, занятия по физкультуре и пластритмике, подвижные игры, упражнения на координацию и равновесие [3].

Важной задачей физического воспитания таких детей является стимуляция психомоторного развития и коррекция нарушений моторики, укрепление физического и психического здоровья.

Развитие двигательных функций ребенка – сложный процесс, который определяется биосоциальными факторами: созреванием ЦНС и воздействием социальной среды. Наиболее интенсивное двигательное развитие происходит в период младенчества, когда формируются основные двигательные системы, необходимые для пассивной и активной адаптации ребенка к окружающей среде. Движения ребёнка формируются по принципу гетерохронности: совершенствуется выполнение одних двигательных навыков, а одновременно начинаются осваиваться другие. В ходе сенсомоторного развития возникает возможность дифференциации движений.

Нормальное сенсомоторное развитие составляет основу для полноценного психического развития ребенка.

В физическом развитии ребенка с нарушениями интеллекта наблюдается множество отклонений моторной системы в связи с диффузным поражением коры головного мозга. Эти отклонения находят свое выражение в истощаемости организма, нарушениях соматического здоровья, физическом инфантилизме, нарушении развития произвольных движений, общей и мелкой моторики, нарушениях координации и равновесия, пространственно-временных представлениях.

Стимуляция психомоторного развития является одной из задач физического воспитания. Эта работа проводится с учетом закономерностей нормального моторного развития.

На первом этапе моторного развития (от рождения до 4 месяцев) основной задачей является формирование контроля за положением головы, сенсомоторное развитие, возможности разнообразных движений пальцев рук.

На втором этапе (от 4 до 6 месяцев) необходимо стимулировать манипулятивные действия, а к концу 5-го месяца жизни укреплять выпрямляющие движения для умения сидеть.

На третьем этапе (от 6 до 8 месяцев) необходимо стимулировать моторную активность ребенка, стимулировать ползанье, интенсивно развивать специфические манипуляции.

На четвёртом этапе (от 8 до 12 месяцев) стимулируются координированные движения, развиваются навыки самостоятельной ходьбы, дифференцируются движения пальцев рук.

На пятом этапе моторного развития (от 1 года до 2 лет) качественно совершенствуют навыки самостоятельной ходьбы, уделяя внимание равновесию, развитию манипулятивной и исследовательской деятельности, требующей координированных и дифференцированных движений рук.

На шестом этапе моторного развития (от 2 до 3 лет) у ребенка стимулируют моторную активность, совершенствуют координацию и равновесие.

Особое внимание в развитии движений необходимо оказывать детям с нарушениями общей и мелкой моторики. Это сопровождается нарушениями речи, отклонениями в интеллектуальном развитии, сенсорными дефектами, двигательными расстройствами.

Важно в процессе стимуляции психомоторного развития следить за формированием правильной осанки. Для предупреждения и преодоления различных нарушений осанки необходимо соблюдать двигательный режим, проводить специальные комплексы упражнений, занятия по лечебной гимнастике. Период раннего и дошкольного возраста является наиболее благоприятным для профилактики нарушений осанки у всех детей с отклонениями в развитии [5].

Ведущую роль в физическом воспитании у детей с детским церебральным параличом играет массаж, занятия лечебной физкультуры, плавание. В результате у детей нормализуется мышечный тонус, уменьшаются гиперкинезы, повышается моторная активность.

Для формирования двигательной системы важное значение имеет широкое использование сенсорных стимулов: зрительных, слуховых, тактильных.

Физическое воспитание ребенка в возрасте от одного года до трех лет непосредственно связано со стимуляцией психомоторного и сенсорного развития.

Центральной задачей физического воспитания детей раннего возраста является максимальное расширение предметной деятельности (исследовательской и манипулятивной), формирование перцептивных и интеллектуальных действий.

Известно, что многие дети с отклонениями в развитии в этом возрасте испытывают специфические трудности в формировании восприятия формы, величины, пространственно-временных

представлений. Поэтому моторное развитие тесно взаимосвязано с сенсорным.

У детей с отклонениями в развитии замедленно выделение изолированных и дифференцированных действий пальцев рук. Коррекция и развитие мелкой моторики проводится в процессе реализации игровых действий детей.

Физическое воспитание в дошкольном возрасте осуществляется в неразрывной связи с развитием игровой деятельности. В процессе физического воспитания ребенок учится конструктивным взаимодействиям с детьми, у него формируются навыки игрового общения, нравственные формы поведения, развивается речь и мышление [1].

Большое внимание уделяется формированию физической и функциональной готовности детей к школьному обучению: развитию зрительно-моторной координации, дифференцированных движений руки, формированию навыков продуктивной деятельности, развитию пространственных представлений.

В процессе сенсомоторного развития используются следующие игровые упражнения: классификация предметов по форме; почтовый ящик и доски Сегена; копирование геометрических узоров; игры-лабиринты; перцептивное моделирование; лото Когана; матрицы Равена.

Физическое воспитание и физическое развитие детей с отклонениями в развитии должно быть направлено на решение задач двух типов:

1. Задачи, общие для всех дошкольных учреждений.

2. Коррекционные задачи, направленные на предупреждение и преодоление отклонений в физическом развитии с учётом структуры дефекта.

Общепедагогические задачи: укрепление здоровья ребенка; формирование правильной осанки; развитие произвольных движений, физической работоспособности; закаливание организма.

Коррекционные задачи: создание развивающей среды, комплекса условий, стимулирующих психомоторное развитие; профилактика соматического здоровья; осуществление системы коррекционных мероприятий, направленных на развитие и совершенствование двигательной системы и произвольности.

Литература:

1. Беркутова Н.Г. Физическое воспитание аутичных детей. // Роль адаптивной физической культуры в создании без барьерной среды жизнедеятельности. – М. 2007.– С. 18-21.

2. Ваньшин С. Кому нужна реабилитация инвалидов // Вопросы социального обеспечения. – 2007. – №1. – С. 4-5.

3. Любушкина Т. Опыт социальной поддержки и реабилитации детей с ограниченными возможностями // Вопросы социального обеспечения. – 2006. – №19. - С.13-14.

4. Максимова И. Центр реабилитации детей-инвалидов // Воспитание школьников. – 2006. – №1. – С.26 – 30.

5. Социально-трудовая реабилитация детей // Социальная педагогика. – 2006. – №3. – С.63-67.

Попова М.Р., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С ДЦП НА ЗАНЯТИЯХ АФК

На сегодняшний день в области специального образования имеется ряд проблем, одной из которых является проблема поиска наиболее эффективных условий и форм организации обучения детей с отклонениями в развитии.

При определении специфики коррекционно-педагогического процесса учитывается не только характер заболевания, но и возраст детей. Известно, что раннее начало коррекционной работы позволяет достичь ощутимых положительных результатов, так как функциональные системы мозга находятся в стадии формирования. В связи с этим существует возможность оптимальной компенсации нарушений за счет активизации сохранных звеньев и формирования обходных путей.

Особенности дошкольного возраста заключаются и в том, что ребенок не в состоянии разрабатывать и реализовывать долгосрочные сложные программы поведения, ориентированные на конечный результат. Отсюда, как бы значимы ни были для ребенка вопросы психического самосовершенствования, он не способен к длительным монотонным тренировкам, которые часто необходимы для выработки тех или иных компенсаторных навыков [1].

В психологической коррекции особое внимание следует обратить на формирование конструкторской деятельности, так как в результате совершенствуется восприятие формы, величины предметов и их пространственных соотношений. Важными направлениями работы является психокоррекция памяти (в связи с уменьшением объема зрительной, слуховой и осязательной памяти), а также формирование наглядно-образного мышления в процессе конструкторской и изобразительной деятельности. Кроме того, необходимо проводить психологическую коррекцию эмоциональных нарушений и речи [2].

В результате занятий физическими упражнениями улучшается мозговое кровообращение, активизируются психические процессы, обеспечивающие восприятие, переработку и воспроизведение

информации. Так, имеются многочисленные данные о том, что под влиянием физических упражнений увеличивается объем памяти, повышается устойчивость внимания, ускоряется решение элементарных интеллектуальных задач, убыстряются зрительно-двигательные реакции.

Психомоторное развитие детей тесно связано с развитием их познавательных процессов, в первую очередь с развитием таких мыслительных операций, как анализ, обобщение, сравнение, дифференцирование. В самом деле, качественное исполнение того или иного двигательного действия с заданными параметрами требует, прежде всего, четкого дифференцированного отражения его в сознании и в формировании на этой основе адекватного образа движения. Это возможно тогда, когда процессы анализа и синтеза имеют такой уровень развития, благодаря которому становится возможной необходимая степень расчлененности восприятия.

Движение, даже самое простое, дает пищу детской фантазии, развивает творчество, которое является высшим компонентом в структуре личности, представляет собой одну из наиболее содержательных форм психической активности ребенка, которую ученые рассматривают как универсальную способность, обеспечивающую успешное выполнение разнообразных видов деятельности [3].

Основным средством двигательной реабилитации является ЛФК. ЛФК проводится в дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) в детских садах в форме малогрупповых занятий ЛФК от 3 до 5 раз в неделю с младшей группой (3-4 года) – 15 мин, со средней (4-5 лет) – 20 мин, со старшей (5-6 лет) – 25 мин, с подготовительной (6-7 лет) – 30 мин. С детьми, имеющими среднюю и тяжелую степень ДЦП, занятия ЛФК проводятся индивидуально.

Основными средствами являются дозированные физические упражнения. Задачи, содержание, методические приемы на занятиях ЛФК связаны с планом лечения, коррекции, обучения и воспитания ребенка и зависят от его состояния и динамики достигнутых результатов.

Занятия ЛФК могут быть малогрупповыми или индивидуальными в зависимости от возраста, диагноза и степени тяжести. Полученные результаты на занятиях ЛФК закрепляются на уроках физического воспитания. Для каждого ребенка необходимо составить план коррекционной работы и оценить эффективность коррекции. Для успешного лечебно-педагогического процесса важно взаимодействия невролога, врача ЛФК, логопеда, психолога, воспитателя, педагога, а также родителей [2].

Литература:

1. Педагогическая наука и практика – региону// Материалы Всероссийской научно-практической конференции (22-23 апреля 2003 года). – Ставрополь: СГПИ, 2003. – 352 с.
2. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие/ Под ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с.
3. http://nsportal.ru.

Реброва М.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.

СПЕЦИФИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

Движение для ребенка – это универсальное проявление жизнедеятельности, на различные раздражения он реагирует, прежде всего, движением (например, отдергивание руки при ожоге пальца, сосательные движения младенцев при раздражении губ и щек и т.д.). Особое место занимают более сложные движения, отражающие деятельность, связанную с трудом и общением между людьми. Методика лечения детей с детским церебральным параличом индивидуальная и зависит от возраста, степени, тяжести и формы дефекта. В нее входит медикаментозное лечение, лечебная физкультура, массаж, игло- и рефлексотерапия, ортопедический режим, поэтапное гипсование, физиотерапия, хирургическое лечение, логопедические занятия.

Главную роль в лечении детей с детским церебральным параличом играет лечебный массаж и лечебная физкультура в соответствии с назначением. По мере развития ребенка, изменения роста, массы прослеживается общее отставание в физическом развитии. Это происходит от специфики тонуса, гиподинамии, растягивания нервно-мышечного и связочного аппарата. Следовательно, нужно сказать о том, что при работе с такими детьми необходимо учитывать такие компоненты как: возраст; степень тяжести; форму детского церебрального паралича; скрытые потенциальные возможности.

Необходимо соблюдать дидактические принципы: от простого к сложному, доступности, систематичности, от известного к неизвестному.

В настоящее время существуют различные классификации ДЦП.

К.А. Семенова выделяет следующие формы ДЦП:

1.Спастическая диплегия (болезнь Литтла).

Наиболее часто встречающаяся форма (50%). Имеет место двустороннее, иногда асимметричное поражение или недоразвитие центрального двигательного нейрона. Двигательные нарушения-тетрапарез (поражены руки и ноги), нижние конечности поражены в значительно большей степени.

Основной признак – повышение мышечного тонуса в конечностях с ограничением силы и объема движений в сочетании с сохраняющимися тоническими рефлексами.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьируется в широких пределах, это связано со временем и силой воздействия вредных факторов.

2.Двойная гемиплегия.

Самая тяжелая форма ДЦП. Тотальное поражение мозга, прежде всего, больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и ногах, либо руки поражены сильнее. Клинические проявления – преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов.

3.Гемипаретическая форма ДЦП.

Она характеризуется односторонним поражением одноименных (левых или правых) конечностей (руки и ноги). Имеет место поражение преимущественно одного полушария, его корковых отделов и ближайших подкорковых ядер. Нарушение корковых функций одного из полушарий проявляется в виде гемипареза. Эти дети обучаемы.

4.Гиперкинетическая форма ДЦП.

Наблюдается у 20-25% больных. Эта форма связана с поражениями подкорковых отделов мозга. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений – гиперкинезов. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при волнении, а также при утомлении и при попытках выполнения любого двигательного акта. В 60-70% случаев дети обучаются самостоятельно ходить, однако произвольная двигательная активность, особенно тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

5.Атонически-астатическая форма ДЦП.

Имеет место поражение мозжечка и лобных отделов мозга.

Двигательная патология: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

Каждая форма ДЦП отличается от другой качественным своеобразием и специфичным сочетанием двигательных патологических компонентов. Имеются общие нарушения компонентов, составляющих структуру двигательного дефекта при ДЦП.

У ребенка с ДЦП нарушены темп созревания двигательных функций и их последовательность. Прежде всего, специфика двигательного развития ребенка с ДЦП заключатся в наличии примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности, не характерных для

данного возраста ребенка. При нормальном развитии эти рефлексы проявляются не резко в первые месяцы жизни. К 3 месяцам в норме они практически уже не проявляются. Их своевременное угасание создает благоприятную основу для развития произвольных движений.

Рефлекс отталкивания (ползания) вызывается прикосновением к подошвам ног, что влечет реакцию отталкивания. Движения, которые необходимы для данного рефлекса постепенно угасают. Хватательные движения и перцептивное поведение развиваются не на основе рефлекса. Хватательный рефлекс угасает раньше, чем начинает складываться хватание как произвольный двигательный акт. Рефлекс ползания также не является исходным для развития самостоятельного передвижения. Сохранение этих рефлексов затормаживает развитие произвольной моторики. Проявление этих и подобных этим рефлексов во втором полугодии первого года жизни является симптомом риска поражения двигательных зон коры головного мозга.

У детей с ДЦП врожденные безусловные рефлексы не угасают, действие патологических рефлексов на первом году жизни обычно усиливается и в последующие годы остается стойким, что затрудняет и задерживает формирование произвольных двигательных актов. Из-за этого у ребенка с детским церебральным параличом наблюдается задержка формирования основных моторных функций.

Такие дети сильно отстают в физическом развитии. Например, держать голову в вертикальном положении такие дети начинают в среднем где-то к 3-5 годам, тогда как здоровый ребенок эту функцию выполняет намного раньше, к 3 мес. Можно говорить о существенной задержке становление таких двигательных актов, как повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину.

Поза сидения в норме формируется к 7-9 мес. У детей с ДЦП такое положение тела оказывается освоенным примерно к 2-3 годам. Ползание формируется у детей с ДЦП также со значительным опозданием, так как относится к достаточно сложным моторным актам, которые требуют координацию движений рук и ног. Прямостояние у здоровых детей развивается к 9-10 месяцам. Многие из детей с ДЦП овладевают вертикальным статическим положением лишь в дошкольном возрасте. С особым трудом эта функция формируется у детей с атонически-астатической формой ДЦП.

Ходьба – это не только новый этап в моторном развитии, но и расширение познавательных горизонтов. В норме ходьба как двигательный акт начинает формироваться с 1 года. Лишь только половина дошкольников с диагнозом детский церебральный паралич овладевают ходьбой к 4 годам. Остальные дети овладевают ею в последующие годы жизни либо не овладевают вовсе.

Иногда создается видимость усугубления заболевания с возрастом. Между тем ДЦП является непрогрессирующим неврологическим заболеванием. Иллюзия текущего патологического процесса возникает в связи с все большим несоответствием между двигательными возможностями ребенка и все возрастающими требованиями, предъявляемыми к растущему организму.

Таким образом, физическое воспитание детей с ДЦП является важной частью системы воспитания, лечения и обучения. Всем детям полезны занятия лечебной гимнастикой и массаж, так как у них нет двигательного опыта, а детям с диагнозом детский церебральный паралич они вовсе необходимы. Лечебная гимнастика и массаж нормализуют биохимические процессы в нервно- мышечном аппарате, подвижность в крупных суставах, мышечный тонус и создают условия и возможность для формирования цепных рефлексов на фоне подавления врожденных. При выборе упражнений и составлении комплекса лечебной физкультуры необходимо учитывать специфику мышечного тонуса ребенка, степень (тяжесть) поражения, скрытые потенциальные возможности и выбирать биомеханически оправданные и доступные исходные положения и эффективные приемы для расслабления мышц. С особой осторожностью необходимо относиться и детям с гидроцефалией, микроцефалией, гипертензионным синдромом и эписиндромом. Лечение двигательных расстройств при ДЦП проводится комплексно с помощью лечебных средств, лекарств, ЛФК, массажа, ортопедического режима, логопедических занятий.

В настоящее время используют около 25 методик ЛФК – Бобата, Линдемана, Фрелиха, Войта, Кэбота, Фелпса, Семеновой К. А., Бортфельд С.А. и др. Наиболее эффективными считаются классический лечебный массаж; сегментарный; массаж воротниковой зоны для улучшения дыхания; круговой трофический, точечный массаж; массаж по системе Монакова; седативный и тонизирующий массаж.

Литература:

1. Бирюков А. А. Массаж и самомассаж. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1999. – 576 с.

2. Левченко И. Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: «Академия», 2001. – 322 с.

3. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 480 с.

4. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; Под ред. Н.М.Назаровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 400 с.

5. Тонконог Л.М. Коррекционно-развивающая среда для детей дошкольного возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата. – М.: Школьная Пресса, 2003. – 233 с.

Саркисян А.С., г.Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.

РОЛЬ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ОБУЧЕНИИ И ВОСПИТАНИИ ШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ

В последнее время увеличилось число детей с ограниченными возможностями здоровья. Данная группа представляет собой особую социально незащищенную группу населения. Эти дети нуждаются как в социальном, так и в физическом воспитании.

Дети с ОВЗ нуждаются в повышенной двигательной активности, так как исправление нарушений физического развития, моторики и других двигательных возможностей является важнейшим условием подготовки таких детей к жизни.

Данную проблему в своих трудах рассматривают такие ученые, как: И.П. Павлов, В.В.Ториневский, П.Ф. Лесгафт и др. Авторы указывают на эффективность физических упражнений для коррекции нарушений моторики и других недостатков физического развития.

Коррекционная работа, осуществляющаяся в ходе адаптивной физической культуры, является основой социальной реабилитации, так как представляет собой систему различных мероприятий, направленных на исправление недостатков в развитии человека. Именно поэтому между такими понятиями как физическая и социальная реабилитация существует диалектическая взаимосвязь.

Л.С. Выготский в своем труде «Основы дефектологии» указывал на двойственную роль органического недостатка, в процессе развития и формирования личности. Он рассматривал дефект как ограничение, ослабление развития с одной стороны и как усиленное движение вперед с другой. Всякий дефект создает стимулы для выработки компенсации. Поэтому динамическое изучение ребенка с ОВЗ не может ограничиваться установлением степени и тяжести недостатка, но непременно включает учет компенсаторных – замещающих, настраивающихся, выравнивающих процессов в развитии и поведении ребенка. Для дефектологии объектом является не недостаток сам по себе, а ребенок, отягощенный этим недостатком [1].

Разработать научно-методические основы обучения физической культуре и спорту, физическому воспитанию и коррекционной педагогике позволяет диагностика и учет исходных двигательных возможностей человека, а также характер двигательного нарушения. Важность данного положения обусловлена значимой ролью двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности и психических функций человека. Например, нарушения в мелкой и общей моторике (дифференцированном движении пальцев рук, координации движений рук и ног при ходьбе, кинестетических нарушений) определяются теми же механизмами, что и интеллектуальный дефект, а именно нарушением аналитико-синтетической деятельности коры больших полушарий головного мозга, в основе которого лежит органическая патология корковых зон двигательно-кинестетического анализатора. Именно этим в первую очередь обусловлена первичность двигательных нарушений в структуре заторможенного умственного развития человека. Устранение двигательных нарушений или их улучшение способствует развитию аналитико-синтетической функции коры головного мозга, интеллекта человека [2].

Благодаря ощущению своего тела – проприоцепции, моторика влияет на развитие психики и на состояние вегетативных функций. Учитывая данное положение можно сделать вывод, что закономерность с помощью изменения физического состояния моторного анализатора и его локомоторного аппарата, может целенаправленно влиять на деятельность различных систем организма, высшие психические функции, а также на функции различных анализаторов. Сам же процесс физического воспитания и обучения следует строить так, чтобы ученики осмысленно выполняли упражнения, пытаясь их словесно опосредовать, проанализировать, осуществлять регуляцию темпа, ритма, координации движений и других характеристик. Большое значение придается формированию у них способа контроля и самоконтроля за движениями, использованию мотивационных факторов в достижении целей и задач физического воспитания. Следует постоянно раскрывать сущность и необходимость занятий физической культурой, формировать положительное отношение к ним. Исходя из этого, можно сделать вывод, что методы и технологии физического воспитания должны быть направлены, прежде всего, на развитие и активизацию познавательной здоровьесберегающей деятельности учащихся, расширение их кругозора, воспитание потребности в здоровом образе жизни.

Учащиеся с отклонениями в состоянии здоровья отличаются от здоровых школьников тем, что у них наравне с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется психическое состояние. Как уже ранее говорилось, одним из

средств, улучшающих психическое и физическое состояние детей, является адаптивная физическая культура. Её целью является формирование потребностей в занятиях физическими упражнениями, укрепление здоровья, повышение трудоспособности, интеллектуальное, психическое развитие. Следовательно, регулярные занятия для детей с ОВЗ являются жизненно необходимыми. В их воспитании есть своя особая направленность, выражающаяся в обеспечении духовного и физического развития, профессионально-прикладной подготовленности к труду, усвоении правил и норм поведения в различных условиях. Исходя из этого следует вывод, что уроки адаптивной физической культуры в школе имеют важное значение.

По мнению С.П. Евсеева, на сегодняшний день все существующие формы физического воспитания, предназначенные для лиц с ограниченными возможностями здоровья, для инвалидов всех возрастов и нозологических групп, а именно: занятия по физическому воспитанию, ритмике, уроки по физической культуре и другое – сегодня правильнее относить к формам адаптивного физического воспитания и называть занятиями по адаптивному физическому воспитанию, уроками по адаптивной физической культуре [3].

Таким образом, при помощи адаптивной физической культуры можно значительно улучшить не только физическое, но и психическое состояние учащихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья, а главное, приобщить их к посильным для себя физическим упражнениям и умению управлять своим психофизиологическим состоянием.

Литература:

1. Выготский Л. С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003.
2. Гогунов Е. Н., Марьянов Б. И. Психология физического воспитания и спорта / Е.Н. Гогунов Б.И. Марьянов.– М.: Академия, 2004.
3. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры / Советский спорт. Том 1. / Под редакцией С. П. Евсеева.– М., 2005.

Сергеев В.М., г .Ессентуки, филиал ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Соловьёва Е.В.

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ В УСЛОВИЯХ МАССОВОЙ ШКОЛЫ

Существует много определений понятия «инклюзивное образование», но наиболее чётко его объясняет доктор педагогических наук, профессор И.Т. Сулейманова: «Инклюзивное образование – это политика государства, направленная на устранение барьеров, которые разъединяют детей, на полное включение всех детей в

общеобразовательный процесс, их социальную адаптацию, несмотря на возраст, пол, этническую и религиозную принадлежность, отставание в развитии или экономический статус» [2].

В любом обществе есть люди, которые требуют особого внимания к себе. Это люди, имеющие какие-то отклонения в физическом, психическом или социальном развитии. Такие люди выделялись в особую группу, и в обществе и в государстве складывалось особое отношение к ним.

Однако в разные времена в зависимости от конкретных культурнщ-исторических условий отношение к этой категории людей было самым различным: в одних обществах, как, например, в Спарте, оно отличалось крайней жестокостью вплоть до их физического уничтожения. Районы крайнего Севера. Древний Рим, в других – было милосердно-сострадательным.

Сегодня проблема отношения к людям с ограниченными возможностями становится все более актуальной вследствие того, что их число, как во всем мире, так и в России, имеет устойчивую тенденцию к увеличению.

По мнению экспертов ВОЗ, в Российской Федерации дети-инвалиды составляют, по разным оценкам, от 1,5 % до 4,5 % детского населения, что в абсолютных значениях превышает полумиллионную отметку. Анализ основных исследований по изучаемой проблеме в широком системном контексте привел к выводу, что в ближайшие годы прогнозируется дальнейший рост этого показателя на фоне снижения численности населения, показателей его здоровья, неблагополучной социальной ситуации в большинстве российских семей [1].

Этому способствуют многие факторы:

–экологические проблемы,

–употребление алкоголя и наркотиков,

– кризисные явления в обществе, которые всегда связаны со стрессами,

– дальнейшее развитие медицинских знаний, сейчас выхаживают таких больных, которые 50 лет назад неминуемо погибли бы (операции на сердце у новорожденных детей с тяжелой аритмией сердца).

При этом наследственные изменения встречаются у 8 – 10% детей, количество детей, пострадавших от неблагоприятных условий развития колеблется от 20 до 50%.

По всем прогнозам показатель детской инвалидности будет расти, значит нам надо учиться жить вместе с такими людьми, помогая им, не унижая их достоинства.

В основу инклюзивного образования положена идеология, которая обеспечивает доступ к образованию для детей с особыми потребностями,

уменьшает дискриминацию таких детей, так как они и здоровые дети получают навыки общения друг с другом, учатся распознавать и принимать различия людей [3].

Дети с различными отклонениями в развитии требуют различного подхода, различных методик работы. Среди детей с отклонениями в развитии выделяют следующие группы:

– глухих и слабослышащих;

– слепых и слабовидящих;

– с недоразвитием речи;

– с нарушением опорно-двигательного аппарата;

– с задержкой психического развития;

– с первыми признаками шизофрении, невозможностью общения, с ранним аутизмом;

– дети с соматическими нарушениями в развитии.

Система образования, доступная инвалидам, не полностью соответствует структуре потребностей рынка труда; не получила должного развития система непрерывного профессионального образования для молодых инвалидов, что сдерживает их трудовую реабилитацию и наиболее полное участие в экономике, а следовательно, не позволяет эффективно модернизировать социальную сферу.

К сожалению, в учебных заведениях общего типа «особые» дети чаще всего находятся в условиях малоподвижности как вынужденной формы поведения.

Обычно они освобождены от занятий физической культурой или их относят к специальной группе, фактически не функционирующей в основной массе школ [2]. Поэтому инклюзивные уроки физической культуры в этих условиях, на наш взгляд, приобретают особую актуальность и значимость. Более того, инклюзивные уроки физической культуры имеют ряд других преимуществ. «Особые» дети получают доступный пример для двигательного подражания; формируется способность к преодолению физических, и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни; осознается необходимость своего личного вклада в жизнь общества; появляется желание улучшать свои физические кондиции.

Несомненно, что положительный опыт из таких уроков выносят и здоровые дети. Для них это новые навыки общения и развития эмоциональной сферы, преодоление скованности, эгоистических установок или комплекса превосходства. Как показывает анализ подходов к рассмотрению данной проблемы, дети с раннего возраста, научившись доброжелательному взаимодействию и сотрудничеству со сверстниками, «не такими, как все», принимают аномальных детей как партнеров [4].

Исходя из этого, нами предпринята попытка выявить степень готовности к инклюзивной деятельности учителей по адаптивной физической культуре.

Исследование охватило группу в количестве 50 человек: 26 студентов из группы 3–2ФБ и 24 студента из группы 3–1ФБ. Готовность студентов к инклюзивной деятельности определялась посредством анкетирования.

Статистическая обработка данных осуществлялась посредством программы Excel. Определялся процент ответов на тот или иной вопрос анкеты.

Было выявлено, что 63 % респондентов отмечают наличие детей с ОВЗ (ограниченные возможности здоровья) в общеобразовательных школах по их месту прохождения педагогической практики. Но при этом большинство опрошенных (49 %) признаются, что у них на уроках нет таких детей, они не берут на себя ответственности. По нашему мнению, это связано в первую очередь с тем, что школа как социальный институт ориентирована на детей, способных двигаться в темпе, предусмотренном стандартной программой, детей, для которых достаточными являются типовые методы педагогической работы.

Первичным и важнейшим этапом подготовки системы образования к реализации процесса инклюзии является этап психологических и ценностных изменений, а также изменений уровня профессиональных компетентностей ее специалистов. На вопрос «Как Вы относитесь к детям с ОВЗ?» 67 % респондентов испытывают желание помогать таким детям, ни один из респондентов испытывает безразличие или отвращение.

Информационная осведомлённость студента об основных положениях инклюзивного образования является основой для его профессиональной позиции.

Установлено, что большинству опрошенных студентов (82 %) знакомо понятие «инклюзия», они знают про совместное обучение здоровых детей и детей с отклонениями в состоянии здоровья. Однако относятся к инклюзивному обучению в целом положительно только 49 % студентов по физическому воспитанию, 10 % респондентов продемонстрировали негативное отношение к инклюзии.

Несмотря на достаточную осведомленность об инклюзии, 53 % респондентов считают, что наилучшим вариантом обучения для детей с отклонениями в состоянии здоровья остается специальное образование. Данный факт по нашему мнению может быть объяснен устоявшимся мнением о невозможности обучения детей с отклонениями в состоянии здоровья в общеобразовательных школах.

Немаловажным фактором также является низкая освещенность этой темы. Большинство вопросов анкеты было посвящено отношению

студентов к вопросам инклюзии в сфере физической культуры. Выявлено, что 51 % студентов считают реальным воплощение инклюзии в сферу адаптивной физической культуры при условии приложения максимума усилий. Основные трудности по воплощению инклюзии в реальность общеобразовательной школы они связывают с недостаточным на данный момент материально-техническим обеспечением, непригодным для таких детей (61 %); со сложностью использования индивидуального подхода на уроке вследствие большой наполняемости классов (54 %); с недостаточной методической подготовленностью учителей физической культуры и отсутствием медицинских знаний (62 %); с неадекватной реакцией «здоровых» одноклассников на участие в уроке детей с отклонениями в здоровье (40 %).

Таким образом, нами установлен средний уровень вербальной готовности студентов адаптивной физической культуры к инклюзивной деятельности и отсутствие практики инклюзии по физической культуре в образовательных школах.

Л.С. Выготский указывал на необходимость создания такой системы обучения, в которой ребенок с ограниченными возможностями не исключался бы из общества детей с нормальным развитием. Он указывал, что при всех достоинствах наша специальная школа отличается тем основным недостатком, что он замыкает своего воспитанника – слепого, глухого или умственно отсталого ребенка – в узкий круг школьного коллектива, создает замкнутый мир, в котором все приспособлено к дефекту ребенка, все фиксирует его внимание на своем недостатке и не вводит его в настоящую жизнь. Специальная школа вместо того, чтобы выводить ребенка из изолированного мира, развивает в нем навыки, которые ведут к еще большей изоляции и усиливают его сепаратизм. Потому Л.С. Выготский считал, что задачами воспитания ребенка с нарушением развития являются его интеграция в жизнь и осуществление компенсации его недостатка каким–либо другим путем. Причем компенсацию он понимал не в биологическом, а в социальном аспекте, так как считал, что воспитателю в работе с ребенком, имеющим дефекты развития, приходится иметь дело не столько с биологическими фактами, сколько с их социальными последствиями. Он считал, что широчайшая ориентировка на нормальных детей должна служить исходной точкой пересмотра специального образования. Никто не отрицает необходимость последнего, но специальные знания и обучение нужно подчинить общему воспитанию, общему обучению.

Литература:

1. Выготский Л.С. Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте // Избр. психол. исслед. – М., 2000.

2. Дьяченко В. Г., Рзянкина М.Ф. Руководство по социальной педиатрии / В.Г. Дьяченко, Л.В. Солохина. – Хабаровск: Издательство ДВГМУ, 2010. – 124с.

3. Кулагина Е. В. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья. Опыт коррекционных и интеграционных школ / Е.В. Кулагина // Социологические исследования. – 2009. – № 2. – С. 107–116.

4. Назарова Н.М. Интегрированное (инклюзивное) образование: генезис и проблемы внедрения / Н.М. Назарова // Коррекционная педагогика. – 2010. – № 4 (40). – С. 8–16.

5. Панов А. И. Российская энциклопедия социальной работы. Т. 1. / А.И. Панов, Е.И. Холостова. – М.: Институт социальной работы, 2007. – 364 с.

Шыхыева П.И., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Адаптивная физическая культура (АФК) – это вид общей физической культуры для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Основной целью АФК является максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для максимальной самореализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта. Максимальное развитие с помощью средств и методов адаптивной физической культуры жизнеспособности человека, поддержание у него оптимального психофизического состояния представляет каждому инвалиду возможности реализовать свои творческие потенции и достичь выдающихся результатов, не только соизмеримых с результатами здоровых людей, но и превышающих их.

Но главное, адаптивная физкультура позволяет решать задачу интеграции инвалида в общество. Каким образом? Дело в том, что адаптивная физкультура формирует у человека с отклонениями в физическом или психическом здоровье:

- осознанное отношение к своим силам в сравнении с силами среднестатистического здорового человека;
- способность к преодолению не только физических, но и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни;
- компенсаторные навыки, то есть позволяет использовать функции разных систем и органов вместо отсутствующих или нарушенных;

- способность к преодолению необходимых для полноценного функционирования в обществе физических нагрузок;
- потребность быть здоровым, насколько это возможно, и вести здоровый образ жизни;
- осознание необходимости своего личного вклада в жизнь общества;
- желание улучшать свои личностные качества;
- стремление к повышению умственной и физической работоспособности.

В целом, считается, что адаптивная физкультура по своему действию намного эффективнее медикаментозной терапии [2].

Понятно, что адаптивная физкультура имеет строго индивидуальный характер. Адаптивная физкультура полностью от начала и до конца происходит под руководством специалиста по адаптивной физкультуре. Факультеты с названием «адаптивная физкультура» есть во многих высших учебных заведениях, специалистов по адаптивной физкультуре готовят наряду с учителями физкультуры или специалистами по лечебной физкультуре.

Среди приоритетных направлений деятельности по развитию адаптивной физической культуры разработчики Концепции справедливо называют:

1.Вовлечение как можно большего числа инвалидов в занятия физической культурой и спортом;

2.Физкультурное просвещение и информационно-пропагандистское обеспечение развития физической культуры и массового спорта среди инвалидов;

3.Обеспечение доступности для инвалидов существующих физкультурно-оздоровительных и спортивных объектов;

4.Подготовка, повышение квалификации и переподготовка специалистов для физкультурно-реабилитационной и спортивной работы с инвалидами;

5.Создание нормативно-правовой базы развития физической культуры и спорта инвалидов.

Несомненным достоинством данной концепции являются предложения по разграничению полномочий и функций в системе физической реабилитации инвалидов между федеральными и региональными органами государственного управления в области физической культуры и спорта [1, с.10-15].

Виды адаптивной физической культуры:

адаптивное физическое воспитание (образование). Содержание адаптивного физического воспитания (образования) направлено на формирование у инвалидов и людей с отклонениями в состоянии здоровья комплекса специальных знаний, жизненно и профессионально

необходимых двигательных умений и навыков; на развитие широкого круга основных физических и специальных качеств, повышение функциональных возможностей различных органов и систем человека; на более полную реализацию его генетической программы и, наконец, на становление, сохранение и использование оставшихся в наличии телесно-двигательных качеств инвалида.

Основная задача адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и вообще в осуществлении здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями валеологии.

Адаптивный спорт. Содержание адаптивного спорта (как базового, так и высших достижений) направлено, прежде всего, на формирование у инвалидов (особенно талантливой молодежи) высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах в состязаниях с людьми, имеющими аналогичные проблемы со здоровьем.

Основная задача адаптивного спорта заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно-историческому опыту в данной сфере, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей физической культуры.

Адаптивная двигательная рекреация. Содержание адаптивной двигательной рекреации направлено на активизацию, поддержание или восстановление физических сил, затраченных инвалидом во время какого-либо вида деятельности (труд, учеба, спорт и др.), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга и вообще на оздоровление, улучшение кондиции, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием.

Основная задача адаптивной физической рекреации состоит в привитии личности инвалида проверенных исторической практикой мировоззренческих взглядов Эпикура, проповедовавшего философию (принцип) гедонизма, в освоении инвалидом основных приемов и способов рекреации.

Адаптивная физическая реабилитация. Содержание адаптивной физической реабилитации направлено на восстановление у инвалидов временно утраченных или нарушенных функций (помимо тех, которые утрачены или разрушены на длительный срок в связи с основным заболеванием, являющимся причиной инвалидности) после перенесения

различных заболеваний, травм, физических и психических перенапряжений, возникающих в процессе какого-либо вида деятельности или тех или иных жизненных обстоятельств.

Основная задача адаптивной физической реабилитации заключается в формировании адекватных психических реакций инвалидов на то или иное заболевание, ориентации их на использование естественных, экологически оправданных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма; в обучении их умениям использовать соответствующие комплексы физических упражнений, закаливающие и термические процедуры, и другие средства.

Таким образом, активизация работы с инвалидами в области физической культуры и спорта, несомненно, способствует гуманизации самого общества, изменению его отношения к этой группе населения, и тем самым имеет большое социальное значение.

Надо признать, что проблемы физической реабилитации и социальной интеграции инвалидов средствами физической культуры и спорта решаются медленно. Основными причинами слабого развития физической культуры и спорта среди инвалидов является практическое отсутствие специализированных физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружении, недостаток оборудования и инвентаря, неразвитость сети физкультурно-спортивных клубов, детско-юношеских спортивных школ и отделений для инвалидов во всех типах учреждений дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности. Ощущается нехватка профессиональных кадров. Не выражена в достаточной степени потребность в физическом совершенствовании у самих инвалидов, что связано с отсутствием специализированной пропаганды, подвигающей их к занятиям физической культурой и спортом [2, с.6-15].

Литература:

1.Выдрин В.М. Методические проблемы теории физической культуры //Теория и практика физической культуры. – М., 2000, № 6.– С. 10-12.

2.Евстафьев Б.В. Анализ основных понятий в теории физической культуры /Материалы к лекциям. – Л.: ВИФК, 2005. – №5. – С. 133

Щекотихина Е.Ю., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Статья посвящена проблеме внедрения физической культуры в инклюзивное образование. Физическая культура – это часть культуры, направленная на укрепление и сохранение здоровья, формирует здоровый

образ жизни, сохраняет отличное физическое состояние на долгие годы. Физическая культура представляет собой совокупность ценностей, знаний и норм, которые используются обществом для гармоничного развития физических, психических и нравственных качеств человека. Основные средства физкультуры – игры и различные физические упражнения с постепенным увеличением нагрузки [1]. Ключевым моментом в реабилитационных мероприятиях детей-инвалидов является их воспитание и обучение (О. А. Александрова, 2005). «Инклюзия как принцип организации образования является явлением социально-педагогического характера. Соответственно, инклюзия нацелена не на изменение или исправление отдельного ребенка, а на адаптацию учебной и социальной среды к возможностям данного ребенка» (Проф. Ульф Янсон).

Новый несокращенный универсальный словарь Вебстера определяет инклюзию как «процесс, при котором что-либо включается, то есть вовлекается, охватывается, или входит в состав, как часть целого».

В свою очередь инклюзивное образование основано на следующих приоритетах:

• Приоритете социальной адаптации ребенка на каждом возрастном этапе;

• Непрерывности инклюзивного процесса на всех возрастных ступенях;

• Природосообразности образовательных (в широком смысле) задач и методов, как возможностям ребенка, так и общей логики развития;

• Приоритетного развития коммуникативных компетенций, умений взаимодействовать с другими людьми;

• Профилактики и преодоления инвалидизации и искусственной изоляции семьи особого ребенка [2].

Ребёнок с ОВЗ должен иметь право на индивидуальный темп обучения (или соответствующий стандарту обучения ребенка с тем или иным ограничением) и при этом избежать риска травматизации как «неуспевающий». Индивидуальная образовательная программа является лишь частичным ответом на вышеизложенный пункт, так как не решает вопроса итогового документа об образовании, который может получить выпускник и обеспеченности данного документа дальнейшими возможностями образования и профессионального развития [3].

Другими словами, данный риск связан с противоречием между формой инклюзивного образования, предполагающей разработку индивидуальных образовательных программ для учащихся и требованием к результативности образовательного процесса в виде «констатации достижения гражданином (обучающимся) установленных государственных образовательных уровней (образовательных цензов)» // Федеральный закон. О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «Об образовании» (Статья 1.).

По данным литературы, около 20% «особых детей» обучаются в

общеобразовательных учреждениях, где должны создаваться условия, адекватные психофизическим способностям этой группы детей. В учебных заведениях общего типа «особые» дети чаще всего находятся в условиях малоподвижности как вынужденной формы поведения. Обычно они освобождены от занятий физической культурой или их относят к специальной группе, фактически не функционирующей в основной массе школ. В то время как средства физической культуры, способствуя развитию основных физических и двигательных телесно-двигательных качеств ребенка-инвалида, являются наиболее эффективными среди мер социальной защиты инвалидов, реабилитации, социальной адаптации (С.П. Евсеев, 1998). Более того, инклюзивные уроки физической культуры имеют ещё ряд преимуществ. «Особые» дети получают доступный пример для двигательного подражания; формируется способность к преодолению физических и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни; осознается необходимость своего личного вклада в жизнь общества; появляется желание улучшать свои физические возможности [4]. Несомненно, что положительный опыт из таких уроков выносят и здоровые дети. Для них это новые навыки общения и развития эмоциональной сферы, преодоление скованности, эгоистических установок или комплекса превосходства. Мировая практика показывает, что дети, с раннего возраста научившись доброжелательному взаимодействию и сотрудничеству со сверстниками, «не такими, как все», не страдают «психологией расизма», принимают аномальных детей как партнеров (Л. М. Шипицына, 2005).

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время существует противоречие между объективной потребностью в инклюзивной деятельности на уроках физической культуры и отсутствием знаний о трудностях внедрения инклюзии в школьный образовательный процесс по физической культуре и уровне готовности учителей физической культуры к реализации деятельности в этом направлении. Инклюзивное образование приобретает всё более широкие масштабы. Оно поддержано законодательно, обосновано международными требованиями и процессами мировой интеграции. Зарубежный опыт показывает, что этот проект потребует много времени и участия всех. Наши усилия зависят от той цели, которую мы ставим перед собой [5].

Литература:

1. Гусева Т.Н. Инклюзивное образование/ Т.Н. Гусева. – М., 2010. – С 272.

2. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура и социальная интеграция инвалидов / С. П. Евсеев // Открытый Мир: Науч. практ. семинар поадапт. двигат. активности. – М., 1998 – С. 25 - 28.

3. Косс В. О. Инклюзивное образование. К постановке проблемы / В.

О. Косс// Социальная работа в России: образование и практика. – Томск, 2009. – С. 173 - 177.

4. Курамшин Ю.Ф. Теория и методика физической культуры/ Ю.Ф. Курамшин. – М.: Советский спорт, 2003.– 464 стр.

5. Шамрай Т.А. Адаптивная физическая культура/ Т.А. Шамрай. – М., 2000.

РАЗДЕЛ 2. ИНТЕГРИРОВАННОЕ И ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Бабаева С.А., г. Батайск, заведующий МБ ДОУ № 3

СОЗДАНИЕ В ДОУ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Слепые дети – это дети с особыми образовательными потребностями, со своим восприятием мира, особенностями, которые сильно отличают его от других. Но они также нуждаются в любви, заботе и образовании.

Воспитание незрячего ребенка дошкольного возраста на сегодняшний день представляет собой сложную нерешенную проблему. Именно эти дети представляют численно растущую категорию детей с особыми потребностями в развитии. Ситуация усугубляется ростом числа детей, у которых слепота осложнена сопутствующими заболеваниями или дополнительными отклонениями в развитии.

Незрячие дошкольники Ростовской области, как и большинство российских незрячих дошкольников, не посещают детские сады и воспитываются в домашних условиях родителями, большинство из которых, не имеют информации о способах и перспективах развития таких детей.

С целью организации системы квалифицированной комплексной помощи незрячим детям дошкольного возраста и их родителям в условиях дошкольного образовательного учреждения в 2011 году в Батайске на базе нашего ДОУ была открыта специализированная группа полного дня «Семицветик» для тотально слепых детей.

Мы выделили следующие организационные условия, необходимые для реализации:

1. Решение вопроса о возможности открытия специализированной группы в условиях детского сада на уровне муниципалитета.
2. Нормативно-правовые условия.
3. Программн-методические условия.
4. Предметно-развивающая среда в условиях группы и всего детского сада.
5. Кадровые условия (выделение ставок, обучение специалистов, психологическая готовность к работе).
6. Организация работы с родителями.

В настоящий момент группу посещают 7 детей разного возраста от 3,5 до 6,5 лет, проживающих в Батайске и других городах Ростовской области. В текущем году мы выпустили двух выпускников. Областным

ПМПК было подтверждено, что наши Саша и Катя подготовлены к обучению в школе и успешному переходу на новую ступень образования.

Мы создали необходимые условия для инклюзивного образования в условиях дошкольного учреждения, ориентируясь на создание среды, характеризующейся соблюдением следующих требований:

- адекватность общим и особым образовательным потребностям,
- физическая и эмоциональная комфортность для ребенка с ограниченными возможностями здоровья,
- открытость для его родителей (законных представителей);
- обеспечение гарантии сохранения и укрепления физического и психологического здоровья воспитанников.[1]

Групповое помещение «Семицветика» оборудовано в соответствии со всеми требованиями, имеется отдельный вход, пошаговые ступеньки, специальные пособия, игрушки.

Оборудован кабинет тифлопедагога, приобретены рельефно-графические пособия.

Занятия проводятся также в сенсорной комнате, физкультурном и музыкальном залах детского сада. Дети свободны в передвижении, хорошо ориентируются, ведь они находятся в «безбарьерном, комфортном и безопасном пространстве».

Они могут самостоятельно себя обслуживать, ориентироваться в социуме и жизненном пространстве, даже если остаются без взрослого. Они могут все выполнять так же, как и обычные дети. [1]

Воспитанники из других групп охотно ребят принимают в игру. Никто не сторонится. Напротив – все вокруг друзья. Теперь они живут и не боятся. Даже если что-то не получается, пробуют снова.

Ребята участвуют во всех мероприятиях и праздниках в детском саду, поют, танцуют. И даже «смотрят» спектакли. А, выходя на прогулку, с удовольствием катаются с горки, играют, бегают, смеются…

С детьми занимаются квалифицированные специалисты: тифлопедагог, дефектолог, педагог-психолог и учитель-логопед.

Педагоги работают под руководством научного консультанта – старшего преподавателя кафедры коррекционной педагогики Южного Федерального Университета О.Г. Болдиновой. [1]

Следует отметить, что наш детский сад является практической базой научно-образовательного центра «Диагностика, коррекция, развитие» при педагогическом институте ЮФУ по проблеме «Социализация детей с особыми образовательными потребностями».

Результаты исследовательской работы:

- подборка «Педагогической копилки» (методическая, научная литература),
- создание методической базы развивающих и коррекционных методик,

пособий,

- формирование развивающей коррекционной среды (групповое помещение, сенсорная комната),

- практические разработки по моделированию развивающей среды в ДОУ для применения в коррекционной работе с незрячими детьми и др.

Итак, нами положено начало, что позволяет решать задачи в формировании комплексной системы реабилитации детей и их родителей в соответствии с заболеванием, реализации конституционного права на образование детей с ОВЗ, социализации детей и взрослых (психологическая и социально-профессиональная защищенность).

Тотально слепые дети учатся жить в мире, приспособленном для зрячих людей. А их родители обретают поддержку, квалифицированную помощь в обучении, воспитании и развитии своих малышей.

У родителей впервые появилась возможность подумать о своей личностной самореализации. Так, две мамы пошли работать, и даже получать второе высшее образование.

А главное – у детей появилась реальная возможность познавать окружающий мир, осваивать навыки социальной жизни, быть успешными.

Литература:

1. Болдинова О.Г. Захараш Т.Б. Социализация детей с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности дошкольного образовательного учреждения. – М., 2013. – 208с.

Булатова И.А., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: к.п.н. Микшина Е.П.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ В ПРОЦЕССЕ ИНТЕРНАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Проблема обучения глухих и слабослышащих дошкольников с комплексными нарушениями развития рассматривается нами, во-первых, во взаимосвязи с философскими взглядами на обучение детей с ограниченными возможностями здоровья и этапами становления национальных образовательных систем России и стран Европы (Н.Н. Малофеев, Н.М. Назарова, Г.Н. Пенин и др.), во-вторых, в зависимости от государственной политики в области специального образования и эволюции общества в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья (Л.М. Шипицина).

В Европе во второй половине XX в., с одной стороны, развивается дифференцированный подход к изучению, обучению и воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья, с другой стороны,

усиливаются идеи интеграции этих лиц в социуме, а в качестве приоритетной организационной формы выступает интегрированное (инклюзивное) обучение (Н.Н. Малофеев, Н.М. Назарова, Г.Н. Пенин и др.) [1, 2, 4].

Реформирование отечественной системы специального образования в настоящее время, по мнению Л.М. Шипицыной, также осуществляется на основе дифференциации и интеграции. Дифференциация идет за счет совершенствования существующих восьми видов специальных учреждений, а также появления новых. Интеграция предполагает социальную интеграцию и интегрированное обучение. Л.М. Шипицына выделяет две модели интегрированного обучения: интернальная (интеграция внутри системы специального обучения) и экстеральная (взаимодействие систем общего и специального) [8].

Второе десятилетие XXI века ознаменовалось позитивными изменениями для систем общего и специального образования в России, совершенствованием нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность дошкольных образовательных учреждений. Так, вступивший в силу с 1 сентября 2013 года ФЗ-273 «Об образовании в Российской Федерации», Федеральные государственные требования к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования, утвержденные приказом Министерства образования и науки Российской федерации № 655 от 23.11.2009 г., типовое положение о дошкольном образовательном учреждении, утвержденное постановлением Правительства РФ № 666 от 12.09.2008 г., гарантируют право всех детей на получение общедоступного и бесплатного дошкольного образования в государственных и муниципальных дошкольных образовательных учреждений всех видов. В соответствии с этими законодательными актами дошкольники с ограниченными возможностями здоровья имеют право на получение образования в специальных и общеобразовательных учреждениях, том числе посредством организации интегрированного, инклюзивного обучения [3, 6, 7].

В нашем диссертационном исследовании была проанализирована социально-педагогическая ситуация в специальном образовании Ростовской области и представлена характеристика глухих и слабослышащих детей с комплексными нарушениями развития в дошкольных образовательных учреждениях № 92, 229, 317 г. Ростова-на-Дону, на базе которых проводилась экспериментальная работа. В эксперименте принимали участие 20 детей с нарушениями слуха в возрасте от 3 до 7 лет, имеющих комплексные нарушения развития, из них 13 слабослышащих и 7 глухих. У 8 детей данной категории снижение слуха сочетается с нарушением опорно-двигательного аппарата, 5 детей имеют множественные дефекты развития, у 4 детей выявлена олигофрения

легкой степени, у 2 – нарушения зрения, у 1 – ЗПР церебрально-органического генеза. Выявленный полиморфизм структуры дефектов у глухих и слабослышащих дошкольников с комплексными нарушениями развития подчеркивает значимость индивидуализации обучения этих детей с учетом персональных образовательных потребностей и возможностей ребенка.

Целью педагогической диагностики явилось определение уровня усвоения ребенком программных требований, предъявляемых к глухим и слабослышащим дошкольникам с комплексными нарушениями развития. Для обследования детей нами использовалась «Программа воспитания и обучения слабослышащих дошкольников со сложными (комплексными) нарушениями развития» под редакцией Л.А. Головчиц [5].

Уровень усвоения программных требований и особенности развития детей позволили нам выявить специфику образовательных потребностей для разных субкатегорий глухих и слабослышащих детей с комплексными нарушениями на этапе констатирующего эксперимента, а так же определить организационно-педагогические и методические условия их интегрированного обучения: совершенствование компонентов обучения глухих и слабослышащих дошкольников с комбинированными нарушениями развития с учетом специфики их образовательных потребностей и уровня усвоения программных требований; повышение профессиональной компетентности всех участников педагогического процесса; усиление взаимодействия всех участников педагогического процесса; активизация педагогического потенциала родителей ребенка с комплексными нарушениями развития; оптимизация специальной коррекционно-развивающей предметно-пространственной среды в дошкольном образовательном учреждении и в условиях семейного воспитания.

Оптимизация процесса обучения дошкольников с комплексными нарушениями развития в группах глухих и слабослышащих разрабатывалась нами с учетом компонентов образовательного процесса, предложенных Ю.К. Бабанским: цель, задачи, содержание, методы, средства, формы организации обучения.

Совершенствование целевого и содержательного компонентов обучения состояло в том, что в зависимости от уровня развития и специфики персональных образовательных потребностей глухих и слабослышащих дошкольников с комплексными нарушениями нами конкретизировались цель, задачи, содержание коррекционно-развивающего обучения этих детей в условиях интернальной интеграции.

Совершенствование технологического компонента обучения состояло в дифференцированном использовании методов и средств

обучения в зависимости от уровня развития ребенка, от характера и степени выраженности сочетанных нарушений.

Совершенствование организационного компонента обучения заключалось в дифференцированном выборе форм организации занятий, который зависел от уровня развития ребенка, вида детской деятельности, возможности ребенка к эффективному взаимодействию с определенным количеством детей и взрослых в том или ином виде деятельности, а также от задач, содержания, методов и этапа обучения. При организации занятий для детей определялись виды индивидуальной помощи, дополнительный стимульный материал, облегченные варианты деятельности, дозирование зрительной, двигательной или интеллектуальной нагрузки. С учетом специфики образовательных потребностей глухих и слабослышащих дошкольников с комплексными нарушениями и уровня развития конкретного ребенка нами были апробированы различные модели обучения этих детей в условиях интернальной интеграции.

С целью изучения возможности построения специальной коррекционно-развивающей предметно-пространственной среды в образовательном учреждении и в условиях семейного воспитания мы разработали рекомендации для педагогов и родителей по использованию развивающих элементов, направленных на коррекцию сенсорных, интеллектуальных и двигательных нарушений в развитии глухих и слабослышащих дошкольников с комплексными нарушениями.

На констатирующем этапе эксперимента мы предположили, что при правильно разработанной системе специального обучения дошкольников с комплексными нарушениями в условиях интернальной интеграции критерием оценки эффективности педагогического процесса может выступать повышение уровня развития детей экспериментальной группы. По результатам контрольного эксперимента у 40% детей экспериментальной группы наблюдается положительная динамика развития, у 60% детей наблюдались качественные положительные изменения, которые, однако, не привели к переходу ребенка на следующий уровень развития.

Результаты данного исследования позволили нам определить перспективные направления совершенствования процесса обучения дошкольников с комплексными нарушениями в условиях интернальной интеграции: расширение возрастных рамок обучения детей с комплексными нарушениями через раннюю диагностику и оценку развития в рамках деятельности службы ранней помощи; дальнейшее расширение деятельности специальных коррекционных ДОУ за счет процессов интернальной интеграции, которая является перспективной, так как именно в этих учреждениях имеются определенные ресурсы, прежде всего кадровые; организация психологического и физического

сопровождения, осуществляемого психологом и ассистентом (волонтером); совершенствование процесса оценки эффективности обучения детей с комплексными нарушениями; повышение квалификации специалистов не за счет углубления в теорию и практику сурдопедагогики, а за счет расширения знаний о различных категориях детей; внедрение технологий командной работы с обязательным включением родителей и учителей школ.

Реализация данных перспективных направлений расширит возможности дошкольников с комплексными нарушениями развития в получении педагогической помощи, адекватной специфике образовательных потребностей детей разных субкатегорий, повысит уровень профессиональной подготовленности педагогов, установит интегративные связи между всеми участниками педагогического процесса, включая специалистов детских садов, школ, ППМС-центров, ПМПК, служб ранней помощи, научных работников высшей школы, волонтеров и родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, увеличит конкурентоспособность образовательного учреждения.

Литература:

1. Малофеев Н.Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения // Дефектология. – 2005. – № 5. – С. 3.

2. Назарова Н.М. Исторические истоки феномена интеграции: уроки для будущего // Ребенок с особыми образовательными потребностями в мире искусства: Материалы XVI международной конференции «Ребенок в современном мире. Искусство и дети». – СПб,: Изд-во Политехн. Ун.-та, 2008. С. 24-30

3. Об образовании в Российской Федерации (ФЗ-273 от 29.12.2012).

4. Пенин Г.Н. Инклюзивное образование как гуманитарная проблема XXI века // Образовательная интеграция детей с особыми потребностями: социокультурные стратегии и перспективы: Материалы XVI международной конференции «Ребенок в современном мире. Детство и социокультурная прогностика». – СПб,: Изд-во Политехн. Ун.-та, 2009. – С. 10-15.

5. Программа воспитания и обучения слабослышащих дошкольников со сложными (комплексными) нарушениями развития / Под. ред. Л.А.Головчиц. – М.: УМИЦ «Граф-Пресс», 2003. – 128 с.

6. Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении (постановление Правительства РФ № 666 от 12.09.2008 г.).

7. Федеральные государственные требования к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования (приказ Министерства образования и науки РФ № 655 от 23.11.2009 г.).

8. Шипицына Л.М. Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 2. – С.15.

Зубарева Т.М., Соловьева Е.И., г. Новоалександровск, МОУ СОШ № 12
Научный руководитель: к. психол.н. Слюсарева Е.С.

КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СУБЪЕКТОВ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА: ИЗ ОПЫТА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Одним из основных положений Конвенции о правах ребенка (1989) является уважение и обеспечение государствами-участниками Конвенции всех прав, предусмотренных в Конвенции, за каждым ребенком без какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения, состояния здоровья и рождения ребенка, его родителей или законных опекунов или каких-либо иных обстоятельств.

Инклюзивное образование в России является одним из стратегических направлений реализации права каждого ребенка на образование, что закреплено в положениях Конвенции о правах ребенка (1989), Конвенции ООН, направленной на защиту и поощрение прав и достоинства лиц инвалидностью, Конвенции о правах инвалидов (2006), подписанной Российской Федерацией в 2008 году [5]. В Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа», инклюзивному подходу в образовании отводится особая роль: «Новая школа – это школа для всех. В любом среднем образовательном учреждении будет обеспечиваться успешная социализация детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Будут учитываться возрастные особенности школьников, по-разному организовано обучение на начальной, основной и старшей ступени». Данные положения отражены и в требованиях федеральных образовательных стандартов каждого уровня образования (дошкольного, начального, основного и среднего общего образования).

Создание такой новой школы ставит перед политиками, законодателями, профессиональным педагогическим сообществом и средствами массовой информации задачу изменения привычных, складывавшихся десятки лет представлений о формах и содержании обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. При этом развитие инклюзивного образования не предполагает отказа от сложившейся системы специального образования. Речь идет о поиске

путей развития новой школы таким образом, чтобы дети с ограниченными возможностями здоровья смогли реализовать свое право обучаться по месту жительства, наравне со своими сверстниками, в условиях, которые учитывают их особые образовательные потребности [2].

Таким образом, эффективная реализация обозначаемых приоритетов включения особого ребенка в среду общеобразовательного учреждения представляется практически невозможной без специализированного комплексного сопровождения как инклюзивного процесса в целом, так и его отдельных структурных компонентов, поскольку сам процесс инклюзии детей с ограниченными возможностями в образовании оказывается очень сложным, и в организационном, и в содержательном компонентах. Разработка концепции, создание адекватной модели и конкретных технологий комплексного сопровождения субъектов инклюзивной образовательной практики позволяет сделать этот процесс максимально адаптивным и пластичным.

К предпосылкам становления этой новой образовательной практики в Ставропольском крае могут быть отнесены:

- сложившаяся и успешно работающая в Ставропольском крае система специального (коррекционного) образования;
- сложившаяся система подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров для работы с детьми с ОВЗ (опыт ГБОУ ВПО СГПИ и других высших учебных заведений края);
- опыт экспериментальных школ и других уникальных образовательных учреждений на территории края – «точек развития» инклюзивной образовательной практики (МБОУ СОШ № 21 г. Ставрополя, МБОУ СОШ № 19 г.Ставрополя и др.).

В 2012 году в МОУ СОШ № 12 г. Новоалександровска была организована краевая инновационная площадка на тему: «Комплексное сопровождение субъектов инклюзивного образовательного процесса». Ведущая научная организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ставропольский государственный педагогический институт».

Основная цель экспериментальной деятельности – это разработка и апробация модели и технологий комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса.

Основными гипотезами исследования выступили:

1. Сущность комплексного сопровождения субъектов образовательного процесса составляет особая социально-психологическая среда полифункционального детско-взрослого взаимодействия, построенная на принципах сопричастности, сотрудничества, содействия, обеспечения и поддержки в решении проблем инклюзивного начального образования, которая и может являться основным условием

эффективности учебно-воспитательного процесса в образовательном учреждении в плане сохранения психологического здоровья всех субъектов взаимодействия, их полноценного развития и личностного роста.

2. Комплексное сопровождение субъектов инклюзивного образовательного процесса будет эффективнее, если:

- будут описаны основные механизмы, условия и технологии комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса;
- будет разработана концепция и модель комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса;
- будут выявления организационно-методические, психолого-педагогические условия комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса.

Задачи проекта:

1. Теоретически обосновать концепцию комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса.
2. Разработать теоретическую модель организации процесса комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса.
3. Провести апробацию предложенной модели и определить условия и технологии комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса.
4. На основе полученных результатов разработать методические рекомендации для субъектов образовательного процесса по вопросам комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса.

В настоящее время получило широкое распространение понятие о сопровождении как о различных технологиях оказания специализированной помощи ребенку в условиях регулярного образования, технологиях взаимодействия психолога с другими специалистами образования, психологической службой, с образовательной средой в целом, как об определяющей философии и стратегии практической психологии образования [4].

Исходным положением для формирования теории и практики комплексного сопровождения стал системно-ориентированный подход, согласно которому развитие понимается как выбор и освоение субъектом развития тех или иных инноваций. В нем делается приоритет на внутренний потенциал развития субъекта. Отсюда, сопровождение может трактоваться как помощь субъекту развития в формировании ориентационного поля, ответственность за действия в котором несет сам субъект.

В теории сопровождения важным положением выступает утверждение, что носителем проблемы развития ребенка в каждом конкретном случае выступает и сам ребенок, и педагоги, и его родители, и ближайшее окружение ребенка.

Содержание сопровождения определяется созданием силами всех участников образовательного процесса оптимального для данного конкретного ребенка равновесного состояния между образовательными воздействиями (организацией вариативных программ обучения, организацией межличностного взаимодействия, в том числе эмоционально-мотивационного компонента этого взаимодействия, структуры самого образовательного пространства и т.п.) и индивидуальными амплификационными возможностями ребенка. Подобное равновесие должно иметь (в идеале) динамический характер, то есть поддерживаться для каждого отдельного момента нахождения ребенка в образовательном пространстве.

В процессе комплексного сопровождения субъектов инклюзивного образовательного процесса выделяются следующие аспекты:

- педагогический (качество обучения детей, в том числе детей с особыми образовательными потребностями);
- психологический (степень психологического комфорта ребенка и его родителей);
- социальный (отношение детей с особыми образовательными потребностями, их родителей и педагогов к инклюзивному образованию, отношение нормально развивающихся детей, их родителей к инклюзии).

Таким образом, рассматривая любого ребенка как субъекта образовательной инклюзивной среды, можно говорить о том, что цели и задачи сопровождения – это непрерывное поддержание силами всех специалистов равновесной ситуации между реальными возможностями ребенка (определяемыми, в первую очередь, внутренними условиями и закономерностями индивидуального развития ребенка) и динамическими показателями образовательных воздействий со стороны педагогов, родителей, других субъектов образовательного процесса.

Литература:

1. Алехина С.В. Готовность педагогов как основной фактор успешности инклюзивного процесса в образовании / С. В. Алехина, М. Н. Алексеева, Е. Л. Агафонова// Психологическая наука и образование. – 2011. – № 1. – С. 83-91.

2. Борисова Н.В., Прушлинский С.А. Инклюзивное образование: право, принципы, практика. – М., 2009.

3. Инклюзивное образование: методология, практика, технология: Материалы международной научно-практической конференции. – М.: МГППУ, 2011.

4. Технологии организации и сопровождения инклюзивного образовательного процесса: научно-методический сборник/ М.В. Гузева и др. – Ставрополь: СКИРО ПК и ПРО, 2012. – 144 с.

5. ЮНЕСКО. Руководство по инклюзии: обеспечение доступа к образованию для всех/ Пер. с англ. С.Котова. Ред.: М.Перфильева.– М., 2007.

Колокольникова М.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: к.п.н. Шеховцова Т.С.

РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕГИОНЕ КАК СТУПЕНЬКА В ИНКЛЮЗИВНУЮ ШКОЛУ

Идея инклюзивного образования является для России заимствованной у Запада и тем самым сложной: как перенести гуманную идею инклюзивного образования на неподготовленную российскую почву? Эта неподготовленность выражается в ряде ключевых проблем: 1) несовершенстве или отсутствии программно-методического обеспечения инклюзивного образования на федеральном и региональном уровнях; 2) недостаточности или отсутствии подготовки соответствующих кадровых ресурсов, 3) неравномерности ресурсной обеспеченности и территориальной специфики образовательных систем регионов, 4) неоднозначном отношении педагогов к практике инклюзивного образования и др.

На наш взгляд, для решения указанных проблем необходимы следующие действия:

1. Министерствам образования следует формировать образовательную политику в сотрудничестве с семьями и организациями людей с инвалидностью, а также разрабатывать программы обучения, в рамках которых приветствуется посещение детьми с инвалидностью местных начальных школ. Реализация нужд в политическом отношении должна подготавливать школьную систему к инклюзивному образованию там, где это возможно, и строиться на осознании того, что все дети имеют право посещать школу, а школа несет ответственность по приспособлению к различиям учащихся.

2. Подбор конкретного образовательного учреждения следует строить на основе выбора той школы, которая будет в лучшей степени удовлетворять индивидуальные образовательные потребности.

3. Соответствующие бюджетные ассигнования, особенно в области образования детей с инвалидностью, следует предоставлять в пределах общего бюджета образования.

4. Министерству здравоохранения и другим, взаимосвязанным с ним министерствам, следует учреждать соответствующие услуги по раннему

вмешательству и идентификации в больницах, первичных медицинских центрах помощи, а также в местных медицинских центрах помощи.

5. Правительствам по возможности следует предпринять некоторые региональные меры по улучшению качества образования во всех школах для всех детей, включая детей с инвалидностью, в специальных и инклюзивных образовательных условиях. К ним относятся:

А) проведение обучения и профессиональной подготовки для повышения осведомленности государственных должностных лиц, в том числе образовательных и школьных администраторов и преподавателей, в целях выработки позитивного отношения к образованию детей с инвалидностью, повышения осознания прав детей с инвалидностью на обучение в местных школах, а также осуществления практических стратегий по включению детей и молодежи с инвалидностью в обычные школы;

Б) предоставление всестороннего и непрерывного обучения преподавателей по методологическим и техническим приемам образования детей с различными способностями, построения гибкой учебной программы, стратегий преподавания и оценивания;

В) поощрение подходящих кандидатов, имеющих инвалидность, на должность учителя;

Г) установление процедур по выявлению, идентификации детей и выбору их места обучения, индивидуальные и ориентированные на ребенка стратегии преподавания, а также всесторонняя система поддержки обучения и преподавания, включая ресурсные центры и специальных педагогов в городских и сельских районах;

Д) обеспечение соответствующими и доступными учебными материалами, оборудованием и приборами, неограниченным авторским правом;

Е) гарантирование гибкой и адаптированной учебной программы, соответствующей индивидуальным способностям детей и связанной с местными условиями.

6. Организациям людей с инвалидностью следует развивать правозащитную деятельность по вопросу образования детей с инвалидностью, которая является высокоприоритетным моментом, стоящим на повестке дня.

7. В целях содействия обмена опытом и передовой практики, а также для поддержки развития инициатив по инклюзивному образованию, необходимо укреплять региональное сотрудничество.

Следовательно, возникает необходимость создания в регионах ресурсных центров развития и поддержки инклюзивного образования. Практический опыт создания и функционирования таких центров имеется

в ряде городов России, из которых наиболее передовыми в этом отношении являются Москва, Самара, Томск.

Ресурсный центр выполнят ряд важнейших функций: концентрирует и обеспечивает доступ к дефицитным и дорогим ресурсам, проводит прикладные научные исследования по основным проблемам инклюзивной образовательной практики, разрабатывает программы подготовки, переподготовки и повышения квалификации педагогических кадров, работающих с детьми с ограниченными возможностями здоровья в системе инклюзивного образования, оказывает консультативную помощь субъектам образовательного процесса, создаёт технологии психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования в дошкольном, школьном, дополнительном и высшем профессиональном образовании.

Одной из задач ресурсного центра является реализация программы переподготовки учителей массовых школ для работы в классах инклюзивного образования. Обеспечивая практический этап обучения, связанный с освоением современных технологий, ресурсный центр дает возможность работы с экспериментальной и специализированной техникой, недоступной в рамках отдельных учебных заведений.

На сегодняшний день основными направлениями ресурсного обеспечения развития инклюзивного образования являются:

1. Научное и методическое обеспечение деятельности педагогических коллективов.
2. Психологическое сопровождение всех участников инклюзивных процессов.
3. Проектирование процесса взаимодействия различных уровней образовательной системы.
4. Разработка практико-ориентированных технологий индивидуального обучения и психолого-педагогического сопровождения процессов включения ребёнка с особыми образовательными потребностями в общеобразовательную среду.

Инклюзивное образование приобретает всё более широкие масштабы. Оно поддержано законодательно, обосновано международными требованиями и процессами мировой интеграции. Зарубежный опыт показывает, что этот проект требует много времени и участия всех субъектов образовательного процесса. Создание городских ресурсных центров развития и поддержки инклюзивного образования, на наш взгляд, станет той ступенькой, через которую Россия войдёт в мировое пространство инклюзивного образования.

Литература:

1. Зайцев Д.В. Образовательная интеграция детей с ограниченными возможностями// интернет ресурс. Информационно-аналитический портал

SocPolitika.ru/ режим доступа http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3986/3988/document4052.shtml.

2. Иванова А.Е. Инвалидность населения // интернет ресурс Web-Атлас: «Окружающая среда и здоровье населения России»/ режим доступа http://www.sci.aha.ru/ATL/ra61a.htm.

3. Конвенция о правах инвалидов. Краткое изложение основных положений// интернет ресурс. Портал для людей с ограниченными возможностями здоровья Dislife/ режим доступа http://www.dislife.ru/flow/theme/1000.

Корсунова И.Ю., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ст. преподаватель Трущелева А.В.

ТРУДНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В современном обществе интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья в массовые образовательные учреждения – это глобальный общественный процесс, охватывающий все высокоразвитые страны. Его основой является готовность общества и государства полностью переосмыслить всю систему отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья с целью реализации их прав на предоставление равных с другими возможностями в разных областях жизни, включая образование [7].

Именно поэтому актуальной проблемой инклюзивного образования является создание «безбарьерной» образовательной среды. Одним из общих правил данной образовательной среды является критерий ее доступности для ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В учреждениях, обеспечивающих сопровождение таких детей, общепедагогические требования к оборудованию и оснащению должны учитывать проблемы и препятствия социализации лиц данной категории. Социальная среда в образовательных учреждениях должна учитывать уровень современной жизнедеятельности общества и быть приближена к ее требованиям. К примеру, это касается технического оснащения всех сфер жизни ребенка: осуществление бытовых нужд, формирование социальной компетентности, социальной активности и жизнеустойчивости ребенка [1].

Центральная проблема ребёнка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с окружающим миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Эта проблема является следствием не только субъективного фактора, каковым является состояние

физического и психического здоровья ребёнка, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которые санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, социальных служб – ребёнок, имеющий инвалидность, может быть также способен и талантлив, как и его сверстник, не имеющий проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу ему мешает неравенство возможностей [2].

Адаптивные возможности ребенка с ограниченными возможностями здоровья ослабляются различными факторами:

1. Характером инвалидности (нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, психические и общие заболевания).

2. Психофизиологическими особенностями (тип ВНД, темперамент, биоритмологические свойства, характер памяти и др.).

3. Недостатком физического здоровья. Дети, имеющие инвалидность, страдают заболеваниями, несвязанными напрямую с их инвалидностью, чаще условно здоровых детей и чаще, чем дети, страдающие хроническими заболеваниями. Для них характерна соматическая ослабленность.

4. Недостатком психологических возможностей для общения (условия воспитания в закрытом учреждении или в замкнутом мире семьи, обучение на дому, настороженное отношение сверстников, неумение педагога найти подход к ученику, непонимание его проблем, незнание его возможностей, гиперопека со стороны взрослых формируют личность, психологически и социально инфантильную, коммуникативно беспомощную).

5. Недостатком материальных средств для удовлетворения специфических потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья (средства передвижения, слуховые аппараты, специальные приспособления и т.д.), а также наличием архитектурных и психологических барьеров общества, которые в значительной мере ограничивают возможности ребенка-инвалида к социальному приспособлению.

6. Ограниченностью возможностей таких детей участвовать в деятельности, соответствующей их возрасту (игровой, учебной, трудовой, коммуникативной), которая лишает ребенка базы социальной адаптации. Как следствие, родители и общество стремятся уберечь такого ребенка от участия в сложных жизненных ситуациях, что не способствует формированию и укреплению адаптационного механизма и тормозит развитие личности ребенка.

7. Разнообразными психологическими нарушениями и расстройствами, ограничением мобильности и независимости,

нарушением способности заниматься обычной для своего возраста деятельностью, непосредственно затрудняющими социальную адаптацию детей с ограниченнымии возможностями здоровья и интеграцию их в общество.

8. Нахождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья в незнакомой среде, которая угнетает обычную активность детей, что связано с недостаточной информированностью о новой среде[7].

Для преодоления данных трудностей уже сейчас нужно решать следующие задачи:

– обеспечить нормативно-правовую базу процесса инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья в системе общего образования;

– обеспечить образовательный процесс профессионально подготовленными педагогами общего образования и специалистами сопровождения, способными реализовать инклюзивный подход;

– создать «безбарьерную» образовательную и социальную среду инклюзивного образования, ориентированного на принципы принятия и взаимопомощи;

– создать комплексную модель деятельности специалистов различного профиля, обеспечивающих процесс сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования;

– разработать научно-программно-методическое обеспечение инклюзивного образования (учебные планы, учебные программы (их варианты), при необходимости – специальные учебники и рабочие тетради, учебные пособия для самого ученика);

– активно использовать возможности дистанционного образования, как эффективного инструмента реализации компетентностного подхода в образовании;

– обеспечить межведомственное взаимодействие и социальное партнерство между организациями, учреждениями, ведомствами, обеспечивающими психолого-педагогическую и социальную поддержку детей с ограниченными возможностями здоровья;

– обеспечить организацию взаимодействия учреждения с семьей воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья [3].

Существующая система специальных учебно-воспитательных учреждений для детей с ограниченными возможностями здоровья претерпевает ныне серьезные изменения и во многом стоит на пороге своего сокращения. Вероятнее всего, возьмет верх набирающая силу тенденция устранения различий между общеобразовательной и специальной школой.

В этой связи повышается роль инклюзивного образования, позволяющего существенно сократить процессы маргинализации детей с ограниченными возможностями здоровья и способствующего расширению доступности образования для них. Тем самым для таких детей будут реализоваться более благоприятные условия для их социальной адаптации.

С тенденцией развития инклюзивного образования в общеобразовательной школе сочетается усиление неоднородности состава учащихся по уровню их умственного, речевого и в целом психического развития.

Это существенно затрудняет адаптацию как детей условно здоровых, так и детей с ограниченными возможностями здоровья, возникают дополнительные, нередко непреодолимые трудности в реализации индивидуального подхода педагогов к учащимся в процессе их обучения, воспитания, развития, не позволяющие в полной мере реализовать принцип дифференцированного, по-настоящему индивидуального подхода к каждому учащемуся[4].

Факторы, затрудняющие адаптацию детей с ограниченными возможностями здоровья, приводят к развитию у них социальной недостаточности. Социальная недостаточность представляет собой ограничение способности к самообслуживанию; ограничение физической независимости; ограничение мобильности; ограничение способности адекватно вести себя в обществе; ограничение способности заниматься деятельностью, соответствующей возрасту; ограничение экономической самостоятельности; ограничение способности к профессиональной деятельности; ограничение способности к интеграции в общество[7].

При любых организационных формах обучения для лиц с ОВЗ должны быть созданы специализированные условия получения общего образования, трудовой подготовки, соответствующих возможностям и потребностям, направленным на успешную адаптацию в современном социуме[6].

Таким образом, необходимым условием организации успешного обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях является создание адаптивной среды, позволяющей обеспечить их личностную самореализацию в образовательном учреждении [7].

Литература:

1. Алехина С.В., Зарецкий В.К. Инклюзивный подход в образовании в контексте проектной инициативы «Наша новая школа» // Психолого-педагогическое обеспечение национальной образовательной инициативы «Наша новая школа». – М., 2010. – С.104-116.

2. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы. – М.: ВЛАДОС, 2001.

3. Рубцов В.В. Психолого-педагогическая подготовка учителей для новой школы // Психологическая наука и образование. – 2010. – №1 – С. 5-12.

4. Шипицина Л.М. Многоликая интеграция // Дефектология. – 2002. – №4. – С. 19

5. Никитин В.А. Начала социальной педагогики : учеб.пособие. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998. – С. 54.

6. http://nsportal.ru/shkola/materialy-metodicheskikh-obedinenii/library/problemy-sotsialnoy-adaptatsii-u-detey-s

7. http://www.scienceforum.ru/2013/10/3384

Морозова Ю.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Слюсарева Е.С.

ТЬЮТОРСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Получение образования детьми с особыми образовательными потребностями является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества. В связи с этим обеспечение реализации права детей с особыми образовательными потребностями на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития территории.

«Инклюзивное» образование – это признание ценности различий всех детей и их способности к обучению, которое ведётся тем способом, который наиболее подходит этому ребёнку. Эта гибкая система, которая учитывает потребности всех детей, не только с проблемами развития, но и разных этнических групп, пола, возраста, принадлежности к той или иной социальной группе.

Система обучения подстраивается под ребёнка, а не ребёнок под систему. Преимущества получают все дети, а не какие-то особые группы, часто используются новые подходы к обучению, дети с особенностями могут находиться в группе полное время или частично, обучаясь с поддержкой и по индивидуальному учебному плану.

Обучение в инклюзивных школах позволяет детям приобрести знания о правах человека, а это ведет к уменьшению дискриминации, так как дети учатся общаться друг с другом, учатся распознавать и принимать различия.

Одним из важных условий при переходе к инклюзивной форме образования является система сопровождения и поддержки детей с особыми образовательными потребностями. Профессия тьютора приобретает здесь особое значение.

Тьютор (от англ, tutor*)* означает «домашний учитель, репетитор, (школьный) наставник, опекун». Тьюторство как одна из институционализированных форм наставничества возникло в первых Британских университетах — Оксфорде (XII в.) и Кембридже (XIII в.), главной задачей которых была подготовка духовенства, являвшегося в Европе практически единственным грамотным сословием, имеющим отношение к процессу воспроизводства культуры.

К концу XVI века центральной фигурой в университетском образовании становится тьютор, который отвечает за воспитание подопечных. В XVII веке все большее значение начинают приобретать образовательные функции сферы деятельности тьютора. Тьютор — ближайший советник студента и помощник во всех затруднениях; фактически, тьютор заменяет студенту родителей. В XVII веке тьюторская система официально признается частью английской университетской системы, постепенно вытесняющей профессорскую. В течение XVIII—XIX веков в старейших университетах Англии тьюторская система не только не сдала своих позиций, но заняла центральное место в обучении; лекционная стала служить дополнением к ней. Сегодня примерно 90 % занятий в Оксфордском и 75 % в Кембриджском университете проводится тьютором с одним или двумя студентами [8].

В нашей стране тьюторство появилось в последние 10-15 лет, и представлено, прежде всего, в дистанционном обучении как преподавание-консультирование и в школе как сопровождение индивидуальных образовательных программ учеников.

Итак, можно выделить несколько подходов к определению понятия «тьютор» и соответствующих этим определениям образовательных систем:

- в системе Школа «Эврика-развитие» (Т.М. Ковалева, Н.В. Рыбалкина, П.Г. Щедровицкий и др.) тьютор – это посредник между учителем и ребенком, организатор деятельности и программ индивидуального развития; Т.М. Ковалева, в широком смысле, под определением тьютор понимает как тот, кто сопровождает процесс освоения деятельности. В определении Н.Рыбалкиной это позиция взрослого, который помогает учащемуся строить индивидуальную образовательную траекторию. В отличие от учителя (знающего конечную точку пути, путь и ведущего по нему), педагога (знающего путь и ведущего по нему) – это тот, «кто знает, как искать путь) Предметом его заботы становится процесс «формирования знания о способе образования» [10];

- в системе дистанционного высшего образования, тьютор рассматривается как помощник преподавателя, посредник между лектором

(профессором) и обучающимся, выполняющий скорее не педагогическую, а организаторскую функцию»;

- в системе ОДПО-ЛИНК тьютор понимается как специалист в области организации образования и самообразования, оказывающий поддержку обучающимся в самообразовании и развитии собственной компетентности [1,2,3,11].

В российском образовании различают три типа тьюторских практик:

1. в дистанционном образовании (информационный контекст) — общение посредством использования информационных технологий;
2. в открытом образовании (социальный контекст) — разработка социальных технологий, проектов с целью профессионального самоопределения личности;
3. сопровождение индивидуальных образовательных программ (антропологический контекст) — максимальное использование человеческих ресурсов для построения образовательной программы [7].

В настоящее время функции постоянного сопровождающего для ребёнка с особыми образовательными потребностями может выполнять не каждый педагог, так как эта деятельность предполагает определенный уровень толерантности педагога, достаточный запас знаний, хорошо развитые коммуникативные навыки и т.д.

На практике тьюторами работают специальные педагоги (логопеды, дефектологи и т.д), педагоги без специального образования, психологи, студенты профильных вузов, училищ, а также родители (чаще мамы, бабушки) ребенка с особенностями развития.

Тьюторская деятельность заключается в успешном включении ребенка с особыми образовательными потребностями в среду общеобразовательного учреждения. Для реализации этой цели необходимо решение множества задач.

1. Создание комфортных условий ребенку для нахождения в школе: помощь и организация доступа в школу, в класс; оборудование рабочего места и других мест, где бывает ребенок с особыми образовательными потребностями; определенный режим дня, организация образовательной среды в соответствии с реальными возможностями ребенка.

2. Включение ребенка в среду сверстников, в жизнь класса, школы, формирования положительных межличностных отношений в коллективе.

3. Помощь в усвоении соответствующих общеобразовательных программ, преодоление затруднений в обучении, а также необходимая адаптация программы и учебного материала, с опорой на зоны ближайшего развития ребенка.

4. Организация и обеспечение сопровождения ребенка другими специалистами.

5. Осуществление взаимодействия с родителями, включение родителей в процесс обучения.

6. Отслеживание положительной динамики в деятельности ребенка с особыми образовательными потребностями.

В настоящее время преобразования, происходящие в системе российского образования, развитие инклюзивной практики гарантируют равные права на получение образования и доступность общего образования для детей с особыми образовательными потребностями, выбора подходящего им образовательного маршрута. Одним из наиболее важных условий успешности инклюзивного образования, является наличие системы сопровождения и поддержки детей с особыми образовательными потребностями, в частности тьюторское сопровождение [5].

Сопровождать – значит «сопутствовать, идти вместе, быть рядом или помогать» [4].

Тьюторское сопровождение – это педагогическая деятельность по индивидуализации образования, направленная на выявление и развитие образовательных мотивов и интересов учащегося, поиск образовательных ресурсов для создания индивидуальной образовательной программы [5].

И.В Карпенкова считает, что «вся деятельность по сопровождению особого ребенка не должна нарушать образовательного и коммуникативного пространства той группы детей, в которой находится ребенок с особенностями развития» [6].

Содержание и успешность деятельности тьюторского сопровождения обуславливается многими факторами.

Содержание деятельности определяется от:

- спецификой нарушений развития ребёнка;
- его активности;
- готовности учреждения к инклюзивному образованию;
- заинтересованности в коррекционном процессе родителей;
- профессиональной компетентности самого специалиста.

Успешность деятельности зависит от:

- психологической готовности и понимания основных ценностей инклюзивной деятельности администрации и коллектива образовательного учреждения;
- наличия необходимых специалистов или договоренности о психолого-педагогическом сопровождении детей с ОВЗ;
- наличия специальных условий обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья [8].

Таким образом, тьюторское сопровождение является неотъемлемой составляющей образовательного процесса для детей с особыми образовательными потребностями.

Литература:

1. Бендова Л.В., Чернявская А.Г. Тьюторство как новое пространство педагогической деятельности. «Система обеспечения качества в дистанционном образовании». Научные труды МИМ ЛИНК. – Выпуск 17. – С.131-138

2. Борисова Н.В. Образовательные технологии открытого дистанционного обучения и опыт их комплексного применения //Система обеспечения качества в дистанционном образовании. Вып.1. – Жуковский: МИМ ЛИНК, 2001. – С.101-111.

3. Гаврилова Е.Л., Сергеева Т.А. Непосредственное взаимодействие преподавателя с обучающимися в открытом дистанционном образовании //Система обеспечения качества в дистанционном образовании. – Вып.3. Жуковский: МИМ ЛИНК, 2001. – С.86-97.

4. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка: В 4 т. – СПб., 1863-1866.

5. Информационно-методический бюллетень. Профессия тьютор. – М., 2012.

6. Карпенкова И.В. Тьютор в инклюзивной школе. Сопровождение ребенка с особенностями развития: Метод. пособие /Под ред. М.Л. Семенович. – М.: Теревинф, 2010.

7. Ковалева Т. М., Кобыща Е. И., Попова (Смолик) С. Ю., Теров А. А., Чередилина М. Ю. Профессия «тьютор». – М.-Тверь: «СФК-офис». – 246 с.

8. Петрова Е.Э. «Проблема тьюторства в инклюзивной школе». - http:// concord. websib.ru/downloads/petrova_inkluziv.

9. Проскуровская И.Д. К программе построения педагогики самоопределения / В сб. Введение в педагогику самоопределения. – Томск, 2001. – С. 7-13.

10. Тьюторство как новая профессия в образовании: Сборник методических материалов /Отв. Ред. Муха Н.В., Рязанова А.Г. – Томск: «Дельтаплан», 2001.-159 с.

11. Щенников С.А. Опыт ЛИНК по развитию открытого дистанционного образования в регионах России// Alma mater: Вестник высшей школы. – 1999. – № 5, с. 9-15.

Мосявра Е.А., г. Ростов-на-Дону, ФГОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: Скуратовская М.Л.

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ УУД У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗПР В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ

С 1 сентября 2011 года все образовательные учреждения России перешли на новый Федеральный государственный образовательный

стандарт начального общего образования (ФГОС НОО), отличительной особенностью которого является развитие личности обучающегося на основе усвоения универсальных учебных действий, познания и освоения мира составляет цель и основной результат образования [5, с.10] .

Одним из базовых требований Стандарта к результатам освоения основной образовательной программы начального общего образования являются освоенные обучающимися универсальные учебные действия: познавательные, регулятивные и коммуникативные.

Концепция развития универсальных учебных действий в настоящее время нашла своё отражение в работе А.Г. Асмолова «Как проектировать универсальные учебные действия». Данная концепция была разработана им в соавторстве с Г.В. Бурменской, И.А. Володарской, О.А. Карабановой, Н.Г. Салминой и С.В. Молчановым и основывается на методологии системно-деятельностного подхода Л.С. Выготского.

Само понятие универсальных учебных действий А.Г. Асмолов рассматривает в широком значении как умение учиться, т. е. способность субъекта к саморазвитию и самосовершенствованию путем сознательного и активного присвоения нового социального опыта, которое предполагает освоение школьниками всех компонентов учебной деятельности, включая: 1) познавательные и учебные мотивы; 2) учебную цель; 3) учебную задачу; 4) учебные действия и операции (ориентировка, преобразование материала, контроль и оценка). В более узком значении этот термин определяется автором как совокупность способов действия учащегося (а также связанных с ними навыков учебной работы), обеспечивающих самостоятельное усвоение новых знаний, формирование умений, включая организацию этого процесса [2, с.27].

Согласно Стандарту начального общего образования формирование УУД в образовательном процессе осуществляется в процессе усвоения разных учебных дисциплин.

По материалам ФГОС НОО одним из основных видов УУД являются коммуникативные, обеспечивающие социальную компетентность и ориентацию на других людей, умение слушать и вступать в диалог, участвовать в коллективном обсуждении проблем, интегрироваться в группу сверстников и строить продуктивное сотрудничество со взрослыми и сверстниками.

В связи с постоянным повышением требований к уровню общего образования в настоящее время остро стоит проблема школьной неуспеваемости.

Задержка психического развития является одной из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста [3, с. 227].

По данным современных исследований, среди неуспевающих школьников есть дети с педагогической запущенностью, задержкой психического развития, неярко выраженными психическими, сенсорными, интеллектуальными, речевыми нарушениями [4, с.67].

Современный Стандарт учитывает образовательные потребности детей с ограниченными возможностями здоровья [5, с.6]. Основываясь на Законе «Об образовании», политика государства направлена на интеграцию детей с ОВЗ в общеобразовательные учреждения. И уже на протяжении долгого времени педагоги общеобразовательных учреждений сталкиваются с так называемой вынужденной интеграцией, обусловленной отсутствием специальных (коррекционных) учреждений, их удаленностью от места жительства ребенка с ОВЗ или несогласием родителей к реализации специальной (коррекционной) программы.

Педагоги общеобразовательных школ постоянно расширяют свои представления не только об особенностях детей с ОВЗ, но и о педагогических особенностях работы с данной категорией учащихся.

Психологи, медики, изучающие детей с задержкой психического развития, отмечают, что у них значительно ослаблены социальные возможности личности, низкая потребность в общении, сочетающаяся с дезадаптивными формами взаимодействия — отчуждением, избеганием или конфликтом. Педагоги обращают внимание на то, что самая трудная педагогическая проблема в работе с этими детьми — их социализация. Исследование коммуникативных умений младших школьников с ЗПР, проведенное О.С. Степиной, позволило сделать выводы, что значительное число детей с ЗПР, не могут самостоятельно выработать у себя коммуникативные умения на уровне, достаточном для успешного социального контакта. Для этого необходимо специальное педагогическое воздействие различными приёмами и средствами, направленное на формирование данных умений [4, с.42].

Литература:

1. Закон РФ «Об образовании» от 10. 07.1992 №3266-1.
2. Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе. /Под ред. А.Г. Асмолова. – М., 2008.
3. Никуленко Т.Г., Самыгин С.И. Коррекционная педагогика. – Ростов-на-Дону, 2009.
4. Степина О.С. Коммуникативные умения младших школьников с задержкой психического развития / / Специальное образование. – №4. – 2007.
5. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования от 22.09. 2011. № 2357.

Родионова Е.С. г., Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: к. психол.н. Бакунова И.В.

ПРОБЛЕМА ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

На современном этапе развития общества проблема образования детей с ограниченными возможностями здоровья привлекает все большее внимание педагогов, психологов, социальных работников. Также данная проблема является одним из приоритетных направлений в современной социальной и образовательной политике российского государства. В частности, вопрос о создании в России системы инклюзивного образования является исключительно важным.

Инклюзивное или включенное образование – термин, который используется для описания процесса обучения детей с особыми потребностями в общеобразовательных школах. В основу инклюзивного образования положена идея, которая исключает любую дискриминацию детей, обеспечивает одинаковое отношение ко всем людям, но при этом создает особые условия для детей с ограниченными возможностями здоровья [4].

Инклюзивное образование – процесс развития общего образования, подразумевающий его доступность для всех, приспособленность к потребностям каждого ребенка, независимо от состояния его здоровья[4].

Развитие процесса интеграции всегда должно учитывать экономическое состояние в обществе, социальные процессы, культурные и педагогические традиции, уровень нравственного развития общества, отношение к детям – инвалидам, закрепившееся в общественном сознании.

Инклюзия означает обеспечение полноценной принадлежности к обществу через раскрытие каждого ученика с помощью образовательной программы, которая достаточно сложна, но в то же время соответствует его способностям. Основное требование инклюзивной школы заключается в том, что все дети должны учиться вместе во всех случаях, когда это является возможным, несмотря ни на какие трудности или различия. Зачисление детей с ограниченными возможностями здоровья в специальные школы, классы является исключением и может рекомендоваться только в некоторых случаях. Например, когда обучение в обычных классах не может удовлетворить образовательные или социальные потребности ребенка, или если это необходимо для его благополучия. Качество образования обеспечивается в такой школе посредством разработки соответствующих учебных планов, организационных мер, использования ресурсов [5].

В настоящее время инклюзивное образование, становясь реальностью, неуклонно приобщает и втягивает в себя все страны мира, в том числе и Россию. Но в то же время интенсивно входя в практику,

инклюзивное образование ставит перед образовательной системой огромный перечень различных вопросов и новых задач. В отличие от зарубежной системы образования, где инклюзия имеет богатый опыт и законодательное закрепление, наша отечественная инклюзия только начинает развиваться.

В нашей стране проживает большое количество детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в специальном образовании, которое отвечало бы их особым образовательным потребностям. Но, к сожалению, в настоящее время в нашей стране рынок образовательных услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья чрезвычайно узок, в связи с чем большое количество таких детей остаются вне системы образования. Основной формой обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в России остаются специальные образовательные учреждения [2].

Также необходимо отметить, что значительная часть затруднений в обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями связана с острым дефицитом квалифицированных кадров, которые готовы и обладают достаточными знаниями и умениями для работы с такими детьми, а также с недостаточным уровнем их подготовки [2].

В качестве серьезной проблемы можно рассматривать вопрос о внедрении интерактивных технологий, которые позволяют оптимизировать учебный процесс. Например, с помощью цифровых технологий представляется возможным моделировать разные учебные ситуации с учетом особенностей развития конкретного ребенка и в случае необходимости вносить какие-либо поправки в учебную программу. Но уровень оснащенности школ данными средствами остается очень низким, так как для этого необходимо значительное финансирование.

К тому же на низком уровне находится в нашей стране создание и развитие «безбарьерной» среды. Это означает, что в недостаточной степени оборудованы техническими средствами социально значимые объекты, не обеспечено беспрепятственное перемещение детей с ограниченными физическими возможностями (пандусы и подъемники и т.д.).

Также не менее важной проблемой является предвзятое отношение к инклюзивному образованию в современной России. В связи с этим необходимо проводить работу в данном направлении, привлекая при этом СМИ, педагогов и общественность.

Неоспорим тот факт, что инклюзивное образование тесно связано с тем, как общество воспринимает людей с ограниченными возможностями здоровья. В России эта проблема по-настоящему не решена. Общество «не видит» большую часть своих сограждан. А некоторые люди и вовсе не хотят их видеть рядом с собой. Без решения проблемы гуманизации

общества не решить ни проблему людей с ограниченными возможностями здоровья, ни проблему инклюзивного образования [3].

Проблемы, связанные с пониманием перспективности инклюзивного подхода в образовании, обусловлены отсутствием компетентности людей в данном вопросе. В связи с этим необходимы организация и проведение просветительской работы с педагогами и родителями по данному вопросу.

Выражаясь образно, можно отметить, что в проблеме инклюзивного образования сконцентрировались «болевые точки» российского общества. Решение этой проблемы должно быть комплексным. Развивающие гуманизм школьные программы будут неэффективны, если в повседневной жизни ребенок будет сталкиваться с бессердечием, жестокостью.

Однако, совершенно очевидно, что в течение последних нескольких лет в нашей стране наблюдается изменение ситуации в лучшую сторону. А именно, повышается качество предоставляемых услуг и увеличивается количество охвата детей с ограниченными возможностями здоровья системой инклюзивного образования. А принятие новых образовательных стандартов должно позволить детям получить право на «безбарьерное» образование [1].

Литература:

1. Воронич Е.А. Проблемы внедрения инклюзивного образования в России // Дошкольное образование в Казахстане. – № 5. – 2012.

2. Рудь Н.Н. Инклюзивное образование: проблемы, поиски, решения. Методическое пособие. – М., Перспектива, 2011.

3. http://inclusion.vzaimodeystvie.ru/ - проект центра «Взаимодействие». Шилов В. С. Насколько реально в сегодняшней России реализация идеи инклюзивного образования?

4. http://psyjournals.ru/ – портал психологических изданий. Алехина С.В. Инклюзивное образование в России // Материалы проекта «Образование, благополучие и развивающаяся экономика России, Бразилии и Южной Африки».

5. Ярская-Смирнова Е.Р., Лошакова И.И. Инклюзивное образование детей-инвалидов // Социологические исследования. – №5. – 2003.

Сальникова О.Д., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Слюсарева Е.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ПОДХОДА В ОБРАЗОВАНИИ

Вопрос «включения» детей с особыми образовательными потребностями в систему единого образовательного пространства на современном этапе встал достаточно остро.

В настоящее время происходит активное внедрение разнообразных моделей инклюзивного образования на всех ступенях обучения, но существующие разработки данной проблематики имеют фрагментарный характер. Отсюда же и вытекает первая проблема. Исходя из конечной цели инклюзии – создания единой образовательной среды для всех категорий детей – модель инклюзивного образования также должна быть единой. Таким образом, вариативность подходов и взглядов нуждается в тщательном анализе; наработанный практический опыт – разумеется, положительные его стороны – в интеграции и систематизации, на базе чего станет возможным разработка той единой образовательной модели, которая позволит создать необходимые условия для реализации объединения образовательного пространства на территории Российской Федерации [4].

Существует также и ряд других трудностей, связанных с внедрением инклюзивного образования в России:

- архитектурная доступность образовательных учреждений;
- внедрение новых информационно-коммуникационных технических средств, специально адаптированных для лиц с ОВЗ, использование интерактивных форм обучения;
- вопрос подготовки кадров для осуществления обучения лиц с ОВЗ;
- внедрение универсальных учебных программ на всех уровнях образования;
- оснащение образовательного учреждения адаптированной учебной литературой, электронными учебниками и т.д.[4].

Отсюда вытекает другая немаловажная проблема – проблема финансирования этих учреждений, ведь преодоление вышеуказанных трудностей связано с немалыми затратами. Но стоит отметить, что модернизация в любой области – процесс не только трудоемкий, но и требующий немалых вложений на первоначальном этапе.

Однако если рассуждать более пролонгированно, можно отметить ряд очевидных преимуществ с экономической точки зрения.

Во-первых, это энергетические ресурсы. На одно учреждение затрачивается определенное количество энергоресурсов, невзирая на то, обучаются там дети с ОВЗ или нет. Если обучать детей с ОВЗ и детей с нормальным развитием совместно, то ресурсообеспеченность будет составлять в 2 раза меньшее количество, нежели при раздельном их обучении.

Во-вторых, процесс социализации при таком совместном обучении с самых ранних этапов, значительно повысится, а значит и усвоение жизненных и академических компетенций многократно возрастет, что в свою очередь приведет к повышению мотивации к потребности в

самореализации. Это самореализация в учебной деятельности, в творческой деятельности, а в дальнейшем – и в трудовой. Как результат – человек с ОВЗ – квалифицированный специалист в той или иной области, трудоспособный (в меру своих возможностей), востребованный на рынке труда – отдельная трудовая единица, не только полностью социализированная, самореализованная, но и приносящая пользу и доход государству.

В-третьих, что касается подготовки кадров для осуществления обучения лиц с ОВЗ, возможно использование совмещения, т.е. не подготовка новых специалистов, а курсы переподготовки действующих педагогов, внедрение в их рабочую нагрузку соответствующих обязанностей по обучению, воспитанию и развитию лиц с ОВЗ.

Законодательная же база инклюзивного образования является на текущий момент времени уже достаточно сформированной. Основой инклюзивного обучения является право человека на образование, провозглашенное во Всемирной декларации Прав человека (1949), а также идеология, которая исключает любую дискриминацию детей и обеспечивает равное отношение ко всем людям, однако отмечает особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности (Конвенция о правах ребенка, 1989). Соответственно, дети имеют право получать тот вид образования, который не дискриминирует их на основании инвалидности, обеспечивает всестороннее развитие личности, способствует внедрению их в социум и преодолению отвержения [1].

Права детей с ОВЗ на инклюзивное обучение отмечены также международными документами – Декларацией Всемирной Конференции по образованию для всех (1990, Джомтьен), Стандартными правилами ООН по обеспечению равных прав и возможностей для людей с инвалидностью (1993), Саламанкской декларацией действий (ЮНЕСКО, 1994), Дакарскими рамками действия (Всемирный форум по образованию, 2000) [2].

Что касается научных теоретических исследований в области концептов инклюзивного образования, они тоже достаточно разработаны. Ввиду этого, возможно использование опыта западных исследователей (М. Банерджи, Х. Гартнер, С. Денно, Д. Митчелл, Д. Тайак, М. Фуллан, К. М. Эвертсон, Л. Бартон, Дж.Депплер, Е. Дорис, Т. Лореман , У. Сейлор, Е. К. Сликер, Д. Харвей и др.), совмещение его с наработками концептуальных основ инклюзивного образования российских ученых (С. В. Алехина, Д.В. Зайцев, Е.Н. Кутепова, Н.Н. Малофеев, Е.Р. Ярская-Смирнова и др.). К тому же на сегодняшний день существует отечественная целевая комплексная программа интегративного и инклюзивного образования, которая предусматривает в первую очередь, что немаловажно, выбор образовательного маршрута для детей с особыми образовательными

потребностями. Исходя из этого, встает вопрос лишь о реализации инклюзивного обучения в практической деятельности учреждений образования России [3].

Таким образом, возможность и необходимость реализации инклюзивного образования очевидна, это подтверждается рядом причин: инклюзия ребенка с ОВЗ в общество и единую образовательную среду

- решает вопрос социализации и социальной адаптации;
- создает прочный фундамент для самореализации данной категории детей;
- определяет предпосылки для формирования толерантного отношения общества к лицам с ОВЗ;
- является экономически выгодной стратегией для страны;
- в полной мере реализует право человека на образование;
- исключает любую дискриминацию детей с ОВЗ, подчеркивая создание для них особых образовательных условий.

Литература:

1. Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Дети с отклонениями в развитии в общеобразовательной школе: общие и специальные требования к результатам обучения // Дефектология. – №5. – 2010.

2. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен // Дефектология. – № 2. – 2008.

3. Материалы международного образовательного форума «Международный диалог: инклюзия через всю жизнь», ФГАОУ ВПО «Южный федеральный университет». – Ростов-на-Дону, 2013 г.

4. Wang H. L. Should All Students with Special Educational Needs (SEN) Be Included in Mainstream Education Provision?: a critical analysis // International Education Studies. – 2009. – Vol. 2. – № 4. – P. 154-160.

5. Dyson-A. Inclusion and inclusions: theories and discourses in inclusive education. // In Daniels H, Garner P.(eds.) Inclusive Education. London: Kogan Page, 1999.

Стахеева Е.А., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: к. психол.н. Бакунова И.В.

ПОДГОТОВКА ПЕДАГОГОВ К РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Образование как процесс накопления определенных знаний, умений и навыков является неотъемлемой частью социально-психологической адаптации и интеграции детей с инвалидностью в социум. Оно призвано обеспечить им доступ к накопленной человечеством гносеологической базе, культурно-историческому наследию. Образовательная среда

подготавливает нетипичных детей к профессиональной деятельности, способствует активизации их личностного потенциала. При этом инклюзивное образование является наилучшей формой установления оптимальных интеракций с окружающими людьми, так как совместное обучение позволяет улучшить качественную сторону ежедневных коммуникативных актов детей, имеющих ограничения жизнедеятельности с их сверстниками и преподавателями.

Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья — одна из основных тенденций развития современной образовательной практики. Распространившиеся в России быстрыми темпами процессы интеграции опередили разработку в отечественной дефектологической науке теоретических подходов в этом направлении, а также экспериментальные исследования в этой области. В том числе неизученной оказалась проблема профессиональной компетентности педагогов, работающих в условиях инклюзивного образования [1].

Опыт последних лет показывает, что постепенно закрываются коррекционные школы, перестают функционировать специальные классы коррекционно-развивающего образования в общеобразовательных школах. В связи с этим реальная практика образования испытывает потребность в педагоге — профессионале, способном работать с различными категориями детей в соответствии с различными типами норм развития: среднестатистической, социокультурной, индивидуально-личностной. Возникла необходимость проектирования системы специального образования нового типа — инклюзивного образования, которое дает возможность детям с ограниченными возможностями встраиваться в систему общего среднего образования и в полном объеме участвовать в школьной жизни.

Позиция И.Н. Хафизуллиной по формированию инклюзивной компетентности учителей в процессе профессиональной подготовки, заключается в инклюзивной компетентности будущих учителей как составляющую их профессиональной компетентности, включающую ключевые содержательные и функциональные компетентности. В структуру инклюзивной компетентности автор включает мотивационный, когнитивный, рефлексивный и операционный компоненты. В результате своего исследования И.Н. Хафизуллина разработана модель формирования инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки, которая основывается на технологии контекстного обучения и включает последовательность взаимообусловленных этапов: информационно-ориентировочного, квазипрофессионального и деятельностного [4].

Все будущие и настоящие педагоги должны овладеть рядом общих компетенций, позволяющим им организовать процесс обучения с опорой

на тот тип деятельности учащегося, который для него наиболее актуален в настоящий момент и будет актуален в ближайшем будущем. По мнению В.В. Рубцова, конкретные виды деятельности взрослых и детей становятся в этом случае условием развития учащихся, а формирование требуемых компетенций выступает как результат возрастных достижений, неразрывно связанный с ведущей для данного возраста деятельностью учащегося.

Так же в системе повышения квалификации педагогов, уже работающих в инклюзивной практике, имеется возможность предусмотреть необходимость прохождения определенного модуля или программы повышения квалификации не только по предмету его профессиональной деятельности, но и по организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях общего образования. Достаточно важным является и формирование позитивного отношения к инклюзивному образованию у педагогов и психологов общеобразовательных учреждений, которое должно осуществляться в рамках курсов повышения квалификации [3].

Инклюзивное образование направлено на соединение, взаимопроникновение и взаимоответственность слабо связанных между собой систем общего и специального образования. Опыт многих стран говорит о том, что главным при создании системы инклюзивного образования является наличие людей, готовых к изменениям.

Согласно исследованиям Яковлевой И.М., готовность к оказанию помощи — интегральное личностное качество, включающее милосердие, эмпатию, толерантность, педагогический оптимизм, высокий уровень самоконтроля и саморегуляции, доброжелательность, умение наблюдать, способность суммировать наблюдения и использовать увеличившийся объем информации о ребенке (взрослом) для оптимизации педагогической работы; перцептивные умения; креативность, творческий подход к решению проблем, задач педагогической работы и др. Педагог должен осознавать значимость этих качеств и стремиться их развивать[4].

Важным требованием к педагогу, осуществляющему педагогическую деятельность с детьми с ограниченными возможностями здоровья, является проявление им деликатности и тактичности, в том числе умение соблюдать конфиденциальность служебной информации и личных тайн воспитанника.

Педагог несет ответственность за выбранные цели, задачи, содержание, методы обучения и воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья, так как изначально такой ребенок является более зависимым от педагогической помощи, чем нормально развивающиеся сверстники [4].

Исходя из вышеизложенного, следует, что эффективность совместного обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья с нормально развивающимися сверстниками во многом зависит от специальной психолого-педагогической подготовки педагогических кадров. Важно понимать, что учителя, воспитатели, специалисты общего образования являются членами команды психолого-педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что требует формирования их профессиональной компетентности в зависимости от занимаемой должности.

Литература:

1. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. Н.М. Назаровой. 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 394 с.

2. Яковлева И. М. Профессионально-личностная готовность педагога к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья // Вестник МГОПУ. Серия «Педагогика». – 2009. – № 6. – С. 140-144.

3. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Интеграция и специальное образование: необходимость перемен // Дефектология. – 2008.– № 2. – С.86-93.

4. Хафизуллина И.Н. Формирование профессиональной компетентности педагога общеобразовательной школы в работе с детьми с ООП // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. — Кострома, 2007. – С. 83-88.

Фатеева Д.А., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: асс. Манохина Н.Н.

ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Во многих странах мира дети проводят 10 – 15 тысяч часов в образовательном пространстве, которое мы называем «школами» и «классами». Этот важнейший для их развития период, в котором они взаимодействуют с педагогами и сверстниками, а также осваивают большой объем учебного материала и подвергаются воздействию разнообразных стратегий обучения.

Для того чтобы обучение стало эффективным, необходимо, чтобы образовательное пространство было безопасным и развивающим, среда обеспечивала возможность всем детям изучать то, что им необходимо, чтобы их образование способствовало улучшению качества их жизни, а они обрели баланс между независимостью и взаимностью и были готовы к полноценному участию в жизни общества как граждане и носители его культуры.

Решение этих сложных образовательных задач не менее важно для детей, которых мы по разным причинам определяем как детей с ограниченными возможностями здоровья, которые сталкиваются с серьезными барьерами на пути обучения и развития. Эти дети составляют порядка 10 - 15 % от общего числа учащихся. Причинами возникновения ограниченных возможностей у ребенка могут быть разнообразные факторы: сенсорные, физические, интеллектуальные и эмоциональные. Они сопровождаются трудностями достижения прогресса в соответствии со школьной программой; в приобретении физических и социальных навыков, соответствующих их культурам, а также трудностями формирования адекватной самооценки. Ограниченные возможности здоровья (ОВЗ) могут быть как достаточно выраженными, так и незначительными и отражают физиологические и средовые факторы. [1, с. 13 - 14]

Интегрированное образование – это специально организованный образовательный процесс, обеспечивающий ребенку с ОВЗ обучение в среде сверстников в общеобразовательном учреждении по стандартным программам с учетом его особых образовательных потребностей. Главное в интегрированном образовании ребенка с ограниченными возможностями здоровья – получение образовательного и социального опыта вместе со сверстниками.

Изменение представления государства и общества о правах и возможностях ребенка-инвалида привело к постановке практической задачи максимального охвата образованием всех детей с ОВЗ. Признание права любого ребенка на получение образования, отвечающего его потребностям и полноценно использующего возможности развития, обусловило важнейшие инициативы и ориентиры новой образовательной политики [4, с. 72-74].

Признание государством ценности социальной и образовательной интеграции таких детей обусловливает необходимость создания для них адекватного образовательного процесса именно в общеобразовательном учреждении, которому отводится центральное место в обеспечении так называемого «интегрированного» образования.

Масштабное практическое применение научных достижений в сфере медицины, техники, цифровых технологий, специальной психологии и коррекционной педагогики приводит к тому, что часть детей с ограниченными возможностями здоровья к семи годам достигает близкого к норме уровня психического развития, что ранее наблюдалось в единичных случаях, а потому считалось исключительным. Существенную роль в таком изменении ситуации играет на первых годах жизни выявление и ранняя комплексная помощь детям, внедрение в практику научно обоснованных и экспериментально проверенных форм

организации совместного обучения здоровых дошкольников с детьми с ОВЗ, принципиально новых подходов и технологий их воспитания и обучения.

Целью интегрированного образования является преодоление социальных, физиологических и психологических барьеров на пути приобщения ребенка с ограниченными возможностями здоровья к общему образованию, введение в его в культуру, приобщение к жизни в социуме.

Интегрированное образование призвано решить следующие задачи: 1) создание адаптивной образовательной среды, которая удовлетворит как общие, так и особые образовательные требования ребенка с ОВЗ; 2) обеспечение индивидуального педагогического подхода к ребенку с ОВЗ с учетом специфики и выраженности нарушения развития, социального опыта, индивидуальных и семейных ресурсов; 3) построение обучения особым образом – с выделением специальных задач, разделов содержания обучения, а также методов, приемов и средств достижения тех образовательных задач, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами; 4) интеграция процесса освоения знаний и учебных навыков и процесса развития социального опыта, жизненных компетенций; 5) обеспечение психолого-педагогического сопровождения процесса интеграции детей с ОВЗ в образовательную и социальную среду, содействия ребенку и его семье, помощи педагогам; 6) разработка специализированных программно-методических комплексов для обучения детей с ОВЗ; 7) координация и взаимодействие специалистов разного профиля и родителей, вовлеченных в процессе образования; 8) повышение профессиональной компетентности педагогов в вопросах обучения и развития детей с ОВЗ различной специфики и выраженности; 9) формирование толерантного восприятия и отношения участников образовательного процесса к различным нарушениям развития и детям с ОВЗ [2, с. 84].

Ожидаемые результаты: 1) выход детей с ОВЗ из состояния изолированности от общества; 2) реализация конституционных прав детей с ОВЗ на образование в соответствии с их возможностями; 3) получение ими образования в соответствии с индивидуальными возможностями; 4) реализация себя в обществе; 5) повышение качества жизни; 6) улучшение социально-экономического положения семей, воспитывающих детей с ОВЗ [2, с. 87].

Ориентиры перестройки системы образования в направлении интеграции детей с ОВЗ задаются основными принципами интегрированного образования, предусматривающими реализацию равных прав на образование и социализацию при неравных возможностях.

Основные принципы интегрированного образования: по отношению к ребенку с ОВЗ – баланс академических знаний и социальных навыков,

соответствующих индивидуально-типологическим особенностям и потребностям ребенка и его семьи; по отношению к соученикам ребенка – триединство ориентиров (на высокое качество освоения общеобразовательной программы, конструктивную социальную активность и сотрудничество, толерантность); по отношению к педагогу – принятие и учет различий, индивидуального своеобразия учащихся; создание ситуации успеха для всех учеников; баланс коллективного и индивидуального в учебно-воспитательном процессе; компромисс между общим и специальным в обучении; создание и поддержание атмосферы принятия, толерантности, сотрудничества в классе; по отношению к общеобразовательному учреждению – адаптивность образовательного процесса, образовательной среды, учебно-методического комплекса учреждения; вариативность подходов, методов и форм социальной адаптации и реабилитации; командное взаимодействие педагогов, организующих процесс обучения и социализации, его психолого-педагогическое сопровождение; развитие толерантного взаимодействия участников образовательного процесса, сотрудничество с родительской общественностью; оптимизация финансово-экономического обеспечения процесса обучения и социализации; по отношению к системе образования города в целом – оптимизация ресурсов городской системы образования по созданию базовых общеобразовательных учреждений для реализации инклюзивного образования детей с ОВЗ вблизи места жительства, поддержка инноваций в инклюзивном образовании; повышение психолого-педагогической культуры педагогического сообщества и общественности. [3, с. 75 - 81]

Решение этих проблем и ряда других, возникающих в условиях общеобразовательной школы, приведет к снятию барьеров в образовательной, профессиональной и бытовых сферах, в самопознании, саморазвитии и самореализации детей с ОВЗ. А это в свою очередь будет способствовать более успешному развитию инклюзивного образования.

Литература:

1. Дэвид Митчелл «Эффективные педагогические технологии специального и инклюзивного образования». – М.: РООИ «Перспектива», 2011.

2. Зарецкий В.К. Десять конференций по проблемам развития особенных детей – десять шагов от инновации к норме // Психологическая наука и образование. – 2005. – № 1. – С. 83-95.

3. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей / Ф.Л. Ратнер, А.Ю. Юсупов. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006.

4. Инклюзивное образование в России. ЮНИСЕФ. – М., 2011.

Фрейдис Ю.М., г.Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.псих.н. Прилепко Ю.В.

ИНТЕГРАЦИЯ И ИНКЛЮЗИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Во всей Европе вплоть до 70-х годов XX века большинство детей и подростков с выраженными ограничениями обучались в специализированных учреждениях с самого детства – в основном в специальных школах, при которых часто действовали детские сады, принимавшие детей с очень раннего возраста. Примерно в конце 70-х годов стала развиваться (по крайней мере, в некоторых европейских странах и, прежде всего, в Великобритании) тенденция к интеграции, вследствие которой дети с ограниченными возможностями «интегрировались» в общую социальную среду, как в дошкольном возрасте, так и во время школьного обучения. Это подействовало как катализатор для перемен, и за последние тридцать лет стало общепринятой практикой, подтвержденной положительным опытом. Постепенно интеграция развивалась к более радикальной концепции инклюзии. Важно понимать отличия между интеграцией и инклюзией, так как многие так называемые инклюзивные программы фактически являются интегрированными [2, с. 25].

По существу, интеграция означала, что ребенок должен приспосабливаться к уже существующей системе, в то время как инклюзия означает, что система должна подстраиваться под нужды и потребности развития ребенка. Инклюзия, философия которой базируется на проблематике прав человека, его индивидуальной свободы, возможностей выбора и доступа, имеет гораздо более глубокое воздействие, чем интеграция. Однако инклюзия часто подменяется интеграцией. Очень легко заявить, что воспитание является инклюзивным, хотя на самом деле оно интегрированное. Как указано выше, их разделяет фундаментальное различие, и понимание этого различия поможет осознать, что же действительно подразумевается под инклюзивной практикой.

Довольно часто, а во многих детских дошкольных учреждениях и до сих пор, интеграция означала, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья должен просто присутствовать в детском дошкольном учреждении. Для понимания индивидуальных потребностей ребенка часто нет места. Может присутствовать гомогенизация различных разновидностей нарушения, вследствие чего у воспитательного персонала будет ограничено понимание того, как должны выглядеть положительные результаты. При интеграции могут отсутствовать коренные изменения в практике и образе мышления, что может препятствовать полноценному участию ребенка в жизни детского учреждения. Инклюзия же сосредотачивается на индивидуальных потребностях ребенка, способствуя полноценному участию каждого ребенка во всех активных мероприятиях

детского учреждения через соответствующее планирование, дифференцирование и квалифицированную подготовку сотрудников. Соответствующие тренинги персонала противодействуют стереотипизации и гомогенизации и обеспечивают ясное понимание относительно того, как способствовать развитию ребенка в повседневной практике, в частности, как оптимизировать использование слуховых аппаратов, КИ и других технологий [5, с.86].

Следовательно, «интегративное» образование предполагает пространственное «соприсутствие» детей с особенностями развития и обычных детей в общеобразовательной школе или типовом детском саду. Это первый шаг от классической системы специального образования (предполагающей полную сегрегацию «особых» и «нормальных» детей) в сторону образования, признающего различия между людьми как ценность и понимающего каждого человека как полноправного участника образовательного процесса.

«Инклюзивное» образование — это признание ценности различий всех детей и их способности к обучению, которое ведётся тем способом, который наиболее подходит этому ребёнку. Эта гибкая система, которая учитывает потребности всех детей, не только с проблемами развития, но и разных этнических групп, пола, возраста, принадлежности к той или иной социальной группе. Система обучения подстраивается под ребёнка, а не ребёнок под систему. Преимущества получают все дети, а не какие-то особые группы, часто используются новые подходы к обучению, дети с особенностями могут находиться в группе полное время или частично, обучаясь с поддержкой и по индивидуальному учебному плану [1, с.39].

Идея инклюзивного обучения как педагогической системы, органично соединяющей специальное и общее образование с целью создания условий для преодоления у детей социальных последствий генетических, биологических дефектов развития («социальных вывихов»), принадлежит Льву Семеновичу Выготскому, который еще в 30-ые годы, одним из первых обосновал необходимость такого подхода для успешной практики социальной компенсации имеющегося у ребенка физического дефекта [2, с. 39-49].

Британский исследователь инклюзивного образования Тони Бут считает, что «интеграция и включение являются двумя фазами одного процесса, когда сначала обеспечивается просто присутствие, а затем полное включение в образовательную систему» [3, с.102].

Таким образом, сопоставляя понятия «интеграция» и «инклюзия» можно выделить следующие специфические черты данных образовательных процессов:

Интеграция характеризуется:

— вниманием, направленным на проблемы «особых» детей;

— необходимым требованием — изменение субъекта (ребенка с проблемами);

— преимущество от этого процесса получают только дети с особыми потребностями;

— профессиональная, специальная экспертиза и формальная поддержка;

— возможно использование специальных методов обучения и терапия;

— ассимиляцией.

Инклюзия характеризуется:

— вниманием, направленным на всех детей детского сада, школы;

— изменяются детский сад, школа;

— преимущества получают все дети;

— неформальная поддержка и экспертиза воспитателя детского сада, учителя массового класса;

— качественное обучение и воспитание всех детей — учеников школы;

— трансформация [4,с. 68].

Следовательно, главным отличием инклюзивного подхода от интегративного является глубина изменений социально-педагогической среды, основанная на полной перестройке учебно-воспитательного процесса, создании полномасштабной социально-образовательной среды и высокой готовности всех членов микро- и макро-социумов к личностным и профессиональным изменениям в интересах детей.

Литература:

1. Малофеев Н.Н. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен/ Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шматко // Дефектология. – 2008. – № 2. – С. 86-94.

2. Малофеев Н.Н. Право на образование, или зачем нужна инклюзия [Текст] : Учительская газета – 2010, 31 августа / Н.Н. Малофеев // «Учительская газета». – 2010. – № 35.

3. Показатели инклюзии: практическое пособие/ Т. Бут. – М., Эйнскоу, 2009.

4. Прочухаева М.М., Бородин М.В. и др. На пути от интеграции к инклюзии: практический опыт работы специалистов инклюзивного детского сада. – СПб, 2008.

5. Соловьева Т.А. Включение детей с нарушением слуха в образовательную среду массовой школы: Дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Соловьёва Татьяна Александровна. – М., 2010.

РАЗДЕЛ 3. ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА, МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Болдинова О.Г., г.Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ

ТИФЛОПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

В современной дефектологии специальное образование понимается как обучение и воспитание детей с отклонениями в развитии, предполагающее их интеграцию в общество посредством социализации и с учетом их индивидуальных особенностей с целью полноценного развития и самореализации личности (Н.М. Назарова, Л.И. Плаксина, Е.А. Стребелева, Л.М. Шипицина, Deborah R. Shapiro, Lauren J. Lieberman и др.). Эта цель может быть достигнута, если дети с ограниченными возможностями здоровья пользуются социальными благами наравне со всеми людьми, в том числе правом на доступность качественного образования. Для дошкольного образования детей с нарушениями зрения существует сеть специализированных образовательных учреждений, где не всегда созданы необходимые условия для их социализации. Восполнить этот пробел возможно посредством инклюзии дошкольников с нарушениями зрения в обычную образовательную среду. Одной из форм постепенной инклюзии дошкольников с нарушениями зрения могут стать группы комбинированной направленности в дошкольных образовательных учреждениях общеразвивающего типа. Эта форма образования является одним из приоритетных направлений модернизации российского образования, в связи с реализуемой реструктуризацией образовательных учреждений для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Анализ и систематизация источников педагогической теории социализации дошкольников с нарушениями зрения позволил установить неоднозначность представлений о сущности, механизмах социализации. И уточнить понятие «социализация дошкольников с нарушениями зрения» как индивидуально-дифференцированного процесса и результата специально организованного освоения и накопления ребенком социального опыта в детско-взрослом сообществе, позволяющего преодолеть или значительно снизить трудности, связанные с нарушением зрительных функций, обеспечивающего его адаптацию, интеграцию и индивидуализацию в социуме через приобщение к общечеловеческим ценностям. Социализация дошкольников с нарушениями зрения групп комбинированной направленности характеризуется: а) поэтапностью, б) деятельностной направленностью, в) зависимостью от сформированных навыков взаимодействия в детско-взрослом сообществе.

Для успешной социализации детей с нарушениями зрения должны быть созданы специальные тифлопедагогические условия. До настоящего времени в тифлопедагогике при исследовании социализации и социального опыта людей с нарушениями зрения приоритет отдавался решению данной проблемы лишь применительно к детям школьного возраста и взрослым. Между тем, известно, что становление социального опыта происходит в дошкольный период. До настоящего времени особенности становления и развития социального опыта у дошкольников с нарушениями зрения не были предметом специального теоретико-экспериментального педагогического изучения.

В современной теории и практике тифлопедагогики внимание исследователей (Т.П. Головина, Л.П. Григорьева, В.З. Денискина, И.В. Новичкова, Л.И. Плаксина, Е.Н. Подколзина, Л.С. Сековец, В.А. Феоктистова, Л.М. Шипицина и др.) приковано к методическим разработкам и технологиям коррекционно-педагогической работы с детьми с глубокими нарушениями зрения. В настоящее время практически нет научнообоснованных методических разработок социализации дошкольников с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности в дошкольном образовательном учреждении. В большей степени данному направлению соответствуют работы Е.Н. Подколзиной, которая занимается изучением социализации детей с тяжелыми нарушениями зрения в дошкольных учреждениях компенсирующего вида.[3] Однако она не затрагивает проблем социализации детей с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности в дошкольных учреждениях общеразвивающего типа.

Анализ исследований (Т.П. Головина, Л.П. Григорьева, В.З. Денискина, Л.А. Дружинина, И.Г. Корнилова, И.В. Новичкова, Л.И. Плаксина, Е.Н. Подколзина, В.А. Феоктистова, Л.М. Шипицина, С.М. Хорош и др.), содержащих специальные педагогические и тифлопедагогические условия социализации детей с нарушениями зрения, позволил сгруппировать в блоки, выделенные в процессе данного исследования, тифлопедагогические условия социализации дошкольников с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности: 1. Организационно-педагогический блок тифлопедагогических условий. 2. Программно-педагогический блок тифлопедагогических условий. 3. Технолого-педагогический блок тифлопедагогических условий.

Организационно-педагогический блок тифлопедагогических условий социализации дошкольников с нарушениями зрениями в группах комбинированной направленности способствует решению целого комплекса задач. В последние годы за рубежом и в нашей стране широко обсуждаются возможности интеграции в массовые образовательные учреждения детей с особыми образовательными потребностями, в том

числе и детей, имеющих зрительные нарушения (О.А. Денисова, Л.М. Кобрина, Л.М. Шипицына, Н.Д. Шматко, Е.А. Ямбург и др.). Нарушенное зрение препятствует вхождению ребенка в окружающих мир без поддержки хорошо видящих людей. Ребенок с нарушением зрения медленно осваивает игровую деятельность, что тормозит развитие его психики. Есть достаточно много примеров обучения слабовидящих и слепых детей в специальных дошкольных образовательных учреждениях. Эта вынужденная интеграция стала возможной по нескольким причинам: 1) отсутствие специальных дошкольных образовательных учреждений в районе проживания такого ребенка; 2) отсутствие условий для социализации ребенка.

Важнейшей целью групп комбинированной направленности дошкольного образовательного учреждения (В.З. Денискина, Л.И. Плаксина и д.р.) является воспитание детей с особыми образовательными потребностями, способных быстро и свободно адаптироваться в обществе [1, 4]. В свою очередь, протекание процесса социализации детей с нарушением зрения зависит от целей всех участников образовательного процесса.

В группах комбинированной направленности (Л.А. Дружинина, Е.Н. Подколзина, В.А. Феоктистова и др.) специально организованная, целенаправленная и систематическая коррекционно-педагогическая работа помогает детям с нарушениями зрения максимально приблизиться в своих возможностях к нормально видящим сверстникам во всех видах деятельности (игровой, бытовой, учебной, трудовой) [3]. Создание условий для успешной социализации детей с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности дошкольного образовательного учреждения должно быть предусмотрено с первых дней их пребывания.

Группа комбинированной направленности (Н.Н. Малофеев, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова и др.) создается с целью реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на качественное и доступное образование, создания условий, наиболее благоприятных для их социальной адаптации и включения в общество [2].

В организационно-педагогический блок были включены следующие тифлопедагогические условия: оптимальная наполняемость группы комбинированной направленности; согласие родителей на пребывание ребенка с нарушениями зрения в группе комбинированной направленности; создание предметной социализирующей среды; организация встреч родителей дошкольников с нарушениями зрения с детьми с нарушениями зрения школьного возраста, показ возможностей и творческого потенциала детей с нарушениями зрения; беседы тифлопедагога и воспитателей с детьми с сохранным зрением в группе, куда будет ходить ребенок с нарушениями зрения.

Программно-педагогический блок тифлопедагогических условий также направлен на решение целого ряда задач. Определяющим в этом блоке является развитие зрительного восприятия, пространственной ориентировки у детей с нарушениями зрения на основе коммуникативных процессов, а также полноценного восприятия детско-взрослого сообщества. В это блок включены следующие тифлопедагогические условия: наличие программы «Социализация дошкольников с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности»; развитие зрительного восприятия у ребенка с нарушениями зрения на основе компенсаторных процессов; развитие сенсорно-перцептивных навыков у детей с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности; создание ситуаций взаимодействия в детско-взрослом сообществе, в совместной игровой деятельности взрослого и детей, в безопасной, статичной, с неизменностью предметов в развивающей среде.

Технолого-педагогический блок тифлопедагогических условий предполагает систему форм и методов работы с детьми с нарушениями зрения, среди которых особое место отводиться индивидуальной коррекционно-педагогической работе по восполнению имеющихся у ребенка пробелов в социальном опыте, постепенному включению его в коллективные формы деятельности (В.З. Денискина, И.В. Новичкова, Л.И. Плаксина, Л.А. Дружинина).

Технолого-педагогический блок включает следующие специальные тифлопедагогические условия: система форм и методов индивидуальной коррекционно-педагогической работы по восполнению имеющихся у ребенка пробелов в социальном опыте, постепенное включение ребенка в коллективные формы деятельности; включение детей с нарушениями зрения в деятельность, способствующую накоплению ими социального опыта через взаимодействие в мире людей, вещей, социальных и природных явлений; наличие специального образования у воспитателей групп комбинированной направленности; использование индивидуально-дифференцированной специальной наглядности в зависимости от нарушения зрения (косоглазие, амблиопия, ретинопатия) в группах комбинированной направленности; специфическая структура занятий, проводимых в игровой форме с четким соблюдением зрительной нагрузки и включением зрительных пауз для снятия зрительного напряжения.

Таким образом, социализация детей с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности имеет определённую специфику, обусловленную особенностями развития детей с нарушениями зрения, и включает в себя не только представления об окружающей социальной действительности и овладение практическими умениями, но и освоение навыков взаимодействия с окружающими, эмоциональной отзывчивости в детско-взрослом сообществе, адаптации к новым жизненным ситуациям. В

результате анализа теоретико-методологических исследований были определены блоки тифлопедагогических условий социализации детей с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности.

Литература:

1. Денискина В.З. Проблемы социализации детей и молодежи с нарушением зрения: Сб.ст. Регион.обществ.орг.инвалидов «ИРИС»; Сост. И.Н.Зарубина; Науч. ред. Л.И. Плаксина; Ред. И.Б. Антонова.– М.: Флинта: Наука, 2005. – 210с.

2. Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом. – М., 1996.

3. Подколзина Е.Н. Пространственная ориентировка дошкольников с нарушением зрения: методическое пособие. – М., 2009.

4. Плаксина Л.И. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушением зрения // Специальная дошкольная педагогика / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М., 2001.

Бровкина М.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Францева Е.Н.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И СЕМЬИ

В современном мире проблема социализации подрастающего поколения становится одной из актуальных. Родители и педагоги обеспокоены тем, что нужно сделать, чтобы ребенок с ограниченными возможностями, входящий в этот мир, стал уверенным и счастливым. Таким образом, социализация – это процесс получения ребёнком навыков, необходимых для полноценной жизни в обществе [6]. Социализация осуществляется путем усвоения индивидом социального опыта и воспроизведения его в своей деятельности. В процессе социализации индивид становится личностью и приобретает необходимые для жизни среди людей, в обществе знания, умения, навыки. Также процесс социализации осуществляется посредством целенаправленного воспитания, обучения и случайных социальных воздействий в деятельности и общении [2].

Непосредственно условия и начало успешной социализации личности кроются в детском возрасте, когда особую актуальность приобретают тесное сотрудничество семьи и дошкольного образовательного учреждения, их взаимодополняемость для эффективного процесса социализации ребенка-дошкольника. Процесс социального развития предполагает не только и не столько усвоение ребёнком культурных ценностей, сколько становление собственного отношения к

нему, преобразования и трансформации культурных ценностей в собственные межличностные достижения.

Отечественные ученые, такие как: А.С. Белкин, В.В. Давыдов, Д.И. Фельдштейн, Д.Б.Эльконин и др. считают, что каждый ребенок (дошкольник) проходит огромнейший путь в своем индивидуальном развитии именно в период своего детства [5]. Его направление стремительно быстро разворачивается, а содержание пополняется и расширяется. Дошкольный возраст, как никакой другой насыщен очень важными достижениями в социализации детей.

Дошкольное образовательное учреждение создает условия для полноценного процесса социализации ребенка-дошкольника. Если семья ребенка будет принимать участие в воспитании и развитии своего ребенка, с помощью дошкольного учреждения, то ребенок будет развит социально и как личность.

Важно, чтобы воспитательно-образовательный процесс в детском саду охватывал основные виды социализации ребёнка (естественно-культурного, социально-культурного, социально-психологического и т.д.) и задавал начальные условия для полной и успешной социализации личности в будущем, необходимо организовать условия вхождения ребёнка в систему социальных отношений как компонента этой системы, т.е. ребёнок должен стать частью социума [3]. Для того чтобы эти условия выполнялись и приносили ощутимый результат, ДОУ необходимо поддерживать и развивать взаимосвязь с родителями, семьей ребенка.

Наиболее важным фактором в воспитании и развитии ребенка с ограниченными возможностями, в приобретении им социального опыта является семья. Сформировать у ребенка представление о себе, воспитать в ребенке чувства собственного достоинства и уважения к людям и ввести его в социальный мир, невозможно без помощи родителей. Ребенок в семье учится общению, приобретает первый социальный опыт. Социальный опыт зависит от разнообразия социальных отношений, которые ему предоставляются ближайшим окружением. Усвоение ребенком общечеловеческого опыта, накопленного предшествующими поколениями, происходит только в совместной деятельности и общении с другими людьми. Образовательная среда детского учреждения способствуетформированию коммуникативной сферы у детей дошкольного возраста [4]. Семья и дошкольное образовательное учреждение, выполняя свои особые функции, не могут заменить друг друга и должны взаимодействовать во имя полноценного развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Главная роль в обеспечении благоприятной социализации ребенка отводится социально-педагогической деятельности ДОУ. Возникает потребность рассматривать процесс социального воспитания

дошкольников в дошкольном образовательном учреждении как целостный процесс, обеспечивающий непрерывность и преемственность этапов социализации детей, так как всестороннее и гармоническое развитие личности ребенка может быть обеспечено комплексным воздействием на все стороны его активности.

В настоящее время проблема социального развития детей с ограниченными возможностями дошкольного возраста выходит на первый план [1]. Сутью всех вопросов, связанных с развитием личности ребенка, его воспитанием, социализацией является его социальное самочувствие, потребность и способность взаимодействовать с миром. Поэтому закладывание основ социальной компетентности способствует оптимальному вхождению ребенка в социальный мир, социальная компетентность ребенка рассматривается как способность удовлетворять собственные потребности через общественно приемлемые способы реализации активности во взаимодействии с окружающими.

При этом важно, чтобы были учтены возрастные новообразования ребенка-дошкольника, так как эти критерии по своей природе социальны и их приоритетное развитие обеспечивается в процессе социализации.

Для того чтобы процесс социализации личности ребенка-дошкольника был эффективным, необходимо соблюдение условий включения семьи как микрофактора в воспитательно-образовательный процесс. Только в случае тесного взаимодействия педагогов ДОУ и родителей возможно соблюдение условия единства задач и содержания воспитательной работы в ДОУ и семье. Также ДОУ должно нести ответственность за налаживание атмосферы сотрудничества с семьями воспитанников [4]. Такие взаимоотношения сотрудничества педагогов ДОУ и родителей помогут в оказании помощи семье при возникновении проблем и вопросов, связанных с воспитанием и развитием ребенка с ограниченными возможностями, помогут в налаживании гармоничных отношений родителей с детьми, что способно оказать положительное влияние на процесс социализации личности ребенка.

Литература:

1. Актуальные проблемы дошкольного образования / под ред. Т.М. Бабуновой. – Магнитогорск, 2003.

2. Бодалев А.А. Социальная среда и формирование ребенка как личности и субъекта деятельности // Хрестоматия по педагогике/ Сост. Морозова О.П. –Б.: Изд-во БГПУ, 1997. – С.47-49.

3. Взаимодействие дошкольного учреждения с социумом: Пособие для практических работников дошкольных образовательных учреждений/ Авт.-сост.: Т.А. Данилина, Т.С. Лагода, М.Б. Зуйкова. – М., 2003.

4. Голованова Н.Ф. Социализация и воспитание ребенка. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – СПб.: Речь, 2004.

5. Мухина В.С. К проблеме социального развития ребенка в дошкольном детстве // Психологический журнал. – 1980. – №5.
6. http://ru.wikipedia.org/wiki/.

Даудгаджиева З.М., г. Ставрополь ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.п.н., доцент Соломатина Г.Н.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТАРНЫХ ТРУДОВЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА В УСЛОВИЯХ ИНТЕРНАТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Всестороннее развитие ребенка влияет на его умственное, нравственное, моторное, физическое и трудовое развитие. Развитие детей связано с формированием предметной, игровой, изобразительной, конструктивной, трудовой деятельности, в процессе которых происходит познание предметов и явлений окружающего мира, отношений людей, развиваются речь и навыки общения, происходит зарождение личности человека. Полноценное формирование этих видов деятельности у детей происходит в процессе целенаправленного воздействия на них [7].

Одной из форм развития ребенка является трудовая деятельность, так как в ней развиваются многие нравственные качества: коллективизм, взаимопомощь, бережливость, творческое и добросовестное отношение к работе, трудолюбие, самостоятельность, ответственность за порученное дело, чувство долга, желание поделиться с товарищами и взрослыми мнением о ходе и результатах деятельности.

Трудовая деятельность имеет большое значение и для умственного развития детей: в процессе знакомства с назначениями, свойствами и качествами материалов и инструментов, овладения действиями с ними, планирования последовательности операций развиваются восприятие, представления, различные формы мышления и мыслительные операции. В процессе трудового воспитания расширяются и конкретизируются представления детей о жизни и занятиях людей, о пользе и результатах их труда.

Труд также служит средством физического воспитания детей, поскольку происходит развитие зрительно-двигательной координации, мелкой моторики, совершенствуются движения, их координация и согласованность. Важное значение имеет формирование произвольности движений в процессе трудовых действий. Достижение трудовых целей, их результаты доставляют радость детям, вызывают эмоциональный отклик [4].

Большой вклад в разработку методологических и теоретических основ трудового воспитания школьников внесли К.Д. Ушинский, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, В.Я. Стоюнин, Н.В. Касаткин, Д.Д.

Семенов, А.П. Гозова, В.А. Влодавец и др. В их работах раскрываются различные аспекты трудового воспитания школьников, подготовки учителей к формированию трудовой деятельности их воспитанников.

Слух является главенствующим фактором, который влияет на всестороннее развитие ребенка. Нарушение деятельности слухового анализатора негативно отражается на различных сторонах его развития.

Дети с нарушениями слуха изначально развиваются в иных условиях сенсорной депривации. Основной задачей сурдопедагогики является оптимизация путей развития детей с нарушениями слуха. Один из таких путей является трудовое воспитание.

В становлении трудовой деятельности глухих детей младшего школьного возраста выделяются специфические особенности, обусловленные структурой дефекта, возрастными закономерностями развития познавательных процессов и личностных образований.

Замедленное развитие у глухих детей младшего школьного возраста мыслительных операций, в частности таких, как анализ и синтез, абстракция, обусловливает у них трудности в выделении и осознании цели. В процессе трудовой деятельности они стремятся как можно быстрее получить результат, т.е. достичь цели. Но им не хватает сосредоточенности, умения соотнести образ будущего результата с получаемым продуктом, проанализировать причины трудностей. Иногда глухие дети младшего школьного возраста в стремлении быстро получить результат пренебрегают важными трудовыми операциями. Полученный неудовлетворительный продукт оказывается для них неожиданным, при этом возникает отрицательное эмоциональное состояние, неудовлетворенность, которые при повторных неудачах распространяются на всю трудовую деятельность. У детей с нарушениями слуха часто не наблюдается осознания обязательности достижения поставленной цели. Поэтому для полноценного формирования этих обязательных признаков трудовой деятельности необходимо усиление положительного отношения к труду, создание соответствующей мотивации, заинтересованности в достижении определенных показателей, в стремлении стать хорошим специалистом [1].

Исследования трудовой деятельности детей с нарушенным слухом показывают, что глухие и слабослышащие дети, поступающие в школьные учреждения, как правило, не владеют элементарными навыками самообслуживания, оказываются беспомощными в различных бытовых ситуациях. В некоторой степени это связано с физической ослабленностью, моторной неловкостью детей, но часто бывает обусловлено повышенной опекой их со стороны родителей: стремлением заменить (вследствие трудностей общения) доступные ребенку действия по самообслуживанию собственными. При правильной организации

трудовой деятельности дошкольников она может иметь достаточно развитые формы, быть средством всестороннего развития детей с нарушениями слуха [6].

Сурдопсихологи указывают на четыре обязательных признака трудовой деятельности глухих детей младшего школьного возраста, которые влияют на развитие ребенка:

1) сознательное предвосхищение результата, при этом сознание социальной ценности результата выступает у человека как существенный регулятор;

2) сознание обязательности достижения социально-фиксированной цели, которое подкрепляется одобрением, например, представителей старших поколений – родителей, членов семьи, учителей, что особенно важно на начальных этапах трудового обучения;

3) выбор, применение или создание орудий, средств трудовой деятельности – деятельность будет тем эффективней, чем лучше человек ориентируется в средствах ее осуществления, как внешних, так и внутренних;

4) осознание межличностных отношений и зависимостей, складывающихся в трудовой деятельности [2].

Большие проблемы связаны, особенно на начальных этапах трудовой жизни глухих детей, с осознанием межличностных производственных отношений. Они обусловлены замедленным формированием межличностных отношений и механизмов межличностного восприятия.

У глухих детей младшего школьного возраста недостаточно сформированы оценочные критерии межличностных отношений, они часто допускают крайности в оценке окружающих, с которыми встречаются в рабочей обстановке, недостаточно дифференцируют личные и деловые отношения, руководствуются не столько отношением к себе, сколько своим отношением к другому. Эти ошибки межличностного восприятия часто связаны с неадекватно завышенной самооценкой, которая характерна для них даже в период ранней юности. На межличностные отношения могут отрицательно влиять недифференцированные и неустойчивые трудовые интересы, недостаточно сформировавшиеся личностные качества. Одни и те же личностные качества приобретают либо положительный, либо отрицательный характер в зависимости от отношения к трудовой деятельности, от ее мотивации: в одних случаях эмоциональная возбудимость может привести к бодрости, большей активности в процессе труда; в других, например при неуспехе или неадекватно понятых межличностных отношениях, – к повышенной раздражительности, агрессивности [8].

Трудовое обучение детей с недостатками слуха осуществляется в разных формах, основной из которых является урок. Наряду с этим проводятся экскурсии на предприятия, организуется учебно-производственная практика.

Бытовой труд – один из простых видов труда, в который систематически вовлекаются все дети. Он формирует у школьников такие качества, как бережное отношение к вещам, взаимопомощь, инициатива, добросовестное отношение к порученному делу. Особая ценность бытового труда для детей с недостатками слуха состоит в том, что он приучает их выполнять повседневные дела, лишенные эмоциональной привлекательности, воспитывая тем самым упорство и настойчивость.

В условиях школы-интерната для детей с недостатками слуха бытовой труд включает самообслуживание и домоводство. В содержание работы по самообслуживанию входят: личная гигиена, уход за одеждой, обувью, жилищем, приготовление пищи, мытье посуды, изготовление и ремонт нужных для личного пользования вещей. Самообслуживание включает также работу по поддержанию санитарно-гигиенического режима: заботу о чистоте и оформлении своего класса, кабинета, мастерской и других помещений школы, уход за растениями, животными в уголке живой природы.

Овладение трудовыми умениями и навыками происходит на основе подражания действиям сверстников, старших товарищей и сурдопедагога. Важную роль играет словесный отчет воспитанника о выполненном трудовом действии [3].

В школе глухих, в младшем школьном возрасте трудовое обучение и воспитание реализуется на уроках предметно-практического обучения (ППО). Этот этап наиболее существенно отличается от трудового обучения младших школьников во всех типах специальных учебных заведений и общеобразовательной школы. Уроки ППО создают политехническую базу для дальнейшего общего и трудового обучения глухих в средних и старших классах. На этих уроках глухие дети овладевают не только умениями лепки, конструирования, моделирования, шитья, склеивания, организации деятельности и т.д., но и знакомятся с простейшими инструментами, распространенными материалами (бумагой, картоном, тканью, древесиной, пластилином, проволокой), изготавливают практически значимые предметы и объекты, но и учатся выполнять трудовые задания по словесной инструкции и сопровождать выполняемую работу устной речью, интенсивно накапливают, обогащают словарь специальных технических терминов, овладевают навыками планирования деятельности [5].

На уроках ППО дети овладевают целым комплексом трудовых умений и навыков, как чисто физических, так и интеллектуальных,

которые находят широкое применение и использование на последующих ступенях трудового обучения. Развитие трудовых умений и навыков происходить в тесном взаимодействии с развитием речи, познавательной деятельности, с формированием житейских понятий и представлений [5].

Таким образом, трудовое воспитание – это сложный процесс, предполагающий вовлечение детей в разнообразную трудовую деятельность, формирование трудовых умений и навыков, связанных с разными видами труда (самообслуживание и формирование культурно-гигиенических навыков, хозяйственно-бытовой труд, труд в природе, ручной труд) представляет одно из важных направлений трудового воспитания детей с нарушениями слуха.

Литература:

1. Андреева Л.В. Сурдопедагогика. – М.: Издательский центр «Академия, 2005.
2. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ.высш.пед.учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.
3. Бороздин Ю.А. Трудовое воспитание в педагогической системе К. Д. Ушинского: Дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. – Курск, 2001.
4. Гозова А.П. Психология трудового обучения глухих. – М., 1979.
5. Марциновская Е.Н. Основы предметно-практического обучения глухих школьников. – М., 1986.
6. Психология глухих детей / Под ред. И.М. Соловьева и др. – М., 1971.
7. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. – М., 2003.
8. Сурдопедагогика: учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений / И.Г. Багрова, Т.Г. Богданова, Е.А. Большакова и др.; под ред. Е.Г. Речицкой. – М.: Владос, 2004.

Донцова А.В., г.Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ст. пр. Болдинова О.Г.

КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ СРЕДА В СИСТЕМЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

В настоящее время работа учителя-логопеда с детьми с нарушением зрения играет немаловажную роль в коррекции того или иного речевого нарушения. Но работа в сотрудничестве с другими специалистами (воспитателем, психологом, дефектологом, музыкальным руководителем и физическим руководителем) дает более эффективный результат как в воспитании и обучении, так и в социализации, и в становлении личности ребенка. Такой комплексный подход в логопедической работе позволяет охватить все сферы развития детей с нарушением зрения.

Специфику комплексного подхода к созданию коррекционно-развивающей среды в логопедической работе с детьми с нарушением зрения, можно проследить в работах Волковой Л.С, Власова Т.А., Певзнер М.С, Литвака А.Г., Земцовой М.И., Каплан А.И. , Новичковой И.В., Левиной Р.Е. и других.

В основе системы специальных занятий, по мнению Л.И. Плаксиной, осуществляется комплексный многосторонний подход к коррекции развития детей силами логопеда, тифлопедагога, дефектолога, психолога, воспитателя и ряда других специалистов, что обеспечивает активизацию деятельности сохранных анализаторов моторной деятельности, развитие проприоцептивной чувствительности у детей с нарушением сенсорной сферы.

В процессе комплексного подхода к созданию коррекционно-развивающей среды с детьми с нарушением зрения специалисты работают сообща. Их взаимодействие направлено на релаксацию, развитие дыхания, артикуляционной и пальчиковой гимнастики, массаж, закрепление полученных знаний, расширение словаря по лексическим темам, навыки словообразования и словоизменения, развитие грамматических категорий, профилактику письменной речи, развитие межличностных отношений, социальную адаптацию и коммуникацию, развитие фонематического слуха, подготовку заданий и упражнений по постановке диафрагмального речевого дыхания, голоса; работу над просодикой, развитие общей и мелкой моторики; координацию движений, согласованных с речью, использование музыкальной терапии, на развитии правильного дыхания, артикуляционной гимнастики, общей и мелкой моторики, развитии координации движений, соотнесении слов с действиями, развитии психических процессов, на ориентировку в пространстве, развитие соревновательности, успешности, ловкости, коллективизма и социально-эмоциональных характеристик [2].

Особую роль играет взаимодействие всех специалистов с семьей ребенка с нарушением зрения. Для родителей организуются и проводятся тематические, консультационные беседы, семинары, мини-конференции, составляются способы приемов и показа различных видов игровых упражнений.

Для выявления эффективности комплексного подхода к созданию коррекционно-развивающей среды в логопедической работе с детьми с нарушением зрения была проведена диагностика детей 5-7 лет в условиях МБ ДОУ №3 «Лебедушка» г.Батайск. В исследовании приняли участие 4 ребенка в возрасте 5-7 лет.

Для выявления особенностей речи детей, имеющих нарушение зрения (слепые), были использованы методы исследования: тестирование и наблюдение за поведением ребенка.

Были подобраны ряд методик (автор Денискина В.З), которые позволили обследовать и изучить особенности речи детей с нарушением зрения.

Тестовые задания исследования формирования предметных представлений у детей, имеющих нарушение зрения: «Мишкин чемодан», «Угадай, кого, как зовут», «Мастер Умелкин».

Исследование когнитивной сферы детей, имеющих нарушение зрения, при решении арифметических задач и их практическом выполнении.

Методика «Закономерности числового ряда».

В результате констатирующего эксперимента были получены следующие данные. Было выявлено, что средний уровень развития речи равен 50%, низкий уровень – 50%. Детей, демонстирущим высокий уровнь, выявлено не было.

Полученные данные свидетельствуют, что у этих детей наиболее типичными являются системные недоразвития речи, разнообразные по своей структуре, и их значительно больше, чем у их зрячих сверстников. Это непонимание смысловой стороны слова, которое не соотносится с чувственным образом предмета, использование слов, усвоенных на чисто вербальной основе, эхолалии, отсутствие развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений. Значительную роль в проявлении недоразвития речи играет нарушение общения ребенка с микросоциальной средой и неудовлетворительные условия речевого общения.

На формирующем этапе эксперимента была создана система коррекционно-логопедической работы по развитию речи у детей с нарушением зрения. Разработана система коррекционных занятий на основе индивидуально-дифференцированного подхода для работы с каждым ребенком, имеющим нарушения речи и зрения; составлены рекомендаций для специалистов ДОУ. Были разработаны комплексные программы по индивидуальному сопровождению специалистами (логопеда, воспитателя, музыкального руководителя, дефектолога, психолога и родителей) развития детей с нарушением зрения. На примере данной программы можно проследить взаимодействие различных специалистов для более успешного развития данного ребенка с учетом его особенностей.

Содержание программы по индивидуальному сопровождению специалистами детей дошкольного возраста с нарушениями зрения включают разработанные конспекты занятий и игры по развитию: артикуляционной моторики, развитию общей и мелкой моторики, координации; развитию пространственных представлений; слухового внимания и памяти; мыслительных операций. Также разработаны рекомендации логопеда для специалистов, консультация для учителей-

логопедов по коррекционной работе с детьми с нарушением зрения и речи. Программа логопеда должна включать в себя задания на развитие: психических процессов; общей и мелкой моторики; пространственных представлений; общих речевых навыков; слухового восприятия; подвижности артикуляционного аппарата; фонематического восприятия и представлений; лексико-семантической стороны речи; связной грамматически правильной речи; смысловой стороны речи; для формирования и развития звукопроизношения, языкового анализа и синтеза, умения дифференцировать фонемы [2].

При планировании, проведении и анализе работы необходима тесная связь между логопедом, тифлопедагогом, тифлопсихологом, воспитателем и родителями.

В процессе использования комплексного подхода к созданию коррекционно-развивающей среды в логопедической работе с детьми с нарушением зрения была проведена еще одна диагностика с целью выявления динамики уровня развития данной категории детей. Использовались аналогичные диагностические методики (автор Денискина В.З). Результаты были следующими: высокий уровень развития речи составил 40% средний уровень развития речи – 50%, низкий уровень – 10%.

Таким образом, можно сделать вывод, что комплексный подход к созданию коррекционно-развивающей среды в логопедической работе с детьми с нарушением зрения позволяет улучшить работу не только над развитием речи у детей, но и улучшилась переключаемость с одного поля деятельности на другое, развилось воображение, скорректированы различные психоречевые функции.

Литература:

1. Баранова М.Л., Макарова Н.В. Справочник руководителя дошкольного общеобразовательного учреждения. Организация психолого-педагогической помощи детям раннего возраста. – Ростов н/Д., 2005.

2. Болдинова О.Г. Захараш Т.Б. Социализация детей с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности дошкольного образовательного учреждения. – М., 2013. – 208с.

3. Вопросы обучения и воспитания слепых и слабовидящих: Сб. науч. Трудов/ Под ред. А.Г. Литвака. – Л., 1981. – 122 с.

4. Григорьева Л.П. Психофизиологические исследования зрительных функций нормально видящих и слабовидящих школьников. – М., 1983.

Дрововозова Я.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: старший преподаватель Колпакова Н.А.

СОДЕРЖАНИЕ ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТАС НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Поступление в школу знаменуется началом качественно нового этапа в жизни ребенка: меняется его отношение ко взрослым, сверстникам, самому себе и своей деятельности. Школа определяет переход к новому образу жизни, положению в обществе, условиям деятельности и общения.

В настоящее время, когда наблюдается повышение требований к начальному обучению, актуализируется целый ряд психолого-педагогических проблем, связанных с подготовкой детей к школе. Успехи ребенка в школе во многом определяются его готовностью к ней.

Особую значимость приобретают вопросы подготовки детей с нарушениями слуха к обучению в школе [7, с.187].

Подготовка детей с нарушенным слухом к школе – комплексная задача, охватывающая все стороны жизни ребенка и тесно связанная со всем содержанием коррекционно-воспитательной работы в детском саду. Для понимания проблемы готовности глухого или слабослышащего ребенка к школьному обучению важное значение имеют учет подходов к этой проблеме в дошкольной педагогике и психологии, рассмотрение различных компонентов психологической готовности к школе (Л.И. Божович, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин, Л.А. Венгер, А.А. Венгер, Н.И. Гуткина, Е.Е. Кравцова, и др.). Вопросы формирования готовности к школьному обучению детей с нарушениями слуха освещены значительно меньше. Некоторые аспекты готовности глухих и слабослышащих детей к школьному обучению представлены в исследованиях Н.И. Беловой, Б.Д. Корсунской, Э.И. Леонгард, Л.П. Носковой, Е.Г. Речицкой, Е.В. Пархалиной и др. Школьная готовность нередко рассматривается в контексте других проблем, чаще всего в связи с обсуждением проблем речевого развития глухих и слабослышащих детей (К.Г. Коровин, М.К. Шеремет и др.) [3, с.54-55].

Готовность к обучению в школе предполагает необходимый уровень физического развития ребенка, позволяющий ему быстро адаптироваться к школьным нагрузкам: увеличению продолжительности уроков и их количеству, отсутствию дневного сна, иному режиму питания и т. д. Нагрузка на уроках в школе предполагает более высокий темп деятельности и работоспособности ребенка в течение длительного по сравнению с детским.

Одним из факторов адаптации детей к школьному режиму является увеличение времени занятий в подготовительной группе, использование в

занятиях некоторых структурных элементов, характерных для школьных уроков.

Увеличение нагрузок должно идти под контролем, постепенно, без нарушения режима дня подготовительной группы, с учетом рекомендаций врача и инструктора по физическому воспитанию.

Важное значение для адаптации ребенка к школьным условиям имеет воспитание трудолюбия, сформированность культурно-гигиенических навыков.

При этом важен достаточно высокий темп выполнения различных бытовых действий (есть, собирать личные вещи и др.). Различные навыки самообслуживания формируются в процессе трудового воспитания во всех возрастных группах. Уделяется внимание самостоятельности в выполнении детьми таких действий, как одевание, питание, пользование туалетом, поддержание в порядке личных вещей.

Важную роль в формировании трудолюбия, развитии культурно-гигиенических навыков должны играть родители, осуществляющие воспитание ребенка в семье. Единство требований, предъявляемых к формированию трудовых умений и навыков в дошкольном учреждении и в семье, может быть залогом последующей адаптации ребенка с нарушенным слухом к требованиям школьного режима [2, с.123].

Одним из наиболее важных компонентов готовности к школе является формирование школьной мотивации, т. е. желания учиться, стать школьником, выполнять учебную деятельность. Такие свойства, как любознательность, желание познать окружающий мир, интеллектуальная активность, также являются важными показателями психологической готовности ребенка к школе. У дошкольника должна быть сформирована «внутренняя позиция школьника», наличие которой предполагает сформированность системы мотивов, их соподчинение.

Для детей с нарушениями слуха чаще всего на первом плане оказываются познавательные мотивы, что может быть объяснено непосредственной ориентировкой детей родителями и педагогами на школу как источник новых знаний. Наряду с желанием научиться хорошо читать, писать, решать задачи дети с нарушениями слуха часто сообщают о стремлении научиться «хорошо говорить, чтобы другие люди понимали». Нередко среди мотивов учения в школе глухие и слабослышащие дети называют внешние или ситуативные: «Мама купила портфель, я пойду в школу», «Мне семь лет, поэтому я пойду в школу», «Моя сестра учится в школе, и я тоже хочу» [4, с.92-93].

Формирующаяся в младшем школьном возрасте учебная деятельность тесно связана с произвольностью поведения, предпосылки которой закладываются в дошкольном возрасте при правильной организации воспитания и обучения детей. Произвольность поведения

предполагает его контролируемость, достаточный уровень усидчивости, умение длительно сосредотачиваться на одном занятии и доводить его до конца, определенные волевые усилия. С произвольностью поведения связано умение последовательно выполнять указания и инструкции взрослого, учитывать систему условий поставленной задачи, осуществлять контроль за собственными действиями.

На протяжении дошкольного возраста у детей с нарушенным слухом должны быть сформированы механизмы произвольного поведения, что обеспечивает становление некоторых предпосылок учебной деятельности к концу дошкольного периода. Задачи формирования поведения, сотрудничества с другими детьми, умения доводить дело до конца, понимать инструкции взрослого и следовать им занимают важное место во всей системе коррекционно-педагогической работе. Особенно важное значение для формирования произвольности приобретает обучение разным видам практической деятельности и игры [5, с.156-157].

Своеобразие речевого развития дошкольников с нарушениями слуха значительно затрудняет общение и связанное с ним овладение партнерскими отношениями, что является необходимым условием дальнейшего обучения в школе. Поэтому во всех видах детской деятельности внимание уделяется формированию навыков совместной деятельности при выполнении различных заданий.

Особое значение в работе со старшими дошкольниками следует придавать организации коллективных видов деятельности, в которых каждый ребенок выполняет часть общей работы: например, при подготовке аппликации один ребенок вырезает нарисованные деревья, другой – дома, третий – наклеивает, четвертый – готовит подписи и т.д.

В процессе коллективной деятельности у детей формируется и ряд личностных качеств: активность, самостоятельность, ответственность за порученное дело [4, с.94].

Готовность к школе в области умственного развития включает ряд взаимосвязанных сторон. Многими педагогами и психологами подчеркивается, что решающее значение в готовности к усвоению школьной программы имеют не сами по себе знания и навыки, а уровень развития познавательных интересов и познавательной деятельности ребенка. Интеллектуальная пассивность, отсутствие интереса к новому, нежелание включаться в решение задач, прямо не связанных с практическими потребностями или игровыми интересами, не способствуют успешному учению в школе, даже несмотря на определенный запас знаний и сформированность некоторых умений [1, с.118].

К школьному обучению ребенок с нарушенным слухом должен подойти, имея определенный уровень сформированности познавательных

процессов. Важное значение имеет сформированность дифференцированного восприятия, что обеспечивает возможность анализировать, сравнивать предметы и явления, выделять свойства и особенности. Важно также наличие временных и пространственных представлений, знание их словесных обозначений. Представления о времени, о сроках и темпе выполнения заданий – одно из условий организации деятельности детей на уроке [7, с.187-189].

Подготовка глухого или слабослышащего дошкольника к обучению в школе связана с формированием речи и общения, что составляет одну из наиболее специфических черт в системе школьной готовности детей данной категории. Речевая готовность к школе – итог работы по формированию речи и развитию ее как средства общения в течение всего пребывания ребенка в дошкольном учреждении. Наиболее важным аспектом речевого развития плохослышащего ребенка в плане готовности к школьному обучению следует считать сформированность навыков общения со взрослыми и детьми. При овладении различными типами коммуникативных высказываний важнее всего учить детей вступать в общение со знакомыми и новыми для них людьми: отвечать на вопросы в связи с разными бытовыми, практическими ситуациями, задавать вопросы, уметь выражать свои просьбы, желания и т.д. Однако недостаточно овладеть только навыками разговорно-обиходной речи. Для общения важно понимание норм речевого этикета и взаимоотношения общающихся партнеров. Поэтому в быту, в играх, на различных тематических занятиях детям нужно демонстрировать нормы речевого этикета: как следует что-то попросить; как обратиться к незнакомым и знакомым людям; извиниться, поблагодарить и т.д. Эти речевые умения формируются в соответствии с программой по развитию речи [5, с.162-163].

В работе с детьми, имеющими нарушения слуха в силу особенностей речевого развития важное значение придается овладению чтением. К моменту перехода в школу глухие и слабослышащие дети должны уметь читать и понимать небольшие тексты по знакомой тематике, что предусмотрено программами по развитию речи. Чтение в дошкольном возрасте рассматривается как средство развития речи, условие формирования словаря и навыков связной речи. Важно не только овладение техникой чтения, но и осознанное восприятие текста, умение осмыслить и передать содержание в ответах на вопросы, отразить в рисунке, демонстрации действий. Формальное овладение техникой чтения, особенно устно-дактильного, без понимания содержания читаемого, вредно, так как формирует привычку неосмысленного чтения

Таким образом, готовность к школьному обучению детей с нарушениями слуха не может быть обеспечена только в результате формирования некоторых навыков и умений, тренировки в выполнении

ряда заданий при усилении работы в подготовительных группах. Она формируется только в результате реализации всей системы коррекционно-педагогической работы в дошкольном учреждении [3, с.86-87].

Литература:

1. Белова Н.И. Специальная дошкольная сурдопедагогика. – М., 2009. – С. 118-119.
2. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ.высш.пед.учеб.заведений. – М.:Издательский центр «Академия», 2008. – С. 123.
3. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика. Воспитание и обучение дошкольников с нарушением слуха.– М., 2008.– С. 54-87.
4. Особенности психического развития детей 6-7 летнего возраста / Под ред. Д.Б. Эльконина, А.Л. Венгера. – М., 2010. – С. 91-94.
5. Речицская Е.Г., Пархалина Е.В. Готовность детей старшего дошкольного возраста к обучению в школе. – М.,2009. – С. 156-163.
6. Морозова Н. Г. Формирование познавательных интересов у аномальных детей / Н.Г. Морозова. – М., 2010.– С. 142-144.
7. Трофимова М.Н. Основы специальной педагогики и психологии / М.Н. Трофимова. – СПб.: Питер, 2012.– С. 187-189.

Егорова Т.С., г.Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ст.пр. Болдинова О.Г.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ЗРИТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Зрение играет важную роль при ориентации человека и осуществлении многих сторон его жизнедеятельности. В связи с этим знание особенностей, значения и характеристики нарушения зрения позволяет понять, какие трудности могут возникать при тех или иных глазных заболеваниях. Благодаря этому в логопедической работе необходим индивидуальный подход к коррекции нарушений речевого развития у детей с тяжёлым поражением зрительных функций.

Нарушения зрения в дошкольном возрасте весьма разнообразны по клиническим формам, этиологии, патогенезу, степени выраженности дефекта и структуре нарушенных функций. Основной контингент детских садов специального назначения составляют дети с амблиопией и косоглазием. Нередки и такие формы зрительной недостаточности, как близорукость, дальнозоркость, близорукий и дальнозоркий астигматизм. Нами были взяты дети с глубокими зрительными нарушениями – ретинопатией. У преобладающего большинства дошкольников с тяжёлым поражением зрительных функций, указанные нарушение – врожденные. В некоторых случаях зрительная недостаточность развивается на фоне

других аномалий центральной нервной системы, обусловленных травмами мозга, антенатальной интоксикацией, последствиями перенесенных органических заболеваний центральной нервной системы. Характерная особенность детей со зрительной неполноценностью – вторичные отклонения в психическом и физическом развитии [3].

Проблема индивидуального подхода к детям с тяжёлым поражением зрительных функций в настоящее время достаточно широко представлена в работах зарубежных и отечественных авторов, занимающихся этой проблемой. Важным условием качественного обучения, воспитания и развития детей с глубокими зрительными нарушениями является правильный индивидуальный логопедический подход. В связи с этим надо точно понимать особенности зрительных возможностей ребенка и их учет во всех видах логопедического, психолого-педагогического, медицинского и семейного воздействия [1].

Проблеме индивидуализации и дифференциации процесса обучения посвящен ряд педагогических работ И.Э. Унт, А.А. Кирсанова, Г.Ф. Суворовой, С.Д. Шевченко и других авторов. Индивидуализация обучения является одним из основных принципов в организации учебно-воспитательного процесса в любом типе образовательного учреждения (Ю.К. Бабанский, М.И. Кондаков). Однако полноценные результаты обучения могут быть получены только на основании индивидуального обращения к личности детей, гуманистического по своей сути. Такие способы индивидуальной коммуникации разрабатывались как зарубежными (Х. Джинотта, Я. Корчак, А. Маслоу, У. Перки), так и отечественными (В.А. Сухомлинский, Л.А. Петровская, А.С. Спиваковская) психологами и педагогами [1].

Нарушения речи у слепых и слабовидящих детей встречаются значительно чаще, чем у нормальновидящих, и отличаются по степени выраженности, симптоматике и структуре. В совокупности со зрительным дефектом это является причиной неподготовленности детей к обучению грамоте и в дальнейшем может отразиться на успеваемости по общеобразовательным предметам. В связи с этим важное место в учебно-воспитательном процессе отводится коррекционной и профилактической работе.

Содержание и дидактические приемы коррекционно-логопедической работы строятся дифференцированно, сообразуясь с возрастом ребенка, тяжестью дефекта речи, структурой и составом нарушенных функций, особенностями восприятия учебного материала и ориентации в пространстве.

Процессы компенсации в детском возрасте имеют специфические особенности, обусловленные возрастными изменениями. В связи с этим при оценке возможностей компенсации в детском возрасте учитываются

не только уже сформировавшиеся механизмы компенсации, но и находящиеся в стадии формирования и становления, то, что Л.С. Выготский называл «зоной ближайшего развития ребенка» [2]. Учет зоны ближайшего развития ребенка, имеет важное значение для управления процессами компенсации, коррекции и восстановления нарушенных и недоразвитых функций у слепых и слабовидящих.

В итоге обследования звуковой стороны речи и сопоставления с данными обследования других ее сторон, должно сложиться четкое представление о том, являются ли выявленные дефекты звукопроизношения самостоятельным видом речевого нарушения или входят в структуру общего недоразвития речи в качестве одного из его компонентов. В течение всего коррекционного обучения необходимо проводить учет состояния произносительных навыков детей, который позволяет определить содержание индивидуальной работы по формированию произношения, а также в динамике развития произносительных навыков проследить закономерности, характерные для различных форм речевых расстройств. Важно также учитывать улучшения в слитности и темпе произношения, в ударении, в соблюдении орфоэпических норм. Данные обследования должны дополняться наблюдениями за спонтанной речью детей на занятиях и в свободное время, в различных условиях речевого общения.

Советские психологи Л.С. Выготский, А.В.Запорожец и ряд зарубежных авторов Х. Джинотта, Я. Корчак, А. Маслоу, У.Перки подчеркивают, как важно не только обогащать детей дошкольников знаниями и опытом, но и развивать их психические процессы и функции. Применительно к детям со зрительной недостаточностью указание на необходимость целенаправленного умственного и физического развития, начатого с самого раннего возраста, приобретает особое значение. Извлеченные из памяти «мерки», «приметы», как называл их И.М. Сеченов, при восприятии предмета используются для воссоздания его обобщенного, синтетического образа. Огромную роль при этом играет речь ребенка [3].

Таким образом, нарушение зрения обусловливает весь ход психофизического развития детей с нарушением зрения. В дефектологии уже сложилось учение о первичном дефекте и вторичных отклонениях у детей с нарушением в развитии (Л.С. Выготский). Первичный дефект – нарушение зрения в первую очередь предопределяет успешность развития весьма тесно связанной с ним психической функции – зрительного восприятия, которое согласно исследованиям Л С. Выготского называется вторичным дефектом [2]. В дальнейшем в специальной психологии и педагогике вторичный дефект чаще стали обозначать как вторичные отклонения, которые проявляются в становлении всех психических

функций ребенка, причем специфичность их недоразвитости уменьшается по мере отдаления от первичного дефекта – нарушения зрения. Важнейшим фактором возникновения вторичных отклонений является фактор социальной депривации – лишение возможности полноценного общения с окружающим миром.

Литература:

1. Болдинова О.Г. Современные исследования социализации дошкольников с нарушениями зрения в группах комбинированной направленности. // Известия Южного Федерального университета. Педагогические науки. Научно-педагогический журнал. – 2012. – № 12.

2. Плаксина Л.И. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями зрения: Учеб. Пособие. – М., 1999.

3. Подколзина Е.Н. Пространственная ориентировка дошкольников с нарушением зрения. – М., 2009.

Колесникова Е.С., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: к.пед.н. Колодяжная Т.П.

ФОРМИРОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ В ДОУ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Как отмечает Т.В. Буденная, артикуляционная моторика представляет собой совокупность скоординированных движений органов речевого аппарата, обеспечивающая одно из условий правильного звукопроизношения.

Нарушения артикуляционной моторики, сочетаясь между собой, составляют первый важный синдром дизартрии – синдром артикуляционных расстройств, который видоизменяется в зависимости от тяжести и локализации поражения мозга и имеет свои специфические особенности при различных формах дизартрии.

Особенности речевой моторики у детей с дизартрией обусловлены нарушением функции тех двигательных нервов, которые участвуют в артикуляции (Л.В. Лопатина) [2]. Сложность оказания такой помощи обусловлена, прежде всего, тем, что нарушения артикуляционной моторики имеют разнообразную этиологию, патогенез и степень выраженности.

В исследованиях авторов (Архипова Е.Ф., Лопатина Л.В., Баранова М.Л., Колодяжная Т.П., Светицкая Л.П., Болдинова О.Г. и др.) в изучении особенностей формирования артикуляторной моторики показано, что у всех детей со стертой дизартрией имеются нарушения функции мышц, иннервируемых нижней ветвью тройничного, лицевым, подъязычным и языкоглоточным нервами.

Коррекция нарушений артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией – один из наиболее сложных видов комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

В связи с этим для коррекции нарушений артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией необходим индивидуальный подход.

Реализация индивидуального подхода в коррекции нарушений артикуляционной моторики у детей предполагает, прежде всего, изучение состояния подвижности органов артикуляции, разработку модели индивидуального логопедического воздействия в соответствии с выявленными особенностями артикуляционной моторики.

На базе НОУДС «Мамочка» г. Ростов-на-Дону нами была проведена экспериментальная деятельность по формированию артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Результаты первичной диагностики показали, что у детей со стертой дизартрией оказывается нарушенной как статика, так и динамика артикуляторных движений. Среди движений, отражающих состояние статической координации, наиболее сложными для выполнения являются произвольные движения языка, динамической координации – воспроизведение одновременных движений.

Анализ полученных данных, которые показали несформированность артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста экспериментальной группы, позволили нам определить содержание и направления коррекционно-логопедической работы по формированию артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией.

Для этого нами была разработана система работы по формированию артикуляционной моторики для каждого ребенка в отдельности, отражающая ближайшие и перспективные задачи, система мер по включению ребенка во фронтальную работу группы и индивидуальное коррекционное воздействие.

В процессе реализации данного индивидуального подхода по формированию артикуляционной моторики мы руководствовались принципами логопедической работы, разработанными Е.Ф. Архиповой [1].

После проведенной многоплановой коррекционно-развивающей работы нами была проведена повторная диагностика для выявления уровня сформированности артикуляционной моторики. По итогам диагностики нами выявлен более высокий уровень сформированности артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией, что свидетельствует об эффективности предложенной нами системы работы.

Литература:

1. Архипова Е.Ф.Стертая дизартрия у детей: учеб. Пособие для студентов вузов / Е.Ф.Архипова. – М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2006.

2. Лопатина Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами. – СПб: Союз, 2004.

3. Колодяжная Т.П., Маркарян И.А. Развитие речи детей дошкольного возраста. – М: Перспектива, 2009.

Коршунова М.Н., г. Санкт-Петербург , ЛГУ им. Пушкина
Научный руководитель: к.пед.н. Елецкая О.В.

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Использование компьютерных технологий для исследования звукопроизношения в работе логопеда является требованием современного научного исследования.

До настоящего времени для исследования звукопроизносительной стороны речи используют специально разработанные методики, в структуру которых входят приемы отраженного и самостоятельного воспроизведения речевого материала. При изучении состояния звукопроизношения определяется количество нарушенных звуков, характер нарушения произношения звуков (искажение, отсутствие, замена, смешение) в различных фонетических условиях: при изолированном произношении; в слогах прямых, обратных и со стечением согласных; в словах (исследуемый звук находится в разных позициях по отношению к началу, концу и середине слова); во фразах. Стимульным материалом при применении этих методик являются предметные и сюжетные картинки, которые традиционно оформляются в логопедические альбомы [6, 9,10].

В настоящее время широкое применение в логопедической практике находят компьютерные программы для коррекционной работы. Так, например, разработка Ю.Б. Зеленской Speechviewer («Видимая речь») способствует формированию и коррекции фонетической стороны речи. Программа Р.Л. Лизуновой «Игры для Тигры» ориентирована на коррекцию общего недоразвития речи у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста [7,с.2;12,с.3]. Однако в диагностической работе компьютерные технологий, дающих высококачественный анализ звуков речи и позволяющие логопеду наиболее объективно исследовать их характеристики, в настоящее время не получили широкого распространения, хотя техническая возможность для проведения такого анализа существует достаточно давно. Уже с середины XX века американский исследователь Г. Фант, применив рентгеновское, спектрографическое, осциллографическое исследование, обнаружил взаимосвязь между акустикой и артикуляцией [4,с.24]. В России изучением звукового сигнала занимались ведущие исследователи-

лингвисты: Л.Б. Щерба, Р.Л. Зиндер, Л.В. Бондарко и др. [1,с.12; 5,с.28; 11,с.38]. Изучая звуки речи, они применяли те же экспериментально-фонетические методы (спектографическое, осциллографическое), какими пользовался в своих исследованиях Г. Фант. Исследования фонетической системы при помощи названных методов и в настоящее время основывается на том, что между артикуляционными и акустическими характеристиками существует связь. Те усилия в спектре звука, которые зависят от конфигурации речевого тракта, называют формантами (F) звука. Поскольку именно они и формируют акустический образ произносимого звука, которую можно определить как зависимость частот формант от ряда, подъема и огубленности. Принято считать, что частота FI связана с подъемом гласного: чем более открытый гласный, тем выше частота FI, чем более закрытый, тем она ниже; частота II связана с рядом гласного; чем более передним является гласный, тем выше частота FII, чем более задним, тем она ниже. Огубленность гласного понижает частоту всех формант [1,с.13]. Это можно увидеть на спектограмме звуков речи. С помощью осциллограммы измеряют длительность звуков. Произнося в микрофон отдельные звуки и слова, возможно увидеть на осциллограмме отдельные элементы, составляющие речь, проследить изменения амплитуды речевого сигнала и длительности пауз. На осциллограмме представлена информация о частотах, составляющих звук, и их интенсивности, об отличиях между разными гласными и различными согласными [2,с.45].

В логопедии экспериментально-фонетические методы (спектрография, интонография, осциллография) были использованы Л.В. Лопатиной, которая применила их при исследовании стертой дизартрии у дошкольников [8,с.50]. Изучая акустические (спектральные) характеристики звуков речи, мелодическое, динамическое и временное оформление высказываний различных коммуникативных типов дошкольниками со стертой дизартрией исследователь обнаружила существенные различия в произносительной стороне речи детей с дизартрией по сравнению с нормально говорящих сверстников. Анализируя результаты исследования Л.В. Лопатина сделала вывод, что акустические характеристики звуковых единиц и степень их близости к звуковым эталонам (правильному произнесению звуков, интонационным моделям нормативной речи) являются различными у детей с разными формами стертой дизартрии и определяются своеобразием их артикуляторных характеристик, что позволило оптимизировать пути коррекционного воздействия [8, с.50].

Диагностические исследования с помощью экспериментально-фонетических методов продолжила Л.А. Позднякова, которая занималась исследованием интонационной выразительностью речи у дошкольников со

стертой дизартрией. Анализ осциллограмм, полученных при исследовании речевой продукции детей со стертой дизартрией, позволил охарактеризовать нарушения в работе голосовых связок: более простой рисунок периодов основного тона; наличие периодического «шума» на глухих согласных, возникающего за счет включения в работу голосовых связок в момент произнесения этих звуков; случаи оглушения первого звонкого согласного; затухание колебаний голосовых связок к концу гласного звука, отрицательно влияющее на качество звучания; озвонченность пауз, обусловленная вибрацией голосовых связок по инерции [9, с.47]. Анализ результатов экспериментально-фонетического исследования Л.А. Поздняковой позволил доказать, что динамическое и временное оформление высказываний дошкольников со стертой дизартрией отличается от моделей, встречающихся в речи детей с нормальным речевым развитием и взрослых. Оно характеризуется использованием незначительного диапазона интенсивности; недостаточным участием длительности в противопоставлении ударных и безударных частей высказывания на всем его протяжении; нарушением акцентного выделения внутри интонационных контуров высказывания, усиленным выделением как ударных, так и безударных его частей; нарушением словесного и синтагматического ударения, которое обусловлено не соответствующим нормативному распределением значений длительности и интенсивности звуков [9, с.47]. Л.В. Поздняковой были получены уточненные данные о проявлениях и механизмах нарушения формирования интонационной выразительности речи у дошкольников с различной локализацией поражения, что позволило реализовать дифференцированный подход в процессе коррекционно-логопедического воздействия с учетом формы стертой дизартрии и механизма нарушений.

Современные компьютерные технологии позволяют проводить экспериментально-фонетические исследования звуков речи при помощи специальных программ, одной из которых является Wave Assistant Pro. С помощью Wave Assistant Pro звуковой сигнал можно представить в виде спектрограммы и осциллограммы, разложив звуковой сигнал на единицы и субъединицы. Чтобы охарактеризовать какой-либо звук акустически, необходимо получить представление о его основном тоне, о частоте гармоник основного тона и об относительной интенсивности всех его частотных составляющих, иными словами о том, как основной тон и его гармоники относятся друг к другу по интенсивности. Эти данные можно получить при спектральном анализе звука [1,с.14]. С целью оптимизации диагностики детей с нарушениями речи возникает вопрос о необходимости включения в работу логопеда современных вспомогательных средств диагностики, основанных на новейших

информационных технологиях. Таким средством может стать компьютерная программа Wave Assistant Pro.

Экспериментально-фонетическое исследование при помощи программы Wave Assistant Pro предполагается проводить параллельно с традиционным логопедическим. Для работы потребуется методика для исследования звукопроизношения. Дополнительно необходим компьютер и микрофон.

Предполагается, что использование программы Wave Assistant Pro будет способствовать получению объективных данных о состоянии звукопроизношения, дополняющих данные традиционного логопедического обследования. Благодаря использованию сочетания названных методов станет возможным проведение объективного лонгитюдного исследования, которое позволит сравнить речь с ребенка нарушениями звукопроизношения и речь нормально говорящего дошкольника. Кроме того, появится возможность соотнести речь ребенка до коррекционного воздействия и после него. Еще одним несомненным достоинством использования в логопедической диагностике компьютерной программы Wave Assistant Pro является то, что он дает возможность отсроченного анализа полученных данных.

Использование компьютерной программы Wave Assistant Pro поможет в научно-исследовательской деятельности при изучении нарушений речи, что позволит дать более объективную оценку полученных данных при исследовании, а также наметить пути коррекционного воздействия.

Литература:

1. Бондарко Л.В., Вербицкая Л.А., Гордина М.В. Основы общей фонетики. – СПб.,1991.

2 . Бондарко Л. В. Осциллографический анализ речи. – Л.,1965.

3. Волкова Г.А. Методика обследования нарушений речи у детей. – СПб.,1993.

4. Гуннар Ф. Акустическая теория речеобразования. – М., Наука, 1964.

5. Зиндер Р.Л. Общая Фонетика. – М.,1979.

6. Иншакова О.Б. Альбом для логопеда. – М., 2008.

7. Лизунова Л.Р. Компьютерная программа «Игры для Тигры». – Пермь, 2004.

8. Лопатина Л.В. Система дифференцированной коррекции фонетико-фонематических нарушений у дошкольников со стертой дизартрией. – СПб., 2005.

9. Нищева Н.В. Картинный материал к речевой карте ребенка с общим недоразвитием речи (от 4 до 7 лет). – СПб.,2013.

8. Позднякова Л.А. Логопедическая работа по преодолению нарушений интонационной выразительности речи у дошкольников со стертой дизартрией. – СПб., 2004.

10.Смирнова И.А. Логопедический альбом для обследования звукопроизношения. – СПб.,2009.

11.Щерба Л.В. Языковая система и речевая деятельность. – Л., 1974.

12.Зеленская Ю.Б. Использование компьютерной программы Speechviewer («Видимая речь») в процессе логопедического воздействия. Авт. дисс. на соиск. уч. ст. канд. пед. наук – М., 2003.

Криволапова А.А., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ст.пр. Болдинова О.Г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ И МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У МЛАДШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Речь – сложная и специально организованная форма психической деятельности. Речь принимает участие в мыслительных процессах и является регулятором человеческого поведения. Именно дошкольное детство особенно сенситивно к усвоению речи: если определенный уровень овладения родным языком не достигнут к 5-6 годам, то этот путь не может быть успешно пройден на более поздних возрастных этапах [1].

Речь организует и активизирует мышление детей, помогая им устанавливать смысловые связи между частями воспринимаемого материала и определять порядок необходимых действий. Речь способствует формированию графических умений и навыков. Рисование, по мнению Л.С. Выготского, «есть своеобразная графическая речь, графический рассказ о чем-либо» [2].

В свою очередь, организованные занятия по изобразительной деятельности представляют собой эффективное средство развития речи у дошкольников с речевыми нарушениями.

Помимо этого занятия по изобразительной деятельности способствуют развитию мелкой моторики кисти руки: зрительно-моторной координации, тонких движений руки, регуляция их объема и четкости [3].

Проблема развития мелкой моторики, по мнению многих авторов (А.Г. Ковалев, М.М. Кольцова, И.М. Сеченов, В.А. Сухомлинский, М. Монтессори, В.М. Бехтерев) на занятиях по изобразительной деятельности является весьма актуальной. Именно изобразительная деятельность способствует сенсомоторному развитию – согласованности в работе глаз и рук, совершенствованию координации, гибкости, точности в выполнении движений и действий, коррекции мелкой моторики пальцев рук [4].

По данной теме была проведена экспериментальная работа, направленная на выявление уровня развития мелкой моторики у младших дошкольников с нарушениями речи (в эксперименте принимали участие 10 детей в возрасте 3-4 лет). Комплекс выбранных методик свидетельствовал о необходимости коррекции состояния мелкой моторики пальцев рук, на констатирующем этапе эксперимента. Для работы необходимо использовать следующие методики:

1. Методика исследования ручной моторики у дошкольников.

Выявление синкинезий. Пробы Заззо. Обе кисти ребёнка помещают, на чистый лист бумаги и обводят карандашом. Затем экспериментатор поочерёдно прикасается к каждому пальцу ребёнка, кроме четвёртого (движения четвёртого пальца и у здоровых детей сопровождается синкинезиями), и говорит: «Подними только этот палец». На контурном изображении отмечаются непроизвольные движения других пальцев: односторонние, перекрёстные и двусторонние.

2. Оптико-кинестетическая организация движения.

Пробы «на праксис позы». Ребёнку предлагается сложить по подражанию 1 и 2 палец в кольцо, вытянуть 2 и 3, 2 и 5, 1 и 2 и т.п. Игровая форма данного задании: поза 2–5 – «сделай козу рогатую», 2–3 «сделай зайчика».

3. Динамическая организация двигательного акта.

1) Перебор пальцев. Предлагается поочередное прикосновение большим пальцем ко 2,3,4,5 – му пальцам, которые должны производиться одновременно обеими руками сначала в медленном темпе, 2/3 серии за 5 секунд, а потом в быстром темпе, 5–7 серий движений за 5 секунд. При затруднениях вводится игровой компонент и речевые команды: «Пусть все пальчики по очереди поздороваются с большим пальцем, раз, два, три, четыре…»

2) Реципрокная координация движений (пробы Озерецкого). Предлагается поочерёдное и одновременное сжимание кистей. Вначале исследователь показывает, как следует производить движения руками. Если ребёнок не может повторить движения, то повторный показ сопровождается инструкцией: «Положи обе руки на стол – вот так. Одну сожми в кулак, а другая пусть лежит спокойно. А теперь сделай наоборот».

4. Ассиметричное постукивание.

1-я часть задания – воспроизвести по подражанию 5–9 серий движений из переменного постукивания: два раза одной рукой и один раз – другой (2–1). Во второй части задания порядок ударов противоположный (1–2). Задание предлагается дважды: в быстром темпе (8–9 серий за 5 сек) и в более медленном (6–6 серий за 5 сек).

Анализ полученных результатов позволил обнаружить, что при выполнении одновременно и последовательно – организованных движений дети исследуемой группы затруднялись выполнить некоторые задания, у них наблюдалась быстрая истощаемость, синкенезия, нарушена координация движений, темп выполнения заданий медленный, дети быстро устают. Динамическая организация двигательного акта кистей и пальцев рук в большинстве случаев характеризуется трудностью и плавного воспроизведения предложенных движений, наличием добавочных движений, персевераций, перестановок. Это подтверждает теоретические исследования о том, что у младших дошкольников с речевыми нарушениями нарушены моторные функций.

Обследование детей с речевыми нарушениями помогло выявить следующие закономерности: мелкая моторика тесно связана с речевой моторикой, у детей с речевыми нарушениями затруднено воспроизведение артикуляционных укладов, язык ограничен в движениях, из-за чего страдает звукопроизношение.

Литература:

1. Аксенова М.В. Развитие тонких движений пальцев рук у детей с нарушением речи //Дошкольное воспитание. – 2007. – № 8.

2. Блинкова Н.В. Развитие творчества и изобразительности у логопедов. Педагогическое обозрение . – № 1. – 2007.

3. Гаврина С. Е. Развиваем руки – что бы учиться и писать и красиво рисовать. М.: Академия развития, 2008.

4. Кириенко В.И. Психология способностей к изобразительной деятельности. – М., 2009.

5. Комарова Т.С. Изобразительная деятельность в детском саду: обучение и творчество. – М.: Просвещение, 2007.

Курушина О.В., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ДИЗОРФОГРАФИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

За последние десятилетия заметно возросло число детей, испытывающих трудности в обучении. Одним из проявлений школьной неуспеваемости является стойкое нарушение в усвоении и использовании правил орфографии (дизорфография).

Успешное овладение орфографическими знаниями, умениями и навыками лежит в основе усвоения учебных программ по различным общеобразовательным предметам. Орфографически правильное письмо является важнейшим условием не только школьной адаптации, но и в целом приобщения к языковой культуре. Усвоение орфографических знаний, умений и навыков осуществляется на основе сформированности

когнитивных предпосылок, особенно мыслительных операций анализа, синтеза, абстрагирования, обобщения (Б.Г. Ананьев, Д.Н. Богоявленский, А.Н. Гвоздев, С.Ф. Жуйков, М.Р. Львов, М.С. Рождественский и др.).

В качестве наиболее значимых предпосылок овладения орфографией, ведущим принципом которой является морфологический принцип, рассматривают сформированность лексики (объема словаря, точности понимания и употребления слов), грамматической стороны речи (способности к словоизменению и словообразованию, умения правильно употреблять различные модели предложения). В связи с этим многие ученые (Л.В. Занков, С.Ф. Иваненко, В.В. Тарасун, Г.В. Чиркина, С.Н. Шаховская, С.Б. Яковлев, А.В. Ястребова, и др.) связывают проблемы неуспеваемости по русскому языку с недоразвитием устной речи.

В современной логопедической литературе дизорфография определяется как стойкое и специфическое нарушение в овладении орфографическими знаниями, умениями и навыками (О.И. Азова, Р.И. Лалаева, Л.Г. Парамонова, И.В. Прищепова и др.) Литературные данные свидетельствуют о тесной связи дисграфических и орфографических ошибок на письме, в основе которых лежит нарушение языкового и когнитивного развития (И.К. Колповская, Р.Е. Левина, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева и др.)

В связи с увеличением числа детей с нарушениями письменной речи и усложнением структуры речевого расстройства проблеме устранения дизорфографии у младших школьников отводится важное место в современной логопедии. Решение этой проблемы тесно связано с вопросами диагностики и коррекции как фонематического, так и лексико-грамматического строя речи у детей. Однако вопрос о механизмах, об особенностях речевых и неречевых нарушений при дизорфографии, о психолого-педагогических подходах к коррекции этого нарушения письменной речи изучен недостаточно. Лишь в исследованиях И.В. Прищеповой представлен анализ дизорфографии на начальных этапах овладения орфографией. Вместе с тем основную категорию детей с дизорфографией составляют школьники 3 и 4 классов, у которых нарушения в овладении орфографическими знаниями, умениями и навыками проявляются в еще большей степени, чем у школьников 2 класса.

В настоящее время в логопедии особую актуальность приобрел интегративный подход, основанный на синтезе знаний из области психолингвистики, нейропсихологии и логопедии (В.П. Глухов, Б.М. Гриншпун, В.К. Воробьева, О.Б. Иншакова, В.А. Ковшиков и др.). Указанный подход не нашел достаточно полного и адекватного использования при изучении дизорфографии.

Анализ литературных данных, изучение младших школьников с дизорфографией и накопленный опыт их обучения убеждают в необходимости дальнейшего исследования механизмов, структуры речевого дефекта, состояния когнитивных и речевых предпосылок, психологических особенностей этих детей, совершенствования методики диагностики и коррекции дизорфографии.

Значимость своевременной коррекции дизорфографии для школьной адаптации детей и недостаточная разработанность этого вопроса и обусловливают актуальность темы.

Дизорфография у младших школьников, проявляющаяся в структуре общего недоразвития речи, является системным языковым расстройством; при этом у детей преимущественно нарушается метаязыковая речемыслительная деятельность, т.е. деятельность по осознанию языковых закономерностей. Симптоматика дизорфографии характеризуется стойкостью и прогрессирующей динамикой. В качестве основных механизмов дизорфографии выступают нарушения языковых операций, обеспечивающих овладение орфографическими знаниями, умениями и навыками. Наиболее нарушенными языковыми операциями при дизорфографии являются следующие: орфографическая зоркость, определение значения слова в совокупности лексического и грамматического значения, подбор родственных слов, организация лексической, словообразовательной парадигмы, парадигмы словоизменения, выбор языковых единиц из парадигматической системы.

Можно констатировать значительные различия качественного и количественного характера в речевом развитии учащихся с дизорфографией и их сверстников в норме. В отличие от детей с нормальным речевым развитием, ученики с патологией речи допускают огромное количество стойких и специфических по своим механизмам ошибок на правила правописания. У школьников с дизорфографией оказываются неавтоматизированными орфографические действия, они длительное время не становятся орфографическими навыками. Сформированные орфографические знания не носят системного характера. Знания детей данной категории в области правописания также имеют качественные и количественные отличия по сравнению со сверстниками без патологии речи.

Большинство учащихся с дизорфографией не усваивают учебную терминологию и формулировки орфограмм (или усваивают их формально). Имеют место трудности интериоризации орфографических действий, то есть трудности перевода словесной информации из плана внешней речи (умение рассказать о правиле или отдельном орфографическом действии) в план внутренней речи (умение выполнить или обосновать действие орфографической задачи про себя). При

выполнении орфографического действия недостаточно сформированы или не автоматизированы навыки самоконтроля (особенно предварительного и текущего), а также навыки самокоррекции.

Поскольку дети с ОНР (IV уровень) имеют системное недоразвитие речи, оказывающее отрицательное влияние на их познавательную деятельность, необходимо специально организованное логопедическое воздействие, направленное на формирование речевых и неречевых функций, которое будет способствовать успешной коррекции дизорфографии у учащихся с данным видом речевой патологии.

Разработка методики изучения симптоматики и механизмов дизорфографии основывается на положении о структуре процесса овладения детьми орфографическими знаниями, умениями и навыками, а также учитывает психологические и речевые предпосылки усвоения правил правописания учащимися с речевым недоразвитием [1, 2, 3].

Логопедическая работа по коррекции дизорфографии осуществляется во время уроков по коррекции дисграфии и дислексии или в процессе индивидуальных занятий. Это объясняется, прежде всего, психологией усвоения детьми орфографических знаний, умений и навыков, общностью отдельных механизмов нарушений письменной речи (дислексии, дисграфии, дизорфографии). Такая интеграция направлений коррекционно-развивающего обучения обусловлена и комплексным подходом к преодолению речевых расстройств. Отдельные приемы и задания могут быть использованы также на уроках русского языка, развития речи, литературного чтения.

Приоритетные направления коррекционного воздействия по устранению дизорфографии определяются структурой данного нарушения у каждого ребенка или у группы школьников. Выбор методов и приемов логопедического воздействия, содержания речевого (стимульного) материала зависят также от уровня сформированности неречевой сферы и речевого развития детей [3].

При создании методики коррекции дизорфографии у младших школьников с ОНР (IV уровень) используются отдельные приемы и методы, описанные в работах Д.Н. Богоявленского, Р.И. Лалаевой, Р.Е. Левиной, Е.Ф. Соботович, Л.Ф. Спировой, С.Н. Шаховской, В.А. Шукейло, С.Б. Яковлева, А.В. Ястребовой и др.

В соответствии со структурой процесса усвоения правил правописания, формирование орфографического действия осуществляется при взаимодействии и взаимообусловленности речевых и неречевых психических функций. На первоначальных этапах коррекционной работы создаются более простые предпосылки овладения орфографией (зрительный гнозис, мнезис, оптико-пространственные представления). Большое внимание уделяется совершенствованию таких мыслительных

операций, как анализ, синтез, сравнение, сопоставление. Развиваются моторные компоненты письма, навыки чтения и каллиграфии. Для закрепления формируемых ассоциаций между знаком (буквой) и соответствующим ему образом, понятием (ее названием) используются схемы, таблицы, условные обозначения.

Логопедическая работа осуществляется в несколько этапов.

I этап – выполнение орфографических действий с помощью логопеда, их материализация. Широко используется наглядный материал, карточки с гласными и согласными буквами, их условными обозначениями. Важно научить ребенка «видеть» орфограмму в слове до ее написания, учить ее прогнозировать и находить «ошибкоопасные» места в словах.

II этап – закрепление орфографических знаний с использованием разнообразных схем, графических и условных обозначений букв и их сочетаний, таблиц. Достаточный объем грамматических знаний, умений и навыков является предпосылкой и необходимым условием для обоснования того или иного написания в слове. Для большинства слов морфологического и традиционного принципов написания важно своевременно определять морфологический состав слов (например, при написании гласных в приставках).

III этап – выполнение орфографических действий, сопровождаемых громким комментарием в виде рассуждений и выводов.

IV этап – интериоризация полученных знаний, умений и навыков, перевод в умственный план, их девербализация (выполнение определенных операций в плане внутренней речи, рассуждений «про себя»). На данном этапе учащиеся выполняют орфографические и грамматические упражнения письменно, «в уме» и выделяют условными обозначениями встретившиеся в словах орфограммы.

Таким образом, система логопедической работы должна быть направлена на формирование орфографической зоркости, фонематических, лексических, словообразовательных, грамматических операций и их интеграцию, на развитие лингвистического мышления, памяти, внимания, а также на формирование программирования последовательности языковых операций, их реализацию и контроль в процессе орфографической деятельности.

Литература:

1. Ефименкова Л.Н. Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов. – М.: Педагогика, 2011. – 224 с.

2. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей. – СПб.: Издательский Дом «М и М», 2007. – 286 с.

3. Прищепова И.В. Логопедическая работа по коррекции дизорфографии у младших школьников с нерезко выраженным общим

недоразвитием речи / И.В. Прищепова // Диагностика, профилактика и коррекция нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья: Сб. научных статей. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. – 262 с.

Лохманова Е.В., г.Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ст.пр. Болдинова О.Г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ ПО ОБУЧЕНИЮ ГРАМОТЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

В настоящее время одной из актуальных задач специальной педагогики является повышение эффективности процесса коррекции нарушений языкового и речевого развития у детей дошкольного возраста. Необходимость ее решения определяется тем, что речевые нарушения часто встречаются в дошкольном возрасте. В последние десятилетия отмечается увеличение частоты встречаемости различных нарушений речи у дошкольников.

Исследования М.Е. Хватцева, посвященные проблеме изучения и коррекции речи, показывают, что преодоление речевых нарушений, как правило, имеет длительную и сложную динамику. Поэтому применение в коррекционно-образовательном процессе специализированных компьютерных технологий, учитывающих закономерности и особенности развития детей с нарушениями речи, позволит повысить эффективность коррекционного обучения, ускорить процесс подготовки дошкольников к обучению грамоте, предупредить появление у них вторичных расстройств письменной речи, и снизить риск социальной дезадаптации младших школьников [3].

Как отмечают многие авторы (Р.Ф. Абдеев, В.П.Беспалько, Ю.Б. Зеленская, Е.И.Машбиц, О.И. Кукушкина, И.А. Филатова, Л.Р. Лизунова и др.), применение компьютерных технологий позволяет оптимизировать педагогический процесс, индивидуализировать обучение детей с нарушениями речи и значительно повысить эффективность коррекционного обучения. В основу использования новых информационных технологий в отечественной педагогике положены базовые психолого-педагогические и методологические положения, разработанные Л.С. Выготским, В.В. Давыдовым, А.В.Запорожцем, А.Н.Леонтьевым, А.Р. Лурия, Д.Б. Элькониным и др.

Использование в коррекционной работе разнообразных нетрадиционных методов и приемов компьютерных технологий предотвращает утомление детей, поддерживает у детей с различной речевой патологией познавательную активность, повышает эффективность

логопедической работы в целом. Для реализации коррекционных задач и повышения мотивации детей к образовательной деятельности использование компьютерных программ может служить одним из средств оптимизации процесса коррекции речи и подготовке дошкольников к обучению грамоте.

Компьютерные технологии (Л.Р. Лизунова) предоставляют широкие возможности использования различных анализаторных систем в процессе выполнения и контроля над деятельностью, способствует совместной координированной работе моторного, слухового и зрительного анализаторов. Применение компьютерных технологий в образовательном процессе дошкольного учреждения позволяет предоставить информацию в привлекательной, красочной и динамичной форме, что учитывает психическое развитие дошкольников (хорошо развито непроизвольное внимание). Обучающий материал, по мнению И.Б. Козина, представленный в данном контексте предъявляется ярко, интересно и доступно для ребенка, что вызывает интерес, развивает произвольное внимание, ускоряет запоминание содержания, делает его осмысленным и долговременным. Именно поэтому необходимо в коррекционно-логопедической работе с детьми, имеющими нарушения речи, использовать специализированные и адаптированные компьютерные технологии, способствующие диагностике, развитию, коррекции речи [2].

В исследованиях Л.С. Волковой, В.И. Селивёрстова отмечается, что у дошкольников с речевыми нарушениями наблюдается: снижение интереса к обучению, нежелание посещать логопедические занятия, повышение утомляемости, скудный словарный запас, нарушение внимания, слабое воображение и несовершенство логического мышления, затруднено установление свойств и признаков предмета или явлений, сложности в обобщении, классификации. Эффективным средством коррекции данных нарушений являются компьютерные технологии. Л.Н. Ефименкова предложила схемы составления рассказа: на экран выводятся яркие, красочные изображения, которые легко воспринимаются дошкольниками с речевыми нарушениями и облегчают овладеть связной речью, словообразованием, грамматической речью. На более поздних этапах работы учитель – логопед предлагает детям помочь в составлении подобных схем и нарисовать их на своих графических планшетах. Наличие зрительного плана делает рассказы детей более четкими связными, логичными, распространенными, последовательными, разнообразными [1].

Программное обеспечение позволяет учителю-логопеду создавать видеоролики, записывать речь детей на определенных этапах коррекционной работы, предоставлять возможность детям слушать собственную речь, сравнивать ее, слушать, слышать и оценивать результаты своей работы. Все это способствует обретению ребенком

уверенности в собственных силах, побуждает его прикладывать еще больше усилий в стремлении научиться правильно и красиво говорить.

В настоящее время создано множество простых и сложных программ для развития всех компонентов речи. Особое место среди них занимают специализированные программы «Игры для Тигры», «Перо BAMBOO», «Баба Яга учится читать», «Играем и учимся», «Мир за твоим окном» и другие для детей с различными нарушениями речи.

Использование компьютерных технологий позволяет сделать процесс обучения грамоте детей с нарушениями речи достаточно простым и эффективным. На занятиях по обучению грамоте с использованием компьютерных технологий формируется высокий уровень мотивации, интерес к деятельности, развиваются языковые, коммуникативные компетенции, обеспечивается свободное владение языком в разных сферах и ситуациях общения, что ведет к развитию навыков речевой культуры в целом.

Литература:

1. Волкова Л.С., В.И. Селиверстов. Хрестоматия по логопедии. – М., 2007. – Ч. I, II.

2. Лизунова Л.Р. Компьютерная технология коррекции общего недоразвития речи «Игры для Тигры»: учебно-методическое пособие. – Пермь 2009.

3. Хватцев М.Е. Логопедия. – М., 2008

Малыхин А.Ю., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ

Научный руководитель: д.п.н., профессор Шабанов Н.К.

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРУДНОСТЯМИ КОММУНИКАЦИИ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В современной России, переживающей этап нового развития, а именно: процесс социальной адаптации детей со специальными нуждами в среде обычных детей, все еще обнаруживает себя серьезный недостаток практических разработок по социально-психологической адаптации и реабилитации некоторых «особенных» групп детей и подростков.

Аутизм во всех европейских странах не рассматривается как некое психическое расстройство, которое именно так по незнанию многие педагоги общеобразовательных школ и учреждений дополнительного образования привыкли оценивать это явление. Однако это всего лишь особенность ребенка, в большинстве случаев совсем не отрицательная, а наоборот, достаточно необычная черта, помогающая раскрыть его творческий и созидательный потенциал [1]. В рамках данной работы мы не будем использовать столь категоричный термин, и обозначим подобное

явление как «трудность в коммуникации/общении» ребенка, поскольку чаще всего нам (в условиях учреждения дополнительного образования детей) приходится иметь дело с легкой степенью аутизма.

За рубежом наибольших успехов в области социально-психологической реабилитации достигли сторонники поведенческой терапии, усилия которых были направлены на формирование независимости и самостоятельности ребенка. В большинстве своем все эти подходы основываются на бихевиористской теории и носят название «оперативное обучение», которое строится на поэтапной отработке операций с последующим их объединением [2]. Однако достаточно трудным в этом процессе является перенесение заученных операций непосредственно в социальную среду. Педагогом делается акцент на концентрации ребенка на своем деле и удержании внимания, а затем на постепенном повторении и отработке действия [3].

В данной работе мы хотели привести конкретные примеры использования методов оперативного обучения в сочетании с традиционными приемами организации социального поведения ребенка с трудностями коммуникации в условиях учреждения дополнительного образования.

Кратко представим общую организацию взаимодействия с ребенком с трудностями в коммуникации в условиях творческой фотолаборатории.

Первыми шагами в процессе обучения служат установление контакта с ребенком, изучение его интересов и возможностей. Нам пришлось организовывать данный вид работы в условиях творческой фотолаборатории для школьников, получающих образовательные услуги в учреждении дополнительного образования. В группе из 8 человек, в возрасте от 10 до 15 лет, нами было выявлено 2 обучающихся, испытывавших сложности в общении с другими детьми и адаптации в группе. Нами была предпринята попытка индивидуальных занятий с каждым из двух учеников, что в значительной степени прояснило ситуацию и в дальнейшем обозначило стратегию проведения занятий и подготовки к выполнению учениками творческого задания.

В связи с тем, что занятия в творческой фотолаборатории предполагают наличие навыков пользоваться простейшей фототехникой, для начала, мы выяснили, насколько учащиеся обладают ими. В этой сфере трудностей не возникло. Следующим этапом была постановка цели творческого исследования учащихся. В связи с тем, что в рамках нашего курса, фотография выступает и как предмет и как объект и как средство исследования, то школьникам был дан простор для реализации их способностей и воплощения идей, однако, результат оказался достаточно неожиданным.

Мы предложили учащимся ряд тем для раскрытия их содержания посредством фоторассказа/репортажа/беседы: «Человек», «Мир моими глазами», «За кого я в ответе», «Настроение». Учащимся предлагалось представить рассказ о том, что их интересует 10-15-ю изображениями. С заданием справилась вся группа, однако, наиболее творческими, бесспорно, оказались работы двух «особенных» учеников, о которых упоминалось выше.

Во-первых, всем школьникам был дан простор для мысли, и наши наблюдения показали, что это в значительной степени повлияло на развитие их творческих способностей, поскольку с самого начала, ученикам не были заданы жесткие и конкретные рамки, условия, требования того, что от них хотят получить и что им нужно делать. Нельзя сказать, что все участники эксперимента проявили творчество в работе, выполняя задание. Анализируя представленные работы, следует отметить фоторассказ «Мир вокруг "выше"», подготовленный учащимся Д. Как видно из названия, оно немного отличается от того, которое было дано в начале – явный признак творческой мысли, и что особенно значимо – это приемы, используемые автором при выполнении данного фоторассказа. Все изображения (двенадцать) были сделаны им на высоте 30см от уровня земли, пола, асфальта. Очевидно, что не каждый когда-либо задумывается о том, как выглядит окружающая среда с этой точки, и что особенно стоит отметить, не каждый может согласиться с тем, что подобный вид работы можно счесть творческой. Данный рассказ повествует об обычных буднях школьника, рутинные дала, обиход, но немного с другого ракурса, непривычного нам.

Вторая работа, которую также следует отметить, рассказывает нам «О человеке», подготовленная учащейся А. Кроме ряда изображений (трех), нам удалось зафиксировать беседу автора, или если быть точнее, то в большей степени монолог, в котором рассказывается о человеке и о том, каким он может быть (далее мы приводим версию, записанную со слов автора):

«Про людей хочу рассказать. Вот, такие они бывают, сидячие, большие. Люди идут домой, без усов, и еще пьют. Варенье еще они едят. Думают и молчат. Могут воду носить, плавать и ездить на машине, кране, вертолете, комбайне. Лохматятся иногда, бегают, они в душе есть и в бане. Веселые они и грустные, ремонтируют дома. А еще могут люди летать и ездить, и говорить, и еще они рыжие».

Текст, приведенный выше, был подкреплен изображениями, на котором автором рассказа запечатлены различные люди, занимающиеся своими обычными ежедневными делами.

Часто, учебные задания у детей, испытывающих трудности в общении, вызывают негативную реакцию, им бывает трудно

сконцентрировать свое внимание на конкретном виде деятельности, конкретном предмете, поэтому нами были предприняты все попытки создания для участников фотолаборатории «комфортной среды» [5].

Наблюдение за поведением детей с трудностями в коммуникации, систематические беседы с ними позволили нам выявить сферы интересов учащихся, и облегчили нам подбор наиболее адаптированных к их особым потребностям формы и методы совместной деятельности, а так же содержание заданий, что помогла нам ответить на вопрос: какие именно средства могли бы облегчить им выполнение творческой работы в фотолаборатории.

В ходе бесед мы определили, чему учащийся Д. в ходе выполнения творческого задания уделял наибольшее внимание. В первом случае – это были детали, связанные с повседневной жизнью школьника и его средой. Следует особенно отметить, что детали, обычно привлекавшие его внимание, находились вне поля видимости сверстников или других окружающих. Предметы, привлекавшие его внимание, чаще всего находились примерно на одном и том же расстоянии от глаза наблюдателя и примерно на одной и той же высоте от уровня земли.

Во втором случае, ученица А. уделила наибольшее внимание собственным мыслям, рассуждениям о человеке и его занятиях, однако, акцент все же был поставлен не на визуальные ряд, а на вербальную основу рассказа, что также требует особого изучения и положительной оценки. Презентация работ, описанных выше, в общей группе учащихся не проводилась, поскольку «особенные» ученикам такая форма представления своих результатов была бы некомфортна.

Собственные наблюдения показывают, что проблемы социально-психологической адаптации детей с трудностями в коммуникации в первую очередь связаны со страхами (страх неприятия в группе, страх порицания, страх признания «не таким как все» и пр.) Ученик Д., например, боится показывать свои творческие работы потому, что находится в ожидании, «кто-то будет над ним смеяться» или «кто-то назовет его недружелюбно», или – в случае неудачи, он получит негативный отзыв. Ученик А. – стесняется выражать свои мысли в присутствии сверстников или детей старшего возраста, а так же взрослых, боится непонимания с их стороны и поэтому предпочитает не освещать свою точку зрения в присутствии кого-либо.

Все это свидетельствует о высокой степени стереотипности поведения, внутренней самоорганизации учащегося и дистанцированности от группы. Стереотипность, по-нашему мнению, в некоторых случаях, может стать положительной чертой поведения обучающегося в организации его творческой работы, т.к. руководителем является не преподаватель, а сам ученик, предписывающий себе свой собственный

стереотипичный и понятный алгоритм действий. От педагога требуется только деликатно направлять процессы в нужное русло, подсказывать, а не требовать и не говорить о том, как на его взгляд было бы лучше [5].

Ритм и распорядок в организации творческого занятия не менее важен, а чередования выполняемых заданий с развлечениями или привычными повседневными делами снижают умственную нагрузку, и помогаю детям с проблемами коммуникации лучше концентрировать внимание.

Одним из значительных стимуляторов творческого процесса ребенка, испытывающего трудности в общении, на наш взгляд, является снижение уровня тревожности, повышение которого обычно вызвано нестандартными и непривычными ситуациями, которые как бы выходят из-под контроля ребенка, от чего и возникает внутреннее беспокойство. Стереотипизация явлений окружающей среды, поведения, в этой связи, необходима, поскольку обеспечивает уклад и распорядок, комфорт внутригруппового общения здесь так же необходим.

К сожалению, далеко не все аспекты, из приведенных выше, удалось реализовать в ходе творческого курса, однако работы, выполненные учениками демонстрируют их значительный «прорыв» в реализации своего творческого потенциала и креативной мысли. Вместе с тем реализация инклюзивных технологий в рамках учреждений дополнительного образования детей в настоящее время все еще в недостаточной степени развития, поскольку педагоги не обладают в должной мере знаниями в этой области и навыками общения и педагогической поддержки детей с особенностями в развитии и трудностями в коммуникации. Совместное обучение сейчас еще трудно реализуемо, поскольку требует большего внимания и со стороны педагога, психолога и воспитателя. Кроме того, современные школьники и подростки пока не могут принять «особенных» сверстников и вступить с ними во взаимодействие, хотя наш небольшой эксперимент можно вполне считать небольшим шагом навстречу реализации программы инклюзивного обучения и воспитания детей с проблемами коммуникации в учреждениях дополнительного образования.

Литература:

1. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективногот развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Дефектология. – 1995. – №5. – С.76–83.

2. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. – М.: Импекс, 2003. – 189с.

3. Кузьмина М. Аутизм // Школьный психолог. – 2000. – № 47–48. – С.21–36.

4. Никольская О.С. Аффективная сфера человека: взгляд сквозь призму детского аутизма. – М.: Академия, 2000. – 152 с.

5. Соколова Н. Секрет «Человека дождя» // Семейная психология. – 2002. – № 22. – С. 56-98.

6. Шоплер Э., Ланзирд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных детей. Сборник упражнений для специалистов и родителей. – Минск: Изд-во БелАПДИ, 2007. – 119 с.

Морозова В.В., г. Пушкин, АОУ ВПО ЛГУ им. А.С.Пушкина

ОРГАНИЗАЦИЯ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ЛОГОПЕДА И ВОСПИТАТЕЛЯ ДЕТСКОГО САДА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Одной из ярких тенденций модернизации образования является предоставление государственной гарантии «доступности и равных возможностей получения полноценного образования детьми с ограниченными возможностями здоровья» (Областной закон о специальном (коррекционном) образовании в Ленинградской области принятый Законодательным собранием Ленинградской области от 9 июля 2002г.).

То есть, дети с дефектами речи должны получать своевременную и квалифицированную коррекционно-логопедическую помощь в условиях дошкольных образовательных учреждений (ДОУ). При этом все более значимой становится проблема поиска эффективных способов работы по коррекции речи [1].

Так, особо пристальное внимание в последнее время в ДОУ уделяется реализации принципа комплексного подхода, который предполагает наличие тесной взаимосвязи между работой педагога, психолога и врачей, направленной на комплексное изучение и устранение речевых расстройств, а также предупреждение возникновения последствий дефектов речи у детей. Только при тесном сотрудничестве и единстве требований специалистов возможно преодоление имеющихся у детей нарушений речевого развития. Кроме того, особую роль в логопедической группе приобретает сотрудничество учителя-логопеда и воспитателей ДОУ [2].

Рекомендуются следующие формы совместной работы учителя-логопеда с воспитателями ДОУ в течение учебного года:

1) Групповые формы работы:

а) педагогические советы (сентябрь, январь, май) по темам:

- Речевое развитие детей на начало учебного года, знакомство с логопедическими задачами и планом работы на учебный год, активизация воспитателей к совместной деятельности с логопедом по развитию речи детей;

- Подведение промежуточных итогов коррекционно-логопедической работы, знакомство с логопедическими задачами и планом работы на второе полугодие;

- Динамика в речевом развитии детей – подведение итогов, объявление благодарности за активное сотрудничество.

б) мини-педсоветы с участием педагогов, работающих в группе, которые посвящаются анализу недостатков речевого развития и выбору средств коррекционного воздействия применительно к каждому воспитаннику группы.

в) открытые подгрупповые занятия с целью знакомства воспитателей с основными приемами обучения, подбором наглядного и речевого материала, а также с требованиями, предъявляемыми к речи детей. Воспитатели непосредственно на занятиях оценивают возможности и способности каждого ребенка;

г) сотрудничество с воспитателями при организации и проведении праздников (День матери, Новый год, День защитника Отечества, 8 Марта, выпуск в школу и пр.);

д) круглые столы, творческие гостиные, теоретические и практические практикумы;

2) Индивидуальные формы работы:

а) консультации о состоянии речи конкретного ребенка, влиянии дефектов речи на эмоционально-волевую сферу дошкольника, на поведение его на занятиях и вне их; уточнение роли воспитателей в преодолении речевого расстройства и в профилактике нарушений письменной речи; рекомендации к проведению коррекционно-логопедической работы с ребенком в процессе воспитательских мероприятий и условиях повышения эффективности речевого развития.

б) проведение открытых индивидуальных занятий с целью обучения воспитателей конкретным приемам коррекционной работы с определенным ребенком, а также демонстрации достигнутых успехов.

Кроме того, учитель-логопед ведет журнал взаимодействия с воспитателями ДОУ. Журнал взаимосвязи ведется в *произвольном* плане.

Все задания, данные логопедом для выполнения воспитателями в группе, знакомы детям (закрепление материала логопедических занятий).

Логопед предлагает задания как для ***фронтального*** и ***подгруппового*** выполнения, так и ***индивидуальные*** задания, которые подбираются дифференцированно, с учетом возможностей каждого ребенка [3].

Учителю-логопеду рекомендуется предлагать *новые задания* для работы воспитателей с дошкольниками с речевыми нарушениями *каждую неделю*.

Желательно, чтобы воспитатели группы в специально отведенном столбце журнала отмечали результативность выполнения того или иного

задания детьми. Это необходимо для определения качества коррекционно-логопедической работы с детьми; для установления моментов, которые требуют повторения и лучшего закрепления.

Каждую неделю учебного года воспитателям предлагается выполнение с детьми 5-7 лет следующих заданий:

- артикуляционная гимнастика для подготовки периферического речевого аппарата к постановке звуков;
- произнесение слогов, слов, фраз, текстов для автоматизации звуков;
- задания на развитие фонематических процессов, а также языкового анализа и синтеза;
- задания на совершенствование всех аспектов лексических значений слов, а также на расширение активного и пассивного словаря;
- задания на развитие процессов словообразования, словоизменения, а также на совершенствование навыка работы с синтаксической структурой предложения;
- задания на развитие связной речи;
- задания на развитие графо-моторных навыков, логического мышления;
- знакомство детей с азами грамоты (уточняем артикуляцию звуков, даем их характеристику, соотносим звук с буквой и печатаем буквы).

Материал по этим разделам должен распределяться с учетом его доступности для детей.

Таким образом, рекомендуется следующий вариант оформления журнала взаимосвязи учителя-логопеда с воспитателями ДОУ, работающими с дошкольниками 5-7 лет (см. табл. 1).

Таблица 1

Журнал организации совместной деятельности учителя-логопеда и воспитателей

<table>
<tr><td colspan="4">3 неделя сентября 2013г.</td></tr>
<tr><td>Фронтальные формы работы
Осень. Звук [а], буква А</td><td>Подгрупповые формы работы</td><td>Индивидуальные формы работы</td><td>Результа тивность выполнения заданий</td></tr>
<tr><td>1. Задания на развитие лексического компонента речи
1.1.
1.2. и т.д.</td><td rowspan="2">ФИ 2-6 детей:
Выбираются для повторения задания из 1 и 3 столбца таблицы, которые хуже</td><td rowspan="2">ФИ ребенка:
1.Совершенствование общих речевых навыков (дыхательные, голосовые, артикуляционные</td><td rowspan="2">В произвольной форме воспитателем отмечается качество проведения</td></tr>
<tr><td>2. Задания на</td></tr>
</table>

совершенствование грамматического строя речи (процессов словообразования, словоизменения, синтаксической структуры предложений) 2.1. 2.2. и т.д.	всего были усвоены данной подгруппой детей. *ФИ 2-6 детей:* И т.д.	упражнения). 1.1. 1.2. и т.д. 2. Произнесение слогов, слов, фраз, текстов для автоматизации звуков. 2.1. 2.2. и т.д. 3. Воспроизведение звуко-слоговой структуры слов, фраз 3.1. 3.2. и т.д. 4. Дифференциация поставленного звука со смешиваемыми фонемами на слух и в произношении. 4.1. 4.2. и т.д. *ФИ ребенка:* И т.д.	коррекционной работы с детьми. Прописываются задания, которые требуют повторения и закрепления. Пишутся ФИ детей, нуждающихся в дублировании материала.
3. Задания на совершенствование связной речи 3.1. 3.2. и т.д.			
4. Знакомство детей с азами грамоты (уточняем артикуляцию звука, даем его характеристику, соотносим звук с буквой и печатаем буквы)			
5. Задания на развитие фонематических процессов, а также языкового анализа и синтеза 5.1. 5.2. и т.д.			

Логопед для удобства и краткости оформления журнала связи может ссылаться на номер задания в картотеке, специально созданной для работы воспитателей с детьми.

Таким образом, успешность коррекционной работы логопеда по преодолению речевого дефекта дошкольников предполагает активное участие в нем воспитателей. Совместная работа с воспитателями является неотъемлемой частью всего педагогического процесса.

Литература:

1. Глухов В.П. Взаимосвязь в работе логопеда и воспитателя по развитию связной речи детей дошкольного возраста с ОНР. – М., 1993.
2. Киселева Т.В., Останина А.И. Логопедическая зарядка в коррекционно-воспитательной работе с детьми, имеющими тяжелые дефекты речи. – Екатеринбург, 1992.
3. Ларионова Н.Я. Осуществление взаимосвязи в работе логопеда и воспитателя // Обучение и воспитание дошкольников с нарушениями речи. – М., 1987.

Мустафаева А.Г., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н., доцент Соломатина Г. Н.

ЗНАЧЕНИЕ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Слышать и сосредотачиваться на звуке, выделять его характерные особенности – это исключительно человеческая способность, благодаря которой происходит познание окружающей действительности. Слуховое восприятие начинается с акустического сосредоточения и приводит к пониманию смысла речи через анализ речевых звуков и узнавание, дополняемых восприятием невербальной коммуникации.

Развитие слухового восприятия способствует формированию высших психических функций и мыслительных процессов у детей, стимулирующих понимание обращенной речи, произношение и расширение представлений об окружающей действительности, и по мере положительной динамики развития, способствовать успешной адаптации и социализации.

Даже незначительное понижение слуха, возникшее у ребенка в раннем возрасте, может помешать нормальному развитию его речи и, в целом, оказать отрицательное влияние на общее развитие ребенка.

На необходимость своевременного формирования слухового восприятия у детей с нарушениями слуха указывают многие исследователи: В.И. Бельтюков, Р.М. Боскис, Т.А. Власова, Е.П. Кузьмичева, Э.И. Леонгард, Л.П. Назарова, Л.В. Нейман, Т.В. Пелымская, Ф.Ф. Рау, Н.Д. Шматко, и многие другие. Ученые предполагают, что восприятие детей без обучения долго остается поверхностным, отрывочным и не создает необходимой основы для общего умственного развития, овладения разными видами деятельности.

Развитие слухового восприятия – процесс сложный, включающий в качестве основных моментов усвоение детьми сенсорных эталонов, выработанных обществом, и овладение способами обследования предметов. Сенсорное воспитание должно быть направлено на обеспечение этих моментов.

У детей с нормальным слухом процесс развития речи и слухового восприятия происходит самопроизвольно. Детям с нарушенным слухом, как отмечает Р.М. Боскис, приходится овладевать речью в результате специального обучения, так как не способны самостоятельно использовать остаточный слух для накопления словарного запаса, для овладения речью. Слабослышащие дети, в отличие от глухих, могут самостоятельно, хотя бы в минимальной степени, накапливать речевой запас и овладевать устной речью, но наилучшего результат достигается в процессе обучения [6, 3].

Процесс развития слухового восприятия значительно облегчается за счет использования звукоусиливающей аппаратуры, современных компьютерных технологий, инновационных образовательных программ. В настоящее время одним из способов реабилитации больных с тяжелым нарушением слуха является кохлеарная имплантация, представляющая собой вживление кохлеарных протезов во внутреннее ухо. На сегодняшний день более 20 000 больных сделали подобную операцию. Это самая современная технология реабилитации глухих детей, дающая возможность ребенку слышать. В отличие от обычного слухового аппарата, который усиливает акустические сигналы, кохлеарный имплант преобразует их в электрические импульсы и доставляет непосредственно в слуховой нерв.

Однако кохлеарная имплантация сразу же после подключения речевого процессора не дает возможности глухим детям дифференцированно различать звуковые сигналы и пользоваться речью в коммуникативных целях. Ребенок с кохлеарным имплантом нуждается в педагогической помощи по развитию слухового восприятия и развитию речи, в которой главной задачей выступает работа по обучению восприятию, различению, опознаванию и распознаванию звуков окружающего мира, пониманию их значения и использованию этого опыта для развития речи.

Занятия по развитию слухового восприятия у ребенка важно начинать на предоперационном этапе и продолжать после операции (через неделю после снятия швов) до включения речевого процессора. Главная цель занятий на этом этапе – подготовка к включению кохлеарного импланта, т.е. выработка условно-рефлекторной двигательной реакции на звук (шепот, звуки «с, ш, ц») с расстояния до 4-6 м, но при этом в обычной ситуации они могут не откликаться на свое имя, не реагируют на окружающие звуки. В процессе этих занятий со временем ребенок приучается к систематической работе, у него формируется усидчивость, навык прислушивания [7].

У ребенка раннего возраста, имплантированного до 2-х лет при отсутствии сопутствующих нарушений, после периода формирования

основных процессов анализа звуковых сигналов развитие восприятия речи происходит спонтанно, как у нормально слышащего малыша. Естественные этапы предречевого и начального речевого развития до 2-х лет ребенок с кохлеарным имплантом усваивает быстро. При своевременной педагогической помощи ребенок достаточно быстро достигает нормального уровня развития речи.

При имплантации ребенка после 2-х лет спонтанный процесс овладения пониманием речи и собственной речью начинается позднее – через 8-12 мес. после операции. Это зависит от того, насколько у ребенка был развит остаточный слух и произносительные навыки на момент имплантации, возраста имплантации, наличия у него сопутствующих нарушений, участия родителей в развитии ребенка [4].

Современные исследования показывают, что именно в первые два года жизни активно образуются функциональные связи между разными корковыми центрами (между центрами образуются также анатомические связи на нейрональном уровне). Образуются также связи и между зрительными и слуховыми образами. Это происходит благодаря одновременному поступлению в слуховые центры звуковых сигналов, а в зрительные центры – зрительных сигналов. Ребенок слышит погремушку и видит ее несколько раз одновременно, ему дают погремушку в ручки и вместе с ним трясут ее, вызывая звук (при этом он еще ощущает вибрацию). Ребенок начинает связывать ее звук с определенным зрительным образом, тактильными ощущениями. Поэтому позднее, услышав погремушку, не видя ее, он будет искать именно эту погремушку, а, увидев и получив ее в руки, – начинает трясти, вызывая знакомый звук. Таким образом, у него сформировался сложный полимодальный (слухо-зрительно-тактильный) образ предмета, который сохраняется в памяти на всю жизнь.

Главным направлением послеоперационной слухоречевой реабилитации для всех детей является развитие восприятия звуковых сигналов с помощью импланта. Поэтому педагогическая помощь детям с кохлеарным имплантом включает следующие компоненты [3]:

1. Настройка речевого процессора кохлеарного импланта.
2. Развитие слухового восприятия и речи.
3. Общее развитие ребенка (невербальный интеллект, моторика, память, внимание и т.д.).
4. Психологическая помощь ребенку и его родителям.

Кохлеарный имплант обеспечивает возможность воспринимать окружающие звуки (физический слух), но слышать звуки окружающей среды и понимание речи (функциональный слух) – это сложные процессы, обладают умением различать сигналы и выделять в них важные признаки,

узнавать изолированные слова и слова в слитной речи, понимать смысл высказываний, выделять сигналы из шума и др.

Реабилитационные занятия после кохлеарной имплантации включают следующие ступени развития способности восприятия акустической информации [4]:

– обнаружение наличия-отсутствия акустических сигналов;

– обнаружение различий между акустическими сигналами (одинаковые – разные);

– различение голоса человека и других неречевых бытовых сигналов;

– опознавание бытовых сигналов;

– выделение различных характеристик звуков (интенсивность, длительность, высота и др.);

– различие и опознавание отдельных звуков речи, надсегментных характеристик речи (интонация, ритм), фонемных признаков (назализованность, твердость-мягкость, место артикуляции и др.);

– опознавание изолированных слов;

– понимание простых, утрированно произнесенных фраз (большие паузы между словами);

– понимание слитной речи;

– понимание речи и распознавание ее в условиях помех.

Реабилитация детей – это сложный лонгитюдный процесс, который занимает 2-5 лет, в значительной мере зависящий от возраста проведения операции.

Появление у ребенка вокализаций – один из самых важных моментов, демонстрирующих эффективность протезирования. В последующем речевое развитие имплантированных детей соответствует всем естественным этапам развития речи, как и у нормально слышащих детей – переход от не соотнесенного лепета к соотнесенному (лепетные слова), затем в слова, простые двухсловные фразы и т.д.

На основании выше изложенного можно сделать вывод о том, что оказание педагогической помощи по развитию слухового восприятия детям с кохлеарным имплантом зависит от ряда факторов:

1. Уровня развития слухового восприятия до кохлеарной имплантации и наличия слухового опыта;

2. Уровня развития языковой способности и речевой деятельности детей;

3. Индивидуальных психологических особенностей ребенка;

4. Наличия сопутствующих нарушений (зрение, интеллект и т.д.);

5. Наличия у родителей (или лиц их заменяющих) возможности принимать активное участие в реабилитации;

6. Успешности проведенного хирургического вмешательства;

7. Адекватности настройки речевого процессора;

9. Появления положительного опыта в развитии навыков слушания и говорения.

В связи с этим, особую актуальность данная проблема приобретает на этапе дошкольного обучения и оказания своевременной систематической помощи педагогов и родителей, усиливая слуховые возможности детей после кохлеарной имплантации, конечной целью которого является подготовка к массовой школе.

Литература:

1. Андреева Л.В. Сурдопедагогика. – М.: Издательский центр «Академия, 2005.

2. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб.пособие для студ.высш.пед.учеб.заведений. – М.:Издательский центр «Академия», 2002 – 224.

3. Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети. – М., 1963.

4. Зонтова О.В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации: Методические рекомендации. – СПб.: Российский Государственный Педагогический Университет им. А.И. Герцена, 2007.

5. Королева И.В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых. –СПб.: КАРО, 2009. 752 с.

6. Нейман Л. В. Слуховая функция тугоухих и глухонемых детей. – М.. 1961.

7. Специальная педагогика/под ред. Н.М.Назаровой. Т.3. Педагогические системы специального образования. – М.: Издательский центр «Академия, 2008.

8. http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=134898

9. http://logoportal.ru/sluhorechevaya-reabilitatsiya-detey-doshkolnogo-vozrasta-s-kohlearnyim-implantantom/.html

Мустафаева А.Г., г. Ставрополь ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Ершова В.В.

РОЛЬ ДАКТИЛЬНОЙ РЕЧИ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

На протяжении всей истории обучения глухих детей языку составляло одну из наиболее глобальных проблем. Методы обучения глухих детей словесной речи были различные: одни методы предлагались на смену другим, изменялись системы обучения. Однако и по сей день уровень овладения языком, достигаемый неслышащими учащимися, не является качественным, что впоследствии влияет на структуру когнитивного развития детей, особенностей личности и поведения,

состояния мотивационно-регуляторной сферы, умственное развитие непосредственно связанное с речью.

У ребенка с нарушением слуха наблюдается расстройство всех основных функций речи: коммуникативной, обобщающей, сигнификативной, контрольной, регулирующей, а также составных частей языка: словарный запас, грамматический строй, фонетический состав. В связи с этим, речь ребенка с нарушениями слуха искажена. Формирование языковых форм возможно только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – мимико-жестовой речи, дактильной, чтения с губ [2].

Дактильная речь является одним из средств, обеспечивающее на ранних этапах формирование у глухого ребенка словесной речи, как на специальных занятиях, так и в процессе общения с окружающими. В отличие от устной речи, для глухих детей усвоение словесной речи через применение дактильной является наиболее легкой, что позволяет им за сравнительно короткий срок накопить значительный объем слов и фраз, овладеть звуко-буквенным составом слова и, следовательно, аналитическим чтением.

Привлечение дактильной речи определяется следующими основными принципами, лежащими в основе программы и методики обучения [5]:

1) максимально приблизить содержание обучения к программе для слышащих детей дошкольного возраста;

2) обеспечить возможность формировать речь не только на специальных занятиях, но и непосредственно в живом общении.

Дактильная речь легче и быстрее усваивается глухим ребенком на основе зрения, облегчая развитие навыка чтения с губ: дактильные знаки обеспечивают четкое членораздельное восприятие речи и поддаются точному произведению их ребенком по подражанию, что позволяет формирование речи естественным путем, т.е. от понимания речи окружающих к ее активному потреблению.

Процесс обучение дактильной и устной формам речи осуществляется параллельно: готовые таблички с написанными словами в сопровождении речи взрослого, способствует детям соотносить дактилемы с буквами на табличках, постепенно овладевая приемами дактилирования. На следующем этапе учитель предоставляет слова чаще устно-дактильно: восприятие речевого материала происходит с руки и чтению с губ, в процессе овладевая самостоятельным построением дактильных слов и фраз. После овладения произносительным навыком, речевой материал предоставляется уже лишь устно: дети постепенно переходят от устно-дактильной к устной речи. Устная речь занимает одну из главных позиций в самостоятельной коммуникативной активности глухих детей, что позволяет успешно социализироваться в обществе.

На основании выше изложенного можно сделать вывод о том, что [4]:

1. Дактильная речь легко воспринимается, ребенок видит каждый элемент слова.

2. Она полностью контролируется самим говорящим. Глухой может проверить себя, сопоставляя свою речь с предоставленным словом.

3. При дактилировании формируются пальцевые кинестезии, способствующие быстрому и прочному запоминаю структур слова.

4. Между пальцевыми кинестезиями и кинестезиями артикуляционного аппарата устанавливаются прочные нейродинамические связи, благодаря которым дактильная речь становится опорой для устной речи.

5. Дактильная речь помогает овладевать членораздельной речью, ее грамматическим строем, словарным составом.

6. Эта форма речи обеспечивает глухому ребенку на ранних этапах словесное общение, вытесняя жестовую речь.

В этой связи дактильная речь способствует формированию словесной речи ребенка, его мотивированность на взаимодействие с окружающими людьми, непосредственно оказывая влияние на развитие когнитивных процессов, поведения и личности в целом.

Литература

1. Андреева Л.В. Сурдопедагогика. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.

2. Зайцева Г.Л. Жестовая речь. Дактилология: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 192 с. – (Коррекционная педагогика).

3. Зыкова Т.С. Методика предметно-практического обучения в школе для глухих детей. – М.: Академия, 2002.

4. Корсунская Б.Д. Обучение речи глухих дошкольников. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. – 168 с.

5. http://www.deafworld.ru/forum/index.php?showtopic=5169

Овчинникова В.С., г. Курск, ГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: к.п.н. Денисова Е.Н.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА

Основной задачей специальной (коррекционной) образовательной школы VIII вида является интеграция школьников с нарушениями интеллекта в современный социум, а также подготовка их к трудовой деятельности. В связи с принятием ФЗ «Об охране окружающей среды» (2002 г.) и «Об образовании в Российской Федерации» (2013 г.) созданы

концепции правовой базы для формирования системы непрерывного экологического образования и воспитания подрастающего поколения в нашей стране, в том числе и школьников с нарушениями интеллекта.

На современном этапе Россия отнесена ООН к странам с наихудшей экологической обстановкой: 15% её территории – зона экологического бедствия и неблагополучия. В настоящее время приоритетность экологического образования признана всем мировым сообществом. Это обуславливает необходимость экологизации учебно-воспитательной работы, в том числе и в специальных (коррекционных) образовательных школах VIII вида. Обозначенная проблема нашла отражение в работах многих авторов: Т.М. Лифановой, Б.Т. Лихачёва, Б.М. Миркина, Н.Н. Моисеева, Е.Д. Худенко, Т.В. Шевыревой и др. В своей работе Б.М. Миркин отмечал, что экологическое образование должно охватывать все возрасты, оно должно стать приоритетным, опережающим все другие области хозяйственной деятельности [2]. По мнению Т.В. Шевыревой, под экологическим образованием учащихся школ VIII вида следует понимать непрерывный процесс обучения, воспитания и коррекционного развития школьника, направленного на формирование его экологической культуры [3]. Однако, как считают Т.М. Лифанова и И.А. Гребенникова, решить эту проблему не просто, поскольку многочисленные нарушения познавательной деятельности не позволяют этим школьникам достичь того уровня экологической культуры, который характерен для нормально развивающегося ребёнка. В то же время для эколого-осознанного поведения в окружающей среде данную категорию учащихся необходимо обеспечить базовыми экологическими знаниями, умениями и навыками [1].

По мнению многих авторов, экологическое воспитание является составной частью нравственного и эстетического воспитания. Формирование бережного отношения к природе зависит и от способности уметь видеть и переживать красоту природы.

Экологическое воспитание – это единство экологического сознания и поведения, гармоничного с природой. На формирование экологического сознания оказывают влияние экологические знания и убеждения, которые формируются на уроках окружающего мира, естествознания, географии, сельскохозяйственного труда.

Задача образовательного учреждения состоит не только в формировании определённого объёма знаний по экологии, но и осмыслении взаимодействия общества и природы, осознании значимости своей практической помощи природе.

Взаимосвязь экологии и культуры исключительно тесная. Ситуация, характеризующая состояние окружающей среды, свидетельствует, что никакие позитивные изменения в экологии невозможны без изменений в

культуре природопользования, без того чтобы уже сегодняшних подростков научить жить в созвучии с окружающим миром. Необходимо выработать новый взгляд на природу и свое место в ней, научиться новому образу жизни, избавляясь от потребительской психологии и ощущая личную ответственность за благополучие среды обитания. Экологические знания являются необходимым условием сохранения окружающей среды и самой жизни человека.

Исходя из вышесказанного, обозначилось направление нашего исследования, тема которого посвящена изучению состояния экологических знаний школьников с нарушениями интеллекта. Цель исследования: выявление состояния уровня сформированности экологических знаний школьников областного казенного специального (коррекционного) образовательного учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа – интернат VIII вида №3» г. Курска. Мы разработали анкету, целью которой является изучение одного из аспектов экологического воспитания, а именно, экологических знаний детей с нарушениями интеллекта.

Результаты анкетирования показали, что из 65 человек, принимавших участие, 62% (40) составляли мальчики и 38% (25) – девочки. Учащиеся разделились по возрасту на три группы: возраст первой группы составил 10 – 12 лет, второй, соответственно,13 – 15 лет и третьей 16 – 18 лет.

Количество человек распределилось по возрастным группам следующим образом: в первой группе насчитывалось 11 человек, что составило 17%, а во второй, более многочисленной группе, соответственно, 38 человек или 59%, в третьей группе 16 человек или 24%.

Для изучения параметров уровня экологических знаний учащихся с нарушениями интеллекта мы использовали методику, включающую вопросы экологического содержания. Нами разработан критерий оценки по количеству правильных ответов:

А – высокий уровень – 90 – 100%

Б – средний уровень – 60 – 80%

В – низкий уровень – 30 – 50%

Г – очень низкий уровень – 0 – 20%

Данная методика использовалась в первой группе в устном виде, во второй и третьей группах в письменном варианте, когда дети отмечали знаком «+» правильный вариант ответа. Преобладающий уровень определялся путем подсчета количества правильных ответов, выраженных в процентах.

Дети, имеющие очень низкий уровень экологических знаний, характеризуются потребительским отношением к природе, очень

скудными знаниями об окружающем мире и отсутствием всякого интереса к природным объектам и явлениям, не умеющие правильно вести себя в природной среде. Учащиеся с низким уровнем экологических знаний не умеют внимательно следить за природными объектами и явлениями, также обладают незначительными знаниями о природном мире, не могут определить важность состояния окружающей среды для собственного существования.

Школьники со средним уровнем экологических знаний дают не полную характеристику природным объектам и явлениям, интересуются природным миром, осознают важность состояния окружающей среды, но не обладают достаточным объёмом знаний о природном мире.

Анализ исследований по данному вопросу показал, что никто из учащихся не обладает высоким уровнем экологической культуры, так как это связано, на наш взгляд, с недостаточным объёмом знаний по данной теме. 21 ученик или 32% опрошенных имеют средний уровень. Низкий уровень экологических знаний отмечен у 28% или 18 человек, а у 40% или 26 школьников отмечается очень низкий уровень по данной теме (см. табл. 1).

Таблица 1.

Уровень сформированности экологических знаний школьников с нарушениями интеллекта

Возрастные группы (лет)	Б		В		Г	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
I (10 - 12)	0	0	7	11	4	6
II (13 – 15)	15	23	13	26	10	16
III (16 – 18)	6	9	6	9	4	6
Всего	21	32	26	40	18	28

В каждой возрастной группе учащихся специальной (коррекционной) школы-интерната VIII вида прослеживается разный уровень экологических знаний.

Среди обучающихся младшей группы отсутствует средний уровень, но преобладает низкий уровень и очень низкий уровень общения с природой, который, соответственно, составляет 11% и 6%. Школьники данной группы не умеют внимательно наблюдать за природными объектами, не стремятся к знаниям об окружающем мире, не умеют правильно вести себя в природе.

Во второй, более многочисленной группе, наблюдается преобладающее число детей со средним уровнем экологических знаний и составляет 15 человек или 23%, низким уровнем обладают 26% или 13

школьников, а очень низкий уровень знаний по экологии отмечается у 10 человек или 16%.

Среди старшеклассников средний и низкий уровень экологических знаний определяется у 6 обучающихся или 9%, соответственно очень низкий уровень составляет у 4 человек или у 6% опрошенных.

Таким образом, в результате нашего исследования, мы смогли определить, что возраст играет свою роль в формировании экологических знаний школьников с нарушениями интеллекта в условиях специальной (коррекционной) образовательной школы-интерната VIII вида. В младшем возрасте у детей меньший объем знаний, умений и навыков, а также в силу своих особенностей, они не всегда могут воспользоваться этими знаниями. Не всегда дети умеют правильно оценивать свои поступки и действия. Поэтому у таких детей преобладает низкий и очень низкий уровень экологических знаний, которые составили по трём группам 68% опрошенных. Нами было выявлено, что почти третья часть (32%) учеников обладает знаниями о природном мире, но не всегда могут раскрыть их и применить на практике.

Данные факты свидетельствуют о необходимости разработки системы непрерывного экологического образования и воспитания учащихся специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида.

Литература:

1. Лифанова Т.М., Гребенникова И.А. Младший школьный возраст как наиболее значимый этап формирования экологической культуры у учащихся с нарушением интеллекта // Коррекционная педагогика: теория и практика. – 2010. – №3. – С.9 – 17.

2. Миркин Б.М. Популярный экологический словарь / Б.М. Миркин, Л.Г. Наумова. – М.: « Устойчивый мир», 1999.

3. Шевырева Т.В. Организация экологического образования в специальных коррекционных школах VIII вида // Коррекционная педагогика. 2005. – №1. – С.33 – 37.

Пономарева Е.В., г. Пушкин, АОУ ВПО ЛГУ им. А.С.Пушкина
Научный руководитель: к.п.н., доцент Морозова В.В.

НУЖНО ЛИ ОБУЧАТЬ ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРОЦЕССУ ЧТЕНИЯ?

Перед педагогами, работающими в дошкольных образовательных учреждениях, часто встает проблема: «Нужно ли учить детей с задержкой психического развития (ЗПР) подготовительной к школе группы читать?»

Решения этой проблемы предлагаются весьма вариативные:

1) с одной стороны – большинство учителей начальных классов школ требуют от поступающих к ним первоклассников владение навыками чтения, письма и счета. В связи с этим и родители дошкольников начинают оказывать давление как на своих детей, совершенно не учитывая их возможности и способности, так и на дошкольных педагогов, которые, в свою очередь, неоднократно указывают родителям на неготовность их чада к повышенным (уже школьным) нагрузкам;

2) с другой стороны – дошкольные педагоги, следуя авторским учебным планам, в которых не случайно не планируется обучение детей с ЗПР дошкольного возраста процессу чтения, отказываются выделять в своем рабочем времени часы на обучение дошкольников школьному навыку – чтению, занимаясь лишь тщательной подготовкой ребенка к данному сложному для дошкольника навыку.

И какое решение сложившейся проблемы можно найти? Вопрос не из легких, постольку на него не найдено ответа даже среди ведущих корифеев логопедии России, что уж говорить о практиках.

Неготовность дошкольников с ЗПР к школьным нагрузкам подчеркивается многими ведущими логопедами страны: Р.И. Лалаевой, Л.Г. Парамоновой, И.Н. Садовниковой, Е.А. Логиновой и др., которые утверждают, что сформированные речевые умения и навыки, которыми должен обладать ребенок, а также соответствующая степень развития его эмоционально-волевой сферы – это основные компоненты готовности ребенка к обучению школьным навыкам. Кроме того, дошкольники располагают значительно меньшим, по сравнению со школьниками, резервом элементарных знаний и умений, используемых в учебной практике.

Далеко не все школьники, не говоря уже о дошкольниках с ЗПР, характеризуются достаточной готовностью к усвоению школьных навыков, в том числе процессу чтения. Это обусловлено тем, что одни дети с ЗПР имеют преимущественно несформированную эмоционально-волевую сферу, мышление, память, внимание, восприятие; другие – недостаточный уровень развития психосенсомоторной сферы; третьи – слабо развитую речевую деятельность и т.д. Обучение таких детей процессу чтения приведет лишь к развитию негативного отношения к самому чтению, а также, что не исключено, и к возникновению дислексической симптоматики.

Чтение в отличие от устной речи не усваиваются спонтанно, а всегда требует специального обучения, успешность его усвоения определяется подготовленностью ребенка к осуществлению аналитико-синтетических операций. Это обусловлено введением в конце XIX века К.Д. Ушинским аналитико-синтетического метода обучения грамоте, в котором нужно выучить всего 33 буквы и способы их слияния в слоги и слова, т.е. в этой

методике делается минимальная ставка на заучивание, а основной акцент смещается в сторону развития языковых аналитико-синтетических способностей.

Для развития готовности к обучению грамоте существует так называемый добукварный период. В школах для детей, имеющих нормальное психоречевое развитие (не умеющих читать), он занимает 2-3 недели, что очень мало для решения всего круга задач: научить звуковому и слоговому анализу и синтезу слов, анализу и синтезу предложений, укрепить внимание ребенка, зафиксировать связи между слухоречевой и речедвигательной сторонами единого речевого акта, приучить к слушанию как особому виду речевой деятельности и т.д., что уж говорить о детях с ЗПР, которым для решения вышеперечисленных задач не хватит и года.

Вот для чего еще нужны логопеды, не только корректировать звукопроизношение, но и совместно с психологами и воспитателями подготавливать дошкольников с ЗПР к более успешному овладению школьными навыками:

1) совершенствование речи и формирование навыков произвольного анализа и синтеза языковых единиц (развитие связной диалогической и монологической речи; совершенствование лексико-грамматического и фонетического оформления речи, формирование фонематических функций речевой системы, просодии и т.д.), а также знакомство с буквами, соотнесение звуков с буквами и наоборот;

2) развитие сенсорных функций и психомоторики (зрительного и слухового восприятия; пространственных представлений; кинетической и кинестетической организации движения, конструктивного праксиса и графоизобразительных способностей);

3) совершенствование межанализаторного взаимодействия, сукцессивных функций (слухо-двигательных, зрительно-двигательных, слухо-зрительных связей; способности запоминать и воспроизводить пространственную и временную последовательность стимулов и действий);

4) развитие психических функций и интеллектуальной деятельности (зрительного, слухового и двигательного внимания, памяти, мыслительных операций: и т.д.).

Чем не полноценное подведение дошкольников с ЗПР к I ступени обучения чтению по аналитико-синтетическому методу, представленному в 40-х годах Т.Г. Егоровым, – овладению речеслуховой (звукобуквенной) символикой?

Таким образом, сотрудники детских садов совместно готовят детей с ЗПР к обучению грамоте, выполняют задачи добукварного периода в течение нескольких лет коррекционной работы с детьми дошкольного возраста.

Другими словами, целенаправленно обучать дошкольников с ЗПР процессу чтения не нужно, а вот всесторонне подготовить ребенка к освоению данного школьного навыка – первостепенная задача дошкольных педагогов, и еще, вдобавок, это есть профилактика нарушений письменной речи (дислексий, дисграфий, дизорфографий и т.д.).

Российский Д.В., г. Курск, ГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: д.п.н. Репринцева Е.А.

РАЗВИТИЕ ТОНКОЙ МОТОРИКИ ПАЛЬЦЕВ РУК У ОБУЧАЮЩИХСЯ С ЛЕГКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ЗАНЯТИЯХ ПО АВИАМОДЕЛИРОВАНИЮ

Термин «нарушение опорно-двигательного аппарата» имеет собирательную семантику, т.к. включает широкий спектр расстройств, органической центральной или периферической этиологии [1].

Особенности этой группы детей описаны в трудах М.В. Ипполитовой, Э.С. Калижнюк, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюковой, Л.Н. Самсонова, К.А. Семеновой и др.

По степени тяжести нарушения локомоторной функции и по сформированности двигательных навыков дети с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА) принято подразделять на три группы.

Группы детей с нарушениями ОДА		
1 группа. Дети с тяжелыми нарушениями	**2 группа.** Дети со средней степенью выраженности двигательных нарушений	**3 группа.** Дети, имеющие легкие двигательные нарушения

Третья группа является самой многочисленной. Клинически она может быть представлена детьми, имеющими плоскостопие, малые деформации стопы, нарушения осанки, детский церебральный паралич (ДЦП) и др.

В областном казенном учреждении «Школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей №2» г. Курска (далее – школа-интернат) в настоящее время обучается 71 человек. Нарушения опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие, нарушения осанки и др.) имеют 64 человека (90%), из них трое – с трудностями передвижения. Анализ медицинских карт, протоколов психолого-медико-

педагогического консилиума (ПМПк), карт диагностики психолога, показал, что 100% воспитанников школы-интерната имеют нарушения тонкой моторики.

Формирование двигательных функций происходит в процессе взаимодействия ребёнка с окружающим предметным миром, через научение в процессе его общения с взрослыми. Поэтому мы посчитали целесообразным с января 2013 года открыть в школе-интернате объединение дополнительного образования «Авиамоделирование». В настоящее время под авиамоделированием понимают «разработку и создание летательных аппаратов различных размеров, классов и конструкций» [http://aeromodeling.ru/ Авиамоделирование: от чертежа до самолета].

Занятия авиамоделированием решают проблему занятости детей, прививают и развивают такие черты характера, как терпение, аккуратность, выносливость, сила воли. Совершенствование авиамоделей требует от обучающихся мобилизации их творческих способностей. Выполнение фигур летного пилотажа способствует развитию внимания, памяти, пространственного воображения и моторики.

Для организации обучения нами была составлена рабочая программа, в основу которой легли научные труды М.В. Ипполитовой, Э.С. Калижнюк, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюковой, К.А.Семеновой и др., а также практические разработки педагогов учреждений дополнительного образования г. Петрозаводска (республика Карелия), г. Карасук (Новосибирская область), г. Рубцовск (Алтайский край) и др.

В структуру рабочей программы легли следующие разделы: Роль авиации в жизни человека. История авиации и авиамоделизма. Бумажные летающие модели: основы аэродинамики, основные элементы самолета (планера). Изготовление простейшей летающей модели и их тренировочные запуски. Модели из пенопласта (планер, самолета с резиномотором) и их тренировочные запуски.Схематическая модель планера, пробные полеты.Схематическая модель самолета с резиномотором, пробные полеты. Внутришкольные соревнования.

В процессе реализации рабочей программы, в структуру каждого занятия мы включали приемы, задания и упражнения, направленные на развитие тонкой моторики кистей рук: пальчиковая гимнастика, самомассаж рук, моделирование траектории движения самолетов кистью руки, выкладывание разных видов самолетов из палочек, полосок бумаги и др. [3; 7].

В рамках нашего исследования мы решили провести качественный анализ состояния тонкой моторики кистей рук детей с легкими нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после посещения курса

занятий объединения дополнительного образования «Авиамоделирование». С этой целью нами была разработана методика оценки состояния тонкой моторики по следующим направлениям: навыки выполнения тонких моторных действий на основе словесной инструкции; способность реализации действий с предметами; уровень тонко-моторного действия на основе зрительного образца; характеристика действия по тактильному образцу с выключением зрительного анализатора; выполнение графического диктанта; общая оценка графического навыка; выполнение пробы Озерецкого (проба на развитие реципрокной координации движений); оценка выполнения практических действий в процессе продуктивной деятельности.

Занятия по авиамоделированию посещало 18 детей в возрасте от 8 до 15 лет, которые и были включены в экспериментальную группу. Констатирующий срез был проведен в январе 2013 года, до начала занятий в объединении дополнительного образования «Авиамоделирование», занятия продолжались с января по июнь 2013 года (180 часов), контрольный срез был организован в начале июля 2013 года.

В итоговой оценке состояния речи и тонкой моторики кистей рук мы исходили из того, что: высокий уровень сформированности соответствовал: от 2,3 до 3,0 баллов (среднеарифметический показатель по результатам выполнения всех серий заданий (табл. 1)); средний уровень – от 1,6 до 2,2 баллов; низкий уровень – ниже 1,6 баллов.

Количественные результаты обследования тонкой моторики кистей рук по результатам констатирующего среза представлены на рисунке 2.

Остановимся подробнее на качественном и количественном анализе результатов эксперимента. Высокий уровень по результатам восьми параметров обследования тонкой моторики не отмечен ни у одного из детей обследуемой группы (0%). Плохая координация, неточность движений, невыполнение некоторых заданий по зрительному образцу отмечалась у пятерых детей (Кирилл Ш., Артём Ч., Саша П., Юра П., Илья К.). Остальные дети неплохо справились с заданиями, отмечалось лишь частичное нечёткое выполнение. Утрёх детей отмечались многочисленные «выходы» за пределы контура (Артём Ч., Игорь К., Юра П.). У одного ребёнка отмечены многократные проведения карандашом по одному месту (Илья К.).

С графическим диктантом справились только два человека (Алексей М., Игорь Е.), но и у них отмечались ошибки. По этому параметру у детей группы самые низкие показатели. При проверке графического навыка задание с небольшими недочетами выполнили только три человека (Алексей М., Игорь Е., Саша Л.). Остальные дети с заданием не справились.

При оценке выполнения практических действий со средствами продуктивной деятельности отмечено, что четверо детей не могут самостоятельно пользоваться ножницами, выполнять действия с карандашом и линейкой, с ниткой и иголкой (Артем Ч., Игорь К., Кирилл Ш., Илья К.). Остальные дети справились с заданием, хотя при их выполнении отмечались неточности движений.

На основании анализа данных, полученных в результате констатирующего среза, мы сделали вывод о недостаточной сформированности уровня развития тонкой моторики обучающихся с легкими нарушениями ОДА. У данной категории детей имеются различные степени нарушения развития тонкой моторики рук.

После проведения курса занятий по авиамоделированию был осуществлен контрольный срез, целью которого была оценка эффективности организованной коррекционно-педагогической работы.

В контрольном срезе нами использовались оценочные методики, аналогичные тем, которые были разработаны на констатирующем этапе работы.

У детей экспериментальной группы улучшились показатели тонкой моторики. Четыре ребёнка (Алексей М., Игорь Е., Дима Ч., Саша Л.) имеют теперь показатели высокого уровня развития тонкой моторики. У Кирилла Ш., Максима Ч.., Игоря К., Юры П., Саши П., Сергея Б. уровень развития тонкой моторики поднялся с низкого до среднего. Артём Ч. и Илья К. остались на низком уровне развития тонкой моторики. Но и у них по отдельным показателям отмечены общие улучшения.

Процентное соотношение данных о состоянии тонкой моторики у детей с легкими нарушениями ОДА до и после проведения коррекционно-педагогической работы отражают диаграммы (рис. 2).

Таблица 2.

Состояние тонкой моторики у детей с легкими нарушениями ОДА (результаты констатирующего и контрольного срезов, в %)

результаты	**высокий**	**средний**	**низкий**
Констатирующий срез	0	33	67
Контрольный срез	22	50	28

Все вышеизложенное свидетельствует об эффективности проведенной коррекционно-педагогической работы.

Таким образом, включение приемов, упражнений и заданий на развитие тонкой мускулатуры пальцев рук на занятиях авиамоделирования, как и сами операции (вырезания, складывания, сгибания, обрезанияи др.) работы с материалами в процессе создания

моделей играют положительную роль в коррекционном обучении школьников с легкой степенью нарушения ОДА в плане развития тонкой моторики.

Перспективы своей работы мы видим в: продолжении работы объедения «Авиамоделирование», привлечении большего числа детей и расширении спектра специальных приемов, упражнений и заданий на развитие тонкой у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Литература:

1. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи. – М.: Просвещение, 2004. – 196 с.

2. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – Киев: Вища школа, 1987. – 269 с.

3. Косинова Е.М. Пальчиковая гимнастика. – М.: Издательство «Эксмо», 2003. – 135с.

4. Левченко И.Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте. – М.: Педагогика, 1991. – 321 с.

5. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400с.

6. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1985.

7. Рузина М.С. Страна пальчиковых игр. Развивающие игры для детей и взрослых. – СПб.: Кристалл, 2000. – 175 с.

8. Самсонова Л.Н. Особенности комплексной коррекции нарушения функции рук у учащихся с церебральным параличом / Л.Н. Самсонова. – СПб.: Детство-пресс, 2001. – 118 с.

9. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных паралича. – М.: Медицина 1976.

Руденко И.В., г.Ростов-на-Дону, ФПиПП ЮФУ
Научный руководитель: ст.пр. Болдинова О.Г.

КОРРЕКЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИДАКТИЧЕСКОЙ ИГРЫ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО РАЗВИТИЮ ЛЕКСИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Игра – необходимое условие жизни детей...
Толстой Л.Н.

Актуальной задачей коррекционно-педагогической работы дошкольного учреждения для детей с нарушением зрения является подготовка детей к обучению в школе, всестороннее психическое и интеллектуальное развитие, формирование у них правильной речи. Для дошкольников с нарушением зрения, в условиях дошкольного

учреждения, созданы специальные условия, по мнению Л.С Волковой, М.И. Земцовой, О.Л. Жильцовой, основной задачей которой является развитие лексической стороны речи. Для решения данной задачи в дошкольном учреждении осуществляется реализация специальных коррекционных программ по развитию лексической стороны речи.

Вопросом изучения речи в условиях ее нормального и нарушенного развития занимались ведущие отечественные специалисты в области логопедии, психологии и физиологии: Л.С. Выготский, Г.И. Жаренкова, Н.С. Жукова, А.В. Запорожец, Г.А.Каше, Р.И. Лалаева, Р.Е. Левина, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, Н.В. Серебрякова, Т.Б. Филичева, С.Н. Шаховская, М.Е. Хватцев, Г.В. Чиркина и многие др.

В логопедической работе по коррекции речи у детей с нарушением зрения используется дидактическая игра. Именно в ходе дидактической игры выстраивается система взаимоотношений дошкольников с внешним миром, развиваются психические функции, среди которых речь занимает основное место.[2] Использование дидактической игры в логопедической работе с детьми способствует свободному выражению своих мыслей и чувств, развитию в игре речевых навыков [1].

Дидактические игры – это игры обучающие, познавательные на расширение, углубление и систематизацию представлений детей об окружающем мире, которое направлено на воспитание познавательных интересов и развитие познавательных способностей [3]. Дидактические игры используются для решения всех задач речевого развития. Они закрепляют и уточняют словарь, изменения и образование слов, упражняют в составлении связных высказываний, развивают объяснительную речь. Дидактические игры – эффективное средство закрепления грамматических навыков, так как благодаря диалектичности, эмоциональности проведения и заинтересованности детей они дают возможность много раз упражнять ребенка в повторении нужных словоформ.

По данной теме была проведена экспериментальная работа и выявлен низкий уровень развития лексической стороны речи у детей с нарушением зрения. На основе обследования, было выявлено, что для данной категории детей необходимо проведение дидактических игр, для формирования лексической стороны речи. Для проведения формирующего этапа эксперимента была подобрана серия словесных игр, где учитывались современные данные психологии и психолингвистики о процессе развития лексики, о строении и функционировании механизмов речевого общения (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Н.И. Жинкин, А.А. Леонтьев, Седов К.Ф, Фрумкина Р.М.)

В рамках коррекционно-логопедической работы были разработаны конспекты занятий и игры по развитию лексической стороны речи:

1 Изменение существительных по падежам («у меня был карандаш, а теперь нет карандаша») +, в некоторых случаях требуется помощь взрослого.

2 Согласование прилагательных с существительными единственного числа по роду (шар красный, платье красное) +, в некоторых случаях требуется помощь взрослого.

3 Согласование глагола с существительным («Валя играл на барабане. Валя играла на барабане», «Девочка идет в лес. Девочки идут в лес») +, в некоторых случаях требуется помощь взрослого.

4 Употребление глагольных форм совершенного и несовершенного вида («Что ты сделал? – Написал. Что ты делаешь? – Пишу»).

5 Согласование числительного с существительным.

Развитие связной речи осуществлялось по следующим направления работы:

I период. Составление простых предложений по рельефному изображению по вопросам, по демонстрации действия с помощью наводящих вопросов и без них. Формирование предложений: из трех слов по схеме: именительный падеж существительного + глагол + дополнение (Мальчик взял машину); из четырех слов по схеме: именительный падеж существительного + глагол + два дополнительных слова. (Девочка моет руки мылом). Формирование предложений с однородными: прилагательными (Груша желтая, сладкая, сочная.); глаголами (Листья кружатся, падают, летят.); существительными (В саду собирают груши, яблоки, сливы). Формирование структуры сложносочиненных предложений с союзом «а» (Груша сладкая, а лимон кислый). Составление описательного рассказа о предмете с опорой на картинку или сам предмет по предложенному логопедом образцу описания, который ребенок повторяет. Составление загадок-описаний с объяснением их содержания. Составление рассказа по серии (3-4) сюжетных картинок с помощью вопросов. Пересказ текста с помощью наводящих вопросов, коротких рассказов (3-4 предложения) с нарушенной последовательностью членов предложения с заданием восстановить последовательность: именительный падеж существительного + глагол + два зависимых слова. Пересказ текста «по цепочке», без помощи вопросов.

II период. Формирование умения объединять отдельные высказывания путем распространения предложений с помощью вопросов. Составление предложений с однородными подлежащими, однородными сказуемыми, с однородными определениями; с глаголами, с различными приставками, с глаголами совершенного и несовершенного вида; со словами «сначала», «потом», «поэтому», «потому что», «чтобы». (Сначала выпал снег, а потом дети начали лепить снеговика); по схеме без предлогов и с предлогами: (Дети катаются на лыжах). Дети катаются на

санках. Преобразование деформированного предложения с опорой на картинки и без них. (Оля, телят, кормит, телятница; Телятница Оля кормит телят.). Составление описательных рассказов по модели (графическому плану). Формирование умения задавать вопросы друг другу по содержанию рассказа, по содержанию картинки. Пересказ текстов без помощи вопросов; коротких рассказов (5-6 предложений), где предложения даются в нарушенной последовательности с опорой на картинки, с работой на фланелеграфе; рассказов, сказок, диалогов в лицах с передачей характеров действующих лиц. Совершенствование разговорной речи. Обучение вести несложный диалог, сначала на коротких диалогических текстах, затем в свободных диалогах на заданную тему.

III период. Составление предложений по опорным словам, по схеме; с разными глаголами, приставками, по демонстрируемым действиям. Правильное употребление предлогов: «с-со», «к-от», «над-под», «за», «из», «из-за», «из-под». Распространение предложений путем введения обстоятельств причины, следствия, цели. Обучение детей выражать одну и ту же мысль различными синтаксическими конструкциями. Самостоятельное составление вопросов по прочитанному тексту, нахождение вариативных ответов на один и тот же вопрос, выбирая из нескольких вариантов наиболее подходящий к данной ситуации. Составление предложений на определенную тему, распространение каждого предложения и объединение их в короткий рассказ. Дальнейшее закрепление у детей умения составлять рассказ-описание по демонстрируемым действиям по описанию предмета. Сопоставление двух, а затем трех соотносимых предметов. Обучение составлению рассказов по картинке, по серии сюжетных картинок, на основе своего личного опыта с дополнительными заданиями. Пересказ текстов с опорой на знания, умения детей, выражение мыслей связно и последовательно, использование наиболее употребительных слов или слов-штампов (хитрая мордочка, неуклюжий медведь); высказывание детьми своего отношения к поступкам товарищей, сравнение своего поведения с поведением героев рассказов, сказок.

Литература:

1. Баранова М.Л., Макарова Н.В. Справочник руководителя дошкольного общеобразовательного учреждения. Организация психолого-педагогической помощи детям раннего возраста. – Ростов-наДону: Феникс, 2005.

2. Болдинова О.Г. Особенности речевого развития у детей с нарушением зрения/ Актуальные вопросы коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии: материалы междунар. науч. конф., 22-23 апр. 2011г./ Под общ. ред. В.Н.Скворцова. – СПБ: ЛГУ им. А.С.Пушкина, 2011. – С.37-41

3. Лалаева Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах. – М.: ВЛАДОС.1998

Силаков В.А., г. Выборг, филиал АОУ ВПО «ЛГУ им. А.С.Пушкина»
Научный руководитель: к. пед. н. Егорова И.В.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Вопрос совершенствования методов и средств исследования лиц с ограниченными возможностями здоровья является актуальным на современном этапе развития теории и практики специальной педагогики. В последние годы компьютерные технологии активно внедряются в практическую деятельность во всех отраслях специальной педагогики, в частности в логопедию. Учителя-логопеды образовательных учреждений успешно используют в коррекционной работе такие компьютерные программы как, «Домашний логопед» [7] «Дэльфа-142.1» [4], «Игры для Тигры» [6], компьютерный комплекс «Кабинет биологической обратной связи логотерапевтический» [2], «Диагностика психоречевого развития ребенка раннего возраста» [8], коррекционно-диагностическая среда «Мир за твоим окном» [5], «Лента времени» [4].

Компьютерный комплекс «Игры для Тигры» [6] предлагает более пятидесяти разноуровневых упражнений, объединенных в четыре тематических блока: «Просодика», «Звукопроизношение», «Фонематика», «Лексика».

Цель программы: формирование, развитие и коррекция звукопроизношения, просодического компонента устной речи, фонематического слуха, слухового и зрительного восприятия, лексико-грамматической системы, коммуникативных навыков, артикуляционной моторики, внимания, памяти, эмоционально – волевой сферы и словесно-логического мышления [2]. Программа обладает системой субъективной оценки, выражающейся в визуальном отображении результатов деятельности ребенка на экране. Приложение имеет доступный и наглядный интерфейс с всплывающими подсказками.

«Домашний логопед: практический курс» [7] рассчитан на детей в возрасте для детей от 4 лет. В состав комплекса входят сотни разнообразных упражнений для отработки проблемных звуков, включающих в себя скороговорки, игры, пословицы и поговорки. Цель программы заключается в формировании правильного звукопроизношения, развитии просодического компонента устной речи, неречевого и фонематического слуха и речевого дыхания. В содержание также

добавлены рекомендации для родителей и различные игры, направленные на развитие общих психических процессов. Программа имеет яркий дизайн и удобный пользовательский интерфейс.

Основная цель программы «Дэльфа-142.1» [6] заключается в коррекции разных сторон устной и письменной речи детей. Комплекс состоит из шести модулей - "Звук", "Буква", «Слог», «Слово», «Предложение», «Текст». Работа в программе основана на выполнении разноуровневых упражнений, чему способствует база общих и тематических словарей, обеспечивающая вариативность использования различных языковых единиц в упражнениях, реализуя, таким образом, индивидуальный подход и многоуровневость, Пользователь может формировать, сохранять и корректировать собственные словари.

Методика коррекции и совершенствования речи, разработанная компанией "Биосвязь" в своей основе содержит сеансы биологической обратной связи (БОС) [2]. В состав программно-аппаратного комплекса входит Программа «Кардио-лого 2.1.» состоящая из последовательно заполняемых модулей, содержащих формы, справочные видеоматериалы, подсказки, словарь терминов. Цель программы: диагностика процесса речестановления в раннем возрасте, дифференциация темповых вариантов нормального речевого развития и типов нарушений в овладении речью. Она позволяет построить индивидуальный коммуникативный профиль ребенка, сформировать примерные рекомендации специалистам и родителям, отследить динамику развития речи ребенка на протяжении года, сравнить результаты. Комплект предназначен для логопедов, психологов, воспитателей, родителей, студентов дефектологических и психолого-педагогических факультетов.

Компьютерная программа Е.В. Шереметьевой [8] «Диагностика психоречевого развития ребенка раннего возраста» ориентирована на анализ результатов стандартной диагностики процесса речестановления. Цель программы – оказание помощи специалистам в выявлении задержки речевого развития, дифференциации темповых вариантов нормального речевого развития и типов нарушений в овладении речью. Программа включает в себя пять модулей (сведения о здоровье ребёнка, речевая среда, психофизиологические компоненты, когнитивные компоненты, средства коммуникации). Цель модулей: определить актуальное состояние психоречевого развития. Пользователь заполняет формы и в ответ получает графическое отображение индивидуального коммуникативного профиля ребенка, а также рекомендации специалистам и родителям.

Институтом коррекционной педагогики РАО разработан пакет специализированных компьютерных программ, поддерживающих развивающее обучение детей с различными нарушениями [2]. Среди них: Коррекционно-диагностическая среда «Мир за твоим окном» [5] и «Лента

Времени» [4]. Программа «Мир за твоим окном» состоит из пяти частей «Времена года» «Погода», «Одежда», «Рассказы о временах года», «Календарь». Работа в программе состоит из трёх этапов: констатация, обучение, контроль. Цель программы: выявить уровень сформированности аналитико-синтетической деятельности, а также её развитие. «Лента времени» создана с целью оценки накопленного жизненного опыта ребёнка. В основе комплекса три блока «Что когда бывает?», «Что когда? Обсуждаем», «Смотрим», состоящие из серий упражнений с последовательно усложняющимся образным материалом. Результатом работы является экран, где можно увидеть целостную «картину года», собранную самим ребенком на предшествующих этапах работы [4]. Компьютерные программы, созданные ИКП РАО, ориентированы на пошаговое развивающее обучение в различных содержательных областях [2]. Их использование при обучении детей с проблемами в развитии позволяет решить две задачи: педагогическая диагностика развития и индивидуализация коррекционного обучения.

Анализ ситуации применения компьютерных технологий в практике логопедии позволяет сделать вывод, что в настоящее время преобладают программы ориентированные на коррекционный процесс, на формирование отдельных компонентов речевой функциональной системы в лиц с теми или иными нарушениями речи. Компьютерных программ направленных на оказание помощи специалисту в процессе диагностики достаточно мало. Применение компьютерных технологий в процессе диагностирования речевых нарушений позволит повысить уровень объективности получаемых данных, сократит временные затраты педагогов на оформление речевых карт, систематизируют документооборот специалистов, позволит сделать результаты диагностики доступными и наглядными для всех участников образовательного процесса (педагогов, родителей, детей).

В рамках дипломного проекта нами разрабатывается компьютерная программа диагностики звукопроизношения. В основе программы заложена адаптированная методика диагностики звукопроизношения Е.Ф. Архиповой [1]. В дальнейшем планируется расширить возможности программы, включив в неё следующие разделы: «Просодика», «Темп и ритм», «Голос», «Дыхание», «Фонематическое восприятия», «Звукослоговая структура».

Цель программы – оказание помощи логопедам в проведении диагностического исследования состояния звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с первичным речевым нарушением (5-7 лет). Компьютерная программа основывается на следующих методических принципах: поэтапность в исследовании звуков (оценка акустики звуков производится на материале изолированного звучания, в слогах, словах,

фразах); опора на онтогенез формирования звукопроизношения; принцип учета возраста (лексический материл должен соответствовать возрасту дошкольников), основных общедидактических принципах (активности, доступности, наглядности и др.). Информационные основы программы: программное обеспечение создано в среде разработки флэш, на языке программирования Action Script 3.0, управляющее воздействие реализуется в виде команд пользователя, обратная связь осуществляется при помощи графического отображения и текстовых указаний.

Содержание программы предполагает наличие пяти модулей: «ЗВУК» (проверка произношения изолированного звука), «СЛОГ» (проверка произношения в слогах разной структуры), «ПРОСТОЕ СЛОВО» (проверка произношения звука в словах в разной позиции), «СЛОЖНОЕ СЛОВО» (проверка произношения звука в словах разной слоговой структуры), «ПРЕДЛОЖЕНИЕ».

В каждом модуле имеется система упражнений, которая позволит оценить развитие определенного компонента произносительной стороны речи по пятибалльной шкале (от нуля до четырёх), в зависимости от степени выраженности дефекта. Каждому заданию или системе заданий предшествует инструкция и описания процедуры выполнения. В набор приложения также включены справочные материалы.

Результаты программы. По завершению диагностики по каждому блоку отображается средний балл и графический профиль состояния звукопроизношения в сопоставлении с данными нормы, что позволит детально и наглядно оценить степень нарушения данного компонента. Кроме того, в зависимости от результатов, программа составляет рекомендации с указанием основы (приоритетных) направлений логопедической работы.

Интерфейс программы претендуют на максимальную доступность и наглядность, поскольку все действия пользователя снабжены подсказками и комментариями. Быстродействие программы повышено за счёт оптимизации программного кода и возможности запуска с любого сменного носителя без необходимости установки на жесткий диск.

Программа диагностики звукопроизношения адресована практикующим логопедам, студентам дефектологических отделений. В дальнейшем планируется вести апробацию программы в рамках практической деятельности в детских дошкольных коррекционных заведениях с целью её адекватной и объективной оценки на соответствие заявленным требованиям.

Литература:

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. – М.: АСТ: Астрель, 2007. – 331 с.

2. Болонина В. В. Использование информационных технологий в

работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья. – Новокуйбышевск: ГБОУ ДПО ЦПК "Ресурсный центр", 2009. – 112 с.

3. Гончарова Е.Л. «Лента времени»: специализированная компьютерная программа // Дефектология. – 2006. – № 5с. – С. 52-57,

4. Грибова О.Е. Логопедический тренажер Дэльфа-142.1 Практическое руководство. – М.: ООО Дэльфа М, 2008. – 129 с.

5. Кукушкина О.И. Специализированные компьютерные инструменты обучения детей и методики их применения. – М.: Полиграф Сервис, 2010. – 1 CD-ROM.

6. Лизунова Л. Р. Компьютерная технология коррекции общего недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии: Автореф. дис. …к.пед.наук. – Пермь, 2004. – 24 с.

7. Пархомчук Г.С. Домашний логопед. – СПб: Вектор, 2008. – 208с.

8. Шереметьева Е.В. Диагностика психоречевого развития ребенка раннего возраста. – Челябинск: Национальный книжный центр, 2013. – 112 с.

Согомоньян Н.В., г.Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ

АВТОРИТЕТ РОДИТЕЛЕЙ КАК СРЕДСТВО ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА-ДОШКОЛЬНИКА

Кафедра дошкольной педагогики на протяжении 75 лет своего сосуществования занималась разработкой различных направлений научных исследований: роль игры в воспитании ребенка (А.В. Черков), воспитание общественных качеств дошкольников в конструктивной игре (З.В. Лиштван), воспитание культуры поведения дошкольников (С.В. Петерина), формирование поэтического образа природы в рисунках детей (Л.В. Компанцева), воспитание дошкольников в социальном сообществе сверстников (С.А. Дудникова), развитие личности ребенка средствами искусств (Р.М. умичева), полоролевое воспитание девочек и мальчиков (Н.Е. Татаринцева), воспитание дошкольников средствами сказки (И.Э. Куликовская), развитие ценностного отношения к миру культуры (Н.А. Платохина) и др. Доминантными аспектами всегда являлись проблемы воспитания дошкольников, что обосновано возрастными и психологическими особенностями ребенка и сенситивным периодом освоения норм и правил поведения ребенка (А.В. Запорожец).

На современном этапе развития дошкольного образования, в ФГОС ДО актуализирует вопрос о роли родителей в воспитании ребенка, их ответственности за его здоровье и развитие как равноправных партнеров в образовательной среде дошкольных образовательных организаций. Авторитет родителей всегда в педагогике рассматривался как одно из

важных средств воспитания маленьких детей, о чем свидетельствую труды русских педагогов, мыслителей, ученых (К.Д. Ушинский, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, И.А. Ильин, Р.В. Овчарова, Зверева О.Л. и др.).

Родители как духовно и психологически зрелые люди понимают свою миссию и смысл жизни ребенка в родительской семье – подготовка его к взрослой жизни. Однако многие родители по тем или иным причинам не могут обрести доверие к собственным детям и тем самым выступать для них авторитетом в решении тех или иных детских проблем. Родители хотят, чтобы дети как можно дольше оставались под их опекой, они подсознательно, а иногда и осознанно делают все возможное, чтобы ребенок всю свою жизнь в психологическом и духовном плане оставался ребенком. Причем ребенком, зависимым от них. В результате этих усилий в жизнь вступают слабые, инфантильные мужчины и духовно и личностно незрелые, не способные на серьезные отношения женщины. В данном случае родители «трудятся» не на свой авторитет, а изначально формируют негативную позицию детей по отношению к ним.

В работе И.А. Ильина выведены четыре принципа семейного воспитания, которые определяют становление авторитета родителей:

-стать для ребенка естественной школой духовной любви, где ребенка любят таким, какой он есть, а не таким, каким нам хочется видеть его в своих фантазиях;

-семья призвана передать ребенку религиозную, культурную, историческую и национальную традицию;

-семья должна дать ребенку чувство внутренней свободы и одновременно научить его тому, что оно неотделимо от ответственности;

-семья должна воспитать в ребенке здоровое чувство частной собственности и привить практические навыки хозяйствования и построения собственного благополучия, когда он станет взрослым.

На наш взгляд, реализация указанных принципов воспитания может создать ситуации возрастания авторитета родителей в семье, условия для освоения ценностей семьи, которые родители хотят передавать ребенку как духовный дар, для становления моделей поведения ребенка в социуме и т.п.

Согласно теории Э. Берна, родители своим поведением и отношением к ребенку влияют на формирование «сценария жизни» с первого крика ребенка, закладывают его «фундамент жизни». Родителям необходимо учитывать многие проявления ребенка в процессе его воспитания как основы становления авторитета, например, крик – это проявление самостоятельности при наличие диаметрально противоположных мнений. По мнению Э. Эриксона, этот опыт общения матери с ребенком влияет на всю последующую жизнь человека, при этом: фундаментальной предпосылкой ментальной витальности (душевной

жизнеспособности) является чувство базового доверия – формирующаяся на основании первого года жизни установка по отношению к себе и миру. Отношение окружающих, в первую очередь матери, к нему самому, его потребностям, его желаниям запечатляется в душе ребенка с первых дней его жизни. По словам Дж. Л. Морено, на первом году жизни закладывается базис не только отношения к миру, но и – что не менее важно – отношения к себе. Дефицит базового доверия порождает впоследствии личность замкнутую, отчужденную, не способную к серьезным отношениям, живущую не в ладах, как с окружающими, так и с самим собой. Авторитет родителей как модель поведения по отношению к ребенку может выступить условием формирования такого доверия к миру. Дж. Л. Морено характеризовал первый год жизни человека как своего рода матрицу его социального развития. Автор утверждал, что самый простой способ сформировать чувство базового доверия у ребенка – доверять ему самому. В семье на примере родителей ребенок учиться потреблять и присваивать все, что оказывается в поле его зрения, т.е. формируется первый опыт проживания неудач и удач. По убеждению И.В. Ильина, жалость не просто плохой помощник в воспитании детей и вообще в человеческих отношениях, а опаснейший яд, убивающий подлинную любовь и авторитет родителей.

Родители обязаны научить ребенка самостоятельно решать жизненные задачи, искать ответ на вопрос: как выживать в обществе других? Доверие родителей к силам и возможностям малыша в игре, самообслуживании, трудовых действиях позволяют приобрести ему опыт доверять самому себе. Родители призваны решить жизненно значимую задачу для ребенка дошкольного возраста – учимся не только присваивать, но и отдавать. Ребенок данного возраста начал отделять себя от остального мира, различать «Я» и «Ты», «мне» и «мое» и имеет сформировавшееся представление о том, каков этот внешний мир, осваивать непростую науку жить в этом мире уже в новом качестве – в качестве индивидуальности и самостоятельной личности. В этом возрасте авторитет родителей, их похвала, как своеобразный «подарок» за то, что ребенок хорошо и своевременно справился с важной задачей. У ребенка впервые реализуется возможность реального, осознанного выбора. Этому выбору учат родители ребенка своим авторитетом и любовью. В дошкольном возрасте, по убеждению В.С. Мухиной, происходит первичное становление личности посредством проявления свободной воли «Нет!», «Не хочу!», «Не буду!», «Я сам». Родители по-разному справляются с возникающими трудностями. Перед ними стоит задача, как научить маленького человека, не ущемляя его свободной воли при принятии решения, считаться с другими людьми, не пренебрегая при этом собственными интересами? Как заложить в формирующуюся личность азы понимания того факта, что любой по-

настоящему самостоятельно сделанный выбор влечет за собой личную ответственность для того, кто этот выбор делает? Для поиска эффективного решения необходимо понимать истинные мотивы, определяющие поведение ребенка в этом возрасте. Поскольку малыш еще не способен к восприятию абстрактных понятий, единственный доступный способ исследования – постижение всего и вся через чувственный эмпирический опыт, через личное действие.

В этом возрасте уместно привлекать ребенка к элементарным трудовым действиям совместно с мамой и папой, но от ребенка можно услышать категорическое «нет» в ответ на предложение. Ребенок начинает вести борьбу за свою автономию, за свое право выбора, являющееся совершенно необходимым условием для личных действий. Начинается эта борьба с отвержения чужого мнения, с отказа признавать внешний родительский авторитет. Наталкиваясь на категоричное неприятие такого поведения со стороны родителей, ребенок не просто оказывается в условиях, неблагоприятных для обретения опыта, для формирования его личности. Если на данном этапе жизни «нет» маленького человека полностью игнорируется взрослыми, то дети могут извлечь для себя важный жизненный урок: если хочешь быть хорошим, всегда нужно соглашаться с внешним мнением, особенно с мнением авторитетным – родительским. Приняв в раннем детстве такое решение, многие дети в подростковом возрасте не могут сказать «нет», когда «старшие» предлагают им принять участие в асоциальных действиях. В данный период от родительского авторитета зависит не только воспитание воли и свободного выбора, но и воспитание бережного отношения к своим вещам, умение распоряжаться своей собственностью по своему усмотрению (отдавать, дарить). В процессе совместного выполнения домашних трудовых дел – мытье посуды, уборка, стирка, складывание своих вещей и др., где примером выступает отец или мать рождается у ребенка способность или неспособности забить гвоздь, потребность быть сильным и заботливым, аккуратным и уверенным и т.п. Если ребенок начинает капризничать, то для укрепления родительского авторитета необходимо запастись терпением и здравым смыслом, найти оптимальное решение, отвечающее уникальности данной семьи и конкретным условиям, в которых она живет.

Все проявления ребенка «нет» и «хочу» в процессе приобщения к трудовым действиям требуют от родителей внимания и выбора правильного действия для поддержания авторитета. В.И. Ильин отмечал, что любую работу необходимо делать обязательно вдвоем, – это позволит добиться большей объективности, выработать единую позицию, преодолевать возникающие трудности, поделить ответственность и время каждого в соответствии с принятым решением. Для поддержания

авторитета родителей необходимо придерживаться стратегии, асимметричной стратегии ребенка. Если по изложенным выше причинам ребенок в этот период жизни строит свое взаимодействие с другими в логике «нет», то взрослым имеет смысл исходить из логики «да», важно научиться делать реальный выбор и принимать ответственное решение: когда следует пойти навстречу ребенку, а когда настоять на своем.

Таким образом, в научных исследованиях на протяжении многих лет становления дошкольной педагогики осуществлялся поиск ответа на вопрос эффективности путей воспитания ребенка дошкольника. В силу возраста дошкольника наиболее эффективным средством воспитания ребенка выступает авторитет родителя, который зависит от степени доверия к ребенку, от справедливого отношения к нему, от эмоциональной поддержки ребенка в трудные периоды жизни. Педагоги дошкольной образовательной организации разделяют с родителями обязанности в воспитании детей, что зафиксировано в нормативных документах Российской Федерации и накладывает ответственность на взрослых в решении задач воспитания, развития, обучения. Родители имеет неограниченные возможность в организации совместных видов деятельности как одного из условий завоевания авторитета в глазах ребенка и влияние на формирование навыков поведения.

Литература

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. – СПб, 1992.
2. Зверева О.Л., Ганичева А.Н. Семейная педагогика и домашнее воспитание. – М, 1990.
3. Ильин В.И. Археология детства. – М., 2006
4. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития. Детство, отрочество. – М., 2000.

Степкина В.С., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: к.пед.н. Российская Е.Н.

ПРАКТИКА АНАЛИЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДИСКУРСА УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА

Профессиональный дискурс определяется профессиональной деятельностью человека. По определению А.Н. Леонтьева, деятельность – это специфический вид активности человека, направленный на познание и творческое преобразование окружающего мира, включая самого себя и условия своего существования [4, с. 162].

В своей работе мы будем рассматривать профессиональную деятельность учителя-логопеда – специалиста, который занимается коррекцией нарушений речи у детей. Его задача – всесторонне оценить

состояние речи ребенка, осуществить профилактику и коррекцию нарушений речи.

Профессиональная деятельность учителя-логопеда – это процесс непрерывного общения его с детьми. От характера педагогического общения во многом зависит эффективность логопедической работы. Педагогическое общение рассматривается широко и включает в себя коммуникативные воздействия педагога на детей [3, с. 24].

Специфика логопедического дискурса состоит в том, что его участниками являются учитель-логопед, ребенок и родитель. Учитель-логопед осуществляет исправление нарушений речи посредством обучения, и в этом смысле многие характеристики медицинского и педагогического типов дискурса оказываются неразрывно слитыми в данном промежуточном дискурсе [1, с. 18].

В своей работе мы поставили задачу определить оценочные средства устной речи с учетом профессиональной специфики, составить собирательный «образ», «портрет» учителя-логопеда и выявить факторы, влияющие на продуктивность его профессиональной деятельности.

Эксперимент проводился на базе ДОУ г. Курска и п. Горшечное (Курская область) с участием двух учителей-логопедов. Оценка профессионального дискурса учителя-логопеда проводилась нами в соответствии с выделенными критериями и показателями дифференцированно по баллам (см. табл. 1).

Таблица 1.

Параметры оценки профессионального дискурса учителя-логопеда

Лингвистические параметры оценки профессионального дискурса учителя-логопеда [1, с. 27].
Параметр I. Фонетические характеристики. Критерии оценки: 1. Отчетливость артикуляции (0 б. – артикуляция нечеткая; речь смазанная; 1 б. – артикуляция четкая, но имеют место: непроговаривания окончаний, редукция гласных звуков, фрикативный [г]; 2 б. – подчеркнутая четкость произношения проявляется даже в безударных слогах и служебных словах; все слова в высказывании звучат четко и ясно). 2. Специальная артикуляция тренируемых звуков и слов (0 б. – артикуляция нечеткая; речь смазанная; 1 б. – артикуляция четкая, но имеют место: непроговаривания окончаний, редукция гласных звуков, фрикативный [г]; 2 б. – специальная артикуляция тренируемых звуков и слов, как в изолированных, так и в связанных позициях предельно четкая). 3. Контроль темпа речи (0 б. – неадекватный темп (слишком быстрый или слишком медленный); в речи имеют место остановки, паузы различного типа; 1 б. – слегка замедленный или слегка ускоренный темп речи, не всегда соответствующий речевой ситуации, иногда встречаются остановки, паузы различного типа (за исключением пауз хезитации); 2 б. –

плавная речь (речь, обращенная к детям, в 1,5 раза медленнее, чем речь, обращенная к их родителям), паузы между словами внутри смысловых синтагм практически отсутствуют, паузы между синтагмами достаточно короткие, адекватные ситуации). 4. Контроль громкости речи (0 б. – речь очень тихая, немодулированная; 1 б. – громкая речь, в независимости от ситуации общения; 2 б. – форсируемая громкость голоса, в зависимости от ситуации общения). 5. Особая интонационная оформленность высказываний, обращенных к пациенту и его родителю (0 б. – речь логопеда звучит монотонно, нет эмоциональной и интонационной окрашенности высказываний; 1 б. – интонационная оформленность высказывания не дифференцирована в зависимости от адресата; речь логопеда звучит официально, преобладает научный стиль речи / преобладает пуэрильная речь; 2 б. – официально-доброжелательное отношение к пациенту и его родителям с подчеркнутым расположением к ребенку). Параметр II. Лексико-фразеологические характеристики. Критерии оценки: 6. Специальная терминология (0 б. – высказывания учителя-логопеда перенасыщены терминами; 1 б. – использование специальных терминов, не понятных адресату; 2 б. – дозированное использование специальных терминов, заведомо известных клиенту (только при общении с коллегами и родителями пациента). 7. Автологические словоупотребления (0 б. – в речи учителя-логопеда нет автологических словоупотреблений; 1 б. – автологические словоупотребления не всегда являются демонстрационными, коррекционными или автоматизирующими; 2 б. – употребление слова как формального знака для тренировки его звуковой формы в специальных учебных текстах). 8. Клишированные фразеологические единицы (0 б. – в общении с детьми логопед использует клише, принятые во взрослом общении, вследствие чего у ребенка возникают трудности в понимании сказанного; 1 б. – употребляемые логопедом клише объяснены не достаточно точно, либо не соответствуют образовательному уровню клиентов (родителей пациента); 2 б. – при общении с детьми логопед достигает требуемой точности обозначения предмета речи путем создания метафорических, описательных обозначений, которые заменяют принятые во взрослом общении клише). Параметр III. Текстуально-грамматические характеристики. Критерии оценки: 9. Композиционно-функциональные характеристики (описание как доминирующий функционально-смысловой тип речи, наиболее детально выраженное в логопедической инструкции) (0 б. – повествование преобладает над описанием; 1 б. – описание преобладает над повествованием, но инструкции не достаточно четкие и понятные; 2 б. – большое количество инструкций, носящих описательный характер, в речи учителя-логопеда; повествование и рассуждение выполняют вспомогательную роль в речи логопеда). 10. Метатекстовые

характеристики (модусные единицы, наличие резюмирования) (0 б. – в речи логопеда присутствуют слова – «паразиты» и тавтологические словоупотребления; 1 б. – речь учителя-логопеда слегка перенасыщена модусными единицами, при этом дискурсивы не являются преобладающим элементом дискурса, хезитативы однообразны; 2 б. – в речи логопеда преобладают дискурсивы (коммуникативно необходимые элементы, способствуют лучшей ориентации в дискурсе адресанта и адресата речи); умеренное использование слов – «губок» и слов – «диффузов»; частота употребления хезитативов не чрезмерна и они разнообразны. Резюмирование используется для обеспечения содержательной связности устного текста, имеющего определенную цель). 11. Референциальные характеристики (использование местоимений) (0 б. – отсутствие местоимений /местоименная тавтология; 2 б. – Особенности употребления личных местоимений («докторское» МЫ и перформативное Я) и неопределенно-личные местоимения, используемые для косвенного обозначения участников общения).

Специфические профессиональные параметры оценки профессионального дискурса учителя-логопеда [2, с. 107].

Параметр I. Маркеры «образа – типажа» учителя – логопеда. Критерии оценки: 1. Внешний вид и атрибуты (0 б. – усталый вид; высокомерный (оценивающий) взгляд; злое выражение лица. Большая бесформенная сумка (или пакет, возможно с оборванными ручками), в которой лежат тетради и книги; пучок; юбка до колена (или длинная); 1 б. – нейтральное выражение лица. Большая вместительная аккуратная сумка, в которой лежат тетради и книги; очки; деловой стиль одежды, аккуратная прическа; 2 б. – строгий; аккуратный (опрятный); внимательный; добрый взгляд; улыбка. Маленькая сумочка (и пакет с тетрадями). 2. Особенности общения и поведения (0 б. – всегда поучает; делает много замечаний; навязывает свое мнение; исправляет; манера общения слишком официальная; постоянно жалуется на свои проблемы; авторитарный; общается со всеми, как с детьми; 1 б. – всегда высказывает свое мнение и отстаивает его; стремится навести порядок; всегда действует по заранее продуманному плану; замечаний не делает, но проявляет эмоциональную реакцию на происходящее; 2 б. – общительный; уверенный в себе; сдержанный; культурный в общении; обдумывает все свои поступки и действия; умеет поддержать разговор; приветливый; всегда подскажет, как надо поступить). 3. Личностные качества и способности (0 б. – строгий; раздражительный: высокомерный; пользуется своей властью; 1 б. – требовательный; всегда стремится к соблюдению статуса; всегда знает, «что хорошо, а что плохо»; 2 б. – вежливый; воспитанный; образованный; добрый; интеллигентный; умный; внимательный; широта души («отдает себя людям»); ответственный;

любит детей). 4. Особенности речи и речевого поведения (0 б. – громкая речь; повелительный, назидательный тон; часто повторяет много раз одно и то же; крикливый (резкий) голос; многословность; 1 б. – речь нормальной громкости, тон речи нейтральный; 2 б. – правильная (грамотная, литературная) речь; поставленный голос; тихая (спокойная) речь; логически выстроенная речь).

Параметр II. Направленность. Критерии оценки: 5. Направленность дискурса (0 б. – полное доминирование одного типа дискурса над другим; 1 б. – официально-деловой с элементами обиходно-бытового; 2 б. – официально-деловой с элементами обиходно-бытового и художественно-образного стилей).

Параметр III. Формулировка профессиональных задач. Критерии оценки: 6. Четкость формулировки (0 б. – нечеткие, имеются логические ошибки; 1 б. – четкие, однако, не во всех случаях соответствуют содержанию; 2 б. – четкие, соответствуют содержанию). 7. Степень адаптированности к уровню адресата. (0 б. – для агентов - общение тяготеет к свернутым эллиптическим высказываниям, состоящим чаще всего из терминов/ многословные малопонятные высказывания; для клиентов – высказывания логопеда либо развернутые, либо упрощенные; 1 б. – в отдельных случаях высказывания развернутые, в отдельных – упрощенные; 2 б. – для агентов - всегда развернутые, логичные, понятные высказывания; для клиентов - постановка профессиональных задач в дискурсе характеризуется развернутым и упрощенным выражением).

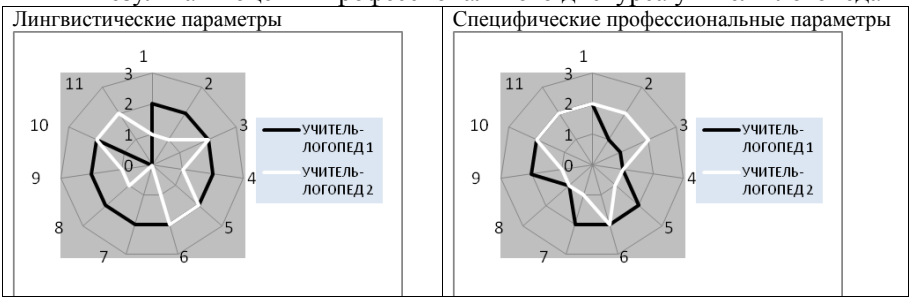
Параметр IV. Письменно – речевая продукция. Критерии оценки: 8. Речевые карты (0 б. – частичное заполнение речевой карты; их отсутствие на отдельных детей; 1 б. – имеют место незначительные недочеты в заполнении речевой карты; 2 б. – речевые карты заполнены; прослеживается логическая связь между представленными эмпирическими данными (образцы речевой продукции), выводами и логопедическим заключением). 9. Логопедические представления на ПМПК (0 б. – частичное заполнение логопедического представления на ПМПК; 1 б. – имеют место незначительные недочеты в заполнении логопедического представления на ПМПК; 2 б. – логопедические представления на ПМПК заполнены; прослеживается логическая связь между представленными эмпирическими данными, выводами и логопедическим заключением). 10. Планы-конспекты логопедических занятий (0 б. – планы – конспекты отсутствуют или оформлены схематично; 1 б. – есть незначительные недочеты в оформлении, либо недостаточно полно раскрыто содержание занятия; 2 б. – имеются развернутые планы–конспекты на все занятия, прослеживается логика построения конспекта, его целеполагание, отсутствуют погрешности в оформлении; все конспекты единообразно оформлены). 11.

Индивидуальные карточки учащихся (0 б. – отсутствуют; 1 б. – отсутствуют отдельные данные; 2 б. – индивидуальные карточки оформлены на всех детей; все данные представлены полно и достоверно).

Результаты диагностики подсчитывались в соответствии с параметрами оценки и для наглядности представлены в виде диаграмм (см. рис. 1).

Рисунок 1

Результаты оценки профессионального дискурса учителя-логопеда



Проведенная диагностика и детальный анализ показывают, что, не смотря на одинаковую квалификацию, специалисты имеют различный опыт работы и условия труда, что, безусловно, оказывает определенное влияние на результат исследования. В качестве примера приведем некоторые данные, полученные в ходе дифференциальной диагностики.

При оценке лингвистических и специфических профессиональных параметров профессионального дискурса учителя-логопеда полученные данные свидетельствуют о том, что при изучении общей (итоговой) картины исследования результаты двух специалистов почти не отличаются друг от друга. Детальное исследование профессионального дискурса по каждому критерию диагностики показывает профессиональное сходство и различие между учителями-логопедами. Идентичные показатели учителя-логопеды имеют по следующим критериям оценки: темп речи (высокий уровень); интонационная оформленность (высокий уровень); дозированное использование специальной терминологии (высокий уровень); метатекстовые характеристики, резюмирование (высокий уровень); внешний вид и атрибуты (высокий уровень); четкость формулировки профессиональных задач (высокий уровень); особенности речи и речевого поведения (средний уровень); использование медико-педагогического и обиходно-бытового дискурса (средний уровень).

Перспективы исследования мы видим в более детальном изучении профессионального дискурса учителя-логопеда и диагностике речи детей с

целью выявления условной зависимости между особенностями логопедического дискурса и результативностью коррекционной работы.

Литература:

1. Бейлинсон Л.С. Профессиональный дискурс: признаки, функции, нормы: монография. – Волгоград, 2009.

2. Духова Л.И. Социально-педагогические факторы становления субкультуры учителя: Дис. доктора пед. наук . – Курск, 2006.

3. Леонтьев А.А. Педагогическое общение / Под ред. М.К. Кабардова. – М.; Нальчик, 1996.

4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 2005.

Ткаченко А.И., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ

Научный руководитель: ст.преп. Булатова И.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БУСОГРАФИИ В КОРРЕЦИИ НАРУШЕНИЙ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

Речь – это деятельность, которая осуществляется при согласованном функционировании головного мозга и других отделов нервной системы. В осуществлении речевой функции принимают участие слуховой, зрительный, двигательный и кинестетический анализаторы.

Для правильного произнесения звука ребенку требуется воспроизвести артикуляторный уклад, состоящий из сложного комплекса движений, при этом артикуляция, фонация и дыхание должны быть достаточно скоординированы в своей работе, а речедвижения соотнесены с соответствующими слуховыми ощущениями [1]. Для того чтобы ребенок понял значение слова, необходимо слияние между собой слуховых, зрительных и осязательных ощущений в единый образ предмета. И.М. Сеченов отмечал: «…всякое ощущение по природе смешанное... к нему обязательно примешивается мышечное ощущение, которое является более сильным по сравнению с другими» [2, с.43].

Физиологи придавали большое значение мышечным ощущениям, возникающим при артикуляции. Так, И.П. Павлов отмечал: «Речь – это, прежде всего, мышечные ощущения, которые идут от речевых органов в кору головного мозга». Развитие звукопроизношения связано с совершенствованием работы периферического речевого аппарата. У здорового ребенка овладение звуковой системой языка происходит одновременно с развитием общей моторики и дифференцированных движений рук [3]. М.М. Кольцова экспериментально доказала, что при тренировке тонких движений пальцев рук речь не только развивается более интенсивно, но и оказывается более совершенной. Взаимосвязь между развитием и формированием общей, мелкой и артикуляционной

моторики подчеркивается многими исследователями. Таким образом, развитие двигательного аппарата является фактором, стимулирующим развитие речи, и ему принадлежит ведущая роль в формировании нервно-психических процессов у детей.

Экспериментальное исследование проводились на базе МДОУ № 223 «Дружные ребята» г. Ростова-на-Дону в подготовительной к школе логопедической группе. В эксперименте принимали участие 10 детей с дизартрией в возрасте от 6 до 7 лет, из них 4 девочки и 6 мальчиков.

В ходе проведенной экспериментальной части данного исследования нами использовалась диагностическая методика Е.В. Новиковой, включающая 43 задания по следующим направлениям обследования:

1. Обследование жевательно-артикуляционных мышц.
2. Обследование мимико-артикуляционных мышц.
3. Обследование мышц языка.
4. Обследование мышц губ.
5. Обследование мышц щек.
6. Обследование мышц мягкого неба.

Качество выполнения детьми диагностических заданий оценивалось нами на основе следующих критериев:

- удержание артикуляционной позы;
- темп выполнения упражнения;
- амплитуда движения;
- плавность выполнения движений;
- наличие или отсутствие синкенезий;
- переключаемость с одного движения на другое.

Каждое задание оценивалось по трехбалльной шкале:

1 балл – задание не выполняет;

2 балла – задание выполняет с ошибкой;

3 балла – задание выполняет правильно.

Сложив сумму баллов по всем 43 заданиям, мы определяем уровень развития артикуляционной моторики ребенка с дизартрией:

Высокий (от 101 до 129 баллов) – удерживает артикуляционную позу заданное время, выполняет упражнения в заданном темпе, с достаточной амплитудой, плавностью, синкенезии отсутствуют, плавно переключается с одного движения на другое.

Средний (от 72 до 100 баллов) – испытывает незначительные трудности удержания артикуляционной позы, слегка замедляет или ускоряет темп выполнения заданий, амплитуда движения частично нарушена, отмечается неточность, смазанность, неровность движений, иногда отмечаются синкенезии, с трудом переключается с одного движения на другое.

Низкий (от 43 до 71 балла) – не удерживает артикуляционную позу, не может произвольно изменить темп выполнения задания, амплитуду движений, движения прерывистые, резкие, часто отмечаются синкенезии, затрудняется в переключении с одного движения на другое.

На констатирующем этапе из 10 детей экспериментальной группы у 2 выявлен высокий уровень сформированности артикуляционной моторики, у 5 – средний, у 3 – низкий.

Понимая, как важно развивать мелкую и тонкую моторику рук у детей с минимальными дизартрическими расстройствами, нами была успешно апробирована новая педагогическая технология «бусография». Принцип данной техники заключается в создании различных линий, дорожек, букв, геометрических фигур с одновременным пропеванием одного и более гласных звуков на выдохе.

Эта техника кропотливая, интересная, необычная и очень приятная. Она способствует развитию тактильных ощущений, развивает мелкую ручную моторику, расширяет представления детей об окружающем мире, развивает внимание, любознательность детей, совершенствует сенсомоторику – согласованность в работе глаза и руки, координацию движений их точность, конструктивный праксис, ориентировку в пространстве, счетные операции, подвижность артикуляционного аппарата, просодические компоненты речи.

В сочетании с другими коррекционно-логопедическими технологиями, бусография способствует не только моторному, но и умственному, и эстетическому развитию ребенка с речевыми нарушениями, оказывает прекрасное тонизирующее и оздоравливающее действие. Каждая игра сопровождается фотографиями этапов выполнения, подробной инструкцией. В ходе игры решается не одна задача, а несколько. Ниже приведен пример игры с применением техники «бусография».

Игровое упражнение «Красные и черные бусины».

Цель: коррекция речевых и моторных нарушений у дошкольников с дизартрией средствами бусографии.

Задачи:

1. Учить петь на диафрагмальном выдохе с мягкой голосоподачей (с мягким придыханием – по три звука на выдохе АУИ, ЭОА, ЭУЫ и т. д.) .

2. Развивать артикуляционную и мелкую моторику, ловкость пальцев рук, быструю смену положения губ.

3. Развивать память, внимание при чередовании бус.

4. Упражнять в выполнении работы в нетрадиционной технике бусографии.

5. Воспитывать любознательность, инициативность, ответственность, самостоятельность.

Материал: бусы черного и красного цвета, проволока, схемы.

Этапы выполнения игрового упражнения:

Педагог предлагает детям взять проволоку или длинные шнурки. Бусы красного и черного цвета, одинаковой величины. По ходу выполнения работы дети пропевают гласные звуки.

Для работы используется один длинный шнурок (проволока) и бусы красного и черного цвета; в процессе нанизывания дети чередуют бусы.

1 этап работы: педагог использует словесную инструкцию. В ходе выполнения делается вдох, на выдохе дети нанизывают 3 бусины и поют 3 звука АУИ.

А) простые схемы нанизывания:

3 красных+3 черных+3 красных+3 черных;

3 черных+3 красных+3 черных+3красных.

Б) сложные схемы нанизывания:

2 черных+3 красных+3 черных+2 красных

2 красных+3 черных +3 красных+2 черных

2 этап работы:

Бусография с опорой на образец, сгибание шнурков (проволоки).

3 этап работы:

Выполнение изделий в технике бусографии для любого героя, например, для Динозаврика, Дюймовочки.

После экспериментального обучения дошкольники показали положительную динамику развития артикуляционной моторики.

На контрольном этапе из 10 детей экспериментальной группы у 4 был выявлен высокий уровень сформированности артикуляционной моторики, у 5 – средний, у 1 – низкий. У всех детей экспериментальной группы наблюдается положительная динамика развития артикуляционной моторики. Сумма баллов по диагностической методике увеличилось у всех детей на 9-14 баллов по сравнению с данными констатирующего эксперимента. У четырех детей наблюдается переход на более высокий уровень сформированности навыков артикуляционной моторики: два ребенка достигли высокого уровня и два ребенка перешли с низкого уровня на средний. Из этого можно сделать вывод, что у 40% детей экспериментальной группы зафиксировано повышение уровня сформированности навыков артикуляционной моторики в результате проведенной коррекционно-логопедической работы.

Достичь положительных результатов, даже при сравнительно непродолжительном обучении можно лишь при условии разнообразного содержания коррекционных занятий и различных видов упражнений.

Таким образом, новая педагогическая технология с использованием бусографии способствует:

- нормализации тонуса мышц артикуляционного аппарата;

− выработке двигательных навыков, обеспечивающих точность, ритмичность, подвижность действий ребенка, способствующих преодолению скованности, ограниченности и напряженности движений;
− развитию мелкой моторики рук;
− расширению сенсорного опыта детей;
− формированию навыков, необходимых в практической жизни;
− концентрации внимания на определенных действиях;
− развитию психических процессов детей;

Выполняя действия с бусами, дети не замечали, сколько раз произносили гласный звук, зато это повторение отразилось в дальнейшем на качестве артикуляционных движений. Кроме того, дети получали эстетическое и эмоциональное удовольствие от результатов своей практической деятельности, когда готовили подарок для мамы или украшения для новогодней елки.

Литература:

1. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностики речевых нарушений / Под. ред. Чиркиной Г.В. – М., 2013.
2. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. – М.: Астрель, 2007.
3. Аксенова М.А. Развитие тонких движений пальцев рук у детей с нарушениями речи // Дошкольное воспитание. – 1990. – № 8.

Шаталова А.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Шипилова Е.В.

НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА

В настоящее время в социальной, образовательной, экономической и других сферах жизнедеятельности человека происходят глобальные преобразования, которые заставляют сегодняшнего человека задуматься о будущем России, ее молодёжи. В обществе всегда высоко ценилась нравственная воспитанность. Уровень развития нравственных качеств человека говорит о его сознании, о наличии у него навыков и привычек, связанных с соблюдением этических норм и правил [1]. Однако сегодня мы наблюдаем, как меняются нравственные ориентиры, подрастающее поколение мы обвиняем в отсутствии гуманности, в бездуховности, агрессивности. И когда как не сейчас наиболее остро стоит проблема нравственного воспитания подрастающего поколения. Особенно когда речь идет о детях с ограниченными возможностями, а именно с нарушениями интеллектуального развития.

Вопрос о нравственной воспитанности детей в специальных образовательных учреждениях рассматривается не только в теоретическом, но и практическом аспекте. Учащиеся с нарушениями

интеллекта должны быть воспитаны таким образом, чтобы их поведение в различных жизненных ситуациях соответствовало общественным нормам [5]. А так как уровень нравственной воспитанности личности является нормой поведения и критерием моральной зрелости личности, то можно твердо отметить, что проблема воспитания детей с интеллектуальной недостаточностью имеет явную актуальность.

Проблеме формирования нравственных качеств личности посвящено большое количество работ отечественных исследователей второй половины XX – начала XXI вв., в которых раскрываются различные стороны нравственного воспитания подрастающего поколения.

Значительный вклад в осмысление сущности нравственного воспитания внесли отечественные педагоги М.Н. Аплетаев, О.С. Богданова, Е.В. Бондаревская, Н.И. Болдырев, З.И. Васильева, Л.А. Высотина, В.Е. Гмурман, Н.К. Гончаров и другие [3].

В работах Д.И. Водзинского, А.И. Кочетова, Н.К. Степаненкова, А.П. Сманцера, И.Ф. Харламова, В.Т. Чепикова и др. полно раскрываются теоретические и методологические основы нравственного воспитания учащихся специальных школ [3].

В связи со слабостью интеллектуальной и волевой регуляцией, с недостаточной дифференцированностью переживаний и эгоцентрической направленностью детей данной категории формирование высших нравственных чувств происходит со значительным трудом и относительным запозданием. Специфика нравственного воспитания учащихся коррекционной школы VIII вида определяется особенностями развития детей с интеллектуальными нарушениями, а именно:

- особенностями познавательной деятельности;
- особенностями эмоционально-волевой сферы;
- особенностями формирования характера.

Каждая из этих особенностей оказывает влияние на нравственное воспитание учащихся с нарушениями интеллекта.

Нарушение познавательной деятельности ребёнка затрудняет его общение с окружающим миром. И как следствие, при поступлении в специальную школу ребёнок с интеллектуальным недоразвитием имеет сравнительно низкий уровень нравственного развития. Воспринимая факты действительности, он недостаточно их осознает, не понимает отношений между человеком и явлениями общественной жизни. В наблюдаемых явлениях, во взаимоотношениях людей ребенок не умеет определить причинно-следственную зависимость. Результатом этого является непонимание социальных отношений и связей [2].

Ребенок с нарушениями интеллекта не обладает достаточным запасом нравственных понятий и представлений для анализа правил и норм поведения. Он не может сравнить свое поведение с поведением

окружающих, ясно определить последствия того или иного поступка, дать правильную оценку моральным побуждениям. Все это нередко приводит к нарушению норм поведения.

Однако в процессе обучения в связи с развитием мышления, речи и познавательных способностей ребенок с интеллектуальными нарушениями нравственно развивается. Чем большим кругом знаний он овладевает, тем более правильно ориентируется в жизни, понимает ее связи и отношения. К концу обучения во вспомогательной школе ребенок, как правило, осознает свое место в жизни, усваивает основные нормы поведения в коллективе [2].

Патологические особенности эмоционально-волевой сферы ребенка с нарушениями интеллекта могут быть следствием неправильного отношения к нему родителей, взрослых. В этом случае специальный педагог должен конкретно знать, где и с чьей стороны был допущен просчет в воспитании, наметить перспективу педагогического воздействия на ребенка. Неправильное отношение к ребенку с интеллектуальной недостаточностью часто выражается в том, что взрослые видят в нем только больного ребенка, который нуждается в помощи, а сам ничего сделать не сможет.

В результате такого отношения ребенок быстро усваивает нормы своего поведения: «я ничего сам не могу». Это может привести к иждивенческому положению ребёнка в жизни [2].

В других случаях отношения складываются на основании использования умственно отсталого ребёнка в семье как рабочей силы. Это развивает у ребенка отрицательное отношение к труду, неверие в свои силы и возможности.

Большое значение для преодоления трудностей нравственного воспитания, связанных с отклонениями эмоционально-волевой сферы, имеет вовлечение детей в коллективный общественно-полезный и производительный труд [2].

У ребенка с нарушениями интеллекта отмечаются трудности, связанные с преодолением стереотипного поведения, которое часто неадекватно определённой ситуации. Он не способен без помощи преодолеть отрицательное влияние среды, а часто вместо этого приспосабливается к нему. Поэтому формированию характера ребенка данной категории необходимо уделять большое внимание, используя школьное обучение, средства эстетического воспитания и т.д. [4].

В специальной школе формирование характера ученика требует создания максимально благоприятных для этого условий, а именно связь школы с жизнью, организация разнообразных видов деятельности. В этих условиях ребенок получает богатые впечатления об общественной деятельности, активно участвует в решении задач, стоящих перед

коллективом, и у него формируется характер человека, живущего интересами общества [4].

Таким образом, при нравственном воспитании умственно отсталого ребенка встречаются трудности, объяснимые особым своеобразием его личности. В какой-то мере эти трудности могут быть преодолены. Одновременно с устранением того или иного отклонения необходимо формировать положительные нравственные качества и положительный нравственный опыт ребенка.

Литература:

1. Болдырев Н.И. Нравственное воспитание школьников: (Вопросы теории) – М.: Педагогика, 1999.

2. Махова В.М. Изучение личностных свойств и особенностей реализования детей с интеллектуальной недостаточностью в период их адаптации к школе // Дефектология. – 2010. – №6. – с. 9–15.

3. Михайлова С.А. Формирование нравственно-этического представления у учащихся 3–6 классов школы VIII вида путем организации беседы и дискуссии // Воспитание и обучение детей с нарушением интеллекта. – 2010. – №2. – с. 31–35.

4. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе: Пособие для учителей и студентов дефектологического факультета пед. ин-тов / Под ред. В.В. Воронковой – М.: Школа-Пресс, 2004. – 416 с.

5. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника: Учебное пособие для студентов пед. ин-тов по специальности «Дефектология». –М.: Просвещение, 1996.

РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

С.П. Бакумова, г. Санкт-Петербург, ЛГУ им. А.С. Пушкина
Научный руководитель: к.пед.н. Егорова И.В.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ СТРУКТУРЫ ДЕФЕКТА ПРИ ОБЩЕМ НЕДОРАЗВИТИИ РЕЧИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ (НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД)

Состояние речевой системы у дошкольников с общим недоразвитием речи (ОНР) имеет определенную структуру развития и формирования. Основываясь на теории Л.С.Выготского о структуре дефекта, у детей с ОНР можно выделить первичные (или ведущие) и вторичные (модально неспецифические) нарушения речевой функциональной системы. Первичные нарушения речи наиболее тесно связаны с областью воздействия неблагоприятного фактора на организм ребенка, вторичные симптомы речевой патологии возникают уже на основе первичных расстройств. Поэтому нарушения речи у детей с ОНР, осложненное дизартрией и ОНР, возникшее на основе алалии имеют различную структуру речевого дефекта.

На современном этапе развития логопедии в арсенал ее диагностических методов исследования состояния речевой функциональной системы включены и нейропсихологические методы исследования. Метод диагностики, разработанный А.Р. Лурией [3], получил свое развитие в работах Семенович А.В.[4], Хомской Е.Д.[6], Бизюка А.П.[1], Глозман Ж.М., Потаниной А.Ю., Соболевой А.Е.[2]. Метод позволяет выявить не только дефицитарный блок мозга в работе функциональной речевой системы, но и определить сохранные уровни и звенья данной системы, которые могут стать опорными точками в процессе коррекционной работы.

Нами было проведено нейропсихологическое исследование детей с общим недоразвитием речи III уровня в возрасте 5 лет (15 человек). В эксперименте также приняли участие дети 5 лет с сохранной речевой системой (15 испытуемых). Исследование проведено на ДОУ компенсирующего вида г. Пушкин в 2012-2013 гг.

В основу методики констатирующего эксперимента положены научно-методические рекомендации А. Ю. Потаниной, А. Е.Соболевой [2]. В методику включены задания на исследование речевой и неречевой сферы дошкольников, что позволит оценить актуальное состояние развития дошкольников с ОНР.

Нами в ходе установочной беседы установлено, что у 80% детей с ОНР достаточный уровень общей осведомленности: они знают свою фамилию, имена родителей, адрес проживания, название группы детского

сада. У 20% дошкольников с этим возникли проблемы. Самостоятельно ошибки не замечали и не пытались исправить, требовало указание экспериментатора. Все дошкольники экспериментальной группы активно вступили в речевой контакт, проявляли заинтересованность в беседе и выполнении заданий.

У 87% дошкольников латерализация функций по левополушарному типу, то есть ведущими являются правая рука, нога, глаз.

В корректурной пробе были допущены следующие типы ошибок: излишняя торопливость, не достаточная концентрация внимания, низкая умственная работоспособность. В этом тестовом задании выявлен низкий уровень работоспособности и снижение характеристик внимания у 66,7% детей с нарушениями речи.

Общая оценка за I батарею тестов (3 пробы): экспериментальная группа – 11,9 балла, контрольная группа – 6,3 балла.

Тест на реципрокную координацию движений у дошкольников с ОНР характеризуется следующими проявлениями: выполняют пробу самостоятельно, у 47 % детей выявлено отставание одной руки или поочередное выполнение с коррекций после указания на ошибку, у 53% детей отмечено неполное сжимание и распрямление ладони, немного напряженное, но координированное выполнение пробы двумя руками.

Оральный праксис сохранен у дошкольников с ОНР, пробы выполнены безошибочно. В пробах на праксис позы пальцев характерны единичные ошибки, связанных с поиском таких поз, как одновременное вытягивание второго и третьего, второго и пятого пальца (40% детей).

Проба на динамический праксис: дошкольники с ОНР продемонстрировали трудности переноса движений с одной руки на другую (87%), синкинезии (7%), персеверации (52% детей), дизметрию элементов (35% воспитанников.

Более всего затруднений выявлено на материале рисунка – копирования простых геометрических фигур: ромб, квадрат, круг. У 71,4% дошкольников с ОНР в работах отмечены следующие особенности изображения фигур и их пространственной ориентировки: искажения фигур (54%), зеркальные изображения (7%), дизметрические ошибки при общей сохранности формы (54%), микрография (33%). Один ребенок отказался от выполнения пробы, объясняя отказ не умением рисовать.

В пробе на условную реакцию выбора возникали импульсивные реакции с самокоррекцией.

У большинства детей в пробе на воспроизведение ритмических структур было выявлено четкое воспроизведение, а в единичных случаях – лишние импульсы с самокоррекцией (13%).

Можно сделать вывод, что изучение движений и действий у дошкольников с ОНР выявило значительно более низкий уровень развития

данной сферы по сравнению с нормой (оценка за II батарею тестов у экспериментальной группы – 25,8 балла, контрольной – 18,6).

Зрительный гнозис был изучен на материале таких проб как, узнавание пространственно-ориентированных простых фигур, идентификация эмоций, проба на предметный гнозис. Узнавание реальных предметов и их изображений в простых условиях является сохранным у всех дошкольников экспериментальной группы. Но предъявление изображений в «усложненных» условия (зашумленный контур, наложенные изображения) вызвало затруднение в 54% дошкольников с ОНР. Дети не могли определить предмет по контуру в таких условиях (7%), либо пытались определить предмет с помощью обвода его контура пальцем, что не всегда приводило к правильному варианту ответа. Данный факт свидетельствует о слабо выраженной функциональной недостаточности затылочных зон мозга.

Проба на идентификацию эмоций выполнена всеми дошкольниками с ОНР безошибочно. Оценка за тесты 11-13: экспериментальная группа 10,4 балла, контрольная группа – 3,7.

Тесты на исследование памяти включали изучение слухоречевой, двигательной и зрительной памяти. При выполнении теста на слухоречевую память дети с ОНР в большинстве случаев (70%) смогли воспроизвести три слова из 10. В основном повторялись либо первые, либо последние три слова. Не уверенное воспроизведение. Выявленные нарушения характерны для дефицитарности височных отделов левого полушария.

Воспроизведение двигательной программы оказалось возможным только с подключением внешнего стимула (сопровождение движений детей речевыми инструкциями экспериментатора). В данном случае процент ошибок значительно уменьшался (80% ошибок без стимула, 20% со стимулом). Указанные нарушения характерны для дефицитарности функций лобных долей мозга.

Уровень сформированности зрительной памяти у дошкольников с ОНР сопоставим с показателями контрольной группы. У 46% дошкольников при правильном выборе предъявленных для запоминания карточек отмечено смешение последовательности.

Проведены пробы на исследование интеллекта: «четвертый – лишний», понимание смысла рассказа, сюжетной картинки, выведение аналогий. При выведении аналогий давались неуверенные ответы, либо правильный ответ после указания на ошибку (63%). Вызвало сложность логическое составление рассказа, используя плавные грамматические конструкции. Требовалась помощь обследователя, серии наводящих вопросов. При выполнении теста на понимание смысла рассказа, в большинстве случаев наблюдалось замедленное понимание с подсказкой

(46%). Выявлены ошибки по типу импульсивности. Они исправлялись, если обследователь просил внимательно рассмотреть картинки, подумать.

При исследовании речевых функций проведена оценка спонтанной речи в диалоге и при описании картинок, грамматического оформления, сформированности активного словаря. В пробе на называние предметов трудностей не было, но называние низкочастотных слов (пряжка – у ремня, ручка – у чемодана, носик – у чайника) требовало помощи (46%). Анализ спонтанной речи показал, что речь некоторых детей скандирована (14%), присутствует речевая аспонтанность (72%), трудности включения в речь (42%). Пробы на называние предметных изображений, низкочастотных.

При пробах на понимание логико-грамматических конструкций проблема возникла при построении пассивных конструкций типа «девочка спасает мальчика» – «мальчик спасен (кем?) девочкой» (52%). Эти нарушения свидетельствуют о недостаточности функций теменно-височно-затылочных отделов головного мозга.

Исследования, проведенные нами, позволили разделить детей на три группы с учетом дефицитарности блоков мозга. Слабость блока регуляции и поддержания психического тонуса и бодрствования (I блока), выявленная у 72% детей с ОНР, проявляется в разбалансировке компонентов движений, обеспечиваемых верхними отделами экстрапирамидной системы: темпа и спонтанности двигательных реакций. У детей этой группы слабая активизация мозговых структур, следовательно, в качестве коррекционных упражнений необходимо применять комплекс упражнений на концентрацию внимания, дыхательные упражнения. У детей с дефицитом II блока (блок приема, хранения и переработки информации) возникали проблемы со слухоречевой памятью, запоминанием текстов (14% дошкольников с ОНР). У данной группы детей отмечена незначительно выраженная дефицитарность фонематического восприятия и снижение объема слухоречевой памяти, слабость удержания речевых следов в памяти.

Слабость блока регуляции, программирования и контроля (III блока) проявляется в виде трудностей произвольного торможения импульсивности и нисходящего коркового контроля над компонентами движений, существенных ошибок при исследовании речевых функций (14 % дошкольников с ОНР).

Данные нейропсихологического исследования структуры дефекта при ОНР позволяют в дальнейшем построить дифференцированную программу коррекционного обучения и развития дошкольников с изучаемой речевой патологией.

Литература:

1. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2005. – 293с.
2. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 80с.
3. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии: Учебное пособие. – М: Академия, 2006. – 384с.
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М., 2002. – 159с.
5. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие. – М.: Генезис, 2005. – 319с.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – М.: МГУ, 2002. – 496с.

Белоусова Ю.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.п.н., доцент Соломатина Г.Н.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ

В последние годы в научных исследованиях возрастает интерес к изучению взаимодействия детей подросткового возраста с нарушенным слухом со сверстниками. Это связано с интегративными процессами, которые предполагают совместное обучение с нормальным психофизическим развитием и различными отклонениями. Многочисленность детей и постоянное их пребывание в одном круге создают эмоциональное напряжение, тревожность, малоинициативность, пассивность, усиливающие агрессию ребенка в общении с учителями и со слышащими сверстниками. В результате интеграции в последнее время в научных и практических исследованиях подчеркивается значительная роль инклюзивного образования детей с нарушенным слухом, которые, как и другие категории с отклоняющей формой развития, включаются в коллектив слышащих сверстников. Совместное обучение детей сопровождается различными внеклассными мероприятиями, за счет которых ещё больше расширяется круг общения детей с нарушенным слухом. Вместе с тем в литературе подчёркивается, что дети с нарушенным слухом испытывают значительные затруднения при общении с окружающими людьми. Это связано с тем, что как первичное нарушение дефект слуха препятствует нормальному развитию речи, что, в свою очередь, вызывает своеобразные особенности развития психических процессов и специфическое развитие личности ребёнка (Т.Г. Богданова, Т.А. Власова, Р.М. Боскис, Т.В. Розанова, И.М. Соловьева, Ж.И. Шиф) [1, 2, 7].

Помимо этого достаточно сложным является сам подростковый возраст, противоречивый и кризисный по своей сути. С одной стороны, по уровню характера психического развития это типичная эпоха детства, с другой – перед нами растущий человек, в усложненной деятельности которого четко намечается направленность на новый характер общественных отношений. Учёные, исследующие особенности подросткового возраста, отмечают, что дети этой группы характеризуются: демонстративностью, недопониманием, непослушанием, ранимостью, обидчивостью (С.В. Коваленко, В.С. Мухина) [6].

На первый план в подростковом возрасте выступает общение. У подростка появляются новые социальные потребности, отказ от увлечений и стремлений детства. У него активно формируется социальная позиция, и в отличие от других возрастов, появляется первоначальный поиск своего места в жизни. Значимым для подростка выступает общение со сверстниками. Общаясь с друзьями, младшие подростки активно осваивают нормы, цели, средства социального поведения, вырабатывают критерии оценки себя и других, активно, самостоятельно занимаются самовоспитанием. На поведение существенное влияние оказывает общественное мнение товарищей. Во всех своих действиях и поступках он ориентируется, прежде всего, на это мнение. С одной стороны, у подростка ярко проявляется потребность общения, совместной деятельности, коллективной жизни, дружбы, а с другой – желание быть принятым, признанным, уважаемым товарищами. В содержании общения происходят изменения, его интересуют вопросы личностного общения, развития индивидуальности (Л.С.Выготский, М. Кле, Л.И. Божович, И.С. Кон, Б.С. Волков, В.С. Мухина, С.В. Коваленко) [7, с. 14].

«Потребность общаться со сверстниками приобретает новое качество – и по содержанию, и по формам, и по роли, которую она начинает играть во внутренней жизни подростка – в его переживаниях, мыслях» [5, с. 25].

В своей среде, взаимодействуя друг с другом, подростки учатся рефлексии на себя и сверстника. Взаимная заинтересованность, совместное постижение окружающего мира и друг друга становятся самоценными. Общение оказывается настолько притягательным, что дети забывают об уроках и домашних обязанностях. Дружеские отношения активируют коммуникацию подростков, за разговорами на разные темы у них проходит много времени. Ребёнку не сидится дома, он рвется к товарищам, проявляя явное стремление жить групповой жизнью. Подросток не терпит никаких обсуждений и комментариев по поводу не только недостатков, но и достоинств друга, с которым делит свои дела, планы, тайны, обсуждает события в жизни их класса, личные взаимоотношения, поступки сверстников и взрослых. В отношениях со

сверстниками подросток стремится реализовать свою личность, определить свои возможности в общении, меняется и речь, она приобретает сленговую форму, появляются площадные жесты и позы – агрессивные, снимающие дистанцию, подчас откровенно циничные. Невербальное общение может вызывать протест смотрящих на это взрослых, но сами подростки подчас с готовностью проходят через эту возрастную инициацию вольными жестами и позами. Соответственно усиливается значение общения со сверстниками для психического развития подростка. Принадлежность к группе играет существенную роль в самоопределении подростка и в определении его статуса в глазах ровесников [1].

Общение детей подросткового возраста с нарушенным слухом со сверстниками имеет специфический характер. Слуховая недостаточность неблагоприятно отражается на психофизическом развитии ребенка, особенно если нарушение слуха наступает в раннем возрасте. В первую очередь страдает восприятие и воспроизведение устной речи, что приводит к нарушению социальных контактов ребенка с окружающими людьми. Невербальное общение занимает особое место в общении детей и подростков с нарушенным слухом. Процесс коммуникации, в который вовлекается глухой или слабослышащий ребенок, затруднен из-за:

- непонимания обращенных к нему высказываний собеседника;
- аграмматизмов собственной устной речи, ошибок в звукопроизношении, бедности словарного запаса;
- отсутствия положительной установки на другого человека (проявление враждебности, детской зависти, соперничества;
- ожидания предвзятости и негативного отношения со стороны партнера по общению);
- трудностей, связанных с повышенной эмоционально-личностной зависимостью от партнеров по общению (страх самопрезентации, проявления в общении собственных стремлений и индивидуальных особенностей;
- отказа от собственных интересов в процессе межличностного взаимодействия, проявления конформизма;
- сложностей при вступлении в контакт (постоянные сомнения, застенчивость, страх несоответствия своих желаний требованиям ситуации, неумение начать разговор, тревожность в присутствии незнакомых людей);
- трудностей, связанных с детским эгоцентризмом (неспособность принять другого человека таким, какой он есть, неприятие иных точек зрения, сопровождающееся агрессивными действиями, проявление эгоизма, упрямства, негативизма как форм несогласия и протеста, коммуникативная вялость, косность коммуникативных установок);

- сложностей понимания вербальной речи (незнание алгоритма построения коммуникативного действия);

- неумения оперировать собственными знаниями;

- неспособности уместно выбрать оптимальную модель взаимодействия;

- незнания способов влияния на собеседников (убеждение, внушение, заражение, подражание; неумение давать обратную связь в коммуникации);

-трудностей перестройки коммуникативной программы (неумение ребенка почувствовать изменения в коммуникативной ситуации и неспособность сориентироваться в изменившихся коммуникативных условиях)[8].

Общий рост личности подростка, расширение круга его интересов, развитие самосознания, новый опыт общения со сверстниками, как правило, ведут к интенсивному росту социально ценных побуждений и переживаний. У детей с нарушенным слухом может возникать страх, что нормально слышащие люди их не поймут, что над ними будут смеяться, следовательно, тут будет отмечаться: пассивность, однообразность, озлобленность, переживания, малоэмоциональность, нестабильность, избегание контакта, малоинициативность [3].

Подросток через собственные душевные муки обогащает сферу своих чувств и мыслей, он проходит трудную школу идентификации с самим собой и с другими, впервые овладевая опытом целенаправленного обособления. Важным моментом, вызывающим появление обиды, озлобленности подростка, которые могут выразиться в его агрессивной эмоциональной реакции, является пренебрежение взрослых, их недоброжелательное отношение к его запросам, устремлениям, ко всей личности подростка, а также, выступает обидой любое слово сверстника, принятое в коммуникации не в той форме. Возникающие в условиях интерната чувство «Мы», хоть и способствует эмоциональной стабильности и защищенности учащихся, однако препятствует развитию навыков общения со сверстниками, умению налаживать равноправные отношения с детьми, адекватно оценивать свои качества, ведет к деперсонализации личности. Это связано с тем, что недоразвитие речи и слабый слух не способны дать возможность выразить всю гамму эмоций и чувств, которые имеются у ребёнка [4, с. 21].

Таким образом, процесс общения детей с нормальным слухом изучен в достаточно полной мере, а процесс взаимодействия детей подросткового возраста с нарушенным слухом со сверстниками изучен недостаточно, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

Литература:

1. Андриенко Е.В. Социальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2006.
2. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. – М.: Изд-во «Советский спорт», 2004.
3. Боскис Р.М. Особенности речевого развития у детей при нарушении слухового анализатора // Известия АПН РСФСР. – Вып. 48. – М., 2001.
4. Власова Т.А. О влиянии нарушения слуха на развитие ребенка. – М., 2004.
5. Кле М. Психология подростка; пер. с фр. – М. 2003
6. Коваленко С.В. Психологические детерминанты развития межличностных отношений в подростковом возрасте // Психология обучения. –2007.
7. Психология глухих детей / АПН СССР. НИИ дефектологии; под ред. И.М. Соловьева, Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой, Н.В. Яшковой. – М.: Педагогика, 2003.
8. Розанова Т.В. Дети с нарушениями слуха // Специальная психология: учебник для студентов высш. пед. учеб. заведений, обучающихся по дефектол. Специальностям. – М., 2009.

Данильченко К.И., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: д.п.н., профессор Репринцева Е.А.

ПРОЕКТ «СОЦИАЛЬНАЯ КВАРТИРА» КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА

Одним из ведущих современных направлений в образовании России является рост числа детей с комплексными нарушениями, нуждающихся в создании максимально развернутой системы специальных условий обучения и воспитания. Общие вопросы становления и развития социально-педагогической и психологической служб в образовательных учреждениях раскрыты в трудах А.И. Акуловой, Н.Е. Бекетовой, Т.А. Васильковой, Ю.В. Васильковой и др. Проблемы психолого-педагогической поддержки процессов воспитания и формирования личности ребенка, в том числе детей-сирот, раскрыты в исследованиях О.С. Газмана, А.В. Гордеевой, В.В. Морозова, Л.Я. Олифиренко, Л.К. Сидоровой и др.

Социально-психологическое сопровождение – целостный и непрерывный процесс изучения и анализа, формирования, развития и коррекции всех субъектов труда и жизни, попадающих в поле

деятельности психологической службы или конкретного практического психолога [2]. Создание педагогических условий на основе личностно-ориентированного подхода, оптимальных для каждого воспитанника, предполагает формирование адаптивной социально-образовательной среды, включающей все многообразие различных типов образовательных учреждений. Под психологическим сопровождением ребенка с ограниченными возможностями здоровья можно подразумевать движение вместе с изменяющейся личностью ребенка, рядом с ней, своевременное указание возможных путей оптимального развития, при необходимости – помощь и поддержка.

Социальная адаптация детей, воспитывающихся в условиях учреждений интернатного типа, связана с определенными трудностями, поэтому является важной педагогической задачей. Тяжелые психотравмирующие ситуации, пережитые до поступления в детский дом, негативные опыт общения со старшими приводит к эмоциональной неустойчивости, склонности действовать импульсивно, стремлению обвинить в своих проблемах окружающих.

С целью установления социализированности воспитанников на базе Областного казенного образовательного учреждения «Пенская специальная (коррекционная) школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей с ограниченными возможностями здоровья Курчатовского района Курской области» была проведена экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности (Д. Рассел и М. Фергюссон).

Результаты диагностики уровня социализированности воспитанников интерната показали, что 17% воспитанников имеют низкий уровень социализированности, 31% воспитанников – средний уровень социализированности и 52% воспитанников – высокий уровень социализированности.

С целью повышения социализированности воспитанников, на базе школы – интерната разработана программа «Социальная квартира».

Социальная квартира – это жилая, специально переоборудованная площадь на базе Областного казенного образовательного учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Пенская специальная (коррекционная) школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей с ограниченными возможностями здоровья Курчатовского района Курской области» предназначенная для постоянного отдельного проживания выпускников 9 классов с целью подготовки к самостоятельной жизни (получения навыков самостоятельной жизни, навыков самообслуживания, составления плана дальнейшей жизни). В квартире предполагается создание условий жизни, приближенных к домашним, способствующих социальной адаптации

выпускников к жизни вне образовательного учреждения. Во время проживания в квартире с воспитанниками будет вестись работа по обучению их навыкам работы по хозяйству силами сотрудников социальной службы и психологов, задействованных в проекте. Учащиеся 9 классов в процессе проживания должны будут сами регулировать свой день: соблюдать режимные моменты школы, готовить завтрак, делать уроки, ходить в магазин, что будет приближено к их будущей жизни в общежитии. Кроме того, в проекте предусмотрены ознакомительные поездки детей в сбербанк, профессиональные училища среднего образования (с целью профессиональной подготовки воспитанников), поликлинику, миграционную службу.

Цель программы: подготовить выпускника к дальнейшей самостоятельной жизни вне школы-интерната путем создания для воспитанников 9 классов отдельного проживания в социальной квартире.

Задачи: создать условия, способствующие успешной социальной адаптации: произвести капитальный ремонт и перепланировку помещения с целью создания социальной квартиры, состоящей из жилой комнаты, прихожей, кухни, ванной комнаты; обеспечить социальную квартиру необходимой мебелью и оборудованием; обеспечить всесторонне развитие навыков самообслуживания; приобрести опыт самостоятельного проживания (контроль над временем, распределение и планирование бюджета, составление меню и т.д.); приобрести опыт взаимодействия с социумом (почтовое отделение, поликлиника, банк и.т.д.); формировать способности к самоопределению и саморазвитию и учить относиться более внимательно к своим поступкам, которые могут стать нарушением существующих законов и правил; развивать умение договариваться об общих правилах, для того, чтобы вместе их соблюдать; овладение знаниями, умениями и навыками, необходимыми для решения различных социально-бытовых задач.

Условия реализации:

Каждый воспитанник для проживания в социальной квартире подписывает с администрацией образовательного учреждения условный договор «Договор социального найма жилого помещения», в котором оговариваются права и ответственности сторон, а так же сроки действия и условия расторжения договора.

Методы: словесные (объяснение, рассказ и т.д.); практические (опыт, упражнение и т.д.); наглядные (наблюдение, демонстрация и т.д.); поощрения; создание ситуации успеха.

Приемы: моделирование ситуаций; рассмотрение привычных, обычных, знакомых предметов и явлений под необычным углом зрения; совместное оценивание (привлечение учащихся к оценочной деятельности).

Социальное, психологическое, педагогическое сопровождение лиц с ОВЗ – динамический процесс, целостная деятельность всех субъектов образования, куда включены взаимосвязанные компоненты:

систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса ребенка, динамики его психического развития в процессе обучения;

создание социально-психологических условий для личности каждого ребенка, успешности его обучения (базовый образовательный компонент);

создание специальных социально-психологических условий для сопровождения и помощи в развитии детям с ОВЗ.

В процессе реализации проекта «Социальная квартира» воспитанники столкнутся с множеством проблемных ситуаций, которые им придется разрешать самостоятельно. Они приобретут опыт самостоятельного проживания, им придется планировать свой день, заниматься бытовыми вопросами (уборкой помещения, приготовлением пищи, стиркой вещей). Данный опыт поможет научиться бережливо относиться к своим вещам, к мебели, бытовым приборам, которыми они пользуются в процессе проживания.

Проживая по 2-3 человека в квартире, воспитанники должны научиться помогать друг другу, договариваться, уметь решать проблемы совместно с людьми, с которыми проживают.

Воспитанники приобретут ценный опыт взаимодействия с социумом, которого не хватает в школах-интернатах. Они будут вынуждены сами покупать продукты, лекарства, оплачивать коммунальные услуги, общаться с людьми и соблюдать правила поведения в общественных местах.

Главная ценность создания проблемных ситуаций в том, что воспитанники в очередной раз получают возможность сравнивать, наблюдать, делать выводы; убеждаются в том, что не на каждый вопрос есть готовый ответ, что ответ может быть неоднозначным, что каждый из них имеет полное право искать и находить свой ответ, отстаивать свое мнение. Изменения, происходящие в воспитанниках, указывают на то, что проблемы создают благоприятные условия для общего развития каждого ребёнка. Постановка перед воспитанником проблемных ситуаций приводит к тому, что он не боится проблем, а стремится их разрешить.

Педагогическое и психологическое воздействия выстраивается на основе системного обобщённого знания об индивидуальных особенностях каждого ребёнка (возрастных, половых, характерологических, поведенческих и т.д.). Терпимость и принятие разнообразных форм детского поведения, которое рассматривается как естественная природа ребёнка, требующая оформления и организации. Действия взрослого направлены на поддержание дружеских, партнёрских отношений, позволяющих

обеспечить ребёнку поддержку в становлении самостоятельности. Желание ребёнка побыть вне контакта с воспитателем, либо учителем, «дозирование» общения, воспринимаются им, как достижение, переживается легко и естественно.

Следовательно, любое сопровождение социально-психологического развития воспитанников школы-интерната должно опираться на восстановление или формирование особого типа отношений в системе «Взрослый-Ребенок», которые в течение длительного времени гарантируют ребенку доброжелательное принятие, поддержку и помощь.

Трудовая деятельность многофункциональна. В процессе трудовой деятельности происходит физическое и психическое развитие детей, овладение умениями и навыками (умение работать согласованно, намечать последовательность действий и т. д.). Примерный график дежурства представлен в таблице 1.

Таблица 1

Расписание дежурств

Обязанности	Дни недели						
	пн.	вт.	ср.	чт.	пт.	сб.	вс.
Уборка квартиры	1		2		3	все	
Вынос мусора		1		2		3	
Мытье посуды	3	2	1	3	2	1	все
Стирка белья		3		1		2	
Полив цветов	2		3		1		

1. Ира 2. Оля 3. Маша

Литература:

1. Обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья. Методические рекомендации. Библиотека федеральной программы развития образования. – М.: Издательский дом «Новый учебник», 2005.

2. Система образования для детей с проблемами в здоровье/ Под ред. Л.Е. Курнешовой. – М.: Центр «Школьная книга», 2008.

3. Специальное образование в меняющемся мире. Россия. Ч.1 / Н.Н. Малофеев. – М.: Просвещение, 2010.

4 . Программа социальной адаптации воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся попечения родителей для 2-11 классов / О.Н. Дьяченко. – Курск: КИНПО (ПК и ПП) СОО, 2012.

5. Мудрик А.В. Социальная педагогика. – М.: Академия, 2008.

Есина О. Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.психол.н. Мельникова М.И.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТРУДНОСТЕЙ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Обучение в начальной школе является важным этапом в становлении личности ребенка, в формировании у него основ познавательной и учебной деятельности. Трудности и проблемы, нерешенные на данном этапе, могут негативным образом сказаться в дальнейшем не только в процессе самого обучения ребенка, но и повлиять на успешность социального развития, обусловить девиации поведения. По данным ВОЗ, из общего числа детей Российской Федерации 25% (от 15% до 40% по разным данным) испытывают различные затруднения в учебе, из-за несформированности школьных навыков они не могут освоить программу общеобразовательной школы. Нейропсихологический подход позволяет не только зафиксировать сами нарушения, но и выявить причины как нейробиологического, так и социального характера. С точки зрения нейропсихолога трудности в обучении у детей чаще всего вызываются парциальным отклонением в формировании высших психических функций (ВПФ) [1, с. 6].

С позиции нейропсихологического подхода, к проблеме нарушений школьных навыков обращались Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, Ю.В. Микадзе, А.А. Семенович. В исследованиях этих, а также и других авторов было установлено, что проблемы обучения в начальной школе имеют место при значительном своеобразии как в речевом развитии детей, так и в формировании ряда функций неречевого характера (процесса латерализации, пространственных и временных ориентировок, двигательных функций руки, слухо-моторных координаций) [1,3,4]. Названные функции либо задержаны в своем развитии, либо имеют искаженное развитие. По данным А.В. Семенович, в современной детской популяции у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста наблюдаются следующие патологические симптомы, обуславливающие трудности в обучении: обилие сосудистых и мышечных дистоний, синкинезий, патологических ригидных телесных установок, проблемы с позвоночником разной степени выраженности; наличие гипертонуса в анамнезе; резкое возрастание патологической леворукости, изменение порогов чувствительности (например, болевой или слуховой), именно поэтому они слушают громкую музыку, кричат; возросшая частота

гипертензионного синдрома и вегетососудистой дистонии; гиперактивность и дефицит внимания; невротические радикалы, логопатии [3, с.12]. В целом, как пишет А.В. Семенович, можно говорить об эмоционально-личностной и когнитивной неготовности большого числа детей к обучению и адекватному взаимодействию с окружающими.

Актуализированная проблема определила постановку цели данной статьи, которая состоит в использовании нейропсихологического подхода для изучения особенностей психического развития у младших школьников с разной успешностью в обучении. Объект исследования: дети младшего школьного возраста с трудностями в обучении. Предмет исследования: особенности развития ВПФ у детей с трудностями в обучении.

Исследование проходило на базе МОУ гимназия №1 г. Новоалександровска. Были использованы следующие методы и методики: наблюдение за реакциями детей в процессе тестирования и на уроках; нейропсихологическая батарея тестовых заданий (стандартизированная методика Т.В. Ахутиной), анализ продуктов деятельности (письменные задания в школьных тетрадях); беседа с педагогами и логопедами. Всего было обследовано 30 детей, учащихся вторых классов, из них – 15 детей экспериментальной группы (ЭГ) с трудностями в обучении и 15 детей контрольной группы (КГ) с хорошими показателями школьной успеваемости. Критериями отбора детей в экспериментальную и контрольную группу были: 1) показатели школьной успеваемости с сентября по ноябрь 2013 г., 2) общая оценка социализированности и адаптированности ребенка в школе (по данным опроса учителей, логопеда). В контрольную группу были включены 8 мальчиков и 7 девочек, в экспериментальную 10 мальчиков и 5 девочек.

Результаты обследования.

1. Данные наблюдения. Дети ЭГ отличались от детей КГ по следующим показателям: общая умственная работоспособность (они чаще отвлекались, у них наблюдались признаки астенизации и истощаемости); интерес к заданиям (дети ЭГ показали в целом низкую познавательную мотивацию, у них практически не работал мотив «экспертизы»); понимание и удержание инструкции у детей ЭГ было значительно хуже.

2. Результаты тестирования по методике Т.В. Ахутиной оценивались по следующим показателям: итоговый балл (ИБ) – суммарный показатель по всем нейропсихологическим пробам; передний индекс (ПИ) – характеризовал работу передних отделов мозга (процессы саморегуляции и контроля); задний индекс (ЗИ) – характеризовал работу задних отделов мозга (зрительные функции); левый индекс (ЛИ) – работу левополушарных отделов мозга (слухоречевые функции); правый индекс (ПИ) – работу правополушарных отделов головного мозга (симультанный синтез).

Для оценки уровня развития мозговых систем в соответствии с возрастной нормой вычислялись следующие дополнительные индексы по отдельным нейропсихологическим пробам: программирование и контроль деятельности; серийная организация движений; кинестетические функции; слуховые функции; зрительный гнозис; зрительно-пространственные функции [2].

Все индексы вычислялись таким образом, что их нельзя сравнивать друг с другом, но можно сравнить относительные результаты по ним между группами. Результаты проведенной нейропсихологической диагностики в контрольной и экспериментальной группах отражены в таблице 1.

Таблица 1

Усредненные показатели балльных оценок по нейропсихологическим пробам

Название индекса	**Экспер. гр.**	**Контр. гр.**
Итоговый балл	67,71	141,24
Передний индекс	34,25	50,18
Задний индекс	25,84	66,21
Левый индекс	25,55	36,78
Правый индекс	7,30	13,15

Полученные результаты, представленные в таблице, свидетельствуют, что дети экспериментальной группы, с трудностями в обучении, хуже справились со всеми нейропсихологическими тестовыми заданиями. Можно сделать вывод, что проблемы в обучении, которые у них наблюдались, обусловлены недостаточной зрелостью мозговых структур (по сравнению с данными контрольной группы). Наибольшие различия между ЭГ и КГ в следующих показателях: задний индекс выше в 2,5 раза, правый индекс – в 1,8 раза. Различия показателей левого и переднего индекса несколько меньше – приблизительно в 1,5 раза. Известно, что задние отделы мозга (затылочные отделы полушарий) являются центрами зрительного анализатора. Эти отделы непосредственно задействованы в осуществлении письма, поэтому более низкие индексы задних отделов мозга у детей ЭГ объясняют проблемы с письмом у этой группы младших школьников. У многих из них наблюдались симптомы оптической дисграфии: 1) не различение сходных графически рукописных букв: «п-н», «п-и», «с-п», «с-о», «и-ш», «л-м»; 2) трудности в

ориентировке на листе бумаги, в нахождении начала строки, соблюдение строки; 3) колебания наклона и размера букв, раздельное написание букв внутри слов; 4) трудности припоминания букв, их искаженное написание, замена рукописных букв печатными, замена похожих букв (к-н); 5) наличие эффекта зеркальности, т.е. замена З-Е; У-Ч; 6) слитное написание двух слов. Все перечисленные ошибки, с нашей точки зрения были обусловлены слабостью нервной системы при дифференциации мелких (частных) признаков и их объединение в разнообразные целостные структуры, имеющие различное значение в зависимости от конкретного сочетания элементов. Существенные различия проявились и в работе правополушарных функций, отвечающих за симультанный синтез, ориентацию в пространстве. Как показали исследования Т.В. Ахутиной, при нарушении функционирования правого полушария ребенок будет затрудняться соотносить воспринимаемый объект (букву или слово) с вертикальной и горизонтальной координатами, запоминать общее взаиморасположение частей фигуры, объединять в целостный образ близко расположенные элементы [1].

У детей ЭГ также наблюдались заметные отличия в показателях выполнения тестовых проб по левому индексу. В их ответах прослеживались ошибки при фонематическом анализе слов и повторении слогов. При этом ошибки в большей степени были обусловлены инертностью, дефектами концентрации внимания. В целом по всем тестам у детей ЭГ на первый план выступали трудности организации умственных действий (дефекты программирования и контроля), инертность в выполнении интеллектуальных и двигательных проб. Это свидетельствует о функциональном недоразвитии лобных отделов левого полушария мозга, кроме того отмечалась незрелость теменно-затылочных отделов обоих полушарий, проявляющаяся в заданиях на пространственный синтез. В то же время в ходе нейропсихологической диагностики были выявлены и хорошие прогностические признаки – помощь экспериментатора в организации действия улучшала выполнение заданий. Большинство детей ЭГ становились более внимательными, усваивали предложенный способ действия, уменьшались ошибки.

Выводы. Нейропсихологический анализ мозговой организации у детей ЭГ (имеющие трудности в обучении) выявил качественные и количественные различия по сравнению с детьми КГ (хорошо успевающие дети). Эти различия обусловлены недостаточной функциональной зрелостью, прежде всего, теменно-затылочных отделов (преимущественно правого полушария), переднелобных отделов мозга. Нейропсихологическая диагностика является первичным этапом работы с детьми, имеющими трудности в обучении, так как ее результаты позволяют наметить основы компенсирующего обучения с учетом

индивидуально-специфических особенностей мозговой организации ребенка, сильных и слабых сторон его психики. Нейропсихологическая коррекция должна стать вторым этапом компенсирующего обучения, так как она строится на основе учета законов развивающегося мозга, пластичности его структур и широких адаптационных возможностей в формировании ВПФ.

Литература:

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.Н. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб: Питер, 2008. – 320 с.

2. Локалова Н.П. Школьная неуспеваемость: причины, психокоррекция, психопрофилактика: учебное пособие. – СПб, Питер, 2009.– 368с.

3. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. – М., 2012. – 474 с.

4. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая диагностика и коррекции школьной неуспеваемости // Нейропсихология сегодня / Под ред Е.Д. Хомской. – М., 1995. С. 154-160.

Казарова Т.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: к.психол.н. Бакунова И.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

По статистическим данным с каждым годом отмечается неуклонный рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в коррекционно-педагогической помощи, которая должна осуществляться на всех этапах развития ребенка. Вследствие наличия у ребенка нарушений в развитии (нарушения зрения, слуха, функций опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы и т.д.) происходит его «выпадение» из социокультурного общеобразовательного пространства.

Наряду с «утяжелением» состава школьников с ОВЗ обнаруживается и противоположная тенденция. Масштабное практическое применение научных достижений в сфере медицины, техники, цифровых технологий, специальной психологии и коррекционной педагогики приводит к тому, что часть детей с ОВЗ к семи годам достигают близкого к норме уровня психического развития, что ранее наблюдалось в единичных случаях, а потому считалось исключительным.

Часть наиболее «благополучных» детей с ОВЗ «уходит» из специального образовательного пространства в общеобразовательное.

На фоне перемещения части наиболее «благополучных» детей с ОВЗ в массовую школу, в специальной школе растет доля детей со сложной структурой нарушения развития, которые особенно нуждаются в получении условий для реализации своего права на образование, специальной психолого-педагогической помощи.

Согласно «Словарю русского языка» сопровождать — значит следовать рядом, вместе с кем-либо в качестве спутника или провожатого. То есть, под психологическим сопровождением ребенка с ограниченными возможностями можно подразумевать движение вместе с изменяющейся личностью ребенка, рядом с ней, своевременное указание возможных путей оптимального развития, при необходимости — помощь и поддержка.

Отечественная практика обучения детей с различными нарушениями в развитии показывает, что вовремя начатое и грамотно построенное коррекционно-развивающее обучение позволяет скоррегировать имеющиеся и предупредить дальнейшее появление отклонений в развитии вторичной и третичной природы, что позволяет значительно снизить степень социальной недостаточности, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество.

Целью психологического сопровождения специальной (коррекционной) школы является создание системы психолого-педагогических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме (школе, в семье, медицинском учреждении и т.п.).

Психологическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) можно рассматривать как комплексную технологию психологической поддержки и помощи ребёнку, родителям и педагогам в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации со стороны педагога-психолога.

Основными сферами деятельности педагога-психолога в системе медико-социально-психолого-педагогического сопровождения специальной (коррекционной) школы являются:

– психологическое сопровождение развития и обучения учащихся;

– психологическое сопровождение педагогического коллектива;

– психологическое сопровождение родителей (лиц, их заменяющих) обучающихся[3].

По инициативе родителей (законных представителей), специалистов образовательных учреждений дети и подростки с ОВЗ обследуются на психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Специалистами ПМПК проводится экспертиза уровня развития ребенка, предполагающая

систематизацию сведений о виде, структуре и динамике отклоняющегося от нормального онтогенеза развития, включающая прогноз развития.

На основании результатов экспертизы уровня развития обучающегося осуществляется проектирование условий обучения детей с ОВЗ в образовательном пространстве. Специалисты ПМПК выносят коллегиальное заключение и рекомендуют, по какой образовательной программе ребенку обучаться дальше.

Развитие ребенка, имеющего диагноз, идет по особому пути, отражающему влияние неблагоприятных социально-психологических факторов, когда они накладываются на раннее поражение центральной нервной системы и на процесс развития в целом (физический рост, созревание центральной нервной системы, формирование психики, социально-бытовых понятий и т.д.).

Психологическое сопровождение в специальной (коррекционной) школе – динамический процесс, целостная деятельность всех субъектов образования, куда включены взаимосвязанные компоненты:

- систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса ребёнка, динамики его психического развития в процессе обучения;
- создание социально-психологических условий для личности каждого ребёнка, успешности его обучения (базовый образовательный компонент);
- создание специальных социально-психологических условий для сопровождения и помощи в развитии детям с ОВЗ (в рамках специального образовательного компонента)[2].

К основным направлениям деятельности педагога-психолога относятся:

- диагностическая деятельность;
- консультативная деятельность;
- коррекционно-развивающая работа;
- экспертная работа;
- организационно-методическая деятельность;
- просветительская работа;
- психопрофилактика.

Таким образом, проблема психологической поддержки детей с ограниченными возможностями здоровья приобретает все большую актуальность в связи с ежегодным ростом числа детей с особыми образовательными потребностями, нуждающейся в квалифицированной помощи ряда специалистов.

Литература:

1. Евмененко Е.В., Борозинец Н.М. Преддошкольное образование детей с отклонениями в развитии: проблемы и перспективы//Вестник СГПИ. – 2007.–№10.
2. Психологическая служба школы /Под ред. И.В. Дубровиной – М., 1995.
3. Система образования для детей с проблемами в здоровье/ Под ред. Л.Е. Курнешовой – Центр «Школьная книга», 2008.
4. Ульенкова У.В. Психологические особенности детей с проблемами в развитии. – СПб.: Питер, 2007.

Клеменчук С.П., Чичухин Р.О., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

ТАНЕЦ КАК СРЕДСВО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

С каждым годом численность детей-инвалидов в России увеличивается в 12 раз. Только в нашей стране примерно 0,6 млн. семей с детьми-инвалидами. Однако по прогнозам, в течение ближайших десяти лет численность их достигнет около 1,2 – 1,5 млн. Исследования возрастного состава детей-инвалидов показывает, что самой многочисленной является возрастная группа 10 – 14 лет (47%); на втором месте – дети 5 – 9 лет (29%); на третьем – дети в возрасте 0 – 4 года (14%). Возрастной пик увеличения количества детей-инвалидов до 14 лет, когда выявляются заболевания, ведущие к ограничениям возможностей ребенка.

Основные причины роста численности детей-инвалидов в России связаны с неблагоприятными и социально-экономическими условиями, которые сказываются на: падении уровня жизни населения и его благосостояния; низком уровне экологической обстановки в мегаполисе; безработице; резком сокращении потенциала здоровья новорожденных; ухудшении репродуктивного здоровья родителей; утрате культуры здорового образа жизни.

Как считают специалисты, реабилитация детей-инвалидов должна начинаться на самых ранних стадиях болезни, осуществляться непрерывно до достижения в минимально возможные сроки максимального восстановления или компенсации нарушенных функций. В индивидуальных комплексных программах реабилитации детей-инвалидов должны быть отражены не только основные аспекты реабилитации (медицинский, психологический, педагогический, социальный, социально-бытовой), но и развития в области образования, воспитания и культуры.

В реабилитологии культура – это отрасль, человеческой деятельности, которая, может оказать влияние (по принципу

возделывания), изменить образ жизни, состояние и положение человека в обществе.

Как отмечает Галкин Н.Н., культура – это отрасль человеческой деятельности оказалась недоступной или мало доступной для инвалида. С одной стороны, в силу неадаптированность культурных учреждений, с другой, ввиду её дороговизны в первую очередь для инвалида [1].

Вместе с тем именно культура может изменить многое в его жизни. Культурная деятельность оказывает положительное воздействие на духовную сферу и может преобразить человека. Инвалид, лишенный возможности нормального общения, испытывающий физические, и нравственные страдания, обретет в культуре и через культуру поддержку и опору в себе и обществе.

Адаптивная физическая культура и спорт инвалидов, способствующий полноценному раскрытию физических возможностей, которые позволяют испытать чувство радости, полноты жизни. Человек, имеющий отклонения в физическом развитии, с помощью спорта получает возможность самореализоваться, совершенствоваться как личность, расширить социальные контакты. Занятия по физической культуре направлены на коррекцию дефектов физического развития и моторики, укрепление здоровья, на выработку жизненно необходимых двигательных умений и навыков. Все это позволит повысить уровень адаптивной работы и обеспечит успешную социализацию и полноценное участие в жизни общества детей с ограниченными возможностями.

Одним из видов спорта является спортивный танец на колясках. Танец – это синтезированный вид искусства, который направлен на всестороннее развитие человека. Как показывает практика, основой в танце является не только передвижение ног по паркету, а чувственное исполнение всех технических элементов, передать телом его внутреннее наполнение.

Вот уже многие тысячелетий танец развивается и выстраивается в специфические направления, в основе которых лежат непреодолимые стремления человека к ритмичному движению, потребность выражению своих эмоций, средствами пластики, гармонично связывать движения и музыку.

В танце нагрузка на организм равномерно распределяется на все группы мышц, а также реализуются задачи эстетического и духовного развития детей, что особенно важно в существующем положении состояния здоровья подрастающего поколения. Развитие двигательных навыков, оказывают существенные изменения, мобилизацией, активности физиологических функций человеческого организма: кровообращения, дыхания, нервно-мышечной деятельности. Осознание возможностей своего тела способствует воспитательным задачам и формирует

уверенность в себе, предотвращает появление различных психологических комплексов.

Безусловно, что содержание, идея и внешняя форма неразрывно связаны и составляют единое целое: «произведения выразительных искусств не создают подобий предметов, картину жизни не связаны с объективным миром, не отражают его. Выражают в своей форме и окраске определенные переживания, воплощают в себе человеческое мироощущение – понимание и оценку жизни» [2].

Формирование чувства ритма является основной составляющей танца, так как он соединяет отдельные танцевальные мотивы в единое целое и создает ассоциации, идею танца, переходящую в формировании художественного образа. Поль Валерии (фр. поэт, эссеист и философ) считал, что «…задача танца в том, что создать и, возбуждая поддерживать определенное состояние посредством периодического движения, которое порождается и регулируется слуховыми ритмами». «Каждое танцевальное произведение представляет строгую последовательность элементов, длящихся приблизительно равное время – тактов. Каждый такт соотносим, соизмерим с предыдущим и последующим, и такое повторение сходных элементов проходит через произведение, выступая как организующая все в единое целое сила» [3].

По словам Б.В. Асафьева, «танец является языком тела. И если мы не можем что-то предать словами, то показать это в динамике собственного тела, через его пластику гораздо легче». В связи с этим танец для инвалидов – это мышление, а не просто физическое усилие.

Формирование у инвалида умения воспроизводить средствами танца эмоциональное состояние и настроение души, доносить его до зрителя с помощью движений и музыки, а также поиск способов их выражения с помощью жестов, рисунка танца, костюма, мимики – основная задача танца на колясках, которая позволяет обеспечить соматопсихическое здоровье детей и обеспечить процесс гармонизации.

Так появился спортивный танец на колясках, который пользуется популярностью. Первые официальные международные соревнования состоялись в Швеции в 1997 г. Это был чемпионат Европы. Так в 1998 году появились танцы на колясках, как вид спорта, был зачислен в список Международных Паралимпийских игр. Первый чемпионат мира был организован в Японии в 1998 г. Сегодня более чем 5 500 танцоров из 40 стран мира (4000 – в колясках и 1500 партнеров – не в колясках) участвуют в этом танцевальном виде спорта, как на любительском уровне, так и на соревновательном.

Таким образом, благодаря танцу и его широкому спектру средств и силы их воздействия на человеческий организм, дети-инвалиды могут заниматься в разных стилях – бальный (латиноамериканская и европейская

программа), народный (например, square dance – кадриль, round dance – хоровод), современный танец, а также балет и при этом чувствовать себя полноценными, реализованными личностями в своем обществе.

Литература:

1. Галкин Николай Николаевич. Социокультурная реабилитация детей-инвалидов средствами изобразительного искусства: Дис. канд. культурологических наук: 24.00.01. – Краснодар, 2004. – 181 с.

2. Фокина Елена Николаевна. Хореография в общеобразовательной школе как средство гармонизации развития личности: Дис. канд. пед. наук: 13.00.01.– Тюмень, 2002. – 195 с.

3. Щугарева, И.Н. Развитие творческих способностей детей средствами танцевальной культуры. /И.Н.Щугарева// Непрерывное образование: региональный аспект: Материалы конференции. – Ростов н/Д: ИПО ПИ ЮФУ, 2007. – С.197-200.

Крутько А.А. г., Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Шаповаленко З.И.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ЛИЧНОСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Проблема социальной тревожности является одним из феноменов современной действительности, обусловленных социально-экономическими событиями, происходящими в мире и отдельно взятой стране. В настоящее время увеличилось число людей, отличающихся повышенным беспокойством, тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, неуверенностью в себе и агрессивностью.

Тревожность – это состояние целесообразного подготовительного повышения сенсорного внимания и моторного напряжения в ситуациях возможной опасности, обеспечивающее соответствующую реакцию на страх [5].

Различают тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности или темперамента. В отечественной психологии это различение зафиксировано соответственно в понятиях «тревога» и «тревожность». Последний термин, кроме того, используется и для обозначения явления в целом.

В отечественной и зарубежной психологии изучением тревожности у детей занимались ученные: А. И. Захаров, В. Р. Кисловская, Б. И. Кочубей и Е. С. Новикова, А. М. Прихожан, М.И. Чистякова М. Аворд Р. Тэммла, М. Дорне, В. Амена, В.М. Астапов.

Повышенная тревожность является одним из наиболее часто встречающихся эмоциональных расстройств. Все люди в своей жизни испытывают тревогу – смутное, неприятное эмоциональное состояние,

характеризующееся наличием дурных предчувствий, напряжения, беспокойства. Эмоция тревоги выполняет функцию сигнализации об опасности или неудачи в будущем и побуждает организм к поиску и конкретизации этой опасности.

В определенном возрасте и в определенных ситуациях возникновение тревоги, с точки зрения А.М. Прихожан, является вполне закономерным и нормальным явлением. Например, младенцы испытывают тревогу, когда их отлучают от матери, поскольку с матерью связана сама возможность их жизнедеятельности. Маленькие дети боятся находиться одни в темной комнате, поскольку мир кажется им полным опасностей, к которым они чувствуют себя неподготовленными. Школьники и студенты боятся экзаменов, на которых они могут получить неудовлетворительные отметки [4].

Тревога всегда возникает, когда человек делает что-то важное, и в определенной степени она помогает действовать в угрожающих ситуациях более эффективно. Личности, относимые к категории «высокотревожных», склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма напряженно, выраженным состоянием тревожности.

Поведение повышенно тревожных людей в деятельности, направленной на достижение успехов, имеет, по мнению Д. Майерса, следующие особенности:

1. Высокотревожные индивиды эмоционально острее, чем низкотревожные, реагируют на сообщения о неудаче.

2. Высокотревожные люди хуже, чем низкотревожные, работают в стрессовых ситуациях или в условиях дефицита времени, отведенного на решение задачи.

3. Боязнь неудачи – характерная черта людей с высоким уровнем тревожности. Эта боязнь доминирует над стремлением к достижению успеха.

4. Для высокотревожных людей большей стимулирующей силой обладает сообщение об успехе, чем о неудаче.

5. Личностная тревожность предрасполагает индивида к восприятию и оценке многих, объективно безопасных ситуаций как таких, которые несут в себе угрозу и пр. [2].

В последнее время тревога и страх становятся основными эмоциями, переживаемыми человечеством. Они провоцируют развитие различных психопатологических состояний, которые, с очевидностью, являются по своей природе социальными болезнями. Некоторые люди рождаются со склонностью к тревожным состояниям. Но, как правило, высокий уровень тревожности формируется в неблагоприятном угрожающем окружении, особенно если угроза сохраняется долгое время. Такая тревога называется

социальной тревогой. И тогда хроническая тревога, как указывают Э. Пайнс и К. Маслач, может стать фактором, вызывающим и обостряющим развитие многих заболеваний, на фоне которых состояние тревоги еще более усиливается. Известно, что она сопровождает многие психические болезни [3].

Социальная тревожность – это состояние страха, неуверенности, тревожности личности перед явлениями социальной действительности, в условиях современного развития общества [2].

В теории самопрезентации (Баррри Шлепке, Марк Лири) утверждается, что подтекст социальной тревоги прост: мы чувствуем тревогу, когда хотим произвести впечатление на других, но сомневаемся в своих способностях сделать это. Поэтому наибольшую тревогу мы проявляем, когда:

- общаемся с влиятельными людьми, чье мнение имеет для нас особое значение;
- когда нас кто-то оценивает;
- когда мы испытываем смущение, неловкость;
- когда мы находимся в новых неструктурированных ситуациях и т. д. [6].

К факторам, обуславливающим рост социальной тревожности, так же относятся: террористические акты, нестабильность в развитии общества, состояние одиночества, «нездоровая» психология окружающей среды, материальное неблагополучие, нарушение социального согласия в обществе и т.д.

В настоящее время феномен социальной тревожности вызывает интерес ученых в зарубежной психологии. Социальная тревожность предполагает вид тревожности, который возникает при социальном взаимодействии с другими людьми. Это понятие довольно широкое и включает в себя ряд явлений – от наиболее мягкой формы – застенчивости до серьезного расстройства – социальная фобия.

Филипп Зимбардо – известный американский психолог, профессор Стэндфордского университета провел социально-психологический анализ застенчивости, где раскрыл ее роль в процессе общения между людьми [2].

Известно, что застенчивость – это явление всеобщее и широко распространенное. Застенчивость, действительно скрытая личная проблема, принимающая размеры настоящей эпидемии, и поэтому ее с полным основанием можно назвать социальным заболеванием.

Составными характеристиками застенчивости, по мнению К. Изарда, являются:

- внешнее поведение человека, сигнализирующее другим «Я застенчив»;

- физиологические симптомы беспокойства, например, красное от волнения лицо и т. д.;

- внутренние ощущения неловкости и смущения, перед которыми отступают все остальные чувства [1].

Застенчивость, как правило, сопровождается негативными переживаниями одиночества, тревожности и депрессий. Она может быть душевным недугом, калечащим человека не менее чем самая тяжелая болезнь тела.

С эмоцией тревоги связано чувство страха. Страх является предметно конкретизированной формой сильной тревоги, возникающей на присутствующий в настоящий момент объект.

Социофобия (социальная тревога) концентрируется вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих людей в сравнительно маленьких группах, или в ограниченном пространстве (например, в школьном классе).

Люди, страдающие социофобией, боятся обнаружить собственную некомпетентность или недостаточность в присутствии других людей, опасаются «позора» или замешательства, характеризующего их как «неумелых» партнеров. Поэтому они, как подчёркивает Д. Майерс, не любят публичных выступлений, встреч с незнакомыми людьми (не входящих в узкий круг семьи или близких коллег) [2].

Дети с социофобией, часто отказываются отвечать урок в классе или работать у доски. Они более замкнуты, чем окружающие дети, остро реагируют на критику и осуждение. Им тяжело посещать занятия в школе, участвовать в общественных мероприятиях, усваивать навыки социального взаимодействия.

Одним из наиболее распространенных определений социализации является процесс вхождения в социальную среду, приспособления к ней. Понятие социализация тесно связано с понятием адаптация (приспособление). Тревожность попадания в новую социальную среду является центральным понятием определения социальная тревожность. Боязнь перед публичными выступлениями, в основе которых лежит страх оценки со стороны других людей, страх критики является следствием неуверенности в себе, нерешительности, волнением что-то сделать не верно. Все это проявляется на физиологическом уровне в виде: повышенной возбудимости, повышенном потоотделении, позыву витальных потребностей и т.д. Как правило, ребенок с социальной тревожностью, по мнению А.М. Прихожан, видит причину в отказе от публичных выступлений именно в проявлении вышеуказанных физиологических проявлений, не вникая в состояние психологической напряженности и дискомфорта [4].

Психологические взаимоотношения со средой влияют на социальное благополучие людей, на повышение или снижение уровня социальной тревожности, вызванных природными факторами.

Таким образом, социальная тревожность, как феномен современной действительности базируется на личностной характеристике личности – тревожности. В целом можно констатировать, что социальная тревожность – это состояние страха, тревоги, дискомфорта личности, вызванного явлениями социальной действительности в условиях современного развития общества, которые оказывают негативное влияние на ее развитие, социализацию и принятие человека обществом.

Литература:

1. Изард К. Психология эмоций. – СПб., Питер, 2006.
2. Майерс Д. Социальная психология. 7-е издание. – СПб., Питер, 2012.
3. Пайнс Э., Маслач К. Практикум по социальной психологии. – СПб., 2000.
4. Прихожан А.М. тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М., 2000.
5. Психологический словарь / Под ред. В.Н. Копорулина и др. – Ростов-на-Дону, 2003.
6. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб., 1997.

Малиновская В.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Ершова В.В.

ЗНАЧИМОСТЬ ДАКТИЛЬНОГО АЛФАВИТА

Дактилология – своеобразная форма речи (общения), воспроизводящая посредством пальцев рук орфографическую форму слова речи, поскольку использует дактильную азбуку. Тем самым дактилология сочетает в себе признаки как устной речи, поскольку используется для оперативного общения, так и письменной, поскольку имеет форму последовательности знаков в соответствии с нормами орфографии.

Элементы дактильной азбуки аналогичны буквам письменного языка. Она используется, если говорящий не владеет специальной азбукой.

Дактилемы (буквы из дактильного алфавита) – различные положения пальцев воспроизводят знаки, функционально аналогичные буквенному алфавиту; и по очертанию многие из них отдалённо напоминают буквы печатного шрифта (в частности, «о», «м», «г», «ш»). Каждое положение пальцев при этом означает букву [2, 4].

Процесс общения на дактиле (дактилология) происходит таким образом, что говорящий показывает буквы на дактиле, а воспринимающий следит за движением руки визуально. Если же зрение человека не

позволяет ему видеть знаки, и он воспринимает их осязательно, то такое общение называется дактильно-контактной речью (ДКР). Если же при общении со слепоглухими людьми на ладони другого человека пальцами воспроизводят очертание букв, то это уже не дактилология, а письмо на ладони, или так называемая дермография[1].

В настоящее время в мире существует более 40 таких алфавитов и систем. Количество знаков в «пальцевом алфавите» зависит от знаков в алфавите языка, хотя не всегда они равны. В России, к примеру, 30 знаков передают 33 буквы кириллицы. В Китае 30 знаков передают символы фонетического алфавита «пиньинь», которым пользуются в наше время.

В русской дактильной азбуке (как, впрочем, и во многих других дактильных алфавитах) дактилемы воспроизводят буквы. Поэтому, естественно, общаясь при помощи дактильной речи, разговаривающие следуют правилам письменной формы речи, иначе говоря, нормам орфографии русского языка. В то же время дактилирование обязательно сопровождается устной речью. Произношение дактилируемых слов и словосочетаний должно соответствовать орфоэпическим нормам [2, 3].

На первых порах расхождение орфографических и орфоэпических норм, свойственное русскому языку, затрудняет общение при помощи дактильной речи. Специальные тренировочные упражнения позволяют преодолеть возникающие трудности.

Дактильная речь обращена, как правило, к глухому собеседнику, который воспринимает зрительно дактилирование и зрительно же (или слухо-зрительно) устную речь говорящего. Это необходимо учитывать. Дактилирующая рука должна быть расположена таким образом, чтобы глухому было хорошо видно лицо партнера, его губы. Обычно дактилируют правой рукой, кисть которой находится на уровне плеча говорящего.

Четко дактилируя каждую дактилему (чтобы не смешивались при восприятии сходные дактильные буквы), говорящий в то же время дактилирует слово как целостную речевую единицу, плавно переходя от предыдущей дактильной буквы к последующей. Слитность дактилирования обеспечивается тем, что опускаются лишние движения [4].

Дактильной речью пользуются глухие в межличностной коммуникации, а также слышащие – в общении с глухими; реже – глухие, разговаривая со слышащими.

Как часто прибегают к дактилологии глухие, беседуя друг с другом, зависит от разных обстоятельств: от коммуникативной ситуации, возраста, уровня развития жестовой и словесной речи, в том числе от состояния навыков произношения и восприятия устной речи.

Хотя пальцевые алфавиты могут служить довольно приемлемым средством общения, ни один из них не предусматривает заглавных букв, знаков пунктуации или знака пробела между словами. Использование таких алфавитов также ограничено по части передачи названий и имён, иностранных слов и слов, выражающих эмоции; если только оба собеседника не знают хорошо, о чем идёт речь [1].

При использовании дактилологии овладение письменными нормами речи значительно облегчается. Усвоенная детьми дактильная речь может быть использована в качестве первой речевой формы (до овладения устной и письменной формами речи). Может использоваться как основное средство обучения словесной речи в специализированных учебных заведениях. В старших классах этих заведений менее употребительно [3].

В современной отечественной системе обучения и воспитания детей с недостатками слуха дактильная речь используется, начиная с дошкольного возраста, наряду с устной и письменной речью – основными средствами сурдопедагогического процесса. Говоря о функциях дактильной речи, отметим, что глухие школьники, дети младшего возраста, овладевая дактильной речью, широко используют ее, общаясь друг с другом. Сопровождая дактилированием устную речь, дети прочнее запоминают звуко-буквенный состав слова и облегчают одноклассникам слухо-зрительное восприятие их речи. В условиях непринужденного неофициального общения со сверстниками и взрослыми неслышащими глухие, как правило, пользуются жестовой речью. Однако, используя жестовую речь, они включают в свои жестовые высказывания дактилируемые слова и словосочетания, например некоторые имена собственные, научные термины и т. д. [1, 2, 3].

Слышащие люди (многие родители и родственники глухих, их друзья, учителя и переводчики) в общении с глухими достаточно часто пользуются дактильной речью.

Если собеседник не разобрал произнесенного слова, глухой, повторяя сказанное и стремясь помочь учителю или родителям понять сообщение, нередко дактилирует это слово. Таким образом, дактильная речь оказывается включенной в коммуникативную деятельность глухих, в общение глухих и слышащих [4].

Дактилология позволяет накапливать словарный запас, овладевать грамматическим строем речи, усваивать звукобуквенный состав слова. Она позволяет лучше усваивать звукобуквенный состав слова. Дактильная речь дает возможность лучше усваивать произношение отдельных слов, отдельных звуков. Показ какой-либо буквы способствует актуализации звука. Дактильная речь позволяет быстрее овладеть письменной речью, т.к. она передает слова в формирование словесной речи.

В школе дактильная речь выполняет вспомогательную функцию, т.е. употребляется в тех случаях, когда необходимо продактилировать новое слово или же, когда нужно произносить незнакомые слова или сложные для прочтения с губ. Дактилируется окончание слов, предлоги. На уроке дактильная речь используется как вспомогательное средство. Дети или школьники постоянно сопровождают свою речь дактилологией [1, 3].

Таким образом, речь дактильная – речь, воспроизводящая слова при помощи дактильных букв, то есть определенных конфигураций пальцев и их движений.

Литература:

1. Бестужева Е. Невербальные средства коммуникации: [дети с ОНР] // Дошкольное воспитание. – 2007. – №5.

2. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 031600-Сурдопедагогика, 031900-Спец. психология, 032000-Спец. дошк. педагогика и психология / Богданова Т. Г. – М.: Академия, 2002.

3. Екинцев В. И. Роль невербальной коммуникации в становлении личности / Екинцев В. И.// Психология обучения. – 2008.

4. Зайцева Г. Л. Жестовая речь. Дактилология: учебник для студ. вузов / Зайцева Г.Л. – М.: ВЛАДОС, 2004.

Малюта Е.Н.,* г. *Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Слюсарева Е.С.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Проблема готовности к школе изучается достаточно долгое время, однако не утратила своей актуальности в силу ряда факторов: во-первых, ежегодного увеличения количества детей, имеющих разную степень и характер нарушений в психическом и психофизическом развитии; во-вторых, возросшими требованиями к уровню подготовки современного школьника.

Особую значимость приобретают вопросы готовности детей старшего дошкольного возраста к школе в условиях изменения законодательной базы, переходом оценки результатов в виде знаний, умений и навыком на оценку компетенций, введением ФГОС дошкольного образования, которое рассматривает как самостоятельный уровень в системе образования ребенка.

В связи с этим можно отметить и изменения в определении содержания такого сложного явления, как готовность к школе, так и в структурных компонентах, входящих в это многокомпонентное образование.

В отечественной психологии проблема готовности к школе проанализирована в работах Л.С. Выготского, Л.И. Божович, Л.А. Венгер, Д.Б. Эльконина, Н.В. Нижегородцевой, В.Д. Шадрикова, М.Безруких и др. Различия психологических подходов к решению проблемы готовности определяется тем, что разные авторы (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.Л. Венгер, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, Н.И. Гуткина, У.В. Ульенкова и др.) выделяют в качестве ведущих характеристик психической деятельности дошкольника разные показатели [2].

Анализ дефиниции «готовность» позволяет определить ее как сложное системное образование, сущность которого рассматривается в непосредственной связи с формированием, развитием и совершенствованием психических процессов, состояний, свойств и качеств личности, необходимых для успешного выполнения деятельности.

Психологическая готовность к обучению – понятие многоаспектное: оно предусматривает не отдельные знания и умения, а комплексную готовность основных психических сфер ребенка: мотивационной, волевой, интеллектуальной, социальной. На это указывают ряд исследований ученых, занимающихся данной проблемой: Н.Н. Гуткиной, Р.В. Овчаровой, М.И. Безруких, Л.А. Венгер, В.В. Холмовской, Е.А. Пашко, А. Анастази, М. Шванцара, Л.И. Божович, А.И. Запорожец, Н.В. Нижегородцевой, В.Д. Шадрикова и др. Готовность к школе рассматривается как интегральная характеристика морфофункционального, психологического, когнитивного и социального развития ребенка.

Психологическая готовность представляет собой, по мнению М. Шванцара, достижение такой степени в развитии, когда ребенок становится способным принимать участие в школьном обучении. В качестве компонентов школьной готовности выделяется умственный, социальный и эмоциональный компонент.

Н.И. Гуткина отмечает, что под психологической готовностью к школьному обучению понимается необходимый и достаточный уровень психологического развития ребенка для усвоения школьной программы при определенных условиях обучения [1].

В свою очередь, Н.В. Нижегородцева и В.Д. Шадриков, занимаясь исследованием проблемы школьной готовности в настоящее время, с учетом увеличения количества детей, имеющих хронические и острые заболевания, имеют в виду такой уровень физического, психического и социального развития ребенка, который необходим для успешного усвоения школьной программы без ущерба для его здоровья. Соответственно, понятие «готовность к обучению в школе» включает: физиологическую, психологическую, социальную или личностную

готовность, которые являются не разными видами готовности, а разными сторонами ее проявления в различных формах активности [5].

Таким образом, психологическая готовность – готовность к усвоению определенной части культуры, включенной в содержание образования в форме учебной деятельности; представляет собой сложное структурно-системное образование, которое охватывает все стороны психики и включает в себя: личностно-мотивационную и волевую сферы, элементарные системы обобщенных знаний и представлений, некоторые учебные навыки, способности и др. Это не сумма изолированных психических качеств и свойств, а их целостное единство, имеющее определенную структуру. Учебно важные качества, входящие в структуру готовности, образуют сложные взаимосвязи и оказывают неодинаковое влияние на успешность школьного обучения (Н.В. Нижегородцева, В.Д. Шадриков) [5].

Исследования тифлопсихологов и тифлопедагогов, среди которых особо необходимо выделить работы М.И. Земцовой, Т.П. Свиридюк, Л.И. Солнцевой, показали, что у детей с нарушениями зрительных функций наблюдается отставание во всех вышеобозначенных компонентах готовности к школе: физиологической готовности, что проявляется в быстро наступающей утомляемости, соматической ослабленности ребенка, повышенной истощаемости, на фоне которой отмечается пресыщаемость деятельностью [3.4].

Имеющееся вследствие зрительного дефекта затруднения в восприятии предметов, процессов и явлений действительности, в оценке направления, расстояния, величины предметов и т. п., которые испытывают дети, снижают возможности их полноценного сенсорного и интеллектуального развития (Л. И. Солнцева, В. П. Ермаков, Л. С. Волкова, Л. И. Плаксина и др.) и обуславливают своеобразность формирования психологической готовности к школе детей с нарушениями зрения [3].

Причины низкой психологической готовности детей с нарушениями зрения к школе можно объяснить следующими факторами:
- психофизическими особенностями развития ребенка;
- излишней опекой этих детей в семье и детском саду (преобладающий стиль воспитания – гиперопека);
- недостаточной коррекционной направленностью занятий с детьми (недостаточный учет индивидуальных особенностей каждого ребенка, нерегулярность, бессистемность коррекционного воздействия и др.)
- недостаточной сформированностью произвольных психических процессов;
- повышенной эмоциональной ранимостью, обидчивостью, конфликтностью, напряженностью, неспособностью к пониманию

эмоционального состояния партнера по общению и адекватному самовыражению.

Имеются специфические особенности и в формировании социальной (личностной) готовности, связанной с мотивационной готовностью ребенка к принятию новой для него социальной роли школьника. Исследования Т.П. Свиридюк, основанные на наблюдении за поведением слабовидящих детей, показывают, что значительная их часть детей не включается в общение с педагогом, если он обращается не персонально к ребенку, а ко всему классу в целом [4]. Такие дети в течение первого года, а иногда и дольше не принимают участия в коллективной работе на уроке, когда учитель объясняет материал или проверяет его понимание детьми. Они часто повторяют ошибки товарищей даже после того, как они были исправлены учителем.

Таким образом, анализ литературы по проблеме показал наличие специфических особенностей процесса формирования готовности к школьному обучению у детей с нарушением зрения, наличие специфических особенностей формирования каждого компонента готовности к школьному обучению. Данные особенности необходимо учитывать при построении процесса подготовки к обучению в школе детей с нарушением зрения.

Литература:

1. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. – М., 2000.
2. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. – М., Педагогика, 1991.
3. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. – М., 2000.
4. Свиридюк Т.П. Подготовка слабовидящих детей к школе. – НИИ педагогики УССР, Рад. школа, 1994.
5. Шадриков В.Д., Нижегородцева Н.В. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе. – М., 2001.

Марченко А.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.вет.н., доцент Тинькова Е.Л.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ РЕБЁНКА, СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Одной из серьёзных проблем современности является увеличение количества больных сахарным диабетом (СД), в том числе детей и молодых людей. В последнее время распространенность СД приобрела характер пандемии, охватившей многие государства мира, в том числе и Россию. На 2010г. в нашей стране насчитывается 3163,3 тыс. пациентов с данным заболеванием. Из них дети с СД составляют 16 654, подростки – 9 106 человек. Учитывая динамику заболеваемости и смертности за

последние 10 лет, демографические особенности России, к 2030 году число зарегистрированных больных может возрасти до 5,81 млн. человек.

Особенностью большинства хронических соматических заболеваний (в том числе и диабета) является то, что развитие телесной патологии сопровождается комплексом психологических нарушений, яркость проявлений которых зависит от индивидуально-психологических особенностей человека, эмоционально-волевого, личностного, коммуникативного факторов [8, с. 5-8].

Сахарный диабет, как системное, хроническое заболевание создает особую жизненную ситуацию, существенно трансформирующую характер взаимоотношений человека с миром. Меняется семейный, профессиональный статус больного, восприятие человеком своего места в социальном мире, появляются новые социальные связи (с медицинским персоналом, другими больными), обедняются или исчезают прежние. Особого внимания заслуживают подобные изменения в том случае, если хроническое заболевание возникает у ребенка [3, с. 19-24]. Выделяют две формы СД: инсулинозависимую (1 тип) и инсулиннезависимую (2 тип). 1 тип СД возникает чаще всего в детском и юношеском возрасте, 2 тип – в среднем и позднем. [6, с. 22-24].

По данным клинических наблюдений, СД у детей протекает значительно тяжелее, чем у взрослых. Пик заболеваемости СД у детей приходится на ранний пубертатный период, который характеризуется гормональным всплеском и перестройкой в деятельности всех органов и систем. Ранимость организма в этот период максимальна как с физиологической точки зрения, так и с психологической.

Высокая распространенность, хронические осложнения, необходимость соблюдения ежедневных медицинских процедур, преждевременная смерть в молодом возрасте – все это заставляет рассматривать СД у детей как актуальную проблему не только современной медицины, но и педагогики и психологии.

В литературе отмечено, что дети с СД имеют особенности эмоциональной сферы и поведения в виде изменения настроения с преобладанием депрессии, молчаливости, апатии, мнительности, подозрительности, несдержанности, недостаточной мотивации поступков и конфликты с окружением [2, с. 5-9; 3, с. 9-11]. Внутренняя картина болезни (ВКБ) у детей с СД формируется по гипернозогнозическому типу [6, с. 34]. Эмоциональный аспект их ВКБ характеризуется высоким уровнем тревожности [1,с. 14-16; 7,с. 4-7]. Уровень тревоги и депрессии у детей и подростков с СД — основные факторы, препятствующий достижению адекватного гликемического контроля. У детей препубертатного возраста с СД обнаруживались трудности в сфере межличностных отношений. В.А. Вечканов (1973) считал, что

сенситивность, эмоциональная инертность и интравертированность составляют основу преморбида детей с СД.

Основой для материальной и психологической поддержки ребёнка в этой сложной ситуации становится семья. Диагноз СД создает совершенно новую жизненную ситуацию как для детей, так и для родителей. Для ребенка заболевание СД оказывается ситуацией фрустрирующей, не позволяющей удовлетворять актуальные для него потребности [7,с. 34-36]. Родители, на которых ложится ответственность за оказание помощи и поддержки больным детям, оказываются в состоянии острого или хронического стресса [1, с. 6-9]. Матери заболевших детей переживают СД как «кризис». Вследствие этого у них может развиться посттравматическое стрессовое расстройство. В изучении семьи, имеющей ребенка с СД, акцент делают на характере семейных взаимоотношений и их влиянии на течение заболевания [1,с. 5-10; 3,с.8-11; 7,с.9-11]. Невнимание матери к ребенку, отсутствие заботы о нем негативно сказываются на течении СД, приводя к его декомпенсации. С другой стороны, созависимое поведение матери, связанное с удовлетворением всех желаний ребёнка и отсутствие запретов также препятствует формированию у детей средств психологической саморегуляции и обусловливает худшее течение СД. Специалисты отмечают, что родительское воспитание, не способствующие нормальной адаптации детей и подростков с СД, напрямую связано с доминирующей гиперпротекцией и эмоциональным отвержением.

По мнению И.М. Никольской, одной из главных причин гипоопеки является неразвитость у матерей родительских чувств, неумение или нежелание отдавать свои силы и время ребенку, что обусловлено, в свою очередь, эгоцентрическими чертами личности матерей и отсутствием любви к ребенку вплоть до его эмоционального отвержения. Вероятно, наличие упомянутых особенностей отношения матери к ребенку должно обусловливать неблагоприятное течение СД у него [1,с.54-58].

Как утверждает И.В. Добряков, при высокой гиперпротекции у детей плохо развита саморегуляция. Дети постоянно находятся в поле внимания родителей, регулирующих все стороны их жизнедеятельности, в том числе гликемический контроль и режим питания. Благодаря значительным усилиям родителям удается препятствовать выраженной декомпенсации СД. Однако течение заболевания у детей данной группы, вероятно, станет неблагоприятным тогда, когда они окажутся без поддержки со стороны родителей, поскольку у самих детей самоконтроль практически не сформирован.[5, с. 45].

При умеренной гиперпротекции дети оказываются в более сложной ситуации. С одной стороны, родители не доверяют им, излишне опекают и контролируют, что препятствует формированию у них психологических средств саморегуляции поведения. С другой – давление на детей со

стороны родителей по каким-то причинам не носит столь выраженного характера, как при высокой гиперпротекции (например, из-за невозможности постоянно следить за ребенком). В результате сочетания этих факторов – слабого развития самоконтроля и отсутствия тотального внешнего контроля – поведение ребенка становится плохо управляемым, и если он оказывается предоставленным самому себе, то может нарушать медицинские предписания, неправильно выполнять лечебные процедуры, что приводит к ухудшению динамики заболевания. [2, с. 5-12].

Таким образом, гиперпротекция связана с компенсацией сахарного диабета, причем наиболее опасна умеренная гиперпротекция, не имеющая тотального характера, поскольку она, с одной стороны, препятствует формированию у ребенка самоконтроля, а с другой – не обеспечивает полного внешнего контроля за его поведением. В то же время высока вероятность того, что отдаленные последствия высокой гиперпротекции могут оказаться более неблагоприятными, чем в случае умеренной гиперпротекции.

Следует добавить, что по мере увеличения стажа заболевания уровень гиперпротекции снижается, т.е. обнаруживается линейная связь, в отличие от нелинейной связи гиперпротекции с уровнем декомпенсации, что показывает принципиальную разницу двух данных факторов.

Специалисты [1,с.4; 2,с. 34; 5,с. 4-8]выделяют еще одну характерную особенность отношений матери к ребенку, которая связана с компенсацией СД – фобию утраты, страх потерять ребенка. Однако, чем больше родители беспокоятся за его жизнь, тем хуже компенсация СД. Повышенная обеспокоенность родителей здоровьем ребенка негативно сказывается на его состоянии – прежде всего психическом, а вслед за ним и на соматическом.

Необходимо отметить, что высокая центрация матери на здоровье ребенка способна приводить к формированию у него ряда негативных психических особенностей, в частности, ипохондрических мотивов, страха перед собственным заболеванием, к «инвалидной» жизненной позиции, возможно также и к развитию у него эгоистической мотивации. Данные личностные черты опасны тем, что они могут обусловливать снижение психической резистентности, депрессивные состояния, реакцию капитуляции перед болезнью. Низкая психическая резистентность, повышенная уязвимость по отношению к стрессу способствуют снижению и соматической резистентности, истощению резервных сил организма и, как следствие, могут вести к ухудшению соматического состояния ребенка и декомпенсации СД [6, с. 34-36].

При нормальной протекции (т.е. при адекватной возрасту опеке) матери позволяют ребенку самостоятельно взаимодействовать с миром, познавать его, управлять собственным поведением, что способствует

формированию у детей саморегуляции, позволяющей эффективно контролировать течение заболевания [2,с. 4-8]

Наилучшая компенсация достигается в случае нормальной опеки, при которой у ребенка формируются собственные средства контроля своего поведения. При ярко выраженной протекции также удается снизить декомпенсацию, но, вероятно, только за счет постоянного внешнего контроля ребенка со стороны матери. Если же опека является повышенной, но не тотальной, то компенсация СД намного хуже за счет того, что самоконтроль у ребенка сформирован в слабой степени, а внешний контроль не имеет тотального характера [7, с. 31].

Все вышеизложенное позволяет утверждать, что психологическое состояние ребёнка, страдающего СД во многом зависит от психологического климата в семье и способа взаимодействия в системе «мать-ребёнок». Правильная психологическая позиция матери является основой для наилучшей компенсации нарушений, сопровождающих СД типа 1 у ребёнка.

Литература:

1. Никольская И.М. Клиническая психология семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2005. – № 2.

2. Никольская И.М., Коломиец И.Л. Уровень невротизации и стили совладающего поведения матерей детей, больных сахарным диабетом // Российский семейный врач. – 2011. – Том 15. – № 2.

3. Павлова Л.Б. Роль тяжести течения диабета в формировании психологических особенностей подростков // Развитие специального образования в современной России: материалы межвузовской научно-практической конференции молодых ученых к 90-летию профессора Евгения Сергеевича Иванова. 25 апреля 2008 г. – СПб., 2008. – Ч. 2.

4. Сабунаева М.Л. Факторы переживания родителями критической ситуации заболевания ребенка сахарным диабетом // Вестник Поморского университета. – 2006. – № 3.

5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Речь. – 2006.

6. Детско-родительские отношения в семьях детей, больных сахарным диабетом 1 типа / О.Г. Мотовилин, Л.Н. Щербачева, Е.А. Андрианова [и др.] // Сахарный диабет. – 2008. – № 4(41).

7. Зелинский С.М. Представление о своей болезни у детей, страдающих сахарным диабетом // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – Л. – 1990.

8. Тхосов А.Ш. Психология телесности . – М ., 2002.

Мельникова Д.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: д.психол.н. профессор, Соловьева О.В.

ОПЫТ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ «ЭПИЛЕПСИЯ»

В настоящее время заметной становится тенденция к росту количества детей с отклонениями в психическом и физическом развитии. Увеличивается количество коррекционных классов, всевозможных центров и консультаций. Специалисты все чаще говорят о том, что традиционные общепринятые психолого-педагогические методы, позволяющие эффективно воздействовать на тот или иной дефицит ребенка непосредственно, по типу «симптом-мишень», во многих случаях перестали приносить результат [5, с.6].

Нейропсихологический подход к диагностике и коррекции отклоняющегося развития основывается не на выявлении частных симптомов, а на анализе структурно-динамических особенностей патогенетических церебральных механизмов психологической дезадаптации, и построении на этой основе комплексной системы коррекционно-развивающих мероприятий [1, 5, 6].

В данной статье анализируется опыт автора четырехмесячного нейропсихологического сопровождения развития ребенка с парциальной (симптоматической) эпилепсией, возникшей на фоне кисты прозрачной перегородки в правой лобно-височной области мозга. Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, обусловленное различными причинами, характеризующееся повторными приступами, возникающими в результате чрезмерных разрядов нервных клеток (нейронов), и сопровождающееся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами. Распространенность эпилепсии в детском и подростковом возрасте составляет 0,5–0,8% [2]. К наиболее частым причинам возникновения эпилепсии в детском возрасте специалисты относят перинатальную патологию и родовые травмы, врожденные пороки развития, метаболические нарушения и нарушения питания, некоторые инфекции.

В медицинской и психологической литературе достаточно подробно описаны изменения психических процессов и личности, свойственные больным с эпилепсией [2, 3]: астенические проявления и сниженная работоспособность, замедленность и заторможенность всех реакций, педантичность, ригидность, снижение переключаемости внимания, патологическое усиление интерференции в памяти.

При эпилепсии патологическому изменению подвергаются, как высшие психические функции, так и базальные (натуральные) психические функции. Поэтому при построении психокоррекционной программы необходимо осуществлять мероприятия, направленные на

восстановление и натуральных психических процессов, и ВПФ. При составлении и осуществлении программы мы опирались на следующие общие принципы и теоретические подходы: 1) комплексности; 2) личностного подхода; 3) деятельностного подхода; 4) принцип каузальности. В частности реализация последнего принципа означала, что в своей деятельности нейропсихолог должен воздействовать не на внешние проявления отклоняющегося поведения, а стремится к устранению его причин. Значение деятельностного принципа мы видели в том, чтобы коррекционная работа не превращалась в тренировку отдельных умений и навыков, а осуществлялась как целостная осмысленная деятельность.

Описание случая.

Анамнез: Максим Д., возраст на момент первичного приема (август 2013 г) – 7 лет. Праворукий. Родился от 1-й беременности на фоне угрозы прерывания беременности в 1-м триместре. С рождения наблюдался у невропатолога по поводу внутричерепной гипертензии. В 3 года случился первый генерализованный приступ. Отмечалась задержка моторного и речевого развития. В 2010 г. на ЭЭГ на фоне фотостимуляции зарегистрирован фокус эпиактивности в правой лобно-височной области.

Нейропсихологическая диагностика.

В качестве метода диагностики психического развития ребенка использовалась батарея тестовых проб А.Р. Лурия, адаптированная для детского возраста Ж.М. Глозман. Диагностика проводилась дважды: до коррекционной программы и после нее. Первичное обследование заняло 3 встречи (каждая по 50 мин), вследствие того, что ребенок отказывался от сотрудничества, проявлял агрессию. По итогам первичной диагностики были выявлены следующие поведенческие особенности: у мальчика проявлялись неконтролируемые реакции, высокая импульсивность, разрушительные действия (разбросал игрушки в игровой комнате), отказывался вступать в контакт с педагогом и психологом, стремился выбежать на улицу, на детскую площадку; на вопросы не отвечал, периодически наблюдались реакции замирания и игнорирования посторонних людей. Преобладало непроизвольное внимание, ребенок часто отвлекался на посторонние раздражители, время концентрации произвольного внимания – 10-15 минут. Двигательная сфера. В обеих руках отмечалась мышечная ригидность, тремор в правой руке при выполнении графических проб, отказывался выполнять движения левой рукой. Пробы на оральный праксис выполнялись правильно. Пробу на реципрокную координацию рук делал синхронно, (скребет по столу). Зрительный контроль не улучшал выполнения. В пробе на динамический праксис отмечены трудности усвоения программы, проба упрощается до «кулак-ладонь»; в целом выполняется небрежно, без самоконтроля.

Выполнение пробы «заборчик» недоступно, движения выполняет хаотически, беспредметно. Ребенок путает вертикальное и горизонтальное расположение кулака. Не смог скопировать треугольник и ромб. Отмечалась плохая координация тела в пространстве (были недоступны пробы на равновесие).

Восприятие. Из 14 предметных картинок 10 назвал правильно. Отмечались парагнозии (фуражка – колбаса) и трудности подбора номинаций. При назывании перечеркнутых изображений затруднялся в подборе слов, но мог обозначить действием функцию предмета. При восприятии ритмов из 3-х эталонов правильно оценен только один. При воспроизведении ритмических структур наблюдались феномены перестука. Память. Мальчик правильно назвал свое имя, имена родителей, затруднился назвать свой возраст, адрес проживания и время года. При запоминании 7 слов отмечалась низкая продуктивность (по сравнению с нормативом для данного возраста), трудности включения (с первого предъявления запомнил всего одного слово). Интеллектуальная деятельность. В пробе «Четвертый лишний» не понимает обращенной инструкции, подменяет ее простым перечислением предметов. Обобщения не производит. В методике «составление рассказа по картинке» отмечаются феномены резонерства (начинает рассуждать не по теме), побочные ассоциации – составление рассказа недоступно. Пересказ текста недоступен. Числовой счет автоматизирован только до 5. При зрительном предъявлении цифры дифференцирует плохо (путает 4 и 9).

Таким образом, на основании результатов нейропсихологической диагностики можно говорить о грубом функциональном дефиците преимущественно левого полушария, проявляющимся в: 1) снижении функции программирования и контроля за своим поведением; 2) нарушениях фонетико-фонематического анализа и синтеза, слухоречевой памяти; 3) несформированности как крупной, так и мелкой моторики. Среди сохранных звеньев психической сферы, которые стали основой для коррекционно-развивающих занятий были выделены следующие: зрительная память – в форме узнавания; сохранность познавательного интереса в игровой форме.

Коррекционная работа.

Основное внимание было уделено коррекции наиболее пострадавших процессов: 1) функции регуляции, программирования и контроля 2) усилению функции произвольного внимания 3) развитию крупной и мелкой моторики 4) снятию ригидных мышечных зажимов 5) развитию слухоречевой памяти.

Индивидуальная коррекционная работа проводилась с использованием упражнений по программам А.В. Семенович, Л.С.Цветковой, дыхательной гимнастики по Стрельниковой. Также

использовались методы арттерапии, просмотры видеосюжетов, прослушивание музыкальных произведений, пальчиковая и артикуляционная гимнастика. При выполнении заданий задействовались все анализаторные системы, чтобы обеспечить формирование новых функциональных систем. Для развития функций программирования и контроля был использован внешний звуковой сигнал будильника (который выполнял функцию опосредующего психотехнического средства, помогал контролировать время выполнения заданий). Этот методический прием оказался наиболее удачным, так как с его помощью удалось увеличить время концентрации внимания с 10 минут до 30 минут (без перерыва).

Так как у данного ребенка имелись нарушения как высших, так и натуральных (базальных) психических процессов, то нами была избрана смешанная стратегия построения коррекционной программы: применялся метод создания новых межфункциональных связей («обходных путей» по Л.С. Выготскому), метод «атака слабости», когда акцент делается на пострадавшие психические функции. Индивидуальные коррекционно-развивающие занятия проводились с августа 2013 г. по настоящий период (конец ноября 2013 г) с периодичностью 3 раза в неделю. Продолжительность занятий составляла от 40 минут до 1 часа.

Повторное исследование проведено в ноябре 2013 г. Получены следующие результаты. Благодаря приему антиконвульсантов у ребенка прекратились судорожные припадки, лишь иногда наблюдалось кратковременное замирание. Ребенок находится на индивидуальном обучении, ему разрешено находится в классе среди детей без патологии, на основных уроках (чтение, письмо, математика). Отмечается значительное улучшение контроля поведения, ушли негативные реакции, начал убирать после себя игрушки, учебные принадлежности, концентрирует внимание в течение 30 минут без перерыва и 50 минут с перерывом. Начал выполнять недоступные ранее движения на координацию (попеременное стояние на ноге с поднятием рук на уровне плечевого пояса), ушел тремор в правой руке, выполняет движения пальцами, пишет буквы и слоги, раскрашивает фигуры, не выходя за границы поля. Стал доступен пересказ простых текстов, описывает события дня, составляет самостоятельно простые тексты.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о положительной динамике всех психических процессов. Это стало возможным при использовании комплекса мер нейропсихологического сопровождения, учете наиболее пострадавших от болезней мозговых структур и опоре на сохранные функциональные системы. В настоящее время продолжается коррекционная работа в сотрудничестве с школьным педагогом и логопедом. Следует также отметить, что описанные выше изменения

осуществлены на фоне медикаментозной терапии противосудорожными препаратами.

Литература:

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.Н. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб: Питер, 2008. – 320 с.

2. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. – СПб., 2001.

3. Кононова М.П. Эпилепсия // Детская патопсихология: Хрестоматия / Под ред. Н.Л. Белопольской. М., 2000.

4. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2003.

5. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. – М., 2012. – 474 с.

6. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая диагностика и коррекции школьной неуспеваемости // Нейропсихология сегодня / Под ред Е.Д. Хомской. – М., 1995. С. 154-160.

Парамзина Е.Д., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Денисова Е.Н.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ VIII ВИДА В ПЕРИОД САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ

Актуальность изучения проблемы социальной адаптации выпускников специальных (коррекционных) школ-интернатов VIII вида обусловлена новым периодом в их жизни, выходом и началом самостоятельного жизненного пути после выпуска из школы-интерната.

Исследованию социальной адаптации посвящены работы отечественных психологов (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, А.Б Георгиевский, И.В. Дубровина, В.С. Мухина, Н.Н. Толстых, Е.И. Холостова, В.А. Ядов), в которых данный феномен рассматривался как необходимое условие оптимальной социализации человека, обеспечения естественного социального самосовершенствования.

Данная проблема является актуальной и в настоящее время.

Проблемы выпускников на выходе из учреждения: злоупотребление алкоголем, отсутствие необходимых социальных навыков, высокая конфликтность, жилищные проблемы, ранний возраст выхода в жизнь (в 16 лет оканчивают школу), трудности с трудоустройством, отсутствие жизненного опыта, отсутствие навыка ведения домашнего хозяйства, являются предметом обсуждения современных психологов (М.В. Кузнецова, В.В. Лукьянов).

Поиск новых подходов к изучению социальной адаптации воспитанников специальных (коррекционных) школ-интернатов VIII вида,

поможет преодолеть возникшие трудности, т.к. дети, воспитывающиеся без родителей или имеющие асоциальных родителей, самостоятельно в социум не интегрируют.

По мнению Б.П. Брунова, выпускники специальных (коррекционных) учреждений VIII вида находятся в искусственной среде, в окружении взрослых людей: воспитателей, учителей, медиков и технического персонала. Воспитанники получают знания и практические умения в условиях, когда жизненные процессы проходят в искусственно создаваемом режиме.

Возникает противоречие между «тепличными» условиями школы-интерната и требованиями жизни в современном обществе. Выпускникам придется справляться с трудностями самостоятельно, применять те знания и умения, которые они получили в условиях школы-интерната [2].

Л.И. Божович отмечает, что в отличие от общеобразовательной школы, школа-интернат должна охватить педагогическим воздействием всю жизнь ребенка. Таким образом, от того, как будет организован педагогический процесс, целиком будет зависеть полноценность формирования личности воспитанника. Это накладывает определенную ответственность на воспитателей и педагогов школ-интернатов как перед обществом и родителями, так и перед самими детьми.

Особенно остро обозначенные проблемы стоят в подростковом возрасте. Перспективы будущего осознаются воспитанниками школ-интернатов не в полной мере, они живут сегодняшним днем, настоящим, оценивают и анализируют только ближайшее будущее. Поэтому мотивы, связанные с профессиональными перспективами развиты в малой степени.

Для выпускников школ-интернатов VIII вида не существует такого многообразия выбора профессиональных учебных заведений, который имеется у детей без особенностей в интеллектуальном развитии. Выпускники вынуждены поступать в образовательные учреждения, выбор которых у них ограничен, т.к. не многие из них реализуют специальные (коррекционные) программы для воспитанников с данным нарушением [1].

Таким образом, анализ психолого-педагогической литературы, позволил нам определить направление нашего исследования.

Нами была составлена анкета, целью которой было изучение одного из аспектов социальной адаптации подростков с интеллектуальными нарушениями, профессиональной ориентации на этапе обучения бывших выпускников школы-интерната в среде образовательного учреждения, реализующего программу НПО (ПУ № 14). Подросткам и мастерам производственного обучения были предложены вопросы для выяснения проблем в сфере профессионального самоопределения выпускников с интеллектуальными нарушениями. В результате проведенного

анкетирования с мастерами, мы пришли к выводу, что подростки не понимают, что такое профессия и работать по профессии не хотят; не заинтересованы в получении новых знаний как по учебным предметам, так и по предметам, дающим знания по профессии; к получаемой профессии относятся с безразличием, пропускают занятия без уважительных причин; не понимают, что профессия – это основа их будущего благополучия.

Опрос обучающихся показал, что они хорошо были сориентированы на профессию, в результате выбор и обучение совпали у опрашиваемой группы выпускников на 100%; планов на будущее нет у 100% обучающихся; планы на ближайшее будущее обозначили 80% подростков, всем нравится профессия, но в числе любимых предметов специальные предметы назвали только 20% обучающихся; все хотят и собираются работать по получаемой профессии, но не знают, кто их трудоустроит и как будет это происходить, не знают правил оформления документов при приеме на работу, в мире рабочих профессий ориентируются слабо: 40% выпускников знают рабочие профессии, 40% затрудняются в ответе, 20% не знают.

Таким образом, наше исследование подтверждает, что вопрос профессиональной ориентации выпускников школы-интерната VIII вида остается не до конца решенным, т.к. есть проблемы в сфере профессионального самоопределения, которые необходимо учесть и решить с целью благополучной адаптации выпускников в обществе.

При решении вопроса социальной адаптации обучающихся областное казенное учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей «Новопоселеновская специальная (коррекционная) школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья» Курской области Курского района осуществляет коррекцию познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, формирование нравственных и социальных качеств личности обучающихся с нарушением интеллектуального развития.

Мы исследовали психолого-педагогические условия социальной адаптации выпускников. Коррекционные программы, реализуемые по учебным предметам для 9 класса, имеют практическую направленность. За основу предметных программ взяты программы специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждений VIII вида под редакцией В.В. Воронковой. Они осуществляют подготовку выпускников к самостоятельной жизни. Например, программы включают следующие темы: по математике – изучение объема плоских фигур, прямоугольного параллелепипеда. Эти теоретические знания пригодятся в строительстве.

При изучении темы «Почва» по естествознанию, уделяется внимание местным типам почв (название, характеристика), отводится время на

изучение вопроса обработки почвы (вспашка, боронование). В результате полученных знаний, учащиеся должны уметь проводить несложную обработку почвы на пришкольном участке.

По биологии изучается тема «Кровь и кровообращение». Учащиеся знакомятся с теоретическими знаниями о значении крови и кровообращения, составе крови, плазме, с органами кровообращения: сердцем и сосудами, их строением и работой. Знакомятся с оказанием первой медицинской помощи при кровотечениях, с отрицательным влиянием никотина и алкоголя на сердце и сосуды, а через кровеносную систему на весь организм.

Коррекционный блок представлен программой по социально-бытовой ориентировке (СБО). Учебная программа по данному предмету в 9 классе разработана на основе одноименной программы для учащихся 9 классов специальной коррекционной образовательной школы VIII вида В.П. Субчевой. Анализ программ показал, что все изучаемые темы, имеют практическую направленность: личная гигиена; одежда и обувь; питание; семья; культура поведения; жилище; транспорт; торговля; средства связи; медицинская помощь; учреждения, организации и предприятия; экономика домашнего хозяйства; трудоустройство. Например, при прохождении темы «Жилище» в 9 классе учащиеся должны знать правила расстановки мебели в квартире; требования к подбору занавесей, светильников; других деталей интерьера; правила сохранения жилищного фонда. Учащиеся должны уметь расставлять мебель в квартире; подбирать детали интерьера.

Работа социального педагога по социальной адаптации осуществляется по рабочему плану, в ходе которой осуществляется формирование знаний и умений, которые пригодятся выпускникам в обществе.

Этому способствуют дни открытых дверей, когда профессиональные учебные заведения, в которых реализуются специальные коррекционные программы для воспитанников с нарушением интеллекта, приглашают будущих выпускников с целью ознакомления с рабочими профессиями. Воспитанникам предоставляется возможность выбора из числа данных профессиональных училищ.

Однако остается еще много нерешенных вопросов в сфере профессионального самоопределения воспитанников с нарушениями интеллекта.

В 2013 – 2014 учебных годах в школе начала реализовываться программа социальной адаптации воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Она разработана кандидатом философских наук О. Дьяченко. На наш взгляд, программа должна улучшить знания и умения воспитанников, найти пути решения

проблем социальной адаптации в самостоятельной жизни выпускников, что можно будет оценить на этапе выпуска воспитанников.

Итак, анализ психолого-педагогической литературы, проведенное анкетирование позволили сделать вывод, что выпускники с нарушениями интеллекта недостаточно адаптированы к условиям самостоятельной жизни, необходимо проводить специальную коррекционную работу по формированию знаний и умений, которые будут способствовать успешной социальной адаптации в современном обществе.

Литература:

1. Божович Л.И. Психологическое изучение детей в школе-интернате: сборник. – М.: АПН РСФСР, 1960.

2. Брунов Б.П. Пособие "Воспитание учащихся специальной (коррекционной) школы VIII вида. – Красноярск: 2006.

3. Воронкова В.В. Казакова С.А., Социально бытовая ориентировка учащихся 5-9 классов в специальной (коррекционной) общеобразовательной школе VIII вида: пособие для учителя. – М.: «ВЛАДОС», 2006. – 247С.

4. Субчева В.П. Социально-бытовая ориентировка: методическое пособие. – М.: «ВЛАДОС», 2012.

Приткова Н.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н., доцент Мельникова М.И.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Внутренний мир личности, ее самосознание и самооценка является предметом исследования различных областей знаний на протяжении всей истории научной мысли. Сознание и самосознание – одна из центральных проблем философии, психологии и социологии. Ее значение обусловлено тем, что решает не только теоретические вопросы, но и практические задачи в связи с формированием жизненной позиции.

Активность человека в отношении окружающей действительности опирается на его возможности ориентации в ней и в самом себе. А также во многом зависти от уровня и степени сформированности его сознания и самосознания. Причем сознание, как объективное отражение действительности является основой, базой для развития самосознания, следовательно, оно находится в прямой зависимости от возможностей человека в познании окружающего мира.

Чтобы войти в социальный мир, ребенку с нарушениями зрения нужно пройти две важные ступени — достичь самосознания и научиться осознавать других.

Самосознание детей с нарушениями зрения на современном этапе является недостаточно изученным аспектом личности. Данная проблема отражена в работах О.Л. Романовой, И.К. Левченко, И.И. Мамайчука, И.В. Кривоноса, О.Е. Шаповаловой, Е.С. Шильштейна [2].

На современном этапе развития тифлопсихологии все большее внимание ученых уделяется внутренним регуляторам социального поведения — потребностям, мотивам, ценностям, становлению самосознания, механизмам межличностного восприятия. Именно на эти фундаментальные научные работы, раскрывающие своеобразие развития у детей с нарушениями зрения восприятия, памяти, мышления и других психических процессов, опирается организация обучения и воспитания в специальных детских садах и школах [3].

Самосознание – это сложная психологическая структура, включающая в себя в качестве особых компонентов, по мнению В.С. Мерлина, сознание своей тождественности, своего собственного «я» как активного, деятельного начала, осознание своих психических свойств и качеств, как определенную систему социально-нравственных самооценок.

Самосознание (англ. self-consciousness) – осознание человеком себя как индивидуальности. Сознание человека может быть направлено либо на внешний мир, окружающий человека (внешняя направленность), либо на самого субъекта (это и есть самосознание) – тело, поведение, потребности, чувства, характер, в том числе самосознание [1].

Самосознание – осознание человеком самого себя, своих физических сил и умственных способностей, поступков и действий, их мотивов и целей, своего отношения к внешнему миру, другим людям и самому себе.

Адаптация, индивидуализация, интеграция (по А.В. Петровскому) выступают как механизмы взаимодействия человека и общности и как механизмы его социализации и личностного развития. Личностное развитие соотносится с формированием самосознания, образа «Я» («Я»-концепции, «Я»-системы), с изменением сферы потребностей и мотивов, направленности и самооценки [4].

У нормально развивающегося ребенка самосознание определяется его социальным опытом и проходит в своем развитии следующие этапы: на первом этапе ребенок сознает свою тождественность, отделяет себя от окружающих людей (примерно к одиннадцати-двенадцати месяцам); на втором происходит осознание себя как активного деятеля (к трем годам); на третьем — осознание собственных психических процессов и овладение умением произвольно управлять ими (в младшем школьном возрасте); на четвертом этапе происходит осознание моральных норм, нравственных правил и соответствующих им оценок (в период юности).

Общезначимой ценностью для личности является структура человеческого самосознания, которую формируют имя собственное,

самооценка и притязание на признание, представление себя как представителя определенного пола, представление себя во времени, оценка себя в отношении прав и обязанностей [2].

Один из ведущих исследователей становления и индивидуального развития личности В.С. Мухина рассматривает развитие личности как уровневое, последовательное формирование структуры самосознания ребенка [4].

Психическое развитие детей с нарушениями зрения подчиняется тем же закономерностям, которые характерны для детей, имеющих различные отклонения в психическом развитии. Все дети с нарушениями в развитии испытывают трудности во взаимодействии с окружающим миром, у них возникают особенности развития личности и самосознания. Анализ особенностей психического развития детей с различными типами нарушений проводится через понятие, введенное Л.С. Выготским, о структуре дефекта. Первичный дефект, в данном случае — нарушение зрения, приводит к отклонениям второго и третьего порядка. При разной первичной причине многие вторичные отклонения в младенческом, раннем и дошкольном возрасте имеют сходные проявления. Вторичные отклонения имеют системный характер, меняют всю структуру межфункциональных взаимодействий, причем, чем ближе вторичное отклонение к первичному дефекту, тем сложнее его коррекция [2].

Развитие личности и самосознания детей с нарушениями зрения протекает в сложных условиях, связанных с трудностями в общении с окружающими людьми, замедлением процесса переработки информации, с более бедным и менее разнообразным опытом, ограниченными возможностями спонтанного усвоения социального опыта.

Под личностью понимают некую целостность, интегрирующее начало, связывающее воедино различные психические процессы индивида и сообщающее его поведению необходимую устойчивость. По мнению А.Н. Леонтьева, реальной основой личности является совокупность общественных по своей природе отношений к миру, которые реализуются совокупностью его многообразных деятельностей. В качестве внутренних систем регуляции личности выделяют самосознание, включающее в себя образ собственного «я» (Я-концепция), самооценку и уровень притязаний, мотивационную сферу (потребности, интересы, направленность) [3].

Ребенок, родившийся слепым или потерявший зрение в первые два года жизни, оказывается в ином положении по отношению к окружающим его людям и действительности. Нарушение общения и ограничение в получении информации частично изолирует его от людей, затрудняет формирование самосознания и других личностных образований. На начальных этапах психического развития самооценка ребенка зависит от оценок родителей, их же стандартами он пользуется для оценки

окружающих людей. С возрастом все большее значение в формировании самосознания приобретают другие значимые для ребенка люди — педагоги, затем сверстники. Если в 3-4 года дети получали удовольствие от любого доброжелательного общения со взрослыми, то в 5-6 лет для них становится важной оценка. У ребенка возникает потребность не только в общении с воспитателем, но и в положительной оценке его деятельности со стороны взрослого [5].

У детей с нарушениями зрения отделение себя от окружающих людей, выделение собственных качеств и качеств другого человека, т. е. становление первого этапа в развитии самосознания, происходит в более старшем возрасте, чем у нормально видящих детей. Самосознание, как и другие стадии развития, зависит от созревания нервной системы. Приблизительно в то же время, когда у ребенка формируется самосознание, он начинает лучше осознавать других [6]. Дети с нарушениями зрения позже начинают указывать на себя.

В связи с замедленным формированием у детей с нарушениями зрения такой ведущей деятельности, как предметная, в более поздние сроки совершается и переход ко второму этапу в развитии самосознания — к осознанию себя как активного деятеля. Отставание в развитии познавательной и эмоциональной сферах приводят к задержке перехода к третьему и четвертому этапам развития самосознания [2].

Формирование такого важного компонента самосознания, как самооценка, представляет собой сложный, многоуровневый процесс. В ходе развития личности появляются качественно новые виды самооценки, формированию которых способствует то, что на каждом возрастном этапе ребенок занимает различные места в системе социальных отношений с вытекающими отсюда определенными требованиями к его поведению, известной системой норм и правил поведения, определенными социальными ожиданиями. При перемене своего социального статуса и при переходе к новой деятельности, имеющей для ребенка личностный смысл, он пытается обойти или отодвинуть события, связанные с этими переменами, а неизбежность перемены переживает индивидуально, в зависимости от уровня самосознания, оценки своих возможностей, от уровня навыков взаимодействия с детьми и взрослыми, от жизненного опыта и интереса к приобретению новых знаний [5].

У ребенка 5-6 лет уже создались предпосылки для понимания важности активной деятельности, активного участия в жизни коллектива и потребность в ее положительной оценке, хотя практические достижения его еще незначительны.

Мотивация деятельности слепого ребенка данного возраста как действенной силы, с одной стороны, отражает становление самосознания ребенка, его личности, закрепление своего положения в группе

сверстников, с другой возникает общественная направленность мотивов деятельности. Самооценка играет важную роль в становлении механизмов саморегуляции, определяет уровень притязаний, влияет на развитие межличностных отношений [3].

В исследовании В.Г. Петровой подчеркивается, что от самооценки зависят взаимоотношения человека с окружающими, его отношение к успехам и неудачам, тем самым самооценка влияет на эффективность деятельности человека. Самооценка тесно связана с уровнем притязаний, т.е. степенью трудности целей, которые человек перед собой ставит. Расхождение между притязаниями и реальными возможностями ведет к тому, что он неправильно себя оценивает и его поведение становится неадекватным. Самооценка влияет и на то, как человек оценивает возможности и результаты деятельности других [2].

Становление личности, помимо индивидуальных задатков, главным образом определяют процесс социализации слепого человека, отношение к нему других людей, разумные и своевременные педагогические усилия семьи и образовательных учреждений на всем протяжении возрастного развития ребенка. Специфику в этот процесс вносят осознание своего дефекта, возникающее чувство неполноценности, непохожести на большинство других людей, ограниченность возможностей самореализации. Такие переживания способствуют формированию стойких аффективных состояний, тревожной акцентуации в характере, замкнутости, обидчивости. В то же время могут способствовать развитию воли, трудолюбия, дисциплины, повышенной приспособляемости [3].

В компенсации переживания заниженной оценки здоровыми людьми человека с нарушениями зрения, по механизму психологической защиты возрастает роль фантазий и мечты. Представление о себе, Я-идеальное самосознания намного превышает возможности Я-реального, что проявляется в завышенной самооценке при недостаточном уровне притязаний [4].

Исходя из выше сказанного, можно сделать вывод, что у детей с нарушениями зрения развитие самосознания личности проходит те же этапы, что и у нормально видящих детей, но становление каждого этапа происходит в более позднем возрасте и имеет свои особенности. Это обусловлено трудностями во взаимодействии с окружающим миром, с недостатком получаемой зрительной информации и степени нарушения зрительных функций.

Литература:

1. Большой психологический словарь. Сост. Мещеряков Б., Зинченко В. М.: Олма-пресс. 2004.

2. Ермаков В.П., Якушин ГА. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. – М., 1990.

3. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих. – СПб., 1998.
4. Психология человека от рождения до смерти. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. – 656 с. – (Серия «Психологическая энциклопедия»)/ Под общей редакцией А.А. Реана
5. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. – М.: "Полиграф сервис", 2000. – 250 с.
6. Тищенко Т.Н. Учим говорить особого ребенка. — М.: Издательский дом «Регламент», 2009. – 84 с.

Шутенко Е. А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СтГМУ
Научный руководитель: к.психол.н. Олейникова Е.Н.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНР ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

Современная действительность предъявляет высокие требования к взрослому человеку. Также требования растут и к ребенку-будущему полноправному члену общества. В первую очередь, это касается школьного образования.

Обучение в школе кардинально меняет всю его жизнь: свою самооценку и отношение с взрослыми и сверстниками. Ребенок становится личностью, учеником, ведущая деятельность которого-получение знаний.

В отечественной и зарубежной психолого-педагогической науке проблема готовности детей к школьному обучению исследовалась в различных аспектах. Выдающимися педагогами прошлого было выдвинуто немало интересных идей о том, что детям нужно давать не только знания, но и развивать их активность, самостоятельность, приучать к умственному труду (Ф. Рабле, Э. Роттердамский, И. Г. Песталоцци, Я. А. Коменский, Ж. Ж. Руссо, Т. Мор)

Большинство современных педагогов и психологов рассматривают подготовку детей к обучению в школе с позиций формирования их интеллектуальной готовности к обучению, которая обеспечивает полноценную адаптацию дошкольников к школе (А. В. Запорожец, П. Я. Гальперин, Н. Н. Поддъяков, Т. В. Тарунтаева, Ю. В. Карпов, Т. С. Яковлева), считая главным в данной готовности интеллект [1].

Сегодня значительное количество детей, которые по ряду причин, несмотря на соответствующий возраст и имеющиеся у них навыки и умения, испытывают большие трудности в адаптации к школьному обучению. Это явление получило название социально-психологической дезадаптации, одной из основных причин школьной дезадаптации остается психологическая неготовность к обучению в школе детей.

Под общим недоразвитием речи мы понимаем речевую патологию, при которой отмечается стойкое отставание всех компонентов языковой

системы: нарушение фонетико-фонематической стороны речи, лексико-грамматического строя и смысловой стороны речи. (Р. Е. Левина, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина). Изучением проблемы воспитания и обучения дошкольников с общим недоразвитием речи занимались такие ученые, как: Е. А. Флерина, Т. В. Туманова, Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Г. В. Чиркина, Т. Б. Филичева, Р. И. Лалаева и др., – которые уделяли большое внимание вопросам обогащения и активизации словаря, развития связной и произносительной сторон речи, разработке методики проведения занятий, дидактических игр, упражнений и заданий [2].

Подготовка детей к школе – задача комплексная, охватывающая все сферы жизни ребенка, в которой можно выделить три аспекта школьной зрелости: интеллектуальный, личностный и социально-психологический (Л. А. Венгер, В. В. Холмовская, Л. Л. Коломинский, Е. Е. Кравцова и др.). При этом социально-психологическая готовность детей старшего дошкольного возраста с ОНР к школе является одним из главных аспектов этой задачи.

Социально-психологическая готовность к обучению в школе – это необходимый и достаточный уровень социального и психического развития ребенка в период дошкольного детства для освоения школьной учебной программы в условиях обучения в коллективе сверстников, один из важнейших компонентов, как отмечается рядом авторов (А. В. Запорожец, Е. Е. Кравцова, Г. Г. Кравцов и др.), который представляет собой готовность ребенка к новым формам общения, новому отношению к окружающему миру и самому себе, обусловленным ситуацией школьного обучения [3].

Для дошкольников с общим недоразвитием речи (ОНР) данная проблема в связи с тем, что их развитие отличается от понятия «норма», особенно актуальна. У ребенка с ОНР отмечаются специфические особенности личностного развития, среди которых заниженная самооценка, коммуникативные нарушения, проявления тревожности, агрессивности разной степени выраженности. Также детям старшего дошкольного возраста с недостатками речевого развития характерно многообразие возрастных и специфических страхов в связи с клиническими проявлениями нарушения и особыми социально-психологическими условиями воспитания .

У детей с ОНР наряду с основными речевыми трудностями отмечается крайне низкий уровень коммуникативных умений и навыков. Общение детей с ОНР друг с другом отличается целым рядом особенностей от общения их нормально развивающихся сверстников. У детей с ОНР отмечаются такие психологические особенности как замкнутость, робость, нерешительность, порождаются такие специфические черты общего и речевого поведения как ограниченная

контактность, замедленная включаемость в ситуацию общения, неумение поддерживать беседу, вслушиваться в звучащую речь (Ю. Ф. Гаркуша, Е. М. Мастюкова, С. А. Миронова)[4].

Дошкольники с ОНР используют и понимают более «простые» средства невербального общения (движения, жесты, мимику, взгляды), характерные для детей более раннего развития. В репертуаре невербальной коммуникации у них превалируют мимика и визуальное взаимодействие (взгляды).

Такие дети находятся в неблагоприятной статусной категории. У них реже встречается взаимный выбор, что свидетельствует о социально-психологическом неблагополучии, неумении строить доброжелательные отношения со сверстниками. Недостаточнаясформированность социально-психологической готовности приводит к той или иной форме «социальной дезадаптации», приводящей к проблемам в адаптации к новым условиям существования детей, а именно к систематическому обучению.

При подготовке к школе детей с речевыми проблемами необходимо опираться на данные современной логопедии, учитывать психологические особенности старших дошкольников, а также степень выраженности проявлений общего недоразвития речи.

Для преодоления и коррекции различных нарушений речевого развития у детей дошкольного возраста в России была сформирована система логопедических детских садов. Основным специалистом такого детского сада является логопед, в обязанности которого входит коррекция речевых нарушений у ребенка и оказание необходимой специализированной помощи воспитателям детского сада по подготовке ребят к школе.

В учебной программе логопедического детского сада, разработанной рядом специалистов, в том числе Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной, выделен обширный раздел, определяющий направление работы по развитию базовых психических процессов интеллектуальной и мнестической деятельности. У большинства дошкольников с ОНР имеется недоразвитие неречевых психических функций, которые тесно связаны с речью, таких как внимание, восприятие, память, мышление. Для этих детей характерны как типологические, так и индивидуальные особенности состояния речевых и неречевых психических функций. Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обусловливает специфические особенности мышления.

При этом не только нарушения вербального мышления неотделимы от проявления неполноценности языковых систем, но также неотделимы и проявления ведущих простых неречевых расстройств (расстройств памяти, внимания, восприятия).

Дети с речевыми нарушениями обычно имеют нарушения в состоянии центральной нервной системы, носящие функциональный или органический характер. Это проявляется в особенностях их характера и поведения.

Наличие органического поражения мозга обусловливает то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, нередко они жалуются на головные боли, тошноту и головокружения. У многих из них выявляются различные двигательные нарушения: нарушения равновесия, координации движений, недифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений.

Дети с функциональными отклонениями в состоянии центральной нервной системы эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции и даже расстройства в ответ на замечание, плохую отметку, неуважительное отношение со стороны учителя и детей. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью, агрессией или, напротив, повышенной застенчивостью, нерешительностью, пугливостью. Все это в целом свидетельствует об особом состоянии центральной нервной системы детей, страдающих речевыми расстройствами. У дошкольников с ОНР « недостаточно развиты произвольные процессы внимания и восприятия, их усидчивость и работоспособность значительно ограничены [5].

Для диагноза ОНР, как уже упоминалось, обычно характерна сочетаемость с целым рядом неврологических и психопатологических синдромов. Наиболее часто встречаются такие синдромы:

- гипертензионно-гидроцефалический – он проявляется в нарушениях умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения детей; в быстрой истощаемости и пресыщаемости любым видом деятельности; в повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности.

- церебрастенический синдром – проявляется в виде повышенной нервно-психической истощаемости, эмоциональной неустойчивости, в виде нарушений функций активного внимания и памяти.

- синдром двигательных расстройств – характеризуется изменением мышечного тонуса, нерезко выраженными нарушениями равновесия и орального праксиса.

При организации работы по подготовке детей с общим недоразвитием речи необходимо учитывать их психологические особенности, степень речевых нарушений, личностные качества. Педагогу следует так организовать учебный процесс, чтобы ребенку была предоставлена возможность самостоятельно добывать знания.

На основе существующих теоретических разработок Н.С. Жуковой, Р.Е. Левиной, Г.В.Чиркиной, Т.Б. Филичевой и других организация работы

по подготовке к школе детей с общим недоразвитием речи строится на следующих принципах:

- распознавание ранних признаков ОНР и его влияние на общее психическое развитие
- своевременное предупреждение потенциально возможных отклонений на основе анализа структуры речевой недостаточности, соотношения дефектных и сохранных звеньев речевой деятельности;
- учет социально обусловленных последствий дефицита речевого общения;
- учет закономерностей развития детской речи в норме;
- взаимосвязанное формирование фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языка;
- дифференцированный подход в логопедической работе с детьми, имеющими ОНР различного происхождения;
- единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности;
- одновременное коррекционно-воспитательное воздействие на сенсорную, интеллектуальную и афферентно-волевую сферу.

Развитию речи дошкольников с ОНР должны способствовать специально подобранные способы, приемы и методы методической работы. Отбор этих приемов должен производиться на основе их методического и психологического содержания с учетом этапа учебной деятельности детей и уровнем речевых нарушений дошкольников[6].

Подводя итог, можно сказать, что дети с общим недоразвитием речи – проблема, часто встречающаяся в наше время. Хотя умственное развитие этих детей вначале не нарушено, слух сохранен, тем не менее, имеющиеся серьезные речевые дефекты приводят в дальнейшем к изменению психики. Совокупность нарушений, соответствующих общему недоразвитию речи, служит серьезным препятствием в овладении программой детского сада общего типа, а в дальнейшем и программой общеобразовательной школы. Особенность речевых нарушений в том, что они не смогут исчезнуть сами по себе, для этого требуется специальная целенаправленная работа.

Литература

1.Азарова Т.В. Развивающая работа психолога на этапе адаптации детей в школе [Текст] / Т.В. Азарова, М. Р. Битянова // Мир психологии. – № 1.– 2008. – С. 147 - 170.

2. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / Под ред. Цветковой Л.С. – М., 2008.

3. Дубова Н.В. Об особенностях навыков общения дошкольников с ОНР [Текст] / Н. В. Дубова // Логопед в детском саду.– № 3. – 2009. – С. 36-38.

4. Дудьев В.П. Развитие невербальных коммуникаций у дошкольников с ОНР [Текст] / В.П. Дудьев // Логопед в детском саду. – № 2. – 2009. – С. 16-20.

5. Ильина М.Н. Подготовка к школе [Текст] / М.Н. Ильина. – СПб.: Дельта, 2010. – 224 с.

6. Колягина В. Г. Психологические особенности страхов дошкольников с недостатками речевого развития: Дис. канд. псих. наук. – М., 2011.

Фатеева Д.А., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: к.м.н., доцент Светицкая Л.П.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЭГОСКОПИИ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ

В современной педагогике одной из главных задач является совершенствование методов и приемов, направленных на оценку состояния психической деятельности детей и подростков. Особенно важна оценка нервно-психического состояния школьников в особо напряженные для них периоды из школьной деятельности. Прежде всего, это касается старших школьников в период окончания средней школы.

Нервно-психическое состояние школьников требует изучения и коррекции. Проблемы, возникающие у школьников в связи с этим, изучались многими авторами: В.И. Медведевой, А.Б. Леоновой, Ю.Е. Сосновиковой, Е.П. Щербаковой.

Нарушения нервно-психических состояний требуют комплексного подхода при их диагностике и коррекции.

В последнее время среди детей и подростков наблюдается значительное количество нарушений со стороны их психологического состояния.

В литературе отмечается зависимость состояния психических функций от степени напряжения эмоциональных состояний школьников в ответственные периоды их обучения.

Целью нашей работы явилась оценка состояния нервно-психических функций школьников выпускного класса средней общеобразовательной школы и определение условий эффективности включения примененных нами методов в систему диагностики нервно-психического состояния детей и подростков. Нам было необходимо оценить значение и определить место данных методов психолого-педагогической деятельности при диагностике нервно-психических состояний школьников, чтобы в дальнейшем определить необходимость включения примененных нами методов для оценки психической деятельности школьников [3, с.448].

Исследование проводилось с участием школьников выпускного класса МБОУ №67 г. Ростова-на-Дону. Общее количество подростков составляло 20 человек, среди них – 10 мальчиков и 10 девочек.

Для оценки нервно-психического состояния обучающихся нами были использованы методы эгоскопии.

Метод эгоскопии проводился с использованием программно-аппаратного комплекса «Эгоскоп». Данный метод базируется на совместном анализе трендов физиологических показателей и параметров поведенческой деятельности при выполнении конкретных заданий диагностических сценариев специальной ручкой с перьевой насадкой на обычном листе бумаги (привычная технология для любого испытуемого), который кладется на электронный графический планшет [5, с.25].

В качестве параметров поведенческой деятельности используются количественные показатели, рассчитываемые на основе трендов перемещения пера по бумаге и степени давления на перо (распознается до 256 градаций степени давления на перо), а также латентные периоды задержки перед выполнением задания и перед переходом на следующее задание.

Эгоскопия позволяет оценить и представить структуру внутриличностного конфликта после психологической травмы и/или информационного воздействия, структуру рассогласования Я-структур, как причины невроза и/или неадекватного поведения, структуру и значимость аддикций склонностей, пагубных привычек, межличностную и профессиональную согласованность, ложь I и II рода – сознательную и неосознаваемую (ритуальную) ложь.

В процессе выполнения эгоскопических исследований нами были использованы два теста: «Тест юмористических фраз (ТЮФ)», который состоит из 100 юмористических фраз и позволяет выявить доминирующую в подсознании человека установку на повышенную чувствительность в одной из 10-ти значимых сфер деятельности человека.

Наличие установки в одной или нескольких из перечисленных областей проявляется в том, что человек в немалозначных юмористических фразах (а таких в методике 40) улавливает именно тот смысл, который соответствует его установке. В свою очередь установка может свидетельствовать о нескольких вещах: 1) о наличии у испытуемого недостаточно осознаваемых, но достаточно сильных потребностей в данной сфере; 2) о наличии у него сильных проблем в этой сфере, вызывающих постоянные эмоциональные переживания; 3) наличии комплексов, связанных с данной сферой [1, с.78].

Второй, используемый нами тест, это «Тест незавершенных предложений». Тест относится к методикам дополнения, включает в себя 60 незаконченных предложений, которые разделяются на 15 групп,

характеризующих в той или иной степени систему отношений обследуемого к семье, к представителям своего или противоположного пола, к сексуальным отношениям, к вышестоящим по служебному положению и подчиненным. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым человеком страхам и опасениям, к имеющемуся у него чувству осознания собственной вины, свидетельствуют о его отношении к прошлому и будущему, затрагивают взаимоотношения с родителями и друзьями, собственные жизненные цели.

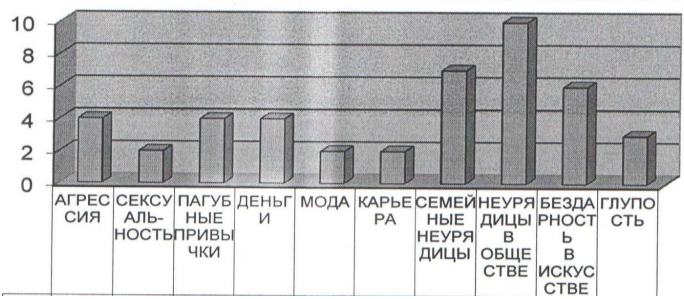
Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную. Такая количественная оценка облегчает выявление у обследуемого дисгармоничной системы отношений. Но более важно, конечно, качественное изучение дополнительных предложений [4, с.238].

При получении психологических показателей обследуемые подключались к аппарату «Эгоскоп» с помощью специальной укладки с датчиками и электродами, что позволяло одновременно регистрировать сигналы кожно-гальванической реакции (КГР), фотоплетизмограммы (ФПГ), электрокардиограммы (ЭКГ) и электроэнцефалограммы (ЭЭГ) [5, с.47].

В результате проведенного тестирования нами были определены установка на повышенную чувствительность в одной из 10-ти значимых сфер деятельности человека и характеристику системы отношений обследуемых к целому ряду значимых для человека ситуаций.

Результаты исследований с применением теста юмористических фраз показали, что среди мальчиков наибольшей зоной психологического внимания являлись проблемы «семейных неурядиц», «карьеры», «неурядиц в обществе», «глупость окружающих». Среди девочек – «глупость окружающих», «семейные неурядицы», «деньги». Психологическое состояние обследуемых девочек свидетельствовало о стремлении создавать семейное благополучие, которое соответствовало бы их представлениям и ожиданиям. Исследования указали на необходимость преодоления ими психологических барьеров во взаимоотношениях с людьми. Отмечается наличие стремления компенсировать материальным благополучием внутренние проблемы. Те же тенденции отмечались среди результатов исследования мальчиков, где «семейные неурядицы» занимали по значимости ведущие место; кроме того, их интересовали проблемы будущей карьеры, которые их беспокоили в связи с неурядицами в обществе. При характеристике личности у мальчиков отмечалось чувство внутренней неудовлетворенности, наличие честолюбия и необходимость преодоления психологических барьеров во взаимоотношении с людьми.

График №1.
Пример распределения психологических приоритетов при использовании теста юмористических фраз.



По результатам исследования, при помощи теста незавершенных предложений у девочек были выявлены следующие проблемы в области отношения к семье, отношения к отцу, нереализованные возможности, а также страхи и опасения. У мальчиков – отношение к матери, отношение к семье, страхи и опасения, нереализованные возможности и отношение к друзьям. Из результатов следует, что как у мальчиков, так и у девочек наблюдались одинаковые психологические проблемы в области семьи и нереализованные возможности, а также наличие страхов и опасений.

Результаты такого характера могут быть обусловлены эмоциональным напряжением школьников выпускного класса, связанных с будущими проблемами выбора профессии, опасениями перед конечными результатами школьного обучения.

Литература:

1. Генкин А.А., Медведев В.И. Прогнозирование психофизиологических состояний. – Л., 1973.

2. Леонова А.Б. Чернышева О.Н. Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: Хрестоматия. – М.: Радикс, 1995. – 448 с.

3. Сосновикова Ю.Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика. – Горький: Изд-во Горьковск. ГПИ, 1975. – 124 с.

4. Щербаков Е.П. Методы психолого педагогических исследований: учебное пособие. – Омск: Изд-во ОмГПУ, 1997. – 40 с.

5. Гнездицкий В.В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография. – Таганрог: Изд. ТРТУ совместно с НПКФ «МЕДИКОМ МТД», 2000 г.

РАЗДЕЛ 5. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Алексеева М.Н., Колпакова Н.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

СИНДРОМ ДИФИЦИТА ВНИМАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Первое упоминание детского заболевания, характеризующегося двигательной расторможенностью и дефицитом внимания, появилось около 150 лет назад. Немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман описал чрезвычайно подвижного ребёнка, который ни секунды не мог спокойно усидеть на месте. С тех пор изучением невротических отклонений поведения и учебных трудностей занимались такие учёные как: Журба Л.Т., Тимонина О.В., Строганова Т.Н., Посикера И.Н., Успенская Т.Ю., Суворинова Н.Ю.

Педагоги и врачи в разных странах мира использовали различные термины для определения данного нарушения: органическая мозговая дисфункция, хореиформный синдром, лёгкая детская энцефалопатия, гиперкинетический синдром, психомоторная нестабильность, нарушение внимания, дети с перцепциально-двигательными нарушениями, что обусловлено крайней вариабельностью симптоматики и наличием дифференцированных расстройств.

В нейрофизиологии данное состояние определялось как «минимальное мозговое повреждение», в нейропсихологии – «расстройство саморегуляции и торможения», в биохимии – «дисфункция медиаторных систем», в педиатрии – «гиперкинетический синдром» и т.д.

В 1962 г. Оксфордская группа по международным исследованиям в детской неврологии провела симпозиум по проблеме минимального повреждения мозга. На нём было принято решение обозначать данное расстройство термином «минимальная мозговая дисфункция». Тем самым подчёркивалось отсутствие у этих детей органических поражений мозга, а выявляемые нарушения свидетельствовали лишь о наличии нейрохимической и нейрофизиологической дисфункции.

Картину СДВГ определяет неуместная, не соответствующая ситуации, избыточная активность, дефицит внимания, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, проблемы во взаимоотношениях с окружающими, заниженная самооценка, сопутствующие нарушения поведения, трудности обучения, двигательная неловкость вследствие статико-локомоторной недостаточности [2].

Исследования, проведённые в России, США, Великобритании, Германии, Чехословакии, Китае и других странах мира, свидетельствуют о

повсеместной распространённости СДВГ среди детей дошкольного возраста.

Так, например, в России гиперактивных детей – 4-18% (Заваденко Н.Н, Платонова А.Г., Кучма В.Р.), в США – 4-20% (Кохен П.), в Великобритании – 1-3% (Таулор Е.А.), в Германии – 9-18% (Баумгаэртел А.), в Чехословакии – 10-12% (Тржесоглава З.), в Китае – 1-13% (Тао К.Т.), в Австралии – 7-10%, в Италии – 3-10% (Галлици Ф.).

По современным научным данным, среди мальчиков признаки синдрома диагностируются в 2-3 раза чаще, чем среди девочек. Высокая частота распространённости СДВГ у мальчиков обусловлена влиянием наследственных факторов, а также более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большего количества межполушарных связей, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных механизмов по сравнению с мальчиками при поражении ЦНС.

Кроме того, отмечаются гендерные различия в структуре и динамике поведенческих нарушений. Увеличение симптомов гиперактивности у мальчиков с трёх лет заставляет родителей раньше обращаться к специалистам. У девочек изменения поведения происходят более скрыто и поэтому не выявляются при одно-двукратном наблюдении, соответственно не преодолеваются и имеют более неблагоприятный прогноз. По сравнению с девочками у них более выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

На современном этапе исследования СДВГ выделяются три группы факторов в развитии синдрома: медико-биологические (84%), генетические (57%) и психосоциальные (63%).

Нельзя с уверенностью утверждать, что в наше время СДВГ встречается чаще, но совершенно ясно, что количество диагнозов СДВГ за последнее десятилетие возросло. Частично это объясняется пристальным интересом к этой проблеме прессы, информированностью родителей и педагогов, а также доступностью и эффективностью коррекционной работы с данной категорией детей.

В соответствии с выделенными критериями современной классификации МКБ 10, большинство исследователей (Шевченко Ю.С., Заваденко Н.Н., Ахутина Т.В., Кума В.Р., Платонова Т.Д. и др.) определяют три основных блока проявлений СДВГ: гиперактивность, нарушение внимания, импульсивность.

Гиперактивность – чрезмерная активность, слабый контроль побуждений. Она проявляется избыточной двигательной активностью, беспокойством и суетливостью, многочисленными посторонними движениями, которых ребёнок часто не замечает. Для детей с этим

синдромом характерны чрезмерная речевая активность, неспособность усидеть на одном месте, продолжительность сна всегда меньше нормы. В двигательной сфере у них обычно обнаруживаются нарушения двигательной координации, несформированность мелкой моторики и праксиса [3].

Таким образом, гиперактивность является проявлением утомления, которое у ребёнка идёт не так, как у взрослого. Взрослый обладает способностью контроля за состоянием и может создать условия для отдыха. Для ребёнка характерен слабый контроль за собственным состоянием, что приводит к хаотическому подкорковому возбуждению, которое в свою очередь проявляется в гиперактивном поведении.

Нарушения внимания могут проявляться в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей. Они стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребёнка связана с заинтересованностью, увлечённостью и удовольствием, то они способны удерживать внимание более продолжительное время.

Основные характеристики внимания, такие как: концентрация, устойчивость, объём – оказываются ниже нормы. Объём оперативной памяти и мышления снижен, ребёнок может удержать в уме и оперировать ограниченным количеством информации, большая часть которой вскоре забывается.

Нарушения концентрации внимания приводят также к нарушениям целенаправленного поведения. Произвольное внимание у гиперактивных детей ещё не развито. Поэтому ребёнок постоянно переключается с одного вида деятельности к другому и ни один не доводит до завершения.

Импульсивность выражается в неумении регулировать свои действия, подчиняться правилам, обдумывать свои действия. В результате повышенной возбудимости и импульсивности дети неадекватно реагируют на обычные раздражители. В результате появляется повышенная утомляемость, раздражительность и агрессивность. Гиперактивный ребёнок быстрее устаёт, что не может определять способность к успешной совместной работе с педагогом и сверстниками [5].

Вследствие эмоциональной гиперактивации, неразвитости чувства сопереживания и эмпатии возникают проблемы в коммуникации. Это, а также неспособность к кооперативности и отсутствие других социальных навыков усугубляют дезадаптацию. При педагогической запущенности

могут развиваться признаки эмоциональной депривации. В поведении отмечаются признаки инфантилизма.

К психолого-педагогическим условиям преодоления симптоматики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей могут быть отнесены следующие:

учёт цикличности умственной деятельности детей старшего дошкольного возраста с СДВГ. Он позволяет выбирать оптимальный индивидуальный режим для организации деятельности детей, учитывать сложность предлагаемых заданий, что, в свою очередь, соответствует эффективному их выполнению и положительной оценке детьми своей деятельности.

Данные исследований показали, что для одних детей эта цикличность может охватывать период работоспособности от 5 до 15 минут на разных этапах деятельности. Затем следует период, необходимой для отдыха мозга, накопление энергии, необходимой для следующего цикла. В этот период ребёнок не достигает эффективности в деятельности, так как не реагирует на взрослого. Затем умственная деятельность восстанавливается, и ребёнок готов к работе в течение 5-15 минут. Результатом учёта цикличности при СДВГ является активизация всех психических процессов и их показателей.

Исходя из того, что основным симптомом СДВГ является нарушение внимания, то к психолого-педагогическим условиям преодоления данного синдрома будут отнесены: увеличение объёма внимания, обучение ребёнка концентрировать своё внимание, развитие у ребёнка способности сосредотачивать своё внимание, развитие переключаемости внимания, развитие способности распределять внимание [1].

Следующим условием преодоления симптоматики СДВГ является организованная двигательная активность детей. Это обусловлено наличием при синдроме ДВГ «мерцающего» сознания. Дети могут «впадать» и «выпадать» из него при отсутствии двигательной стимуляции. Что проявляется в высокой потребности совершать неадекватные двигательные действия (крутиться, постоянно вертеть головой и т.д.), чтобы оставаться «в сознании». Для того чтобы сохранить концентрацию внимания у детей необходимо применять адаптивную стратегию, т.е. активизировать центры равновесия при помощи направленной, организованной двигательной активности.

Следующим условием преодоления симптоматики СДВГ является оптимизация социального взаимодействия ребенка. Это вызвано плохой способностью детей с СДВГ вступать в контакт, как со сверстниками, так и с взрослыми. Коммуникабельность развита недостаточно и дети лучше чувствуют себя в небольшом коллективе.

Общественное поведение ребёнка старшего дошкольного возраста с СДВГ находится на более низких ступенях, чем это можно ожидать от уровня его интеллектуального развития. Поведение часто не соответствует ситуации, так как ребёнок не способен предвидеть последствий своего поведения. Он не признаёт авторитетов, ведёт себя по отношению к ним негативно, даже агрессивно, что может выражаться в антиобщественном поведении.

Следующим условием является учёт личностных особенностей. Дети с СДВГ очень доверчивы, даже наивны, в своём поведении часто подражают сверстникам или старшим товарищам. Озлобленность и раздражительность у них могут быстро сменяться повышенным вниманием к окружающим. Эти дети с трудом мирятся с изменениями, держатся за привычные стереотипы, тем не менее, в обществе могут быть очень милыми и нежными, охотно сотрудничают и испытывают желание к положительной оценке их поведения.

Несмотря на сложности, возникающие в результате дефицита внимания, гиперактивные дети не обязательно имеют задержку психического развития, могут обладать определёнными способностями в разных областях и проявлять живой интерес к окружающему. Результаты многочисленных исследований показывают хороший интеллект таких детей, но перечисленные особенности их статуса не способствуют его развитию [4].

С возрастом повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования Н.Н. Заваденко поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве синдром дефицита внимания.

Таким образом, для категории детей с СДВГ характерно несоответствие уровня развития когнитивных функций возрастной норме. Низкие показатели концентрации и устойчивости свидетельствуют о слабом развитии произвольного внимания у детей с СДВГ дошкольного возраста. Все виды памяти, за исключением слухоречевой, развиты слабо. Из-за слабой произвольной регуляции внимания и недостаточного эмоционального контроля эти дети не в состоянии успешно овладевать разными видами деятельности, а повышенная утомляемость, «цикличность» умственной активности и недостаток мотивации мешают им довести дело до конца. Несмотря на высокую двигательную активность, общая продуктивность работы детей с СДВГ гораздо хуже, чем у их нормально развивающихся сверстников.

Литература:

1. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обозрение психиат., мед. и психол. им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1993. – №3.
2. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. – 1996. – №3.
3. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики // Дефектология. – 2003. – №6.
4. Кучма В.Р., Брязгунов И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). – М., 1994.
5. Кучма В.Р., Платонова Т.Д. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. Распространённость, факторы риска и профилактика. – М., 1997.

Бондаренко А.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Шаповаленко З.И.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

В настоящее время актуализируется проблема девиантного поведения среди подрастающего поколения. В стадии становления находится новая научная дисциплина – психология девиантного поведения.

Проблема девиантности отражена в работах таких зарубежных авторов, как М. Вебер, Э. Дюркгейм, О. Конт, Р. Мертон, Т. Парсонс, Э. Фромм и др.

Среди отечественных ученых следует назвать А.А. Александрова, Б.С. Братуся, Л.И. Божович, С.А. Беличеву, Я.И. Гилинского, И.С. Кона, В.Н. Кудрявцева, А.А. Реана, Д.И. Фельдштейна и др.

Сегодня под термином «девиантное поведение» мы привыкли понимать поведение, отклоняющееся от общепринятых, наиболее распространенных и устоявшихся норм в определенных сообществах в определенный период их развития. Но нельзя сказать, что у «нормы» есть точное определение. Скорее под нормой, как указывает С.А. Бадмаев, можно понимать, что-то среднее, устоявшееся, не выделяющееся из массы, что-то наиболее приспособленное к окружающей среде. Именно поэтому, под понятие девиант, попадают и так называемые «одаренные дети». Это девианты, которые способствуют прогрессу общества, в отличие от девиантов с поведением, отклоняющимся в сторону нарушения закона [2, с.123].

Понятие делинквентности было введено в науку в 1950 годах А. Коэном, который разработал теорию делинквентных субкультур. Он считал, что аномия как ослабление культурных норм, ценностей и социальных взаимосвязей ведет к фрустрации и необходимости поиска новых форм поведения. В готовом виде эти формы уже имеются в делинквентной субкультуре, ориентированной на успех. Однако в этой субкультуре совсем иные, чем в «большом» обществе, критерии успеха – мелкие кражи, агрессивность, вандализм в ней являются нормальными средствами достижения самоуважения и уважения со стороны других [6, с.152] .

Э. Дюркгейм – основатель французской социологической школы определял делинквентное поведение как антиобщественное противоправное поведение индивида, воплощённое в его поступках (действиях или бездействии), наносящих вред, как отдельным гражданам, так и обществу в целом [2, с.74] .

В отечественной психологии под делинквентным поведением понимают одну из разновидностей девиантного поведения, систему поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе правовым нормам, и попадает под юрисдикцию «Кодекса РФ об административных правонарушениях» (КоАП РФ) Такие проступки называют еще «общественно-опасные деяния».

Под делинквентностью традиционно понимается правонарушительное или противоправное действие, не несущее за собой уголовной ответственности. Отечественные ученые личность несовершеннолетнего, совершившего преступление, называют делинквентной; совершеннолетнего – криминальной.

Делинквентность у подростков, обычно начинается со школьных прогулов и приобщения к асоциальной группе сверстников. За этим следуют мелкое хулиганство, издевательство над младшими и слабыми, отнимание мелких карманных денег у малышей, угон (с целью покататься) велосипедов и мотоциклов, которые потом бросают где попало. Реже встречаются мошенничество, мелкие противозаконные спекулятивные сделки, вызывающее поведение в общественных местах. К этому могут присоединяться «домашние кражи» небольших сумм денег.

В подростковом возрасте наиболее ярко проявляются особенности (акцентуации) характера. По существу акцентуации – это крайние варианты нормального характера. Акцентуации могут быть предрасполагающим фактором для развития невротических реакций, неврозов, патохарактерологичеких особенностей и т.д.

Автор концепции акцентуации – немецкий психиатр Карл Леонгард ввёл термин «акцентуированная личность». По мнению Леонгарда, акцентуации личности, прежде всего, проявляются в общении с другими

людьми. Поэтому, оценивая стили общения, можно выделить определенные типы акцентуаций. [4, с.96].

А.Е. Личко уточнил этот термин, изменив его на термин «акцентуация характера», так как личность, по его мнению, слишком комплексное понятие. Психологическими исследованиями, проведенными под руководством А.Е. Личко, установлены корреляции между особенностями заострений характера у подростков и отклоняющимся поведением: правонарушениями, сексуальной патологией, вредными привычками, никотиноманией и пр. [5, с.147].

Мотивы одних и тех же делинквентных поступков, с точки зрения Б.Н. Алмазова, могли быть самыми различными при разных типах психопатий и акцентуаций характера. Например, кражи неустойчивого подростка – чаще всего путь раздобыть средства для развлечений и удовольствий. Кражи гипертимного подростка могут носить «престижный характер», т е. предназначены показать сверстникам его смелость и превосходство. Эпилептоиды воруют, имея целью, прежде всего, присвоение материальной ценности, но иногда сам риск, острые ощущения («холодок») в процессе совершения кражи доставляют им трудно описуемое наслаждение. Среди шизоидов встречаются «символические» кражи (присвоение предметов, принадлежащих объекту тайного обожания), кражи во имя «восстановления справедливости» или в целях пополнения с обираемой коллекции [1, с269].

В центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей г. Ставрополя ГУ МВД России по Ставропольскому краю (ЦВСНП), на базе которого мы проводили свои исследования, содержаться подростки, совершившие общественно опасные деяния, например кражи, и «сбыт» краденного, распитие спиртсодержащих напитков в общественном месте, бродяжничество и т.д.

При исследовании типа акцентуации характера с помощью теста-опросника Леонгарда-Шмишека было выявлено, что тип акцентуации характера играет огромную роль в формировании делинквентности подростка.

Полученные результаты частоты делинквентности, в зависимости от типа акцентуации характера отражены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели делинквентности подростков

№ п/п	Тип психопатии или акцентуации характера	Частота делинквентности (%)
	Неустойчивый	76
	Эпилептоидный	61

	Истероидный	52
	Шизоидный	44
	Гипертимный	36
	Лабильный	36

Как видно из таблицы, наиболее подвержен делинквентности неустойчивый тип акцентуации. Наиболее частыми типами акцентуаций характера подростков, направляемых в специальное ПТУ, также оказались неустойчивый, эпилептоидный и истероидный.

Таким типам, как сенситивный и психастенический, делинквентность вообще не свойственна. Циклоиды способны на эпизодические делинквентные поступки во время гипертимной фазы, реже у них встречаются делинквентные эквиваленты субдепрессивных фаз.

Полученные эмпирические данные подтверждаются теоретическими исследованиями ученых, с точки зрения которых, в основном правонарушителями становятся подростки с неустойчивым, эпилептоидным и истероидным типами акцентуации характера. Именно поэтому с такими подростками необходимо проводить профилактическую работу не только родителям, но и психологам, инспекторам по делам несовершеннолетних, педагогам и т.д. На наш взгляд, необходимо контролировать круг общения таких подростков, чтобы не допустить их попадания в подростковые субкультурные группы. В таких группировках подростки ведут себя асоциально, нарушая общественный порядок и, как следствие, попадают в поле зрения правоохранительных органов, где их ставят на учет в комиссию по делам несовершеннолетних в школе (в состав такой комиссии входят и инспектора полиции). Нередко дела на таких подростков попадают в суд, а подростки направляются в ЦВСНП.

Литература:

1. Алмазов Б.Н. Психологическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. – Свердловск, 1985.

2. Бадмаев С.А. Психологическая коррекция девиантного поведения школьников. – М.,1997.

3. Дюркгейм Э., Вебер М. Теоретическая социология. – М., 2002.

4. Леонгард К. Акцентуированные личности. – М., 1989.

5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 253 с.

6. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб., 1997.

Дементьева Е.А., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: к.психол.н., доцент Черепкова Н.В.

ПРОФИЛАКТИКА ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Проблема отклоняющегося поведения очень актуальна и вызывает особый интерес исследователей в различных областях научного знания. Современные знания об отклоняющемся поведении личности позволяют утверждать, что мы имеем дело с чрезвычайно сложной формой социального поведения личности.

По мнению Алмазова Б.Н., отклоняющее поведение – это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся её социальной дезадаптацией [1, с. 105].

Принято выделять следующие формы отклоняющегося (девиантного) поведения: антисоциальное (делинквентное) поведение, асоциальное (аморальное) поведение, аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение [4, с. 64].

Антисоциальное поведение, по мнению Максимовой Н.Ю., – это поведение, противоречащее правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих. У подростков – это хулиганство, кражи, вандализм, физическое насилие, торговля наркотиками [4, с. 134].

- Правонарушения (преступность). Исследователями выделяются следующие внутренние, психологические факторы, которые могут приводить к совершению преступлений несовершеннолетними [3, с. 167]:
- потребность в престиже, в самоуважении;
- потребность в риске;
- эмоциональная неустойчивость;
- агрессивность;
- наличие акцентуации характера;
- отклонения в психическом развитии;
- низкое самоуважение;
- неадекватная самооценка.

Вандализм – одна из форм разрушительного поведения. Подростки-вандалы обладают примерно таким же уровнем интеллектуального развития, как и их сверстники, однако успеваемость в школе гораздо ниже.

Граффити – оригинальная форма проявления девиантного поведения среди подростков и молодежи.

Асоциальное – это уклонение от выполнения морально-нравственных норм, принятых в обществе, угрожающее благополучию межличностных отношений. У подростков – это воровство, агрессивное поведение, бродяжничество, отказ от обучения, проституция, ненормативная лексика [4, с. 115].

Аутодиструктивное поведение – это поведение, отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию самой личности. Для подростков – это употребление наркотиков, алкоголя, суицидальное поведение и самоубийства [5, с. 173].

Выделение отдельных форм отклоняющегося (девиантного) поведения условно, поскольку в реальной жизни описанные формы, как правило, сочетаются в зависимости от индивидуальных социальных предпосылок личностного развития.

По мнению Палачевой Т.И., в силу сложного характера поведенческих нарушений их предупреждение и предотвращение требует хорошо организованной системы социальных воздействий. Психологическая помощь является одним из уровней этой системы и играет в ней связующую роль. Она имеет два ведущих направления [2, с. 94]:

- предупреждение, психопрофилактика;
- преодоление, коррекция, реабилитация).

Профилактика отклоняющегося поведения предполагает систему общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации, общегосударственном, правовом, общественном, экономическим, медико-санитарным, педагогическим, социально-психологическим. Условиями успешности коррекционной работы считают ее комплексность, последовательность, дифференцированность, своевременность. Последнее условие особенно важно в работе с активно формирующейся личностью, с подростком. В работе с развивающейся личностью ВОЗ предлагает выделить: первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика, по мнению Жиляева А.Г., направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определенное явление, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов. Первичная профилактика должна широко проводиться среди подростков [2, с. 68].

Вторичная профилактика направлена на раннее выявление и реабилитацию нервно-психических нарушений и работу с «группой риска», например, подростками, имеющими ярко выраженную склонность к формированию отклоняющегося поведения без проявления такового в настоящее время.

Третичная профилактика, по мнению Максимовой Н.Ю., решает такие специальные задачи, как лечение нервно-психических расстройств, сопровождающихся нарушениями поведения. Третичная профилактика также может быть направлена на предупреждение рецидивов у лиц с уже сформированным девиантным поведением.

Профилактическая работа может входить в комплекс мероприятий всех трех уровней, она наиболее эффективна в форме воздействия на условия и причины, вызывающие девиантное поведение, на ранних этапах проявления проблем [3, с. 87].

Существуют разные формы профилактической работы [6, с. 121].

Первая форма – организация социальной среды. В ее основе лежат представления о детерминирующем влиянии окружающей среды, на формирование девиаций.

Вторая форма работы – информирование. Это наиболее приемлемое направление профилактической работы. В форме лекций, распространении специальной литературы, бесед или видео-, телефильмов.

Третья форма профилактической работы – активное социальное обучение социально-важным навыкам. Реализуется в форме групповых тренингов. Важными являются навыки самоконтроля, уверенного поведения, изменения себя и окружающей ситуации.

Четвертая форма – организация деятельности альтернативной девиантному поведению. Эта форма работы связана с представлением о заместительном эффекте девиантного поведения, она реализуется практически во всех программах оказания помощи в случаях уже сформированного отклоняющегося поведения.

Пятая форма – организация здорового образа жизни. Данная форма исходит из представлений о личной ответственности за здоровье, гармонию с окружающим миром и своим организмом. Умение человека достигать оптимального состояния и успешно противостоять неблагоприятным факторам среды считается особенно ценным.

Шестая форма – активизация личностных ресурсов. Активное занятие подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста – все это активизирует личностные ресурсы, в свою очередь обеспечивающие активность личности, ее здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию.

Седьмая форма – уменьшение негативных последствий девиантного поведения. Данная форма используется в случаях уже сформированного отклоняющегося поведения. Она направлена на профилактику рецидивов или их негативных последствий.

Таким образом, по способу организации работы можно выделить основные приемы профилактики, такие как: индивидуальная, семейная, групповая [2, с. 150]. Нами были рассмотрены различные виды профилактики отклоняющегося поведения: первичную, вторичную и третичную профилактику, разные формы профилактической работы, приемы и методы. Таким образом, профилактика отклоняющегося поведения детей и подростков имеет сложную структуру.

Литература:

1. Алмазов Б.Н. Психологическая средовая дезодаптация несовершеннолетних. – Свердловск: Уральский университет, 1996.
2. Жиляев А.Г., Палачева Т.И. Система первичной профилактики наркотизации в условиях общеобразовательного учреждения. – М.: Центр «Школьная книга», 2004.
3. Захаров Л.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М, 1986
4. Максимова Н.Ю. О склонности подростков аддитивному поведению. – М.: «Психологический журнал», 1996.
5. Поварницына В.А. Воспитательная работа школы с трудными учащимися. – Челябинск, 2004.
6. Хухлаева О.В. Тропинка к своему я. – М.; Генезис, 2007.

Неделькина Е.И., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: д.м.н., профессор Лукьянов В.В.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ КАК ОСНОВА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

В настоящее время проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) среди подростков является одной из наиболее актуальных. За последние десять лет отмечен самый высокий показатель заболеваемости такого рода – 27, 5 на 100 тысяч подросткового населения России [1, с.205].

Алкоголизация несовершеннолетних носит тотальный характер; её начало для большинства приходится на детский возраст (до 15 лет); среди подростков широко распространено потребление крепких алкогольных напитков низкого качества; в настоящее время наркотические вещества легкодоступны для несовершеннолетних и молодежи города и села [5, с.196].

Эффективность лечения наркозависимых не превышает 5-7%, а возможности реабилитации, несмотря на значительные финансовые и трудовые затраты, не более 35%, поэтому на сегодняшний день ведущей стратегией противодействия наркотизации является первичная профилактика. Разработка и апробация различных программ профилактики наркотической зависимости среди детей, подростков, молодежи становится все более актуальным научным направлением в США, Австралии, Западной Европе, а в последние годы – и в России [3, с.85].

Профилактика зависимости от ПАВ, как и любого другого заболевания, подразделяется на первичную, вторичную и третичную. В центре первичной профилактики находится личность ребенка, подростка и

юноши, а также сферы, в которых реализуется их жизнедеятельность – школа, семья, досуг [4, с.115].

Первичная профилактика возникновения состояний зависимости заключается в предупреждении употребления ПАВ и, соответственно, распространенности наркологических заболеваний среди несовершеннолетних. Она направлена на изменение отношения детей и молодежи к алкоголю, наркотикам и иным ПАВ, формирование антинаркотических установок и личной ответственности за свое поведение, пропаганду здорового образа жизни, выработку гигиенически целесообразных навыков и привычек поведения [5, с.62].

Первичная профилактика основана на учете предпосылок к началу злоупотребления. Особое значение в плане первичной профилактики имеет выявление в подростковых коллективах лиц из группы риска [4, с.93].

По нашему мнению, при организации первичной профилактики наиболее важным обстоятельством является получение достоверных эпидемиологических данных, отражающих основные тенденции распространенности употребления ПАВ среди подростков. Мы провели исследование, целью которого явилось получение информации о потреблении ПАВ в подростковой среде посредством анонимного анкетирования.

Исследование проводилось на базе средних общеобразовательных школ города Курска. В исследовании приняли участие 319 учащихся 9, 10 и 11 классов в возрасте от 15 до 18 лет.

Для проведения исследования мы разработали специальную анкету, состоящую из 15 вопросов, касающихся отношений к курению, употреблению алкоголя и наркотиков, информированности о наркотических средствах, об их доступности. Анкетирование проходило в условиях анонимности и конфиденциальности.

В результате проведенного исследования мы установили, что курение табака имеет широкое распространение среди подростков: 5% подростков курят постоянно, 51% опрошенных признались, что пробовали курить хотя бы раз в жизни, 11% учеников отметили, что курят эпизодически, 33% – не курят вообще и никогда не пробовали. Следует отметить, что средний возраст, в котором опрошенные впервые попробовали курить, составил 12 лет и отражает негативную тенденцию в приобщении к ПАВ. 45% опрошенных считают, что от постоянного курения сигарет (около пачки в день) возникает риск для здоровья, 26% считают, что риск является значительным и 29% уверены, что риска нет. Среди основных причин курения по результатам анкетирования больше половины подростков назвали «нежелание отделяться от сверстников», «курю, когда волнуюсь» и «так принято в моей компании».

Изучив отношение подростков к употреблению алкоголя, мы пришли к следующим выводам: 31% опрошенных отметили, что не пробовали алкоголь, 69% имеют опыт употребления алкогольных напитков. Вызывают особый интерес обстоятельства, при которых учащиеся впервые попробовали алкогольные напитки: 46% отметили, что это произошло на семейном торжестве в присутствии родителей, а 54% впервые употребили алкоголь в кругу сверстников.

Анализ возраста приобщения к алкоголю позволил установить, что средний возраст первого употребления составил 12,5 лет. В вопросе риска для здоровья от употребления алкогольных напитков мы получили следующие результаты: 46% считают этот риск большим, 30% считают риск значительным, 24% – не видят риска для здоровья.

В ходе анкетирования мы также выяснили отношение подростков к наркотикам: 79% опрошенных считают, что это серьезная проблема, 21% отметили, что не задумывались над данным вопросом. Необходимо отметить, что 48% подростков говорят о невозможности достать наркотические вещества, 46% считают, что наркотические вещества достать трудно, но возможно, 6% подростков отмечают, что достать их просто.

Известно, что раннее знакомство с психоактивными веществами является высоким фактором риска развития химических зависимостей. Результаты проведенного анкетирования имеют большое практическое значение для построения и последующего применения программ первичной профилактики злоупотребления ПАВ у подростков.

Литература:

1. Егоров А.Ю., Дрейзин А.А. Выявление злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. – Калининград: Изд-во КГУ, 2005.

2. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. Пособие для студ. учеб. заведений. 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004.

3. Киржанова В.В., Муганцева Л.А. Распространенность наркомании среди подростков в Российской Федерации // Наркология. – 2003. – № 6.

4. Погосов А.В. Актуальные проблемы наркологии (курс лекций): учеб. пособие. – Курск: КГМУ, 2005.

5. Сирота Н.А. Эффективные программы профилактики зависимостей от наркотиков и других форм зависимого поведения / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – М., 2004.

Свириденко Е.М., Бакунова И.В., г.Ставрополь,
ФГАОУ ВПО СКФУ

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ФИЛЬМОВ

Девиантное поведение (от позднелат. deviacio – отклонение) – это поведение, отклоняющееся от общепринятых, социально одобряемых, наиболее распространенных и устоявшихся норм в определенных сообществах в определенный период их развития. Это устойчивое поведение личности, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также часто сопровождающееся социальной дезадаптацией [1, с.238]. Девиант – индивид, отличающийся по своим личностным характеристикам и поведенческим проявлениям от общепринятых норм: социальных, психологических, этнических, педагогических, возрастных, профессиональных и прочих. [2,с.173]. Девиантное поведение всегда связано с каким-либо несоответствием человеческих поступков, действий, видов деятельности – распространенным в обществе или его группах нормам, правилам поведения, идеям, стереотипам, ценностям, ожиданиям, установкам. Среди факторов отклоняющегося поведения можно выделить следующие: биологические, психологические, социально-педагогические, социально-экономические, морально-этические, которые находятся в сложном взаимодействии и взаимовлиянии [2,с.189].

Говоря о предпосылках возникновения девиации как социально-педагогической проблемы, нельзя не отметить важность в этом аспекте самого сложного из всех детских возрастов – подросткового возраста. Характерными особенностями подросткового возраста является эмоциональная незрелость, недостаточно развитое умение контролировать свое поведение, соразмерять желания и возможности в удовлетворении своих потребностей, повышенная внушаемость, желание самоутвердиться и стать взрослым. Подросток – это личность, находящаяся на особой стадии формирования ее важнейших черт и качеств. Стадия эта пограничная между детством и взрослостью. Подростков, чье поведение отклоняется от принятых в обществе правил, норм поведения, принято называть «трудными» или трудновоспитуемыми. Взаимодействие подростка с микросоциумом нарушает развитие и социализацию подростка вследствие отсутствия адекватного учета средой особенностей его индивидуальности проявляется в поведенческом противодействии установленным нравственным и правовым общественным нормам [4, с.331].

Профилактика девиантного поведения подростков предполагает три уровня: 1) ранняя профилактика; 2) профилактика в период, когда аморальная направленность личности учащегося приобрела устойчивый

характер; 3) борьба (коррекция) с вполне сложившейся системой отрицательно выраженных тенденций самосознания, воли и опыта учащихся, аморальная направленность которых отличается особо устойчивым характером [4, с.276].

На каждой ступени профилактики или коррекции поведения подростка необходимо подобрать наилучший метод противостояния негативным тенденциям. Одним из эффективных методов может выступить достаточно новый вид арттерапии – видеотерапия или терапия художественными фильмами [3,с.59].

Под видеотерапией или терапией художественными фильмами понимается вспомогательная психотерапевтическая техника, основанная на просмотре и обсуждении фильмов, в которых сюжет и эмоциональное воздействие соотнесены с психической проблематикой человека. Видеотерапия, влияет на образную сферу человека и оказывает интенсивный эффект вследствие емкого, кратковременного и эмоционального насыщенного воспроизведения событий. Терапия художественными фильмами в настоящее время находится на стадии становления, однако ожидается развитие теоретического обоснования этой методики и широкое практическое ее использование для профилактики и лечения различных проблем психического здоровья [3, с.142].

Лондонский психотерапевт Берни Вудер разработал для лечения различных эмоциональных проблем свою методику выбора художественных фильмов и работает по ней уже более 10 лет. Он выделяет проблемы, такие как недостаток силы воли, горе, потеря близкого человека, разбитое сердце, неуверенность, скука, кризис в отношениях, и предлагает их решение с помощью конкретных фильмов [5, с.66].

Фильмы, рекомендованные для просмотра, можно разделить на три группы. К первой группе относятся произведения, которые показывают образец мужества человека, его силу и душевные качества, помогая преодолевать сложные моменты жизни. Во второй группе оказываются фильмы, демонстрирующие, что ресурсы человека не ограничены, а опасный враг живет в самом человеке, поэтому необходимо познать себя и свои возможности. Третья группа объединяет достаточно «легкие» произведения, которые учат смотреть на любую ситуацию с юмором, видеть ее в общем, контексте жизни, уходя от сверхважных идей [5, с.143].

Опыт применения техник видеотерапии в профилактике и коррекции девиантного поведения детей и подростков показывает, что в кризисных случаях фильмы выступают медиатором выражения чувств, страхов и опасений ребенка. Работа с фильмами интересна и увлекательна при групповых и индивидуальных обсуждениях. Однако прежде чем приступать к поиску психотерапевтических видео, важно помнить, что

среди них есть множество оказывающих противоположный, антитерапевтический и суицидальный эффект.

Литература:

1. Воспитание трудного ребенка. Дети с девиантным поведением // Под ред. М.И. Рожкова. – М., 2001.

2. Змановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). – М., 2003.

3. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков – М.: Когито-Центр, 2007.

4. Ранняя профилактика девиантного поведения детей и подростков / Под ред. А.Б.Фоминой. – М., 2007.

5. Сучкова Н.О. Арт-терапия в работе с детьми из неблагополучных семей. – М.: Сфера, 2008.

Селина О.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

ХОРЕОГРАФИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В настоящее время значимой проблемой является увеличение роста количества детей с различными отклонениями в развитии, как физическими, так и психическими. Это связано с социальными, экономическими, политическими факторами внешней среды и с различными наследственными влияниями. Одним из таких отклонений является синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Эпидемиологические исследования показывают, что наибольшая частота этих расстройств была выявлена у детей дошкольного возраста – 12-21 %.

В России синдром дефицита внимания и гиперактивности стал диагностироваться не более десяти лет назад, вслед за появившимися работами европейских и американских исследователей. Данный синдром был описан на детях с нормальным интеллектом. Следует отметить, что в нашей стране психологическая диагностика синдрома разработана недостаточно глубоко. На практике этот диагноз психологи и врачи стали ставить и умственно отсталым детям, и детям с психопатией, и даже детям, больным шизофренией. Дело в том, что нарушения внимания можно диагностировать практически при любом виде детской психопатологии. Если нарушается ход психического развития ребенка, то в той или иной форме нарушаются разные стороны внимания: концентрация, распределение, переключение, объем. При нарушении развития произвольности психических процессов естественно страдает и произвольное внимание. При органических повреждениях головного мозга страдает непроизвольное внимание, связанное с нарушением

ориентировки в окружающем мире. Около 2-3% детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью не имеют других функциональных расстройств [3].

Следовательно, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) рассматривается как сложное психическое состояние ребенка, характеризующееся особым профилем познавательных функций, эмоционально-личностной сферы и поведения ребенка.

Проявляются эти нарушения в виде двигательной расторможенности, импульсивности поведения, расстройстве внимания, легкой недостаточности координации движений и мелкой моторики. Эти сходные состояния могут проявляться как изолированные симптомы гиперактивности, импульсивности, расторможенности или дефицита внимания, которые препятствуют адаптации ребёнка и нарушают процесс его развития и обучения [1].

Одним из главных признаков СДВГ, наряду с нарушениями внимания, является импульсивность — недостаток контроля поведения в ответ на конкретные требования. Клинически эти дети часто характеризуются как быстро реагирующие на ситуации, не дожидаясь указаний и инструкций, позволяющих выполнять задание, а также неадекватно оценивающие требования задания. В результате они очень небрежны, невнимательны, беспечны и легкомысленны. Такие дети зачастую не могут рассмотреть потенциально негативные, вредные или разрушительные (и даже опасные) последствия, которые могут быть связаны с определёнными ситуациями или их поступками. Часто они подвергают себя необоснованному, ненужному риску, чтобы показать свою смелость, капризы и причуды, особенно перед сверстниками. В результате не редки несчастные случаи с отравлениями и травмами. Дети с СДВГ могут легкомысленно и беспечно повредить или уничтожить чью-либо собственность значительно чаще, чем дети без признаков СДВГ.

Данное состояние детей можно рассматривать как важный объект психолого-педагогической работы, как актуальную педагогическую, а не только медицинскую проблему [5].

Психоэмоциональные особенности детей с синдромом связаны с отклонениями катехоламинового обмена. Избыточное выделение катехоламинов обуславливает развитие стресс-реакции у детей с синдромом чаще, чем у других детей. По мнению Н.Н. Тимофеева и Л.П. Прокопьевой, избыточное адренергическое влияние можно инактивировать путем опустошения депо катехоламинов. С этой целью в режим дня рекомендуется включать длительные физические нагрузки.

Специфичность развития детей с СДВГ требует проведения специальных мероприятий, направленных на совершенствование качественной стороны движений. Целью воспитания является улучшение

двигательной координации, снижение гиперактивности, импульсивности, повышение концентрации внимания [2].

Дети с синдромом нуждаются в большем высвобождении энергии, чем здоровые. Выработка тормозных механизмов у дошкольников с данным отклонением подкрепляется упражнениями под музыку, ведь хореография является видом деятельности, позволяющим выплеснуть всю энергию через хореографический образ. В связи с этим обстоятельством, хореографическая деятельность служит превенцией данному синдрому.

Нарушения координации выявляют примерно в половине случаев СДВГ. Это могут быть нарушения тонких движений, равновесия, зрительно-пространственной координации. Дети с СДВГ не имеют возможности выполнять движения, которые требуют высокой степени автоматизма и координации (например, быстрые попеременные движения, повороты рук вовнутрь и наружу – пронация и супинация и др.) [6].

В связи с тем, что у детей с СДВГ наблюдается нарушение функции равновесия, необходимо выполнять упражнения для тренировки вестибулярного анализатора. Рекомендуются физические упражнения, носящие аэробный характер, в виде длительного, равномерного тренинга легкой и средней интенсивности.

При проведении занятий у детей с данным синдромом педагог должен учитывать следующие особенности: структура занятий должна быть четкой и повторяющейся, неизменное расположение предметов в зале, введение временного лимита на выполнение задания, соблюдение детьми норм и правил поведения в группе, введение системы наказаний и поощрений. Наказанием может служить выбывание из игры на "скамью запасных", лишение роли лидера и т. д. В качестве поощрений могут служить различные призы, выбор любимой музыки для сопровождения занятий, ведущая роль в игре и т., соблюдение правил начала и окончания занятий. Начало занятия должно включать специфическое (оригинальное) групповое приветствие, затем это может быть прослушивание определенной мелодии, обсуждение прошлого занятия, постановка задач текущего занятия. Окончание занятия содержит интегративные упражнения (групповое обсуждение занятия, тематические рисунки), придуманное вместе и канонизированное групповое прощание. В работе с ребёнком, имеющим синдром дефицита внимания и гиперактивности, обязательно нужно наличие у него положительной мотивации. Такая мотивация может возникнуть, если в классе профессиональный педагог, знающий методику преподавания и общения с детьми.

Также для детей с синдромом показаны ритмично-двигательные упражнения в домашних условиях. В занятия можно включать элементы игры, соревнования. Гиперактивные дети должны стремиться к

достижению максимальных нагрузок. Однако необходимо следить, чтобы они не переутомлялись [1].

Двигательные методы не только создают некоторый потенциал для будущей работы, но и активизируют, восстанавливают и выстраивают взаимодействия между различными уровнями и аспектами психической деятельности.

Актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагают востребованность извне таких психических функций, как, например, эмоции, восприятие, память, процессы саморегуляции и т. д. Следовательно, создается базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении чтением, письмом, математическими знаниями. Последующее включение когнитивной коррекции, также содержащей большое число телесно-ориентированных методов, должно происходить с учетом динамики индивидуальной или групповой работы [2].

Концентрацию внимания, его устойчивость и интенсивность, а также память и способность предвидеть результаты своей деятельности надо начинать тренировать с детства. И хореография является одним из основных видов деятельности, при занятиях на которой этот процесс можно контролировать. Хореография позволяют ребёнку выплеснуть избыток двигательной активности, а также развить координацию, равновесие, моторику, выносливость.

Литература:

1. Альтхерр П., Берг Л., Вельфль А., Пассольт М. Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. — М: Издательский центр «Академия», 2004.

2. Ашмарин Б.А., Виноградов Ю.А., Теория и методики физического воспитания. – М., 1990.

3. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. — М.: Медпрактика-М, 2002.

4. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. — М.: Издательский центр «Академия», 2005.

5. Монина Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. — СПб.: Речь, 2007

6. Шевченко С. Г. Коррекционно-развивающее обучение. Организационно – педагогические аспекты.– М., 2001.

Слюсарев Е.И., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

На протяжении всего жизненного пути человек сталкивается с критическими ситуациями, возникающими при решении экзистенциальных проблем. Характер переживания критических ситуаций влияет на действия, поступки и на развитие личности в целом. В подростковом возрасте «неудачные» переживания, выступая как псевдопреодоление, усиливают общую кризисную ситуацию возраста, ведут к дезадаптации личности, нарушают нормальное протекание жизнедеятельности. Вследствие этого могут возникать защитно-компенсаторные образования, в том числе и в виде отклонений в поведении подростков.

В настоящее время многие специалисты в качестве одной из важнейших причин этих негативных явлений всё чаще называют недостаточную подготовку подростков к взаимодействию с усложнившейся нестабильной средой, их низкую психологическую устойчивость в решении возникающих перед ним различных проблем. Подросток, в силу своих возрастных особенностей, не может достичь уровня психологической устойчивости взрослого человека, у него должны быть сформированы собственные психологические механизмы, помогающие ему адаптироваться к требованиям критических ситуаций, характерных именно для подросткового возраста [1].

Данная проблема обостряется, когда подросток находится в образовательном учреждении закрытого типа, в данном случае мы говорим о президентских кадетских училищах, суворовских, нахимовских училищах и т.п. учебных заведениях, в которых ребенок находится круглосуточно. Поступление детей в данные учебные заведения уже является кризисной ситуацией, которая связана со сменой типа учебного заведения, функционированием в условиях постоянного режима и контроля, разлукой с близкими людьми.

В процессе получения образования в образовательном учреждении закрытого типа ребенок сталкивается с рядом критических ситуаций, обусловленных объективными и субъективными факторами. Неспособность конструктивно решить возникшую проблему приводит к формированию отклонений в поведении подростка. Таким образом, отклоняющееся поведение подростков является одним из результатов влияния переживания критических ситуаций, выступая при этом в качестве защитно-компенсаторного поведенческого образования. Механизм влияния состоит в следующем: взаимодействие подростка с критической ситуацией, как совокупностью событий, депривирующих

удовлетворение эмоционально значимых потребностей, ведет к появлению ситуационной тревожности и состояний фобического круга, нервно-психического напряжения, а также субдепрессивных состояний (эмоциональный уровень). На поведенческом уровне это сопровождается ситуационными защитными автоматизмами – реакциями демобилизации, дезорганизации, эмоционального дисбаланса, пессимизма и оппозиции.

Анализ литературы по проблеме исследования, позволил определить критическую ситуацию как вид социальных ситуаций, складывающийся в результате одномоментного сильного или слабого, но длительного психологического травматизирования совокупностью событий внешнего и внутреннего мира, преломленных в психике человека.

Выделяют три группы критических ситуаций:

1) ситуации объективные, детерминированные внешними условиями;

2) ситуации субъективные, обусловленные характерологическими особенностями личности;

3) ситуации, детерминированные взаимодействием внешних патогенных стимулов, или субъективно так воспринимаемых, с личностными особенностями субъекта, способными определять его патохарактерологическое развитие [2].

Выделяют следующие условия возникновения критических ситуаций:

- эмоциогенный источник, находящийся в окружающей среде, воздействующий на человека и представляющий определенную «значимость» для него;
- неблагоприятная социальная среда (семья, школа, сверстники). Происходит нарушение баланса межличностных отношений, возникает средовая изоляция, отчуждение;
- индивидуально-типологические особенности личности (особенности формирующегося характера и потребностно-мотивационной сферы);
- индивидуальное восприятие ситуации, результатом которого выступает её субъективный образ. На феноменологическом уровне это проявляется в том, воспринимает ли человек ситуацию как критическую или нет. С учетом субъективного образа ситуации человек строит свое поведение.

При анализе поведения подростков необходимо дифференцировать реакции, обусловленные возрастными особенностями, и ситуационные реакции как ситуационные защитные автоматизмы, появляющиеся при переживании критических ситуаций.

Критические состояния в подростковом периоде объединяют в следующие группы:

1) критические состояния, основой возникновения которых являются процессы полового созревания, обусловливающие половое влечение, потребность в любви и в сексуальных чувствах подростка;

2) критические состояния, обусловленные дисгармонией семейных отношений;

3) критические состояния, обусловленные переживаниями по поводу учебной неуспешности;

4) критические состояния, вызванные переживанием внутриличностного конфликта [6].

На основе теоретического анализа литературы нами было проведено исследование, цель которого: выявление признаков и причин отклоняющегося поведения у подростков в образовательном учреждении закрытого типа.

В качестве диагностического инструментария выступили методики:

- для выявления признаков и причин дезадаптации подростков, обусловленных критическими ситуациями, нами была использована анкета «Переживание критических ситуация подростками»;

- с целью выявления состояний (тревожности, агрессивности, ригидности, фрустрации), которые могут выступать в качестве препятствующих в совладании с критической ситуацией, была использована методика самооценки психических состояний (по Г. Айзенку);

- для определения личностных черт, которые могут способствовать или препятствовать развитию психологической устойчивости к критическим ситуациям, использовался многофакторный личностный опросник Р. Кетелла (16 PF - опросник);

- для выявления стратегий совладания с критическими ситуациями, был использован адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским опросник копинг-стратегий детей школьного возраста.

Анализ анкетирования показал, что преобладающими негативными состояниями подростков, находящихся в критических ситуациях, являются страх, усталость, подавленность, неудовлетворенность. Качественный анализ ответов подростков показал, что причинами этих состояний являются критические ситуации всех четырех групп: фрустрация отношений со сверстниками, дисгармония семейных отношений, что проявляется в малых контактах с близкими или в отсутствии таких взаимодействий; переживания по поводу учебной неуспешности, наличие внутриличностного конфликта. Но наиболее часто регистрируются состояния второй группы, связанные с дисгармонией внутрисемейных отношений: отмечаются такие ситуации, как конфликты между родителями, напряженные отношения ребёнка с родителями.

Следующей группой по степени выраженности выступила первая группа – сущность критических ситуаций связана с фрустрацией потребности подростка быть значимым в коллективе сверстников.

Следующей диагностической методикой, применяемой для оценки тревожности, агрессивности, ригидности, фрустрации, которые могут выступать в качестве препятствующих в совладении с кризисной ситуацией, выступила методика самооценки психических состояний (А. Айзенка). Результаты исследования показали, что преобладающим является средний уровень выраженности психических состояний. Наибольшие показатели получены по показателям фрустрации (11) и тревожности (11,2), что указывает на наличие факторов, вызывающих отклонения в поведении как следствие переживания кризисной ситуации.

Характерные для подростков отклонения свойств личности (по методике Кетелла) позволяют считать, что их главной особенностью является обостренная эмоциональность. Это дети напряженные, тревожные, робкие, чувствительные, легковозбудимые, с низким самоконтролем.

Сравнительный анализ результатов двух методик (методик Айзенка и Кетелла) позволил отметить, что чем выше уровень выраженности данных психических состояния (тревожность, ригидность) у подростка, и чем ниже уровень эмоциональной устойчивости, тем более будет выражено состояние фрустрации, следствием которого является неспособность подростка мобилизоваться в кризисной ситуации.

Исследование копинг-стратегий подростков показало, что более 70% обследованных детей в трудной и напряженной ситуации склонны использовать такие как: «смотрю телевизор, слушаю музыку», «стараюсь забыть», «мечтаю, представляю себе что-нибудь» и др.). И 30% используют агрессивные стратегии преодоления критических ситуаций («дразню кого-нибудь, кричу», «бью, ломаю и швыряю» и т.п.).

Таким образом, оклоняющееся поведение подростков является одним из результатов влияния переживания критических ситуаций, выступая при этом в качестве защитно-компенсаторного поведенческого образования. Данные особенности поведения требуют целенаправленного психологического сопровождения в образовательном учреждении, основным содержанием которого является усиление внутреннего ресурса личности подростка, развитие психологической устойчивости к критическим ситуациям у подростков с признаками девиантного поведения.

Литература:

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И.Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 3-19.

2. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984.
3. Драгунова Т.В. Проблема конфликта в подростковом возрасте//Психология подростка. Хрестоматия. Сост. Ю.И. Фролов. – М., 1997.
4. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – М.: МЕДпресс, 2001.
5. Никольская И.М., Грановкая Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2000.
6. Психология подростка / Под ред. А.А. Реана. – СПб., М., 2003.

Шаталова З.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол. н. Шаповаленко З.И.

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

На этапе современного развития общества остро встает проблема агрессии, не только взрослой, но и детской. В отечественной психологии она является актуальной с 80-х годов XX века и причинно обусловлена низким уровнем жизни большинства населения, обострением межнациональных противоречий, усилением темпа жизни, стремлением выжить в сложных социально-экономических условиях, неудовлетворенностью базовых потребностей ребенка и т.д.

Агрессивность изначально присуща каждому человеку как инстинкт самосохранения, который в процессе онтогенетического развития контролируется и управляется посредством социальных норм, поощрений и наказаний, принятых в обществе.

Почти все выдвигавшиеся в предшествующие десятилетия теории стремились понять природу агрессии и вскрыть значение и смысл данного понятия на основе одного какого-либо фундаментального механизма.

Наиболее популярными теориями, раскрывающими сущность и природу агрессии на сегодняшний день, являются теория когнитивных моделей агрессивного поведения и теория «социального научения» [6, с.115].

Первая акцентирует своё внимание на роли эмоциональных и когнитивных процессов при описании агрессивного поведения человека, которые выступают в качестве основных детерминант агрессии. Вторая рассматривает агрессию как специфическое социальное поведение, которое усваивается и поддерживается также как и многие другие формы социального поведения в процессе социального научения. Так, например, дети и взрослые легко перенимают новую для них агрессивную реакцию,

к которым ранее не были предрасположены, просто в процессе наблюдения за наблюдением других людей.

Анализ научной литературы показал, что ведущим специалистом в отечественной психологии по проблеме агрессии является Т. Р. Румянцева, которая одна из первых в начале 80-х гг. XX века обратилась к анализу теорий агрессии и работала в направлении выявления фактов, способствующих агрессивному поведению. Она выделила два основных направления в своей работе:

1. Выявление ряда индивидуально-личностных параметров, содействующих осознанию роли и места самого субъекта агрессии в тех различиях, которые наблюдаются в проявляемых им видах деятельности.

2. Стремление раскрыть природу действия внешних факторов, оказывающих существенное влияние на проявление агрессивности: шум; загрязнение воды, воздуха; колебание температуры; большое скопление людей; посягательство на личное пространство и т.д. [3, с. 75]

В конце 90-х гг. Г.А. Широкова, работая в рамках данной проблемы, указывала следующие причины детской агрессии:

1. Недосягаемость двигательной активности и физической нагрузки.
2. Дефицит родительского внимания, неудовлетворенная потребность в родительской любви и принятии.
3. Повышенная тревожность.
4. Усвоение эталонов агрессивного поведения в семье.
5. Косвенно стимулируемая агрессия.
6. Низкий уровень развития игровых и коммуникативных навыков [7, с.52].

Агрессия одно из самых распространенных нарушений среди дошкольников, так как это наиболее эффективный способ достижения поставленных целей. Различные формы агрессии характерны для большинства детей дошкольного возраста. У определенной категории детей агрессия не только сохраняется как устойчивая форма поведения, но и развиваясь, она трансформируется в устойчивое качество личности. В итоге снижается продуктивность личностного потенциала, сужаются возможности полноценного общения, деформируется личностное развитие.

Ватова Л. в своей работе «Как снизить агрессивность детей» пишет следующее: «На современном этапе развития нашего общества… дети переживают постоянные стрессы, так как не удовлетворяются их базовые потребности: в родительской любви, ласке, защищенности. В результате у них нарастает напряженность – сначала на родителей, потом на всех окружающих» [1, с.89]

В настоящее время в науке отсутствует однозначное определение термина «агрессии», но как показал анализ научной литературы

(Румянцева Т.Г., Сельченок К.В., Бэрон Р., К. Маслач и д.р.) агрессия – это поведение, в результате которого причиняется вред окружающим.

Немов Р.С. говорит об агрессии, как о поведении человека в отношении других людей, которое отличается стремлением причинить им неприятности, нанести вред [2, с.236].

Сельченок К.В. указывает на то, что роль агрессии не стоит воспринимать, как негативную и противостоящую гармоничной жизни. Агрессия это проявление активного, деятельного недовольства человека условиями окружающей жизни, ближними или самим собой [4, с.55].

Говоря об агрессии дошкольников, мы подразумеваем поведение, приносящее массу проблем не только окружающим, но и самим детям. В дошкольном возрасте изменяется социальная ситуация развития. Главная потребность дошкольника – жить общей жизнью с взрослыми, так как они обеспечивают связь ребенка с внешним миром. Наряду с этим появляется потребность в общении со сверстниками, идет активное освоение ребенком социально-нравственных норм, формирование более адекватной самооценки, проявляются элементы социальной и личностной рефлексии формируется полоролевая идентификация.

Учитывая приведенные выше факты, можно полагать, что разрешение проблемы агрессии детей будет более эффективным в период дошкольного детства, так как в это время формируются основные личностные черты, и большое влияние на это оказывает «значимый» взрослый.

Рассматривая проблему агрессии детей дошкольного возраста, следует учитывать их гендерные различия, которые формируются в процессе социализации детей.

Гендер – это социальный конструкт, формирующийся на основе биологического пола, и подразумевает любые психологические и поведенческие свойства, отличающие мужчин от женщин (мальчиков от девочек) [5, с. 86].

Проблемой гендерных аспектов детства занимаются такие отечественные и зарубежные ученые, как Жеребкина И., Ильин С.Н., Кон И.С., Хасан Б.И., Г. Крайг, Ш. Берн и другие. Однако эта проблема только начинает развиваться.

Социализация девочек и мальчиков является дифференцированной, так как, воспитывая своих детей, родители бессознательно или осознано полагаются на стереотипы мужского и женского поведения, которые заключаются в том, что мальчики проявляют больше физической агрессивности и доминантности, чем девочки; мальчики – будущие мужчины, которые защищают семью и управляют в доме, в связи с этим к ним проявляют больше снисхождения, чем к девочкам, которые, в свою

очередь, должны быть более послушны, аккуратны, заботливы и т.д., так как они будущие хранительницы домашнего очага.

Теоретический анализ научных источников показал, что в период становления гендерной социализации между мальчиками и девочками дошкольного возраста наблюдаются различия:

- мальчики чаще девочек прибегают к агрессивным формам поведения;
- агрессия мальчиков является более выраженной в отличие от агрессии девочек;
- прибегая к агрессивному поведению, мальчики чаще пользуются физической, а девочки вербальной формами агрессивного поведения;

Все это говорит о том, что к разрешению проблемы детской агрессии следует подходить дифференцированно – с учетом гендера.

Литература

1. Ватова Л. Как снизить агрессивность детей // Дошкольное воспитание. – 2003. – № 8.
2. Немов Р.С. Психология. В 3 книгах. – М., Владос, 2008.
3. Румянцева Т.Г. Понятие агрессивности в современной зарубежной психологии // Вопросы психологии. – 1991. – № 1.
4. Сельченок К.В. Психология человеческой агрессивности: Хрестоматия. – Харвест, 1999.
5. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология. – СПб.: Изд-во СПбГУ. 2005.
6. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб., 1997.
7. Широкова Г.А. Справочник дошкольного психолога. – Ростов-на-Дону, 2003.

РАЗДЕЛ 6. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Белецкая Д.В., г. Санкт-Петербург, АОУ ВПО ЛГУ им. А.С. Пушкина
Научный руководитель: к.психол.н. Егорова И.В.

ОСОБЕННОСТИ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Речь возникает и формируется на базе определенного уровня развития таких высших психических функций, как восприятие, внимание, память, мышление. Возникнув, речь переводит эти функции на качественно новый уровень развития, определяя появление таких характеристик как опосредованность, сознательность, произвольность [3].

В дошкольном возрасте одной из значимых функций в психическом развитии детей является память, так как интеллектуальное развитие ребенка предполагает сохранение следов полученной информации. Именно память, по словам И.М. Сеченова, является «краеугольным камнем» психического развития. Благодаря памяти становится возможным фиксация и обобщение прошлого опыта, приобретение знаний и умений, формирование личности ребенка. От уровня развития того или иного вида памяти будет зависеть познавательная активность детей, качество усвоения знаний и речевая деятельность [2]. Но существует и обратная связь нарушение речи приводит к вторичным нарушениям высших психических функций, и в том числе и памяти [3].

Статистические исследования Л.Г.Парамоновой, проведенные в 90-е гг. XX века определили, что наиболее часто у дошкольников отмечается такое нарушение речи, как стертая дизартрия. Проблемой стертой дизартрии у дошкольников занимались такие отечественные ученые, как Л.В. Лопатина, Е.Ф. Архипова, В.А. Киселева и др.

Исследований особенностей высших психических функций, в частности памяти, у данной категории дошкольников незначительное количество. Л.М. Шипицына, Л.С. Волкова, Э.Г. Крутикова изучали объем запоминания зрительной, слуховой, тактильно-кинестетической информации у младших школьников с дизартрией. Ими выявлены значительные нарушения слухоречевой по сравнению с наглядно-образной (моторной и зрительной) памяти у детей данной категории [3].

Актуальность темы изучения мнестической деятельности дошкольников со стертой дизартрией обусловлено значительным количеством дошкольников с указанной речевой патологией, необходимостью более четкого понимания структуры дефекта, а именно

особенностей развития высших психических функций в детей с дизартрией (в том числе и памяти).

Нами был проведен констатирующий эксперимент в 2012-2013 г.г., в котором приняли участие 30 детей в возрасте 6 лет. Из них – 15 детей с нормой развития речи (ДОУ №23 п. Ромашки, Ленинградской области) и 15 детей со стертой дизартрией (МОУ Приозерская специальная (коррекционная) начальная школа – детский сад). Методика констатирующего эксперимента была основана на методических рекомендациях А.Р. Лурия и др.

Показатели сформированности зрительной памяти дошкольников со стертой дизартрии имеет значительные отличия от результатов их нормально развивающихся сверстников. Дети с речевыми нарушениями продемонстрировали среднего (50%), ниже среднего (20%) и низкий уровень развития данного вида памяти (30%). При воспроизведении зрительно запомненного материала картинок допускали такие ошибки, как пропуск, добавление лишних картинок, нарушение последовательности припоминания предметов. Но выявлены и специфические неточности выполнения данного теста, которые обусловлены первичным дефектом речи. В ответах отмечены следующие ошибки:

- вербальные парафазии (40 % детей). Например, картинки с изображением «гриба» называли «лампа», «лису» – «собакой». Данные замены обусловлены низким уровнем знаний об окружающем, недостаточным развитием лексической системы, а также внешним сходством предметов;
- использование словообразовательных моделей. При воспроизведении названий отобранных картинок 10 % детей использовали не предложенные экспериментатором формы слов, а применяли их уменьшительно-ласкательные варианты (например, корабль – кораблик, ель – елочка);

Исследование слуховой памяти старших дошкольников со стертой дизартрии выявило, что у 50 % детей данный вид памяти соответствует нижнесреднему уровню, а у второй половину группы уровень определен как низкий.

При выполнении тестового задания установлены следующие специфические особенности слуховой памяти:

- при выполнении задания некоторые дети называли слова не из предложенного списка, путались;
- некоторые дети отвлекались, были не сосредоточены, потому у них были низкие показатели;

Выявленные особенности мнестической деятельности старших дошкольников со стертой дизартрией позволяют сформулировать некоторые выводы по развитию данной высшей психической функции:

- для детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией характерны нарушения зрительной и слуховой памяти;
- уровень развития слуховой памяти у детей со стертой дизартрии выше, чем уровень развития зрительной памяти;
- состояние зрительной памяти у детей с дизартрией ниже, чем у нормально развивающихся сверстников, что обусловлено различными нарушениями зрительной функции (птоз, нистагм, сужение периферических поля зрения);
- низкий объем кратковременной зрительной памяти у детей со стертой дизартрией сочетается с нарушениями восприятия формы, недостаточным соотнесением плоских изображений с объемными, слабостью пространственных представлений;
- объем зрительной и слуховой памяти у детей со стертой дизартрией резко снижается при отсроченном воспроизведении.

Литература:

1. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. – М.: АСТ: Астрель, 2008.
2. Болотова А.К., Молчанова О. Н. Психология развития. – М., 2005.
3. Шипицына Л.М., Волкова Л.С., Крутикова Э.Г. Комплексное исследование мнестической деятельности младших школьников с речевой патологией // Дефектология. 1991. – №2. – С. 16.

Боченкова М.Ю., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.п.н. Кабушко А.Ю.

ВЛИЯНИЕ ЛЕВОРУКОСТИ НА ОВЛАДЕНИЕ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧЬЮ

К настоящему времени сформировалось новое направление научного поиска, изучающего связь функциональной асимметрии мозга человека и особенностей его нервно-психической и социально-психологической адаптации.

Одним из важных аспектов проблемы функциональной асимметрии мозга человека является проблема левшества и леворукости. Имеются данные о том, что в последнее время наблюдается рост количества леворуких. Такой рост может свидетельствовать, во-первых, о существенном изменении факторов внешней среды, вызывающих необходимость соответствующих перестроек механизмов адаптации мозга; во-вторых, об увеличении разнообразия типов мозговой организации в человеческой популяции; в-третьих, о повышении влияния фактора левшества на адаптацию и другие психические процессы.

Леворукость – доминирование левой руки, которая становится ведущей – прежде всего, в силу врожденного доминирования правого полушария головного мозга [7].

Леворукость (англ. left-handedness) – врожденное или вынужденное пользование левой рукой [3].

По данным отечественных авторов, количество леворуких людей среди здоровых взрослых не превышает 5,5%, но это связано лишь с тем фактом, что в течение многих десятилетий леворуких детей в нашей стране переучивали. По данным нейрофизиолога А.А. Айрапетянц [1], в 1987 г. выявлено 13,3% леворуких мальчиков и 10% леворуких девочек среди школьников 7-9 лет, в 14 лет их уже было 4,4% среди мальчиков и 4,1% – среди девочек, т.е. в средней школе остается ничтожно малое количество детей, отстоявших свое право на леворукость. В последние годы число леворуких детей в начальной школе составляет 15-23%.

Леворукостъ – это термин, отражающий предпочтение и активное использование левой руки, то есть внешнее проявление того, что по каким-то причинам правое полушарие мозга взяло на себя (временно или навсегда) главную, ведущую роль в обеспечении произвольных движений человека [6].

В обыденном сознании леворукость нередко воспринимается как дефект, отклонение от нормы. Кроме того, весь окружающий предметный мир (бытовые предметы, приспособления, приборы, инструменты и т.п.), в большинстве своем, ориентирован на праворуких. Однако левши в полной мере способны к осуществлению любых двигательных актов, в том числе и относящихся к тонкой моторике; они нормально проходят все стадии физического и психического развития, и становятся абсолютно полноценными личностями [4].

Анализируя причины возникновения леворукости, следует отметить один важный аспект — асимметрию полушарий головного мозга.

В настоящее время разработана классификация различных функциональных асимметрий человека: моторная, сенсорная, анатомическая, температурная и др. Главной асимметрией человека является психическая, обусловленная специализацией полушарий мозга. Рассмотрим основные особенности полушарий мозга человека и сферы психической деятельности, за которые они ответственны.

Наиглавнейшая особенность правого полушария — восприятие выразительности звуков. Образная память, способность сохранять длительное время впечатления от увиденного, — и это обязанность правого полушария. Правое полушарие помогает нам хорошо ориентироваться в пространстве: помнить обстановку в своей квартире, расположение районов и улиц в городе.

Основные функции левого полушария позволяют человеку понимать обращенную к нему речь, как устную, так и письменную, свободно оперировать цифрами и математическими формулами в пределах формальной логики и усвоенных ранее правил. Но это полушарие плохо справляется с распознанием сложных образов, не поддающихся разложению на простые составные элементы. При помощи только одного левого полушария человек не сможет отождествлять изображения человеческих лиц, не воспримет произведения искусства.

Левое полушарие человека сопряжено с двигательной сферой, правое – в основном с чувственной. Подобное расширение сферы чувственного познания у левшей приводит к тому, что им становятся доступны некоторые «исключительные», феноменальные способности восприятия, такие как кожно-оптическое чувство или феномен предвосхищения.

Кроме общих межполушарных отличий, которые свойственны большинству людей, отмечаются и индивидуальные особенности.

Для определения индивидуальных особенностей леворуких детей необходимо учитывать всю совокупность ассиметрий человека. Психологии употребляется термин "индивидуальный профиль латеральности организации функций" (ПЛО), который обозначает определенное сочетание сенсорной и моторной асимметрии. Для определения ПЛО разработана методика, которая включает три группы тестов: для определения ведущей руки, ведущего уха и ведущего глаза. По соотношению всех трех видов асимметрии, выявленных этой методикой ("рука – ухо – глаз"), могут быть выделены индивидуальные профили, где П – преобладание правой функции, Л – левой, А – равенство функций [5].

В работах Безруких М.М. приведены данные о более низком, по сравнению со средним интеллектуальном, уровне и работоспособности у обоих крайних вариантов: «чистых левшей» и «чистых правшей». Установлено также, что наименее успешно пространственные задания выполняют испытуемые со смешанным типом асимметрии (ПАЛ, ПЛП, ПАП). Максимально продуктивны в пространственных заданиях лица, с умеренно выраженной праворукостью и высокой степенью преобладания правого уха. Дети, с выраженным левшеством, обнаруживают низкий уровень произвольного (по желанию) ускорения при переходе с оптимального на более быстрый темп работы [2].

Отсутствие сенсомоторного фундамента, который активно влияет на речевые структуры, препятствует развитию практически всех психических процессов. В нейропсихологическом контексте все эти проблемы тесно связаны с недостаточно сформированными подкорково-корковыми взаимодействиями и механизмами парной работы полушарий мозга.

Особое внимание психологи и педагоги уделяют проблеме школьного обучения левшей. По данным ряда психологов, левши

испытывают особые трудности при адаптации к обучению в школе. По данным некоторых авторов, процент различного рода левшей среди детей с проблемами обучения как минимум в 2,5 раза превышает средние цифры у правшей. Наиболее часто леворукие дети испытывают трудности при формировании навыков письма, чтения и счета. Дело в том, что отправной точкой для освоения этих умений является зрительное восприятие. Нарушение или недостаточность развития зрительно-пространственного восприятия, зрительной памяти и зрительно-моторной координации, нередко встречающиеся у левшей, ведут к возникновению следующих трудностей:

1. Трудности восприятия и запоминания сложных конфигураций букв при чтении и соответственно медленный темп.
2. Трудности формирования зрительного образа букв, цифр (нарушение соотношения элементов, ребенок путает сходные по конфигурации буквы, цифры, пишет лишние элементы или не дописывает элементы букв, цифр).
3. Трудности выделения и различения геометрических фигур, замена сходных по форме фигур (круг – овал, квадрат – ромб – прямоугольник).
4. Трудности копирования.
5. Неустойчивый почерк (неровные штрихи, большие, растянутые, разнонаклонные буквы).
6. Зеркальное написание букв, цифр, графических элементов.
7. Очень медленный темп письма.

Наиболее часто встречается и влияет на успешность обучения сниженный темп письма и феномен зеркальных движений. Когда ребенок пишет, то его деятельность состоит из двух поочередно сменяющих друг друга этапов: собственно выполнение движения и микропауза, необходимая для контроля своих движений, коррекции и программирования следующего движения. Различие в механизмах зрительно-моторной координации у левшей и правшей проявляется, прежде всего, в различной длительности этих микропауз. У левшей микропаузы дольше. Часто в школьной практике учитель, стремясь выработать у таких детей навыки быстрого письма, начинает подгонять их, а когда дети-левши торопятся, это приводит к сокращению микропауз, столь необходимых для контроля своих действий. Таким образом, качество письма ухудшается, возникают различного рода ошибки, которые могут трактоваться учителем и родителями как невнимательность. Частота зеркального письма у леворуких детей, по данным исследований, составляет 85%. Однако нужно заметить, что у большинства детей в возрасте от трех до семи лет обнаруживается спонтанное зеркальное письмо, что является обычным этапом в овладении письмом. Элементы зеркального письма отмечаются и у детей с неустойчивым правшеством:

при овладении обычным письмом зеркальное письмо у них может проявляться внезапно, когда дети утомлены или невнимательны.

Снижение частоты проявления зеркального письма и полное исчезновение этого феномена наблюдается обычно после 10 лет, так как феномен зеркальных движений тесно связан с функциональной недостаточностью мозолистого тела, которое в этом возрасте достигает своей функциональной зрелости. Если же после указанного возраста проявления зеркального восприятия сохраняются, то рекомендуется провести тщательный анализ вида зеркальных движений, их причины и организовать специальные занятия, корректирующие недостатки пространственного восприятия, координации, внимания и навыки самопроверки.

С зеркальным письмом у левшей достаточно часто наблюдается зеркальное рисование. Особенно характерно выворачивание при рисовании: верх и низ, вертикальное и горизонтальное, правое и левое меняются местами, причем ребенок не чувствует неправильности. Подобное рисование является проявлением неусвоенности ребенком основных принципов организации пространства [4].

Рассматривая проблему феномена зеркальных движений, нельзя не затронуть вопрос о нарушениях чтения у левшей. Зависимость между левшеством и дислексией опосредованное. Во многих случаях, особенно при переучивании левши на правшу и при смешанной доминанте, у детей наблюдаются специфические трудности формирования пространственных представлений, различия правого и левого. Достаточная сформированность пространственных представлений является необходимой предпосылкой различения и усвоения букв ребенком. У левшей без нарушения чтения, по-видимому, в процессе эволюции создаются механизмы, компенсирующие подобную дискоординацию, у левшей-дислексиков эти системы компенсации формируются медленнее и позже.

Таким образом, особые трудности у леворуких детей вызывает обучение письму. Основная трудность, характерная для леворуких детей при обучении письму, связана с тем, что русское письмо основано на звуко-буквенном анализе, тогда как большинство левшей более склонно к формированию целостных образов слов и с трудом проводят послоговой и побуквенный анализ слова. Наиболее часто встречается и влияет на успешность обучения сниженный темп письма и феномен зеркальных движений. Причем, зеркально написанный текст без особого труда читается ребенком. Многие переученные левши на всю жизнь сохраняют способность писать зеркальные тексты.

Литература:

1. Айрапетянц А.А. Функциональные асимметрии мозга у детей и подростков // Здоровье, развитие, личность. – М.: Медицина, 1990. – С. 107-122.
2. Безруких М.М. Леворукий ребенок. – М., 2004.
3. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. — М.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
4. Макарьев И.С. Если ваш ребенок — левша.– СПб.: Издательство «Лань», 2003.
5. Николаева Е. И. Леворукий ребенок: диагностика, обучение, коррекция. — СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2005.
6. Семенович А.В. Эти невероятные левши: Практическое пособие для психологов и родителей. – М.: Генезис, 2008.
7. Словарь практического психолога / Под ред. С.Ю. Головина. — М.: АСТ, Харвест, 1998.

Быкова А.А., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель к.п.н., доцент Кузнецова М.В.

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ-СИРОТ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА

В настоящее время проблема увеличения количества детей-сирот особенно остро встает в связи с обострением социального кризиса в стране, приводящего к резкому снижению материального и нравственного благополучия населения. По данным Федеральной службы государственной статистики, в 2012 г. насчитывалось 207 Домов ребенка, в которых воспитывалось около 16 тысяч детей-сирот в возрасте от 0 - 3 лет. Основной контингент домов ребёнка составляют, так называемые, «социальные сироты», сироты при живых родителях, которые составляют 90% общего количества. До 60% контингента домов ребёнка составляют дети с тяжёлой хронической патологией, преимущественно центральной нервной системы, относящиеся к наиболее низким группам здоровья. Лишь 4,7% детей от общего количества классифицируются как практически здоровые [6, с. 12].

Вопросы речевого развития в раннем возрасте у детей-сирот изучали многие ученые: Э.Л. Фрухт, Е.А. Стребелева., Ю.А Разенкова, О.Г. Приходько, К.Л. Печора, Г.В Пантюхина и другие.

Социальное сиротство оставляет тяжелый след в психической жизни ребенка, и чем раньше он попадает в сиротское учреждение, тем более необратимыми могут быть отклонения в психическом и познавательном развитии.

Основным наиболее сложным и дискуссионным, в настоящее время, является вопрос о диагностике нарушений речевого развития детей-сирот 2-го и 3-го года жизни. Это связано, прежде всего, с современным пониманием нормального и нарушенного речевого развития, а также с многоаспектным подходом к оценке состояния речи. В связи с этим актуальна проблема коммуникативного развития детей-сирот 1-3 года жизни.

Причины многочисленных нарушений развития у детей-сирот многообразны. Отказные дети часто имеют врожденные физические и психические аномалии вследствие алкоголизма или наркомании родителей. Дети, рожденные от нежелательной беременности, входят в группу особого риска по психическим и познавательным нарушениям, так как рождаются недоношенным, имеют недостаточную массу тела и признаки морфофункциональной незрелости. Влияющий фактор на психическое и физическое развитие ребенка – это синдром госпитализма. Он обусловлен дефицитом общения со взрослыми в первый год жизни ребенка и накладывает негативный отпечаток на все сферы формирующейся личности. В результат отделения младенца от матери и его ранней институционализации у детей наблюдается отставание в физическом, интеллектуальном, речевом, эмоциональном и социальном развитии [1, с. 38-41].

В учреждениях здравоохранения, а именно в Домах ребенка, находятся дети в возрасте от 0 до 3-х лет. Этот возрастной период наиболее важен в развитии всех психических процессов, а особенно речи. Развитие речи возможно только в тесной связи со взрослым, что крайне сложно в условиях сиротского учреждения. Ранняя социальная депривация является фактором, усугубляющим нарушения психического, умственного и речевого развития детей-сирот. Особенно остро это сказывается на состоянии коммуникативного развития. Отклонение в речевом развитии – это недоразвитие вербальных, интонационно-ритмических процессов в пределах речевой системы, обусловленное незрелостью фонематического восприятия или двигательных основ артикуляции. Воспитанники детских закрытых учреждений значительно отстают в развитии речи. В первые полгода у соматически и неврологически здоровых младенцев Домов ребенка, как правило, наблюдается своевременное (или с незначительным запаздыванием) возникновение предречевых голосовых реакций. Однако в последующем, после полугода, психоречевое развитие резко замедляется (феномен угасания развития) [5, с. 98].

На фоне общей задержки психического развития преобладает отставание развития пассивной и активной речи. Значительно снижен показатель овладения активным словарем. Голосовые проявления отличаются редкостью и бедностью артикуляций, рудиментарностью

гуления и лепета, недостаточностью интонационной выразительности речи. Первые слова появляются достаточно поздно — после полутора-двух лет. Речь детей бедна по содержанию, примитивнее по характеру грамматических конструкций. У детей недостаточно сформирован навык артикуляции, звукопроизношение отличается неточностью и бедностью используемых фонем и слогов [4, с.66].

Речь детей раннего возраста характеризуется: отсутствием активного словаря (неспособность назвать предметы окружающей обстановки и предметы, изображенные на картинке, их действия и признаки, отсутствие инициативных обращений и диалоговой речи); небольшим количеством произносимых звукоподражаний (в среднем 1-2); преобладанием рудиментарных речевых форм — невербальных вокализаций (в основном лепет); небольшим количеством понимаемых слов; отсутствием понимания признаков предметов и их действий; преобладанием понимания простых словесных инструкций.

Условия жизни сказываются также и на темпах развития речи у детей. Большая часть воспитанников сиротских учреждений в конце третьего года жизни еще не владеют активной речью. [3, с. 41].

Понимание депривированными детьми раннего возраста речи взрослого также имеет свои особенности. Воспитанники Домов ребенка на начальных этапах овладения речью характеризуются тем, что на длительное время задерживаются на стадии только понимания речи взрослого, не переходя к активному пользованию ею. Первые слова у них появляются при сравнительно высоком уровне понимания речи взрослого. Дальнейшее развитие активной речи и понимания ее идет медленно, растянуто во времени и не достигает высоких ступеней ни в том, ни в другом. Речь воспитанников Дома ребенка менее красочна, она бедна прилагательными, недостаточно развернута и точна, в ней мало глаголов, обозначающих предметно-практическое действие, и наречий. Их речь ситуативна, она изобилует указательными местоимениями [5, с.62].

В Областном Специализированном Доме ребёнка Курской области обучаются и воспитываются 144 ребёнка, их основная часть – дети 2-го и 3-го года жизни. Как показывает анализ анамнестических данных, 100% детей рождены от нежеланной беременности. Сведения об отцах очень скудные или отсутствуют вовсе. Протекание беременности сопровождалось различными видами патологии (неврологической и внутриутробной, не исключено влияние алкоголя, курения и наркотических веществ). Психопатологическая отягощённость родителей присутствует в более 80% случаев. Основываясь на анамнестическом анализе можно предположить, что при сочетании данных социальных и биологических факторов дети рождаются с высокой степенью риска различных патологических состояний: недоношенность, асфиксия,

перинатальная энцефалопатия, алкогольная фитопатия на фоне внутриутробного инфицирования различной этиологии.

В связи со сложившейся ситуацией в областном Доме ребёнка было произведено исследование, направленное на необходимость выявления речевых отклонений у детей-сирот в раннем возрасте, а так же степень влияния социальной среды на речевую активность, в осуществлении ранней помощи детям-сиротам как приоритета в современной коррекционной педагогике, что и явилось главной целью эксперимента. В исследовании принимали участие 26 детей и логопед группы.

До обследования состояния активной речи детей-сирот раннего возраста были подробно изучены: социальный и биологический анамнез, неврологический и социальный статус, логопедическое заключение при первичном обследовании в карантинном отделении, этапный эпикриз. Проанализировав истории развитии 26 детей-сирот экспериментальной группы по неврологическому заключению было выявлено, что 100% случаев – это дети резидуально-органическим поражением центральной нервной системы. В анамнезе у многих детей имело место недоношенность, наблюдалась асфиксия, кроме того практически все дети с внутриутробной инфекцией различной этиологией. Оценка по шкале Апгар у испытуемых детей варьируется от 4 до 8 баллов.

Обращалось внимание на строение черепа и лица наличие стигм, ассиметрий, парезов, строение артикуляционного аппарата (тонус верхней и нижней челюсти, соотношение между ними), строение губ, языка (наличие парезов, непроизвольных движений в покое, паралича, атрофии мышц), мягкого и твёрдого нёба, дыхательный аппарат (тип и ритм дыхания); первые звуковые безусловно-рефлекторные реакции (крик, плач, кряхтенье, наличие голосовых модуляций).

Исследования показали, что 7 детей-сирот 2-го года имеют следующие задержки речевого развития: 2 детей – 28,5% имеют выраженное отставание в развитии речи; 4 детей – 57% имеют значительное отставание в развитии речи; 1 ребёнок – 14,2% имеет отставание в развитии речи. 20 детей-сирот 3-го года жизни: 4 детей – 20% имеют выраженное отставание в развитии речи; 1 ребёнок – 5% имеет значительное отставание в развитии речи; 8 детей – 40% имеют отставание в развитии речи; 6 детей – 30% имеют незначительное отставание в развитии речи; 1 ребёнок – 5% имеет возрастную норму в речевом развитии.

Показатели речевого развития экспериментальной группы: 14 детей – 51% от общего количества пользуются лепетом или отдельными облегчёнными словами; 5 детей – 18,5% используют в речи отдельные слова в момент сильной эмоциональной заинтересованности; 3 детей – 11,1% отмечается появления простой, чаще аморфной фразы; 3 детей –

11,1% используют в речи трёхсловные предложения; 1 ребёнок – 3,7% употребляет в речи многословные предложения; 1 ребёнок – 3,7% использует в речи сложные предложения. Необходимо отметить, что более 50% детей-сирот раннего возраста употребляют в речи облегчённые слова, что напрямую свидетельствует о низком речевом развитии детей 2-го, 3-го года жизни, при этом данная категория детей регулярно посещала занятия логопеда, дефектолога, воспитателя, психолога в течение года.

Поэтому с целью улучшения состояния и полноценного речевого развития детей-сирот необходимо переходить на комплексную концепцию, ориентированную не только на самого ребёнка, но и на его ближайшее социальное окружение, то есть, нужна комплексная система ранней помощи детям-сиротам раннего возраста, которая базируется на стабильности и постоянстве, а также социальной отзывчивости ближайшего окружения.

Литература:

1. Исаев Д.Н., Попов В.Н. Влияние госпитализма на психическое состояние детей, воспитывающихся Домах ребенка // Вопросы охраны материнства и детства. – 1991. – № 1. – С. 38-41.

2. Лильин Е.Т. Современные технологии реабилитации в педиатрии. – М., 2000.

3. Лямина Г.М. Развитие речи у детей в раннем возрасте. – М., 1964.

4. Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. – М, 2002.

5. Разенкова Ю.А. Пути коррекционной работы с детьми первого года жизни в условиях дома ребенка // Дефектология. – 1998. – № 1, № 2. - С. 62.

6. Стребелева Е.А. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития. – М., 1998. - С. 12.

Горбатых О.С., г. Санкт-Петербург,
АОУ ВПО ЛГУ им. А.С. Пушкина
Научный руководитель: к.психол.н. Егорова И.В.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВЕРБАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОНР III УРОВНЯ

Изучением проблемы соотношения мышления и речи занимались ученые разных областей науки: философии, психологии, физиологии, нейропсихологии, психолингвистики, педагогики, логопедии и др. (А.Р.Лурия, А.А.Леонтьев, И.А.Зимняя, А.А. Залевская, В.С. Мухина).

Фундаментальные исследования (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, Л.А. Венгер, Н.Ф. Талызина, Н.И. Жинкина и др.) позволили определить

принципиальные положения, лежащие в основе проблемы связи мышления и речи: когнитивные предпосылки развития речи и языка; закономерности и направления развития речи и мышления в онтогенезе; отношение мысли к слову в процессе порождения речевого высказывания; роль обучения в психическом развитии ребенка. С учетом указанных теорий и закономерностей развития была разработана модель порождения речевого высказывания, в которой выделяется два взаимосвязанных плана: внутренний, смысловой, опирающийся на совместную работу речи и мышления, и внешний, формально-языковой (А.Р. Лурия, А.А. Леонтьев, И.А. Зимняя, А.А. Залевская и др.).

Существуют точки зрения на вопрос взаимоотношений речи и мышления у лиц с речевой патологией. Так, А. Куссмауль, П. Мари, М.В. Богданов-Березовский, а также современные исследователи – Р.А. Белова-Давид, Е.А. Кириченко доказывают, что ведущей в данных нарушениях является «общеорганическая интеллектуальная дефектность» [1]. Авторы считали, что ведущая роль в недоразвитии речевых и других психических процессов у неговорящих и плохо говорящих детей принадлежит глубоким первичным нарушением в их интеллектуальной сфере, в связи с чем, при недоразвитии речи может наблюдаться умственная отсталость или задержка психического развития. Словесно-логическое мышление полностью протекает во внутреннем, умственном плане [2].

Другая точка зрения принадлежит Р.Е. Левиной [3] и состоит в том, что первичный речевой дефект, проявляющийся в выраженном недоразвитии речевой функции вплоть до ее полного отсутствия, не означает, что уровень психического развития детей с данной патологией позволяет отнести их к категории умственно отсталых.

В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин [4] исследуя мышление детей с моторной алалией, получили следующие результаты: у детей с недоразвитием речи на процесс и результаты мышления влияют недостатки в знаниях, а еще чаще – нарушения самоорганизации. У них обнаруживается недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов действительности, что в свою очередь вызывает трудности в установлении причинно-следственных связей явлений.

Комплекс нарушений речевого и когнитивного развития у детей с речевой патологией препятствует формированию у них общей способности к усвоению знаний, приводит к неумению правильно и точно выразить свою мысль, полно и последовательно раскрыть ее содержание, мешает становлению полноценных коммуникативных связей с окружающими.

Нами в 2012-2013 уч. году проведен констатирующий эксперимент с целью выявления особенностей формирования вербального мышления у

детей с нарушениями речи. В эксперименте приняли участие старшие дошкольники (6,5 лет) с общим недоразвитием речи III уровень (10 человек), и дети с нормальным речевым развитием (10 испытуемых). Методологической основой констатирующего эксперимента были научные работы таких авторов как А.Р. Лурия, Р.Е. Левиной, И.Т. Власенко, В.К. Воробьевой и многих других. [5]

Проведению исследования вербального мышления предшествовало изучение анамнестических данных дошкольников контрольной и экспериментальной группы. Анализ медицинской и педагогической литературы выявил, что испытуемые в экспериментальной группе имели органические поражения центральной нервной системы в раннем возрасте (минимальная мозговая дисфункция, перинатальная энцефалопатия и т.д.).

Наибольшую продуктивность речемыслительной деятельности дошкольники продемонстрировали при составлении рассказа по серии из трех сюжетных картинок, что объясняется наименьшей сложностью заданной смысловой программы и близостью сюжета личному опыту детей. В результате чего было затрачено меньше времени на предварительный анализ сюжета.

Выполняя задание, самостоятельно расположить серию из трех картинок в логико-фактологической последовательности смогли восемь испытуемых с ОНР III уровня, что составило 80 % от общего количества данной группы, серию из четырех картинок – пять детей (50 %), серию из пяти сюжетных картинок – два ребенка (20%).

В речевой продукции дошкольников были отмечены пропуски значимых членов предложения (структурные аграмматизмы), наличие пауз, как внутри фраз, так и на их границах (трудности семантического поиска слов), а также, однотипные средства межфразового соединения (использование наречия «потом», реже сочинительного союза «а», употребляемом в присоединительном значении в начале предложений), неоправданные инверсии. Нарушение проявилось при переводе логико-фактологической цепочки в смысловую программу: речевая продукция отмечена нарушением цельности изложения, которое сопровождается нарушением связности, проявляющейся в синтаксической неполноте предложений.

Таким образом, нарушение процессов речемышления у данной категории дошкольников проявляется при составлении внутренней программы высказывания. Например:

У мальчиков…кораблик… Потом они решили его склеить... А потом они унесли *(*Артем П., 6 лет 7 мес., ОНР III уровня).

Ко II уровню были отнесены 20 % ответов дошкольников. В высказываниях испытуемых отмеченные недостатки, в целом, характерны и для ответов дошкольников с I уровнем вербального мышления.

Нарушение речемышления у данной категории детей проявлялось при переводе логико-фактологической цепочки в развернутое речевое сообщение.

Мальчики собирали пароход. Потом… мальчики построили пароход из бумаги до конца. Потом разозлились на друг друга и разорвался пароход (Данила С., 6 лет 5 мес., ОНР III уровня).

К IV уровню были отнесены 40 % высказываний дошкольников с ОНР III уровня. Для рассказов испытуемых обеих групп характерно достаточно полное воспроизведение смысловой программы. Отдельные малые смысловые скважины, не разрушающие общей цельности высказывания, допускали только дошкольники с общим недоразвитием речи. При реализации смысловой программы в формально-языковом плане у детей с ОНР III уровня возникали недочеты, проявляющиеся в единичных пропусках членов предложения, наличие пауз на границах фраз, использовании однотипных средств межфразового соединения.

Например: Сначава мальчики строили корабль. Потом они стали отнимать его у друг друга… Хотели чтобы, чтобы кто-нибудь один играл. А потом они его разорвали. А потом мальчики и говорят: «Лучше… чше будет по очереди играть» (Кирилл Т., 6 лет 11 мес., ОНР III уровня).

Экспериментальное исследование показало, что дошкольники с ОНР III уровня имеют недостатки как речевой, так и мыслительной деятельности. Испытуемые испытывали значительные затруднения при нахождении смысловой программы высказывания, ее реализации в формально-языковом плане даже при наличие наглядной опоры, при создании и воплощении собственного замысла в форме связного последовательного сообщения. Результаты экспериментального исследования подтверждают, имеющиеся в литературе данные о недостаточности словесного мышления детей с отклонениями в речевом развитии.

При составлении рассказов по серии сюжетных картинок для ответов детей были характерны пропуски эпизодов, отражающие действия персонажей, затруднения в нахождении причинно-следственных отношений, что может быть связано с недоразвитием как вербального, так и наглядно-образного мышления. Что в свою очередь зависит от недостаточности процессов восприятия (сужения поля восприятия), сложности смысловой программы, заложенной в сериях сюжетных картинок, недостаточности кругозора детей. Указанные причины приводили к существенным затруднениям при расположении сюжетных картинок в логической последовательности, что в свою очередь приводило к деформации смысловой программы речевого сообщения.

Совокупность полученных результатов, подтверждает имеющиеся в литературе данные о том, что первичная патология речи тормозит

формирование потенциально сохранных умственных процессов и способностей, препятствуя нормальному функционированию речевого интеллекта. Недостаточная сформированность различных сторон познавательной деятельности у большинства детей с нарушениями речи, указывает на необходимость направленной коррекционно-педагогической работы по преодолению недостатков развития не только речевой сферы, но и разных форм мышления с учетом недостаточности вербальной памяти и слабости произвольного внимания, обычно сочетающихся с трудностями запечатления и воспроизведения воспринятой информации.

Литература:

1. Власенко И.Т. Особенности мышления взрослых и детей с нарушениями речи. – М.: Педагогика, 1990. – 184 с.

2. Немов Р.С. Психология: словарь-справочник: В 2 ч. Ч.1. – М.: изд-во Владос-пресс, 2003. –304 с

3. Левина Р.Е. К психологии детской речи в патологических случаях (автономная детская речь). – М., 1936. – 78 с.

4. Основы специальной психологии /Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.

5. Лурия А.Р. Язык и сознание. – М.: Изд-во МГУ, 1998. – 336 с.

Заплаткина А.А., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: к.п.н. Российская Е.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Одним из видов деятельности характерной для детского возраста является изобразительная деятельность.

У детей с недоразвитием речи отмечается «отставание в развитии способности изображения», что особенно ярко проявляется в возрасте 10 – 12 лет. Продукты изобразительной деятельности характеризует «большая узость тематики рисунков, многократные стереотипные повторения одного и того же. Дети с общим недоразвитием речи чрезвычайно широко пользуются малоосмысленным, механическим повторением рисунков» [3]. Тем не менее дети любят рисование, оно доставляет им большое удовольствие.

Наше исследование было направлено на изучение речевой регуляции изобразительной деятельности у школьников с речевыми нарушениями. Эксперимент был проведен на базе «ОКСОУ Дмитриевская С(К)О школа-интернат V вида». В процессе экспериментальной работы обучающимся были предложены следующие задания (табл. 1.).

Таблица 1

	Задание	Содержание
	«Задание – выполнение»	Ребенку предлагается осуществить выбор средств рисования и нарисовать весну
	«Задание – планирование – выполнение»	Ребенку предлагается осуществить выбор средств рисования и самостоятельно вербализовать план до начала рисования. «Рисуем лето, расскажи, как ты будешь выполнять задание, что ты будешь делать»
	«Задание – выполнение с комментированием»	Ребенку предлагается осуществить выбор средств рисования, нарисовать осень, комментируя процесс деятельности. «Рисуем осень, рисуй и рассказывай, что ты делаешь»
	«Задание – выполнение – отчет»	Ребенку предлагается осуществить выбор средств рисования и нарисовать зиму. После окончания работы рассказать, как рисовал, что делал. «Ты закончил рисунок? Расскажи, как ты рисовал, что делал»

Для изучения процесса вербального регулирования изобразительной деятельности у школьников с речевыми нарушениями нами была использована методика, предложенная Е.Н. Российской [2], которая применялась в процессе выполнения нескольких типов заданий.

В эксперименте приняло участие 15 детей, учащихся 5 – 10 классов, количественные и качественные данные представлены в таблицах 2 – 5.

Таблица 2

Итоги выполнения задания «Задание – выполнение»
(средний балл по классу)

Класс	Вербальное планирование	Комментирование	Вербальный отчет
5	0	0	1
6	1,5	0	0,6
7	0	0	0
8	1	0,5	0,5
9	1	0	1
10	1,3	0,7	1

Из таблицы 2 видно, что большинство (66,7%) детей определяет цель своей деятельности и последовательность ее достижения с помощью вопросов взрослого, например:

Таблица 2а

Речь взрослого	Речь ребенка (Люба Ш.)
Какое сейчас время года? Что ты будешь рисовать? Что ты нарисуешь сначала, а что потом?	Весна. Я буду рисовать весну. Сначала я нарисую облака, затем речку, а потом деревья

Только трое из учащихся (20%) делают это самостоятельно: «Я буду рисовать весну. Я нарисую дом, деревья, потом небо, солнце и речку» (Саша С.). Комментирование деятельности возникает редко, так как регулирующая форма речи на данном возрастном этапе перешла во внутреннюю речь (интериоризация), что соответствует нормативным показателям развития.

У некоторых учащихся (13,3%) комментирование было зафиксировано как в устном развернутом виде, так и в шепотной речи. Это явление в возрасте от 11 до 17 лет можно считать проявлением инфантилизма, сохранении в физическом облике или поведении черт, присущих предшествующим возрастным этапам, что является, на наш взгляд, следствием тяжелого нарушения речи.

Таблица 3

Количественные данные (средний балл по классу по результатам выполнения задания «Задание – планирование – выполнение»

Класс	Вербализация выбора средств рисования	Цель	Установление алгоритма деятельности	Предполагаемый результат	Определение и вербализация условий
5	1	2	1	1	0
6	2	1,3	1	0,6	1
7	0	2	1,5	1	0
8	1	1	1	1	0
9	1,3	1	1,3	0,6	1
10	0,6	1	0,6	0,3	0,6

Из таблицы 3 видно, что больше половины учащихся (66,7%) вербализируют выбор средств рисования; 40% детей вербализируют и мотивы своего выбора:

Таблица 3а

Речь взрослого	Речь ребенка (Люба Ш.)
Какое время года следует за весной?	Лето.
Как ты представляешь себе лето?	Солнце, небо. Можно нарисовать пикник. Можно речку, и на берегу устроить пикник.
	Небо, солнце, деревья, траву.
Что сначала будешь рисовать?	Яркое солнце, чтобы тучи были там
Как ты покажешь что тепло?	голубые, чтоб небо ясное было.
Чем будешь рисовать?	Карандашами.

В литературе такое явление получило название мотивационная референция, состоящая в вербальном обозначении мотивов поведения, в нашем случае, выбора средств изобразительной деятельности [1]. Мотивируя выбор средств рисования, ребенок регулирует свои действия в своих интересах, поскольку «Речь, производимая коммуникантами, – отмечает Е.Ф. Тарасов, – служит … для взаимного регулирования их внешнего и внутреннего поведения – эта главная и исходная цель общающихся людей, все остальные мыслимые цели являются производными» [4, с. 33].

Практически все школьники (86,7%), принявшие участие в эксперименте, определяют цель рисования и устанавливают алгоритм собственной деятельности: «Сначала буду рисовать поле, потом цветочки. Потом птичек, солнышко. Красками» (Саша Ш.). Предполагаемый результат своей деятельности определяют большинство школьников (66,7%), но у многих из них (60%) результат равен цели:

Таблица 3б

Речь взрослого	Речь ребенка (Альбина К.)
Какое время года следует за весной?	Лето.
Чем ты будешь рисовать?	Красками.
Что ты будешь рисовать?	Я буду рисовать море. Как дети загорают.
	Солнце.
	Море.
Что ты нарисуешь сначала?	Детей.
А потом?	А потом, что понадобится для пляжа:
А потом?	полотенце. Как играют дети.
А где это будет все расположено?	На пляже. Тут будет море, а там пляж.

30% учащихся не определяет предполагаемый результат деятельности. И лишь половина школьников (53,3%) определяет путь поиска создания продукта с помощью наводящих вопросов:

Таблица 3в

Речь взрослого	Речь ребенка (Саша С.)
Какое время года следует за весной? Как ты себе представляешь лето? Что ты будешь рисовать сначала? Потом? Что дети будут делать? Какие признаки лета ты нарисуешь?	Лето. Купаться на речке. Сначала я нарисую небо. Пляж, речку и детей. Бегать. Цветы, траву зеленую, солнце яркое.

Таблица 4

Итоги выполнения задания «Задание – выполнение с комментированием»
(средний балл по классу)

Класс	Комментирование организации	Комментирование процесса	Коррекция
5	1	1	0
6	1	0	0
7	0	1	1
8	1	0	0
9	1	0,7	0
10	0,7	0,7	0,7

Из таблицы 4 видно, что многие школьники (73,3%) используют комментирование в организации деятельности: «Я возьму фломастеры и буду рисовать. Сначала нарисую траву, потом кустарник. Потом все раскрашу. Потом нарисую дорогу. Потом еще что-нибудь» (Евгений Т.). Но лишь один ребенок применяет развернутое комментирование: «Я буду рисовать осень красками, буду рисовать осенний парк. Сначала нарисую дерево, раскрашу его коричневым цветом. Потом нарисую дорожку в парке. Тоже раскрашу ее коричневым. Потом нарисую березу, листья у нее будут желтые, потому что осень. Еще траву нарисую, раскрашу ее желтым и зеленым тоже» (Катя А.).У половины школьников (53,3%) все еще наблюдается пошаговое планирование процесса деятельности, при котором комментирование четко дифференцируется в соответствии с выполняемыми действиями: «У меня красками не получается. Это типа

земля. Сейчас я рисую дерево. У дерева уже опавшие листья. То есть на дереве уже практически нет листьев. Все они лежат на земле. Медведь собирает последнюю малину. Так, рисую я малину. Рисую я тучи. На пеньке сидит заяц. Рисую я лесу, которая охотится на зайца, который сидит на пеньке. Рисую не такое уж яркое солнце, которое не так уж ярко светит. Тучи его закрывают» (Влад Ч.).

Коррекция деятельности осуществляется лишь немногими детьми (26,7%) после окончания деятельности. В процессе данной работы самоконтроль, в основном, носит фрагментарный характер, т.е. часть деталей, не соответствующих задуманной модели не корректируется.

Таблица 5

Итоги выполнения задания «Задание – выполнение – отчет» (средний балл по классу)

Класс	Воспроизведение алгоритма	Самооценка	Самокоррекция	Наличие креативной составляющей
5	1	2	0	1
6	0	1,7	1	0
7	1	0,5	1	0
8	0,5	1	0	0
9	2	2	0	0
10	1,3	0,3	0,7	0,3

Из таблицы 5 видно, что большинство детей (66,7%) воспроизводят алгоритм деятельности, причем у учащихся 9 – 10 классов (30%) наблюдается совпадение отчета с процессом деятельности более чем на 70%. У половины детей (53,3%), участников эксперимента, наблюдается адекватная оценка своей деятельности. У 26,7% обучающихся никак не оценивают результаты своей деятельности. По итогам выполнения задания 20% участников эксперимента осуществляют действия по улучшению своей работы (полученного результата) и только после внешнего стимулирования. Большая часть детей (80%) не принимает никаких действий по коррекции полученного продукта.

В процессе эксперимента было выявлено, у большинства школьников с речевыми нарушениями процесс вербального регулирования постепенно сворачивается во внутренний план. В процессе выполнения изобразительной деятельности лишь немногие школьники, принявшие участие в эксперименте, комментируют его процесс, что, в свою очередь, является следствием недоразвития речи. В ходе вербального планирования своей деятельности большинству школьников необходима помощь взрослого в виде наводящих вопросов. Практически все обучающиеся осуществляют вербальный отчет по итогам своей деятельности. Необходимо отметить, что к старшим классам процент совпадения

вербального отчета с реально выполняемыми действиями увеличивается практически в 2 раза. Только некоторые учащиеся, даже после адекватного оценивания своей работы, принимают попытки по ее улучшению. Внешняя стимуляция не оказывает значительного влияния на изменение результативности этого процесса.

Литература:

1. Лионозова Е.И. Мотивы поведения как объект референции в диалоге. – М., 2010.

2. Российская Е.Н. Изучение вербального регулирования деятельности у детей. - LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011.

3. Сакулина Н.П. Особенности изобразительной деятельности у детей с недоразвитием речи // Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи / Под ред. Р.Е. Левиной. – М., 1961.

4. Тарасов Е.Ф. Производство речи: большая проблема. – М., 2005.

Иванова А.П., г. Санкт-Петербург,
АОУ ВПО ЛГУ им. А.С. Пушкина
Научный руководитель: к.п.н. доцент Морозова В.В.

СОСТОЯНИЕ ЗВУКОСЛОГОВОЙ СТРУКТУРЫ СЛОВА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Развитие речи детей раннего возраста имеет ряд особенностей. Овладение структурой родного языка осуществляется ребенком за достаточно короткий временной период. К 3-4 годам у ребенка формируется так называемое ядро речи. Большой интерес вызывают у исследователей вопросы овладения звукослоговой структурой слова. Этой проблемой занимались и занимаются такие ученые, как Г.М. Богомазова [2], Е.Н. Винарская [2], А.Н. Гвоздев [3], Н.Н. Китаева [5], Т.А. Титова [8], С.Н. Цейтлин [9].

Трудности овладения звукослоговым составом слова являются закономерными для детей в возрасте от 1 года 6 месяцев до 3-х лет. К 6-7 годам акустический образ слова теряет свою диффузность и становится более точным. Однако этого нельзя сказать о детях с различными нарушениями речи.

Исследования Е.Ф. Архиповой [1] показали, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60% детей имеют отклонения в речевом развитии.

По данным Н.С. Жуковой [4], Р.Е. Левиной [7], Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной [9], у дошкольников чаще всего диагностируется общее недоразвитие речи. Общее недоразвитие речи (ОНР) – это различные

сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. Для общего недоразвития речи характерными признаками являются: позднее ее появление (нередко лишь к 7-8 годам), скудный запас слов, аграмматизм, дефекты произношения и фонемообразования.

Дети с ОНР искажают, смешивают не только артикуляционно сложные и близкие по месту и способу образования звуки, но и акустически противопоставленные. Как правило, диапазон данных нарушений широко варьируется: от незначительных трудностей произношения слов сложной звукослоговой структуры до грубых нарушений.

На основе работ Е.Ф. Архиповой [1], Н.Н. Китаевой [5], Р.И. Лалаевой [6] была составлена методика исследования, позволяющая выявить особенности навыка воспроизведения звукослоговой структуры слова дошкольниками с ОНР. Методика включала в себя задания:

- на выявление особенностей воспроизведения слов различной звукослоговой структуры с опорой на слуховой анализатор;
- на выявление особенностей воспроизведения слов по сбалансированным артикуляционным таблицам А.С. Штерн;
- исследование воспроизведения звукослоговой структуры слов в предложении (с использованием слов таблиц А.С. Штерн).

Был проведен констатирующий эксперимент по выявлению особенностей навыка воспроизведения звукослоговой структуры слова у дошкольников с ОНР в возрасте 5-ти лет. Было обследовано 15 дошкольников с нормальным речевым развитием и 15 детей с общим недоразвитием речи.

Анализ результатов исследования включал изучение звукопроизношения испытуемых детей. Вследствие чего удалось установить, что среди детей с нормальным речевым развитием нарушений звукопроизношения не было выявлено. В экспериментальной группе у дошкольников с ОНР имелось шесть случаев полиморфного и четыре – мономорфного нарушения звукопроизношения. В частности было установлено, что ротацизм отмечался в 40% случаев; сигматизм и парасигматизм – в 18% случаев; ламбдацизм и параламбдацизм – 12% случаев.

Анализ выполнения заданий на исследование воспроизведения слов различной звукослоговой структуры с опорой на слуховой анализатор позволил сделать ряд заключений.

Среди односложных слов лидером по количеству ошибок стало слово «мост» со стечением согласных на конце. Были затруднения и среди двусложных слов. Например, «галстук» («галтук», «гатук»), «танкист» («такис»). То есть со стечением согласных звуков в середине или в конце

слова. Среди трёхсложных слов более всего было допущено ошибок в слове «троллейбус» («толебус»). Что обусловлено стечением согласных в начале и в середине слова. Много ошибок допущено испытуемыми экспериментальной группы в четырёхсложных словах. Например, «скворечница» («скоечица», «коречица»), «велосипед» («весилопед», «велипед»). Они трудны не только количеством звуков, но и стечениями согласных. Крайне трудными для воспроизведения были слова «водопроводчик» («водоводчик») и «колокольчики» («кололькчики», «кокольчики»). В них чаще всего дети с ОНР пропускали звуки и слоги, переставляли их местами.

В контрольной группе испытуемых с нормальным речевым развитием при произнесении одно-, двух-, трёхсложных слов ошибок не наблюдалось. Только 20% детей неправильно произнесли четырёхсложные слова: «скворечница», «земляника», «велосипед». 30% дошкольников без нарушения речи допустили ошибки при произнесении пятисложных слов: «водопроводчик», «колокольчики». Необходимо отметить, что ошибки этих дошкольников не стойкие, случайные и их нельзя связывать с речевым недоразвитием.

При анализе выполнения второго задания методики – исследования воспроизведения звукослоговой структуры слова по сбалансированным артикуляционным таблицам А.С. Штерн было установлено, что дети с ОНР показали очень низкие результаты. Выяснилось, что в этом задании дети с ОНР допустили ошибки даже в односложном слове со стечением согласных в начале – «вниз» («виз»). Самыми трудными оказались четырехсложные и пятисложные слова: «собственный» («собвенный», «состеный»), «эффективность» («эктивность», «эстивность»), «национальный» («нацоналый», «начинальный»). Для всех дошкольников экспериментальной группы эти слова показались очень длинными, поэтому они были ими усечены, и очень сложными по структуре, поэтому многие звуки испытуемые опустили. Все дошкольники ошиблись в словах «советский» («совекий») и «семнадцать» («семацать») – среди трёхсложных, «предупредить» («педупредить») и «одиннадцать» («одицать») – среди четырёхсложных.

При воспроизведении этих же слов дети с нормальным речевым развитием практически не допускали ошибок. Только один ребёнок допустил ошибки при произнесении слов: «эффективность» («эффетивность»), «национальный» («нацинальный»), «поверхность» («повехность»).

При воспроизведении предложений трое детей с ОНР испытывали значительные трудности. Правильно произносили они только простые одно- и двухсложные слова и допускали ошибки даже в односложных словах со стечением: «взлёт» («злеет»), «цирк» («цик»). Также среди их

ошибок можно отметить следующие: «гречиха» («гечиха»), «тарелка» («тарека»), «валенки» («валеки»). 20% дошкольников с ОНР показали неправильное воспроизведение пятисложных, четырёхсложных и трёхсложных слов различной звукослоговой структуры: «сломанный» («соманый»), «автомобиль» («вотомобиль», «авомобиль»), «мотоцикл» («мотикл», «моцикл»).

У детей без речевой патологии результаты были лучше. Они допустили незначительное количество ошибок в группе при произнесении слов: «поверхность» («повехность»), «одиннадцать» («одинацать»), «предупредил» («предупедил»), «трансформатор» («рансформатор»).

Анализ суммарного итогового балла за все задания каждой группы испытуемых позволил определить процентное соотношение правильно выполненных заданий методики обследования детей с ОНР по сравнению с дошкольниками без патологии речи. Удалось установить, что дети с нормальным речевым развитием справились с заданиями на 96%, в то время как дошкольники с ОНР – только на 37%.

Результаты исследования подтвердили наличие стойких нарушений воспроизведения звукослоговой структуры слова у дошкольников с ОНР. Были выявлены следующие недостатки:

1. Элизия – сокращение (пропуск) слогов. Например: «кузуза» вместо «кукуруза», «велипед» вместо «велосипед»;
2. Итерации – увеличение числа слогов. Например: «колоколочики» вместо «колокольчики»;
3. Нарушения последовательности слогов в слове. Например: «весилопед» вместо «велосипед», «рипакис» вместо «кипарис»;
4. Сокращение стечения согласных. Например: «атобус» вместо «автобус», «галтук» вместо «галстук»;
5. Вставка согласных в слог. Например: «подувачики» вместо «одуванчики»;
6. Антиципации – уподобления одного слога другому. Например: «сотетский» вместо «советский»;
7. Персеверации – инертное застревание на одном слоге слова. Например: «нанатоящий» вместо «настоящий», «попоveность» вместо «поверхность».

Описанные недостатки могут быть преодолены при условии научно обоснованной системы логопедической работы, направленной на формирование звукослоговой структуры у дошкольников с ОНР. В частности детям изучаемой категории требуется коррекция и развитие восприятия и воспроизведения изолированных лексических единиц (гласных звуков, слогов, слов), развитие возможностей восприятия и проговаривания последовательностей лексических единиц, развитие

возможностей восприятия и произношения слов различной слоговой структуры.

Проблема нарушений звукослоговой структуры слова у детей с ОНР актуальна и остро стоит в дошкольных образовательных учреждениях. Необходимо более детальное исследование состояния звукослоговой структуры слова у детей дошкольного возраста с речевым недоразвитием.

Литература:

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. – М., 2006.
2. Винарская Е.Н., Богомазова Г.М. Возрастная фонетика. – М., 2005.
3. Гвоздев А.Н. Усвоение ребенком звуковой стороны русского языка. – СПб., 1995.
4. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у детей. – М., 2011.
5. Китаева Н.Н. К вопросу о нарушении звукослоговой структуры слова у дошкольников с моторной алалией // Актуальные проблемы логопедии в трудах ученых XX века. Материалы международной научной конференции. – ЛГОУ им. А.С. Пушкина. – 2002. – С. 21–23.
6. Лалаева Р.И. Методика психолингвистического исследования нарушений речи. – СПб., 2006.
7. Левина Р.Е. Общая характеристика недоразвития речи у детей и его влияние на овладение письмом // Логопедия: Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: в 5 кн. – М., 2003. – Кн. IV: Нарушения письменной речи: Дислексия. Дисграфия.– С. 112 – 126.
8. Титова Т.А. Нарушения звукослоговой структуры слова и их коррекция у детей с речевой патологией : учеб. пособие. – СПб., 2003.
9. Филичева Т.Б., Туманова Т.В., Чиркина Г.В. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. – М., 2011.
10. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: лингвистика детской речи. – М., 2000.

Колоколова Е.Б., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н., доцент Шеховцова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Воспитание адекватного и гибкого взаимодействия и поведения в обществе, способности к продуктивным межличностным отношениям, эмпатии и рефлексии, освоение социальных ролей, социально-

эмоциональное развитие является важнейшей задачей современного общего и специального образования.

Формирование личности детей происходит в условиях взаимодействия их с окружающей средой, которая оказывает на них воспитывающее и развивающее воздействие. В процессе жизни и деятельности в коллективе происходит постоянное взаимовлияние воспитанников друг на друга, в ходе которого формируются их оценка и самооценка, взгляды на события окружающей жизни.

Процессы формирования межличностных отношений у детей с нарушениями слуха изучали Т. Г. Богданова, Э. А. Вийтар, Ю. А. Герасименко, Г. А. Карпова, М. М. Нудельман, В. Г. Петрова, И. Л. Соловьева, М. Е. Хватцев, И. В. Цукерман, С. Н. Шабалина.

Благоприятное развитие личности и успешность социализации ребенка с нарушением слуха во многом обеспечивается уровнем сформированности социальных навыков, среди которых важнейшими являются умения устанавливать межличностные отношения.

Известно, что процесс социализации у таких детей протекает в депривационных условиях, таких как сенсорная, коммуникативная, эмоциональная, информационная, социальная и семейная депривации.

Своеобразие протекания процесса социализации отрицательно сказывается на формировании коммуникативной компетентности ребенка с нарушением слуха, в том числе на характере межличностных отношений [3].

Способы коммуникации являются важным аспектом исследования межличностных отношений. Смысловой, ценностный, эмоциональный обмен, составляющий суть межличностных отношений, реально осуществляется между слабослышащими и глухими на основе жестовой дактильной речи; между слабослышащими и слышащими – на основе словесной речи в устной и письменной форме [5].

Жестовый язык объединяет глухих и слабослышащих в особое культурно-лингвистическое меньшинство; жестовая коммуникация – один из способов сохранения культурных традиций сообщества людей с нарушением слуха. Жестовая речь – не только полноценное и, несомненно, реальное средство коммуникации между людьми с нарушением слуха, но и средство их когнитивного развития [4].

В общении с миром слышащих (предметном и межличностном) глухие и слабослышащие используют словесный язык в устной и письменной форме. Умение пользоваться сложной знаковой системой (языком) является основополагающей предпосылкой для становления мышления, овладения культурными ценностями, а также для развития коммуникативных способностей для взаимодействия и общения с окружающими и интеграции в обществе.

К сожалению, качество формируемого словесного языка глухих детей (независимо от применяемого метода обучения) остается низким, не соответствующим требованиям социального общения (речь идет о внятности собственной устной речи и адекватном понимании словесной речи). Низкая внятность устной речи и малая эффективность орального чтения обуславливают тот факт, что в общении со слышащими глухие и слабослышащие предпочитают использовать письменную речь и естественные жесты. Таким образом, словесно-языковая компетентность глухих и слабослышащих в общении со слышащими ограничена. Повышение ее реального уровня продолжает оставаться стратегической задачей современной сурдопедагогической теории и практики [2].

Очень важна роль семьи в формировании межличностных отношений у детей с нарушением слуха. Отмечается, что семейное воспитание и развитие ребенка с нарушением слуха осуществляется в двух качественно различных ситуациях: это воспитание глухого ребенка родителями слышащими и родителями глухими.

По мнению Г.А. Карповой, своеобразие воспитательной ситуации «ребенок с нарушением слуха у слышащих родителей» отличается рядом черт. Прежде всего, это семья, пережившая шок от рождения такого ребенка. Эмоциональное восприятие глухого малыша слышащими родителями дисгармонично: отцы, как правило, испытывают раздражение и неприятие ребенка, матери – чувства вины и жалости, ведущие к гиперопеке. Немецкий сурдопедагог П.А. Янн считает, что главной своеобразной чертой данных семей является то, что «между ними (слышащими родителями и глухим ребенком) нарушается уровень эмоциональных взаимоотношений – один из внешних факторов психологического развития человека. Социализация ребенка с нарушением слуха происходит в особых условиях, которые необходимо исследовать по всем направлениям в рамках психологии развития» [5].

Иная исходная педагогическая ситуация в семьях, где родители с нарушением слуха, отмечает Г. А. Карпова. Глухие родители без шока, даже с облегчением принимают факт рождения глухого ребенка. Без специальной помощи на основе жестов они способны установить контакт и обеспечить эмоциональную близость с ребенком.

Личностные проблемы общения детей с нарушением слуха освещены в научной литературе крайне ограниченно. Л. А. Головчиц отмечает у глухих детей возрастную динамику развития интереса к сверстникам и потребности в общении с ними. Неслышащие дети 2-3 лет в ДОУ недостаточно вступают в контакт с другими детьми, предпочитая игры в одиночку или общение со взрослыми; поэтому одна из главных задач педагогов на этом этапе – целенаправленно воспитывать такие коммуникативные качества, как интерес и доброжелательность к

сверстникам. У детей среднего дошкольного возраста появляется больший интерес к другому и потребность в общении с ним. У старших дошкольников потребность в межличностном общении резко возрастает. Между детьми возникают привязанности. В этом возрасте в процессе общения дети с нарушением слуха уже способны к информационному обмену, организации совместных действий, распределению обязанностей в игре[8].

У детей младшего школьного возраста с нарушением слуха отмечаются следующие особенности поведения: частые конфликты между одноклассниками, неумение принять позицию собеседника, неспособность поставить себя на место другого, отстаивание своей позиции любыми способами вплоть до применения силы, грубость в общении, высмеивание товарища за его промахи, отсутствие сочувствия. Также отмечаются такие недостатки, как отсутствие сплоченности групп, неудовлетворительное качество межличностных отношений, наличие эмоционально-психологического дискомфорта в классах [6].

В исследовании Т.Г. Богдановой и Н.В. Мазуровой были получены сведения об особенностях личности детей. Слышащие дети характеризовались достаточно высоким показателем любознательности (75%), глухие дети глухих родителей – более низким показателем (65%), глухие же дети из семей слышащих – самым низким (45%). Незначительно различались дети всех групп по общительности (60-70%): все младшие школьники с удовольствием рассказывали о своих друзьях, о желании общаться с ними, играть, отдыхать.

Рассматривалась и такая особенность личности, как стремление к лидерству, доминированию в группе сверстников. Самый высокий показатель обнаружили глухие дети из семей глухих (45 %). Они избирали себе место в центре группы сверстников либо во главе ее. Чуть ниже показатель у слышащих (30 %). Они не всегда выбирали положение в центре, объясняя это нежеланием обращать на себя внимание, большой ответственностью. Самым низким был показатель в группе глухих детей слышащих родителей – 18%. Свой выбор места среди играющих сверстников они объясняли стеснительностью, неумением хорошо говорить и т.д., т.е. не хотели лидировать в группе.

Уровень конфликтности у слышащих учащихся в среднем составлял 17%. Они редко стремились оказаться среди дерущихся или ссорящихся сверстников. Глухие дети из семей глухих имели показатель конфликтности 22,5%. Практически таким же (25 %) был показатель в группе глухих детей слышащих родителей. Но, как уже отмечалось выше, у глухих детей из семей глухих этот показатель сочетался со стремлением к лидерству, а у глухих из семей слышащих – со стремлением занять позицию подчиненного [1].

Проанализировав различные источники литературы по вопросу особенностей межличностных отношений детей различных категорий (с нормальным слухом и с нарушениями слуха) можно сделать вывод, что дети с нарушениями слуха не достаточно глубоко понимают всю проблемность и сложность социальных отношений. У них происходит замедленное формирование социально зрелых межличностных отношений. У них примитивный и замедленный темп формирования социальной перцепции и рефлексии, и отмечается неадекватность самооценки. Это обусловлено объективными трудностями акта коммуникации, которые ведут к недостаточному обобщению и дифференциации социальных контактов. У таких детей слабо формируются положительные отношения к товарищам, отзывчивость, чуткость, внимательность, взаимопомощь. Но эти чувства формируются под руководством учителя, психолога, родителей и других участников учебно-воспитательного процесса.

Литература:

1. Богданова Т. Г. Сурдопсихология. – М., 2002.

2. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. – М., 2004.

3. Герасименко Ю. А., Карпова Г. А. Межличностные отношения учащихся с нарушениями слуха: диагностика и коррекция: Монография / Урал. 2004.

4. Зайцева Г. Л. Жестовая речь. Дактилология. – М., 1992.

5. Кардаш Л.А. Педагогическое взаимодействие коррекционного учреждения и семьи в реабилитации детей с нарушениями слуха.: Дис…канд. пед. наук / Кардаш Л.А. – Екатеринбург, 2005.

6. Никитина М.И. Воспитание младших школьников с нарушениями слуха. – М., 1996.

7. Речицкая Е.Г., Пархалина Е.В. Готовность слабослышащих детей дошкольного возраста к обучению в школе. – М., 2000.

8. Янн П. А. Воспитание и обучение глухого ребенка. Сурдопедагогика как наука. – М., 2003.

Литвинова В.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н., доцент Шеховцова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ САМОСОЗНАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В отечественной психологической литературе имеются фундаментальные труды детских психологов, уделявших значительное внимание различным аспектам развития личности ребенка-дошкольника. Многие из них уделяют внимание формированию самосознания (Л.И.

Божович, А.Л. Венгер, Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, Г.Г. Кравцов, Е.Е. Кравцова, М.И. Лисина, В.С. Мухина, Л.Ф. Обухова, Н.Н. Поддъяков, К.Н. Поливанова, Е.О. Смирнова, Д.Б. Эльконин и др.).

В основе самосознания, по мнению В.С. Мухиной, лежит способность ребенка присваивать через механизмы идентификации накопленный опыт человечества. Она выделяет в самосознании «кристалл личности». Основой «кристалла» является имя собственное (идентифицированное с телесной индивидуальностью) и социальное признание, которое ребенок получает сначала от непосредственного, а затем более удаленного социального окружения.

Обсуждая проблему формирования образа индивидуального «Я», Г.Г. Филиппова выделяет несколько последовательных ступеней: самоощущение, представление о схеме тела, самовосприятие, самооценка, выделение «Я» как внутреннего субъекта [1]. Низшие уровни структуры образа Я могут быть охарактеризованы с помощью специальных приемов, естественно, не отражающих самосознание полностью, а лишь его отдельные элементы. Количество таких исследований достаточно велико.

Исследование самосознания ребенка является весьма затруднительным, прежде всего с точки зрения методического арсенала. Изучать собственно Я-концепцию как рефлексивную оценку себя и своих возможностей путем самоописаний можно только при достижении достаточно высокого уровня сформированности «Я».

Развитие зачатков самосознания все исследователи относят к раннему (а некоторые даже к младенческому) возрасту. Оно происходит в процессе активного действования ребенка, которое детерминировано в значительной мере его внутренним состоянием. Ребенок уже не только знает свое имя, он «открывает себя» как отдельную персону. Начинается произвольное овладение своим телом. Результатом становится появление целенаправленных движений и действий. В процессе двигательного развития появляется общая телесная координация.

Именно в раннем возрасте в норме формируются первичные представления о схеме тела, становится относительно дифференцированным самоощущение. Нормально развивающийся ребенок способен локализовать телесные ощущения к середине второго года жизни, максимум – к двум годам. Это подтверждает, что схема тела сформирована. Еще раньше (в год-полтора) он начинает узнавать себя в зеркале, а затем и на фотографиях, что свидетельствует о первичной дифференциации «Я» и «не Я». Изучение детей, находящихся в условиях материнской депривации, показало, что они в этом возрасте часто не узнают себя в зеркале и, тем более, на фотографиях [12]. Помимо констатации задержки в выделении своего «Я» этот факт можно объяснить значительно меньшим опытом действий такого рода. Доказано, что

возрастные сроки появления возможности узнавания себя зависят от наличия индивидуализированного взаимодействия со взрослым.

Возможность локализации телесных ощущений можно установить преимущественно при наличии у ребенка речи. В этом случае он может не только протянуть по просьбе взрослого ручку или ножку, показать различные части тела (что обычно доступно детям второго года жизни), но и ответить на вопрос о том, что у него болит (хотя этот прием весьма ненадежен из-за подражательности детей, часто копирующих жалобы взрослых). Задержка в речевом развитии существенно затрудняет оценку сформированности этой возможности.

Трудности изучения детей раннего возраста оставляют открытыми многие аспекты ранних этапов становления самосознания. Исследования, проведенные Т.В. Гуськовой и М.Г. Елагиной, показали, что уже в этом возрасте у детей появляются мотивирующие представления и «гордость за достижения». Это свидетельствует о начале формирования системы «Я». Однако следует повторить, что возникновение этих важнейших личностных новообразований предопределено взаимодействием ребенка и взрослого.

Выполнение одного действия ради другого возникает у ребенка в процессе общения, под влиянием воспитания и требований взрослого, и лишь затем в условиях, когда этого требуют объективные предметные обстоятельства его деятельности. Таким образом, под влиянием взрослого в процессе общения начинает формироваться соподчинение мотивов, которое определяет умение регулировать свое поведение.

Появление мотивирующих представлений знаменует собой первоначальный этап в развитии произвольного поведения [3]. В связи с формированием достаточно устойчивых представлений появляются чувства и желания, связанные с объектами, о которых малыш помнит, хотя и не видит их перед собой в данный момент. Ребенок становится менее зависимым от наличной ситуации. Именно с этого периода он начинает «строить» свое поведение, согласуясь с собственными желаниями и представлениями.

Познание и открытие своего «Я», по мнению многих психологов, в этот период является доминирующей линией развития. В то же время это только начало длительного процесса становления самосознания. Поэтому, возможно, правильней говорить, что в раннем возрасте обычно формируются лишь предпосылки возникновения доступных экспериментальному изучению элементов самосознания.

А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин и Л.С. Выготский «отодвигали» появление отчетливо выраженных признаков наличия самосознания к периоду «предшкольного кризиса» – кризиса 7 лет. В качестве наиболее

важного признака, свидетельствующего о достижении ребенком определенной степени личностной зрелости, они выделяли самооценку.

Возникновение детской самооценки относится, по мнению Л.И. Божович, к трем годам. В первичной самооценке отсутствуют рациональные компоненты, она во многом ситуативна, эмоционально обусловлена. Обычно ребенку свойственно глобально-недифференцированное мнение о себе: «Я-хороший». В случаях противоположных заявлений («Я плохой») можно думать о том, что ребенок еще не оценивает себя по-настоящему, а повторяет услышанную реплику взрослого или проявляет негативизм, который многие исследователи полагают типичным проявлением кризиса трех лет [5]. В то же время общепризнано, что при нормальном развитии именно к трем годам возникает «система Я», которая включает первичное знание о себе и отношение к себе.

А.Н. Леонтьев считал дошкольное детство периодом первоначального фактического складывания личности. В ряду конкретно-психологических изменений дошкольника особое значение он уделяет появлению признаков произвольности поведения. В качестве центрального звена в этом формировании выделяется соподчинение мотивов в деятельности.

К главным достижениям в развитии дошкольника Д.Б. Эльконин относил новые мотивы поступков и действий, вступающие в сложные отношения и подчиняющие себе желания ребенка, формирование первых этических инстанций и на их основе моральную оценку, а также возможность управления собой.

Результаты проведенных в последние десятилетия экспериментальных исследований становления личности нормально развивающихся детей обобщены в учебниках по возрастной психологии, авторами которых являются известнейшие детские психологи В.С. Мухина и Е.О. Смирнова [4].

Л.С. Выготский полагал, что возможность моральных суждений является следствием развития самосознания, сопряженного с «потерей непосредственности», характерной для 7-летнего ребенка и является отражением осознания «идеальной» формы, которая, как уже говорилось выше, предъявлена ребенку взрослым. По-другому это можно проинтерпретировать как свидетельство разделения «Я-реального» и «Я-идеального». Возникновение моральных суждений расценивается исследователями как косвенный показатель дифференциации самосознания, поскольку они свидетельствуют о противопоставлении образа себя «хорошего» – «плохому» и желании выглядеть лучше в глазах взрослого.

Способность встать на позицию другого свидетельствует о появлении такого важнейшего новообразования – рефлексии, которую В.В. Давыдов и другие исследователи расценивают как основополагающее качество человеческого сознания. Неадекватная, завышенная самооценка дошкольников мешает становлению рефлексии, с которой связано формирование действий контроля и оценки, являющихся непременным условием регуляции своего поведения. Дети, у которых способность к рефлексивной оценке еще не находится в зоне ближайшего развития, воспринимают происходящее только с одной точки зрения. Причины собственных неудач они видят во внешнем мире, приписывают их чему угодно, но не себе. Воспринимая происходящее только с субъективной позиции, дети не могут взглянуть на себя со стороны. Поэтому и обнаруживается связь сформированности волевой регуляции поведения и с уровнем самооценки, и с уровнем когнитивного развития [2].

Г.Г. Кравцов развил положение Л.С. Выготского о том, что личность ребенка представляет единство аффекта и интеллекта, и предположил, что в качестве опосредствующего звена выступает воля [88]. Согласно его мнению, ребенок с более развитым самосознанием – это ребенок, знающий чего он хочет, и умеющий этого добиваться. Поэтому, по мнению автора, для развития личности надо работать, прежде всего, над навыками волевого поведения. К последним он относил и возможность, проявляющуюся в способности учитывать действия партнера по взаимодействию и противостоять им.

Относительно психологических условий развития личности дошкольника все без исключения исследователи сходятся во мнении о том, что ведущее значение в этом процессе принадлежит взрослому, взаимодействие с которым осуществляется предпочтительно в ведущих для детского возраста видах деятельности, в первую очередь в игре [4].

Необходимо также отметить, что эмпирические исследования лонгитюдного характера, посвященные становлению самосознания детей, относительно редки.

Таким образом, поведение ребенка-дошкольника в большей мере регулируется взрослым, но в то же время становится очевидной возможность его самостоятельной регуляции. В старшем дошкольном возрасте значительная часть детей обнаруживает признаки личностной готовности к школьному обучению, одним из значимых аспектов которой является возможность децентрации – понимания и учета позиции другого. Последнее становится возможным только при достаточном уровне развития необходимых элементов самосознания [5].

Литература:

1. Бахчеева Э.П. Проблема самосознания: методологический аспект // М-лы III Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 г. – СПб, 2003. – Т.1. – С.341-345.

2. Безруких М.М., Логинова Е.С. Возрастные особенности структуры саморегуляции деятельности у детей 4-5 лет // Мир психологии. – 2002. – № 1. – С. 121-126.

3. Козлова С.А. Мой мир: Приобщение ребенка к социальному миру. / С.А. Козлова. Коррекционно-развивающие занятия с дошкольниками. / Л.И. Катаева. – М.: «ЛИНКА-ПРЕСС», 2000. – 224 с.

4. Конопкин О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъективного развития // Вопросы психологии. – 2004. – N 2. – С.128-135.

5. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.

Озбетелашвили К.Г., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ-СИРОТ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ

За последние годы увеличилось число детей, воспитывающихся в домах ребенка и интернатах, где последствия семейной депривации оказываются достаточно серьезными.

Литературные данные и собственные наблюдения за детьми-сиротами позволяют вычленить ранние нарушения эмоционального развития, связанные с дефицитом социального и эмоционального опыта, носителем которого является мать, присутствие и влияние которой способствует формированию чувства безопасности и стабильности у ребенка.

Основные эмоционально-личностные деформации возникают у детей-сирот как следствие эмоциональной депривации, неудовлетворенной потребности в эмоционально теплом контакте. Эта потребность является одной из базальных для адекватного развития мотивационной, эмоционально-волевой и личностно-смысловой сфер [2].

Для социально-правильного эмоционально-личностного развития детей, в том числе и детей-сирот, большое значение имеет постепенность расширения круга общения.

Основные формы возможных взаимоотношений с окружающими усваиваются ребенком в контакте с матерью. Положительные, отрицательные или нейтральные реакции матери постепенно формируют поведенческие акты ребенка. Только при включении обратной связи, или

обратной эмоциональной афферентации, идущей от матери, может быть достигнут соответствующий воспитательный эффект: прекращение нежелательной, обесценивание несущественной (неадекватной, бессмысленной) или закрепление жизненно важной и адекватной реакции.

По мнению некоторых авторов, Н.М. Аксариной, Н.Н. Авдеевой, Н.В. Грибановой и других, обострение зависимости от матери наблюдается у детей около одного года. И особенно очевидной такая зависимость становится, когда ребенок начинает ходить. Расширение возможностей самостоятельных действий обостряет тревожность. Поэтому ребенок в это время действует по принципу челнока: то удаляется от матери, то возвращается к ней, как бы проверяя надежность своего положения. Ребенок-сирота при дефиците эмоционального тепла со стороны взрослого получает энергию не от эмоциональной поддержки матери, а в процессе аутостимуляции: стереотипных воздействии на собственное тело, сенсорные органы с помощью двигательных и вокальных актов (раскачивание из стороны в сторону, перекатывание с боку на бок, монотонное интонирование повторяющихся звуков) [3].

Обеднение, выхолащивание сферы общения, спровоцированное дефицитом эмоционально теплых отношений, является для большинства детей-сирот способом компенсации чувства незащищенности. Вероятно, поэтому дети-сироты не так болезненно реагируют в возрасте около года на чужих, незнакомых им людей. Большинство детей-сирот в этом возрасте легко остаются с незнакомым человеком, и более того – их контакт характеризуется «прилипчивостью», если только внешние признаки человека располагают к контакту (улыбка, ласковый голос и т.п.).

Привязанность можно определить как эмоциональный вид общения, характеризующийся позитивной установкой на объект привязанности и зависимостью от него. Можно сказать, что привязанность – это форма эмоциональной коммуникации, основанная на удовлетворении взрослыми формирующихся потребностей ребенка в безопасности и любви.

Наиболее полно теория привязанности описана в работе Джона Боулби, который рассматривает ее как предрасположенность человеческих существ к созданию сильных, основанных на любви связей с другими человеческими существами. Нарушение привязанности объясняет различные формы эмоциональных расстройств и проблем – таких, как беспокойство, гнев, депрессии, эмоциональная неприязнь, ставшая следствием нежелательной разлуки или разрыва. По его мнению, утверждение привязанности может стать источником спокойствия и радости. Самые сильные человеческие эмоции проявляются во время формирования, утверждения, разрушения и восстановления привязанности: это влюбленность, любовь, печаль и т.д. [1].

С точки зрения возникновения психологических новообразований эмоционально-личностного свойства особенно значим период от 1,5 до 2,5 месяцев, когда у ребенка проявляется так называемый комплекс оживления. Это одна из первых социально опосредованных, условных (т. е. включающих элементы обобщенности и произвольности) реакций ребенка, а именно реакция на комплекс стимулов, идущих от матери. Двигательное оживление, вокализации, а главное улыбка, – это уже не просто психофизический, но социальный акт со стороны младенца. Это акт-призыв к общению. Известно, что такая реакция возникает у ребенка именно на появление матери или другого, самого близкого, обеспечивающего уход и общение с ребенком взрослого.

У детей-сирот, воспитывающихся в доме ребенка, комплекс оживления может появиться позже, чем у детей из семьи, однако характерен не только, более поздний срок его появления, но и недифференцированность.

Во втором полугодии жизни различия между детьми, воспитывающимися в разных условиях, увеличиваются. Малоинициативный, тихий, ненавязчивый, безразличный к окружающему, боязливый малыш, воспитывающийся в доме ребенка, разительно отличается от активного, радостного, любознательного, лепечущего, требовательного ребенка из семьи [4].

У более старших детей (1-2 года) можно наблюдать сниженное настроение, боязливость, настороженность, отсутствие любопытства, эмоциональной живости и непосредственности. Дети отказываются от совместных игр с взрослыми, оказывают сопротивление при попытке организовать с ними игру. Они плохо взаимодействуют со сверстниками, могут проявлять агрессию по отношению к окружающим и к самим себе.

У детей дошкольного возраста (с 3-4 лет) расстройство привязанности иногда выражается в поверхностной рассеянной общительности, в отсутствии чувства дистанции. Такие дети излишне фамильярны в общении даже с незнакомыми людьми. Они обращаются к взрослым с незначительными просьбами, стараются всеми способами привлечь к себе внимание.

Ребенок, растущий с раннего детства вне семьи, лишен самого главного и важного – безусловной любви. Поэтому для него характерно простое и нерасчлененное отношение к себе, чаще всего – отрицательное. Для возникновения позитивного образа «Я» ребенку от окружающих его взрослых не хватает, прежде всего, проявлений безграничной и бескорыстной любви и положительной оценки его действий и поступков.

Многие исследователи (М.И. Лисина, Н.М. Аксарина, Л.Н. Галигузова, С.Ю. Мещерякова) указывают на задержки в речевом развитии ребенка, растущего в условиях госпитализма или значительную

часть времени проводящего в детском учреждении, где большое внимание уделяют физическому уходу за детьми, где много игрушек и много обслуживающих ребенка говорящих взрослых, но ребенку недостает близких, личностных контактов [5].

Таким образом, в условиях дома ребенка недостаточно эффективно действуют факторы, влияющие на психическое развитие детей. В первом полугодии таким фактором выступает общение младенца с взрослыми. Редкие, кратковременные и недостаточно эмоционально насыщенные контакты с взрослыми, не ориентированные на поддержание инициативы ребенка, создают дефицит общения. Не случайно, поэтому общение у младенцев из дома ребенка, хотя и обладает теми же закономерностями, что и в семье, имеет целый ряд отклонений.

Литература:

1. Галигузова Л.Н., Мещерякова С.Ю., Царегородцева Л.М. Психические аспекты воспитания детей в домах ребенка и детских домах // Вопросы психологии. – 1990. – №6.

2. Грибанова Н.В. Нарушения формирования привязанностей у детей – сирот в раннем возрасте // Дефектология. – 1994. – №3.

3. Лангмейер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага, 1984.

4. Рогов Е.И. Эмоции и воля. – М., 1995.

5. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Под ред. В.В. Лебединского, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либинга. – М., 1990.

Петрова А.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: к.психол.н. Коблева А.Л.

ОСОБЕННОСТИ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА И СИНТЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Речь – тонкий психологический процесс, который развивается в процессе онтогенеза, протекает параллельно с развитием умственных и физических способностей ребенка и является показателем его общего развития. Как отмечала в своих работах Татьяна Борисовна Филичева, гармоничное полноценное развитие личности ребенка невозможно без воспитания у него культуры речи. Отметим, что под культурой речи мы понимаем владение орфоэпией, а также умение использовать выразительные языковые средства в разных условиях общения. Такая речь должна быть правильной не только с позиции грамматического оформления, или подбора слов (словаря), но и

безупречной, чёткой в плане звуко-слоговой наполняемости слов и звукопроизношения.

В настоящей статье мы рассматриваем весьма острую и актуальную проблему развития речевой культуры у детей с общим недоразвитием речи.

Говоря словами О.С. Ушаковой, обучение дошкольников языку, развитие речи и речевого общения – одна из важнейших задач дошкольной педагогики и психологии. Решение этой задачи включает ряд специальных задач: воспитание звуковой культуры речи, обогащение и активизацию словаря, формирование грамматического строя речи, развитие связной речи, а также воспитание интереса к художественному слову [6, с. 1].

С каждым годом количество детей, имеющих различные нарушения речи, возрастает. Одна из наиболее часто встречающихся аномалий речевого развития – ОНР (общее недоразвитие речи).

Изучением вопросов, касающихся ОНР и его влияния на развитие ребёнка, занимались такие ученые, как: Л.С. Волкова, В.К. Воробьева, В.П. Глухов, Л.Н. Ефименкова, Г.И. Жаренкова, А. Жагги, Ф. Жгиер, Н.С. Жгутова, Н.С. Жукова, Г.А. Каше, Э.Кохер, Р.Е. Левина, Ф. Лотмар, Е.М. Мастюкова, Н.А. Никашина, А. Пик, Л.Ф. Спирова, Т.А. Ткаченко, Г.В. Чиркина, Т.Б. Филичева, А.В. Ястребова и другие.

Общее недоразвитие речи у детей, имеющих нормальный слух и сохраненный интеллект, представляет собой специфическое проявление аномалии речи, при которой нарушается или отстаёт от нормы формирование всех компонентов речевой системы. Речевая недостаточность у дошкольников может варьировать от отсутствия у них общеупотребительной речи до наличия развернутой речи, но с выраженными проявлениями лексического, грамматического, фонетического и фонематического недоразвития [3, с. 12].

Типичными проявлениями ОНР являются: отклонения в произносительной и смысловой сторонах речи; более позднее появление первых слов; речь детей малопонятна, аграмматична; речевая активность низкая [3, с. 13].

Отклонения в речевом развитии спонтанно не преодолеваются, требуется специально организованная коррекционная работа.

Как уже отмечалось ранее, при ОНР отмечается фонематическое недоразвитие, то есть нарушение в формировании фонематической системы. Она является важным звеном речевой деятельности, включает в себя фонематический слух, восприятие, представления, анализ и синтез. Фонематическая система формируется постепенно, с первого года жизни ребёнка.

Фонематический анализ и синтез – части фонематической системы.

Как отмечали Л.Е. Журова, А.Р. Лурия, А.К. Маркова**,** Д.Б. Эльконин, А.Е. Ольшанникова, что фонематический анализ и синтез – это сложные процессы, представляющие собой развернутые по составу операции, и требующие формирования активности и произвольности с самого начала [5, с. 66].

Под фонематический анализом мы понимаем процесс, который состоит в выделении звука на фоне слова, сопоставлении слов по выделенным звукам, и определении последовательного, количественного звукового состава слова. Он тесно связан с синтезом.

Фонематический синтез – это умственное действие по синтезу звуковой структуры слова, слиянию звуков в слово.

Т.Г. Егоров считает, что процесс звукового синтеза не только не уступает по трудности звуковому анализу, но значительно сложнее него.

Сформированность навыков фонематического анализа и синтеза у детей с общим недоразвитием речи гораздо ниже, чем у ребят без речевой патологии. Это выражается в неумении определять место, количество и последовательность звуков в слове; самостоятельно называть слова, в которых определённый звук стоял бы на втором, четвёртом, седьмом месте; придумать слова или отобрать картинки с изображением предметов, названия которых начинаются на определённый звук. Ребята с общим недоразвитием речи не способны составлять слова из предложенных звуков, определять недостающий слог в слове, догадываться (узнавать) слова на основе восприятия отдельных его элементов [3, с. 22].

Недоразвитие фонематического анализа и синтеза приводит к нарушенному звукопроизношению; затруднениям в овладении чтением; к грубым нарушениям письма (отмечается замена, пропуски, перестановка букв), то есть к дислексии и дисграфии; является одной из причин школьной неуспеваемости. Сформированность навыков анализа и синтеза – необходимая предпосылка обучения грамоте [1, с. 1; 3, с. 26].

Фонематический анализ и синтез – это сложные и многоплановые функций, им необходимо обучать, так как ребенок не может самостоятельно овладеть ими. Особенно это касается детей с отклонениями в речевом развитии, для которых требуется проведение специально организованной коррекционной работы.

Литература:

1. Развитие фонематического анализа и синтеза /Лалаева Р.И.// логопедическая работа в коррекционных классах. – М.: Владос, 2004. – С. 112-129.

2. Ткаченко Т. А. Подготовка дошкольников к чтению и письму: фонетическая символика. – М.: ВЛАДОС, 2010. – 48 с.

3. Шашкина Г. Р., Зернова Л. П., Зимина И. А. Логопедическая работа с дошкольниками. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 240 с.

4. Швецова И. Формирование фонематического восприятия и звукового анализа у дошкольников с общим недоразвитием речи //Дошкольное воспитание. – 2007. – №5. – С.71-77.

5. Чиркина Г.В. Методы обследования речи детей. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.

6. Ушакова О.С. Актуальные проблемы развития речи дошкольников на современном этапе . – М.: Сфера, 2008. – 7 с. [Электронный ресурс]. URL: http://www.tc-sfera.ru/download/files/Ushakova%20autoref.pdf (дата обращения: 20.11.2013).

Погорелова О. В., г. Санкт-Петербург,
АОУ ВПО ЛГУ им. А.С. Пушкина
Научный руководитель: к.психол.н. Егорова И.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АГРАММАТИЗМЫ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЯ ДЕФЕКТОВ РЕЧИ ПРИ ОНР II УРОВНЯ

В онтогенезе овладение морфологической системой языка предполагает многообразную интеллектуальную деятельность ребенка: акустическое и семантическое сравнение слов, определение их сходств и различий, анализ словообразовательных элементов, установление связи между оттенком значения и морфемой. Развитие морфологической системы языка тесно связано с развитием не только синтаксиса, но и лексики, фонематического восприятия [5].

Нарушение развития речевой функциональной системы приводит к большому числу морфологических аграмматизмов в речи детей с ОНР. Основной механизм этих аграмматизмов заключается в трудностях выделения морфемы, соотнесения значения морфемы с ее звуковым образом. В результате действия этого патологического механизма в речи детей появляются следующие специфические ошибки: неправильное употребление родовых, числовых, падежных окончаний существительных, местоимений, прилагательных; неправильное употребление падежных и родовых окончаний количественных числительных; неправильное согласование глагола с существительными и местоимениями; неправильное употребление родовых и числовых окончаний глаголов в прошедшем времени; неправильное употребление предложно-падежных конструкций [5].

Морфологическая система у дошкольников с ОНР имеет такие дизонтогенетические характеристиками как нарушение хроногенности, парциальность прохождения этапов становления системы, трудности

переход от одной к другому этапу, нарушение хранения и переработки грамматической информации [5].

В основу методики эксперимента были положены методические рекомендации таких ученых как Р.И. Лалаевой [4; 5], Н.В. Серебряковой [4; 5], Т.Б. Филичевой [6], Г.В. Чиркиной [6], Г.А. Волковой [1], О.Е.Грибовой [2], а так же работы А.Н. Гвоздева [3].

В обследовании принимало участие две группы детей в возрасте 5 лет, первая группа: 15 детей с логопедическим заключением ОНР II уровня, вторая группа: 15 детей с нормальным речевым развитием.

По результатам обследования были выявлены следующие специфические особенности морфологической системы языка у детей с ОНР II уровня.

При исследовании способностей словоизменения существительных в категории числа (единственное и множественное число в именительном падеже) было выявлено, что 67% детей с ОНР II уровня не справились с заданием (низкий уровень). Они допускали неправильное употребление ударений (например: стОлы, кОты), использовали в ответе словообразовательную модель с уменьшительно-ласкательными суффиксами (пример: яички, котики и кошечки, грибочки), повторяя слово-стимул без изменений. Помощь логопеда таким детям оказывалась неэффективной.

Изучение способности изменять имена существительные в косвенных падежах (родительном, дательном, предложном, творительном, винительном) позволило установить, что у 46% дошкольников низкий, а у 54% детей ниже среднего уровень развития данной способности. Преимущественно в ответах испытуемых отмечены следующие специфические особенности: замена моделей словоизменения на модели словообразования (употребление уменьшительно-ласкательных суффиксов), смешение окончаний разных падежных форм (например: «мишку» – вместо «мишке»; «хвостом» – вместо «хвоста»), замена формы единственного числа на форму множественного косвенного падежа (например: «куклы» вместо «нет кукол»); отказ от ответа по причине недостаточных знаний об окружающем.

В результате исследования установлено, что уровень понимания предложно-падежных конструкций (80% детей с ОНР справились с заданием) значительно выше, чем процесс воспроизведения данных конструкций. Типичными ошибками воспроизведения предложно-падежных конструкций являются следующие: замена предложно-падежных конструкций родительного, дательного, творительного падежей на форму именительного падежа (например: «Птица сидит где?» – «в клетка», «карандаш в книга»), пропуск предлога («карандаш лежит книге»), отказ от ответа.

Изучение возможностей дошкольников с ОНР согласовывать различные части речи между собой выявило, что данная способность развита значительно ниже, чем у детей с нормой речевого развития. Но умения согласовывать разные части сформировано неоднородно. Так наиболее сформированным, по сравнению с другими частями речи, является согласование имен существительных с имена прилагательными в роде в единственном числе (у 80% дошкольников средний уровень). Менее успешным является процесс согласования имен существительных и глаголов (у 67% детей с ОНР средний уровень). Наибольшие трудности вызвали задания на согласование имен существительных и числительных (у 32% дошкольников с ОНР средний уровень развития). Типичными и многочисленными недочетами согласования частей речи являются: замены женского и среднего род имен прилагательных на мужской род, множественного числа глаголов на единственное число, при согласовании с числительным имя существительное повторяли без изменений формы.

С учетом онтогенетического принципа, принципа возраста и уровня речевого развития дошкольников с ОНР в исследовании был предложен только один тест на изучение процесса словообразования: исследование словообразования имен существительных с помощью уменьшительно-ласкательных суффиксов. У 68% дошкольников с ОНР выявлен низкий уровень умений применять суффиксальный способ образования новых слов. Наиболее часто в ответах дошкольников фиксировались повторы слов-стимулов, вероятно, это связано с тем, что недостаточно сформированы мыслительные операции, в частности сравнение (48% испытуемых). Иногда повтор слов сопровождался изменениями интонации произношения слова (ласково, напевно), что свидетельствовало, что дети установили отличие предметов по размеру, но речевыми возможностями обозначения данного различия не овладели (20% дошкольников с ОНР).

Таким образом, развитие морфологической системы дошкольников с ОНР осуществляется не только по аномальным, но и по естественным (онтогенетическим) закономерностям формирования.

В соответствие с законами онтогенеза развития морфологической системы, у детей с ОНР более простые категории развиваются раньше сложных (категория числа воспроизводится в речи более точно, чем категория рода), отмечается явление сверхгенерализации, овладение семантикой различных морфем согласуется со становлением мыслительных операций.

Но выявляются и дизонтогенетические признаки, свидетельствующие об искаженном тип формирования морфологической системы. К таким проявлениям можно отнести замедленный темп овладения системой морфем, невозможность самостоятельного практического овладения очередным этапом формирования

морфологической системы, затрудненияв синтезе языковых единиц при образовании грамматических словоформ, парциальность, неоднородность проявления нарушений данной системы, недоразвитие, как семантического, так и на формально-языкового уровня морфологической системы.

Литература:

1. Волкова Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушением речи. Вопросы дифференциальной диагностики. – СПб: Детство, 2004.

2. Грибова О.С, Бессонова Т.П. Формирование грамматического строя речи у учащихся начальных классов школы для детей с ОНР. – М., 2003.

3. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. – М., 2004.

4. Лалаева Р.И, Серебрякова Н.В. Формирование лексики и грамматического строя у дошкольников с ОНР. – СПб.: Союз, 2001.

5. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя). – СПб.: Союз, 1999.

6. Васильева М.А., Вераксы Н.Е., Комарова Т.С. От рождения до школы: программа комплексного развития дошкольников. – М., Мозаика-Синтез, 2010.

7. Филичева Т.Б, Чиркина Г.В, Ястребова А.В. Основы логопедической работы с детьми. – М: Арти, 2005.

Саркисян А.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

В настоящее время на уровне мирового сообщества усиливаются тенденции гуманизации и гуманитаризации, в психолого-педагогической науке и практике происходят интеграционные процессы, требующие создания благоприятных условий обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями. Одной из таких категорий детей и подростков являются лица с умственной отсталостью.

Особо остро в последнее время встает вопрос социальной адаптации и интеграции их в общество. Для успешности данных процессов необходимо изучать особенности развития лиц с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, в том числе их эмоционально-волевой сферы.

Поскольку именно эмоционально-волевая сфера выполняет непосредственно функции приспособления и адаптации к окружающей среде, в том числе и социальной, актуальными становятся вопросы

изучения специфики ее развития и формирования у детей с умственной отсталостью.

Формирование эмоций – важнейшее условие становления личности человека. Развитие эмоций умственно отсталых детей в значительной мере определяется правильной организацией всей их жизни и наличием специального педагогического воздействия, осуществляемого педагогами. Благоприятные условия способствуют сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости, вырабатыванию правильного бытового поведения, закреплению необходимых для жизни в семье или в детском учреждении навыков и привычек, а также позволяют детям сделать первые шаги в направлении контроля за своими эмоциональными проявлениями [3].

Эмоциональные состояния школьников с умственной отсталостью характеризуются неадекватностью, ограниченностью школьников в возможностях выражения переживаний социально приемлемыми способами. Интеллектуальная регуляция состояний у умственно отсталых школьников резко снижена. Недостаточность ощущений и ограниченность интерпретации чувственного материала, нарушение регуляторных функций ЦНС у школьников этой категории приводят к неполноценному восприятию ими эмоциональных состояний других людей и не всегда адекватному, недифференцированному выражению собственных эмоций.

Эмоционально-волевая сфера школьников данной категории характеризуется незрелостью, неадекватностью эмоций, неустойчивостью настроений, о чём свидетельствуют научные работы Л.Б. Баряевой, С.Д. Забрамной, А.Р. Маллера, Г.В. Цикото, С.Я. Юдилевич и др. Школьников отличает низкий уровень развития познавательной и речевой деятельности, отсутствие самоанализа и способности к рефлексии собственных состояний. Уровень познавательных процессов школьников с умеренной и тяжёлой умственной отсталостью невысок. Развитие психических процессов школьников данной категории отличается дисгармоничностью и во многом определяется тяжестью поражения коры больших полушарий головного мозга, зависит от природы первичного дефекта. Психические процессы обеспечивают восприятие, понимание и интерпретацию, как собственных эмоциональных состояний, так и состояний другого человека [2].

Самооценка является важной составляющей самосознания, определяющей не только отношение к себе, но и создающей основу для построения отношений с другими. Самооценка умственно отсталого ребенка в обычных условиях воспитания подвержена контрастным изменениям. Когда ребенок мал, когда интеллектуальный дефект не заметен, как правило создается постоянная ситуация успеха. У ребенка возникает неадекватный (не соответствующий его возможностям)

завышенный уровень притязаний, привычка к получению только положительных подкреплений. Экспериментальное изучение самооценки у умственно отсталых детей в целом подчеркивает ее неадекватность в сторону завышения. Де-Грееф является одним из первых экспериментальных исследователей самооценки умственно отсталых детей. Он предложил своим испытуемым следующее задание: «Представь, что нарисованные три кружка, которые ты видишь, обозначают: первый – тебя самого, второй – твоего товарища, а третий твоего учителя. Проведи от этих кружков вниз линии такой длины, чтобы самая длинная досталась самому умному, вторая по длине – чуть менее умному и т.д.». Как правило, самую длинную линию умственно отсталые дети проводили от кружка, обозначавшего его самого. Этот симптом так и называется симптомом Де-Греефа. В целом соглашаясь с исследователем в том, что повышенная самооценка умственно отсталых детей связана с их общим интеллектуальным недоразвитием, общей незрелостью личности, Л.С. Выготский указывает, что возможен и иной механизм образования симптома повышенной самооценки. Она может возникнуть как псевдокомпенсаторное характерологическое образование в ответ на низкую оценку со стороны окружающих. Л.С. Выготский считает, что Де-Грееф глубоко неправ, когда пишет, что умственно отсталый ребенок самодоволен, у него не может быть чувства собственной малоценности и возникающего отсюда стремления к компенсации. Точка зрения Л.С. Выготского противоположна. Он считал, что именно на почве слабости, из чувства собственной малоценности (часто бессознательного) и возникает псевдокомпенсаторная переоценка своей личности [1].

Таким образом, исследования специалистов, посвященные проблеме развития эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей и эмоций и чувств этих детей в частности, показывают необходимость и большое значение развития эмоций и чувств для повышения познавательной активности и становления личности детей-олигофренов.

Анализ работ педагогов и психологов дает возможность утверждать, что проблема развития эмоций и чувств умственно отсталых детей является современной и актуальной для развития личности этих детей. Исследования показали, что недостатки эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей поддаются коррекции в условиях специального обучения и воспитания.

Литература:

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений [Текст]: в 6 т. / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1982 – 1984. Т. 5. Основы дефектологии. – 1983.

2. Маллер А.Р. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта [Текст] / А.Р. Маллер, Г.В. Цикото. – М.: Педагогика, 1988.

3. Цикото Г.В. Об интеллектуальном развитии детей-имбецилов [Текст] / Г.В. Цикото // Дефектология. – 1979. – № 1.

Шаталина И.А., г. Санкт-Петербург,
АОУ ВПО ЛГУ им. А.С. Пушкина
Научный руководитель: доцент Титова Т.А.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ ГРУПП ВЫРАВНИВАНИЯ

На сегодняшний день в отечественной и зарубежной специальной литературе существует большое количество работ, посвящённых изучению соотношения речевых и неречевых симптомов в структуре общего недоразвития речи у дошкольников. В последние годы увеличение числа детей с общим недоразвитием речи стало носить характер проблемы. Проблема (от греч. problema – задача) – в широком смысле сложный теоретический или практический вопрос, требующий изучения, разрешения; в науке – противоречивая ситуация, выступающая в виде противоположных позиций в объяснении каких-либо явлений, объектов, процессов и требующая адекватной теории для ее разрешения [ru.wikipedia.org]. В различных странах вопросы, касающиеся поиска оптимальных и наиболее эффективных путей коррекции, решаются по-разному. В России эта проблема решается путём создания сети учреждений с различными образовательными маршрутами и учебными программами (детские сады и школы разных видов), организацией разнообразных коррекционных центров. В Эстонии существует особая система оказания реабилитационных услуг детям, имеющим особые образовательные потребности – направление в группы выравнивания. К категории детей с особыми образовательными потребностями относятся дети с различной степенью выраженности интеллектуальной недостаточности, тяжелой речевой патологией (алалия, дизартрия), дети с ДЦП и нарушениями опорно-двигательного аппарата (после операций на ОДА, укорочение конечностей и т.д.), дети с сенсорными нарушениями (после кохлеарной имплантации), а также соматически ослабленные дети (после операций, например, на сердце).

Таким образом, контингент этих специализированных групп оказывается чрезвычайно разнородным, как по возрасту, так и по имеющимся нарушениям, что затрудняет организацию коррекционной работы. Специалисты, работающие в таких группах, как правило, при тщательном обследовании выявляют у детей сочетанные нарушения, которые затрагивают не только речеязыковую систему, но и основные

психические процессы. Это, в свою очередь, приводит к значительным индивидуальным различиям, которые во многом обусловлены различным патогенезом нарушений (алалия, дизартрия, задержка речевого развития и др.). Однако, как правило, у детей с речевым недоразвитием различного патогенеза наблюдаются физические и (или) психические недостатки (дефекты), которые приводят к отклонениям в общем развитии. При различных видах дизонтогенеза определённые психологические параметры (взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом, межфункциональные взаимодействия) проявляются по-разному. В связи с этим в процессе коррекционной работы возникает необходимость учёта всех особенностей отклоняющегося развития детей, входящих в группы выравнивания и, следовательно, это предполагает изучение не только отклоняющегося речевого развития, но и в равной степени отклоняющегося общего развития. Необходим также выбор наиболее эффективных методик для создания развивающей и обучающей среды. В свою очередь раннее психолого-педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта.

Учитывая современные представления о соотношении языковых и психических процессов, была разработана методика констатирующего эксперимента, его проведение и анализ экспериментальных данных.

Целью нашего исследования являлось определение состояния психических процессов у детей 4-6 лет с нарушениями речи разного уровня и генеза, посещающих группы выравнивания в г. Таллинне. Речевые нарушения по заключению логопеда – ОНР II-III уровня. Дети с различным уровнем сформированности фонетико-фонематической стороны речи; дизартрия (6 человек); алалия (8 человек). 8 человек по заключению психиатра имеют задержку психического развития.

Детям было предложено 8 заданий. Из них 2 – на исследование слухо-речевой памяти, 1 – на исследование внимания, 5 – на исследование невербального и вербально-логического мышления. Максимальное количество баллов за выполненное задание – 5.

Проведенное экспериментальное исследование позволило выявить ряд особенностей в состоянии психических процессов (памяти, мышления, внимания) у детей разного возраста (4-5 лет и 5-6 лет), посещающих группы выравнивания.

У детей 5-6 лет речевые нарушения выражались в недоразвитии лексики, особенно глагольного и атрибутивного словаря, в нарушении понимания (формировании семантических полей). Нарушено формирование грамматического строя речи (задержка в формировании морфологической системы языка страдает, в том числе, и понимание предложно-падежных конструкций). У детей ЭГ наблюдались особенности

фонетико- фонематической стороны речи, что выражалось в нарушении звукопроизношения, несформированности звуко-слоговой структуры слова. В результате исследования был выявлен средний и низкий уровень развития всех исследуемых психических процессов. Особые затруднения у них вызвало выполнение заданий на вербально-логическое мышление – обобщающие операции, а именно: объединение по конкретно-ситуативному, функциональному, понятийному, латентному признакам. Не менее сложным для этой группы детей оказалось выделение существенных признаков предметов или явлений и на этой основе создание необходимых суждений на образном уровне. Кроме того, можно отметить также недостаточную сформированность понятийного мышления, слухо-речевой памяти. Полученные данные по экспериментальной группе 5- 6 лет – 199 баллов из возможных 280 баллов. Эти данные свидетельствуют об удовлетворительном состоянии психических процессов. У детей контрольной группы результаты выполнения тестовых заданий также не всегда соответствовали возрастным показателям. Так же как и для детей экспериментальной группы, для них наиболее сложными оказались выполнение заданий, связанных с задействованием понятийного мышления и внимания. Полученные данные по контрольной группе испытуемых 5 - 6 лет – 250 баллов из 280 возможных. Дети имеют уровень выше среднего, что свидетельствует о хорошей сформированности психических процессов в целом. Однако хотелось обратить внимание на разницу в состоянии различных психических процессов между группами исследуемых этого возраста не только в количественном отношении (в баллах).

Значительная разница наблюдается в состоянии слухо-речевой памяти (запоминание 10 слов) – 12 баллов и вербально-логического мышления (исключение предмета) - 11 баллов, что может свидетельствовать о том, что эти процессы играют важную роль для формирования речи, нарушения которой и демонстрируют дети экспериментальной группы. Дети экспериментальной группы 4-5 лет имеют сочетание нарушений. Они выражены в нарушении формирования синтаксического строя речи, лексико-грамматической стороны речи.

Нарушены функции словоизменения и словообразования. В структуре речевого дефекта имеются стойкие нарушения звукопроизношения и, как следствие, отклонения в развитии фонематической стороны речи. Детям было предложено 8 заданий: 2 на исследование слухо-речевой памяти, 1 – на исследование внимания, 4 – на исследование невербального и вербально-логического мышления и 1 – на исследование пространственных представлений. Максимальное количество баллов за выполненное задание – 5.

Особые затруднения вызывают задания, направленные на исследование состояния слухоречевой памяти (запоминание 2 групп слов) и внимания. Недостаточно сформировано вербально-логическое мышление (исключение предмета). Полученные данные по экспериментальной группе 4- 5 лет – 177 баллов из возможных 280. Дети этой группы обладают средним и низким уровнем развития всех исследуемых психических процессов. Однако это свидетельствует о разном уровне речевого развития детей внутри ЭГ, что, в общем, при анализе экспериментальных данных показывает относительно удовлетворительное состояние психических процессов детей всей ЭГ.

Дети контрольной группе показали более высокие результаты. Но и у них возникли некоторые затруднения при выполнении заданий, направленных на исследование внимания и образование простых невербальных аналогий, что может говорить о том, что и внимание и процесс установление логических связей и отношений между понятиями находятся в этом возрасте в стадии становления. Результаты выполнения тестовых заданий детьми этой группы соответствуют уровню выше среднего по возрастным показателям. Полученные данные в контрольной группе детей 4-5 лет – 259 баллов из возможных 280, что свидетельствуют о достаточно хорошем уровне сформированности психических процессов в целом.

Разница в показателях состояния различных психических процессов между исследуемыми группами (ЭГ, КГ) этого возраста сохраняется, и в количественном отношении (в баллах) – практически такая же, как и в группах детей 5-6 лет.

Значительная разница наблюдается в состоянии слухоречевой памяти (запоминание 2 групп слов) – 15 баллов, вербально-логического мышления (исключение предмета) – 15 баллов, внимание – 13 баллов, что может свидетельствовать о том, что эти базисные процессы на протяжении всего периода становления речи играют первостепенную роль в интеллектуальном и речевом развитии детей.

Проведенный констатирующий эксперимент позволил установить значительные различия в состоянии психических процессов у дошкольников с нормальным речевым развитием и детьми с отклоняющимся речевым развитием в группах выравнивания г. Таллинна, что, вероятно, имеет место у большинства детей с недоразвитием речи различного патогенеза.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I. АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Елина М.М. КОРРЕКЦИЯ СТАТОКИНЕТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ НА ЗАНЯТИЯХ ТРАДИЦИОННЫМ УШУ **3**

Кудина К.Г. АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ **6**

Петриченко Н.А. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ **10**

Попова М.Р. КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С ДЦП НА ЗАНЯТИЯХ АФК **14**

Реброва М.А. СПЕЦИФИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП **16**

Саркисян А.С. РОЛЬ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ОБУЧЕНИИ И ВОСПИТАНИИ ШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ **20**

Сергеев В.М. ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ В УСЛОВИЯХ МАССОВОЙ ШКОЛЫ **22**

Шыхыева П.И. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ **27**

Щекотихина Е.Ю. ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ **30**

РАЗДЕЛ 2. ИНТЕГРИРОВАННОЕ И ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Бабаева С.А. СОЗДАНИЕ В ДОУ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ **34**

Булатова И.А. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ В ПРОЦЕССЕ ИНТЕРНАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ **36**

Зубарева Т.М., Соловьева Е.И. КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СУБЪЕКТОВ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА: ИЗ ОПЫТА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ **41**

Колокольникова М.В. РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕГИОНЕ КАК СТУПЕНЬКА В ИНКЛЮЗИВНУЮ ШКОЛУ **45**
Корсунова И.Ю. ТРУДНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ **48**
Морозова Ю.Н. ТЬЮТОРСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ **52**
Мосявра Е.А. ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ УУД У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗПР В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ **56**
Родионова Е.С. ПРОБЛЕМА ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ **59**
Сальникова О.Д. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ПОДХОДА В ОБРАЗОВАНИИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ **61**
Стахеева Е.А. ПОДГОТОВКА ПЕДАГОГОВ К РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ **64**
Фатеева Д.А. ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБРАЗОВАНИЯ **67**
Фрейдис Ю.М. ИНТЕГРАЦИЯ И ИНКЛЮЗИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ **71**

РАЗДЕЛ 3. ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА, МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ОТРЕБНОСТЯМИ

Болдинова О.Г. ТИФЛОПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ **74**
Бровкина М.В. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И СЕМЬИ **78**
Даудгаджиева З.М. ФОРМИРОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТАРНЫХ ТРУДОВЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА В УСЛОВИЯХ ИНТЕРНАТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ **81**
Донцова А.В. КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ СРЕДА В СИСТЕМЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ **85**
Дрововозова Я.А. СОДЕРЖАНИЕ ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТАС НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА **89**
Егорова Т.С. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ЗРИТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ **93**

Колесникова Е.С. ФОРМИРОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ В ДОУ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ **96**
Коршунова М.Н. СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ **98**
Криволапова А.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ И МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У МЛАДШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ **102**
Курушина О.В. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ДИЗОРФОГРАФИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА **104**
Лохманова Е.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ ПО ОБУЧЕНИЮ ГРАМОТЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ **109**
Малыхин А.Ю. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРУДНОСТЯМИ КОММУНИКАЦИИ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ **111**
Морозова В.В. ОРГАНИЗАЦИЯ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ЛОГОПЕДА И ВОСПИТАТЕЛЯ ДЕТСКОГО САДА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ **116**
Мустафаева А.Г. ЗНАЧЕНИЕ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ **120**
Мустафаева А.Г. РОЛЬ ДАКТИЛЬНОЙ РЕЧИ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА **124**
Овчинникова В.С. ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА **126**
Пономарева Е.В. НУЖНО ЛИ ОБУЧАТЬ ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРОЦЕССУ ЧТЕНИЯ? **130**
Российский Д.В. РАЗВИТИЕ ТОНКОЙ МОТОРИКИ ПАЛЬЦЕВ РУК У ОБУЧАЮЩИХСЯ С ЛЕГКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ЗАНЯТИЯХ ПО АВИАМОДЕЛИРОВАНИЮ **133**
Руденко И.В. КОРРЕКЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИДАКТИЧЕСКОЙ ИГРЫ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО РАЗВИТИЮ ЛЕКСИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ **137**
Силаков В.А. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА **141**
Согомоньян Н.В. АВТОРИТЕТ РОДИТЕЛЕЙ КАК СРЕДСТВО ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА-ДОШКОЛЬНИКА **145**
Степкина В.С. ПРАКТИКА АНАЛИЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДИСКУРСА УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА **149**

Ткаченко А.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БУСОГРАФИИ В КОРРЕЦИИ НАРУШЕНИЙ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ **155**
Шаталова А.А. НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА **159**

РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Бакумова С.П. К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ СТРУКТУРЫ ДЕФЕКТА ПРИ ОБЩЕМ НЕДОРАЗВИТИИ РЕЧИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ (НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД) **163**
Белоусова Ю.А. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ **167**
Данильченко К.И. ПРОЕКТ «СОЦИАЛЬНАЯ КВАРТИРА» КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА **171**
Есина О. Н. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТРУДНОСТЕЙ ОБУЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА **176**
Казарова Т.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ **180**
Клеменчук С.П., Чичухин Р.О. ТАНЕЦ КАК СРЕДСВО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ **183**
Крутько А.А. СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ЛИЧНОСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА **186**
Малиновская В. Н. ЗНАЧИМОСТЬ ДАКТИЛЬНОГО АЛФАВИТА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ГЛУХИХ ДЕТЕЙ **190**
Малюта Е.Н. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ **193**
Марченко А.В. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ РЕБЁНКА, СТРАДАЮЩЕГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ **196**
Мельникова Д.М. ОПЫТ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ «ЭПИЛЕПСИЯ» **201**
Парамзина Е.Д. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ VIII ВИДА В ПЕРИОД САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ **205**
Приткова Н.В. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ **209**

Шутенко Е. А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНР ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ **214**
Фатеева Д.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЭГОСКОПИИ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ **219**

РАЗДЕЛ 5. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Алексеева М.Н., Колпакова Н.А. СИНДРОМ ДИФИЦИТА ВНИМАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА **223**
Бондаренко А.С. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ **228**
Дементьева Е.А. ПРОФИЛАКТИКА ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ **232**
Неделькина Е.И. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ КАК ОСНОВА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ **235**
Свириденко Е.М., Бакунова И.В. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ФИЛЬМОВ **238**
Селина О.А. ХОРЕОГРАФИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА **240**
Слюсарев Е.И. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ **244**
Фатеева Д.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЭГОСКОПИИ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ
Шаталова З.М. ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА **248**

РАЗДЕЛ 6. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Белецкая Д.В. ОСОБЕННОСТИ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ **252**
Боченкова М.Ю. ВЛИЯНИЕ ЛЕВОРУКОСТИ НА ОВЛАДЕНИЕ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧЬЮ **254**
Быкова А.А. ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ-СИРОТ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА **259**

Горбатых О. С. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВЕРБАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОНР III УРОВНЯ **263**
Заплаткина А.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ **267**
Иванова А.П. СОСТОЯНИЕ ЗВУКОСЛОГОВОЙ СТРУКТУРЫ СЛОВА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ **273**
Колоколова Е.Б. ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА **277**
Литвинова В.А. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ САМОСОЗНАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА **281**
Озбетелашвили К.Г. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ-СИРОТ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ **286**
Петрова А.В. ОСОБЕННОСТИ ФОНЕМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА И СИНТЕЗА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ **289**
Погорелова О.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АГРАММАТИЗМЫ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЯ ДЕФЕКТОВ РЕЧИ ПРИ ОНР II УРОВНЯ **292**
Саркисян А.С. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ **295**
Шаталина И.А. СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ ГРУПП ВЫРАВНИВАНИЯ **298**

МИР БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ
IV Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной Всемирному дню инвалидов

6 декабря 2013 года

Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman
Усл. печ. л. – 17,9. Усл. изд. л. – 15,56.
Тираж 100 экз. Заказ № 964 от 27.12.2013 г.

Отпечатано в типографии ООО «Бюро новостей»
г. Ставрополь, ул. Лермонтова, 191 б