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

5 декабря 2014 года

Ставрополь, 2015

УДК 371.9
ББК 74.3
М-63

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
Ставропольского государственного
педагогического института

Мир без границ: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной Всемирному дню инвалидов (5 декабря 2014 года, Ставрополь, СГПИ) / Под ред. Бобрышова С.В., Слюсаревой Е.С., Ершовой В.В., Кабушко А.Ю. – Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2015. – 349 с.

В сборник включены материалы V Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Мир без границ», посвященной Всемирному дню инвалидов. Представлены результаты научных и практических достижений в области оказания психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья; технологии здоровьесбережения и адаптивного физического воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья; психолого-педагогические особенности людей с ограниченными возможностями здоровья; проблемы инклюзивного образования детей с ОВЗ, превенция и интервенция девиантного поведения в образовательных учреждениях.

УДК 371.9
ББК 74.3
М-63

© Ставропольский государственный педагогический институт, 2015

РАЗДЕЛ I. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В ОБЛАСТИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Алиева С.Р., г. Ставрополь, ГБО ВПО СГПИ
Научный руководитель: Тембай Т.В., к.биол.н.

ВЛИЯНИЕ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЗМ ПОДРОСТКОВ

Организм человека более чем на половину состоит из воды. Для того чтобы поддержать баланс влаги в организме, человек каждый день должен пить. Влияние газированного напитка может иметь позитивный либо негативный характер. Вред газированных напитков, употребляемых подростком в небольших количествах, ничтожен. Тем не менее, частое употребление газированной сладкой воды может крайне негативно сказаться на работе организма [1].

В полости рта жидкость находится всего несколько секунд, поскольку при глотании перемещается в пищевод и желудок. Но даже при этом газированные напитки участвуют в развитии кариеса зубов. Кислотность питательных веществ – один из главных факторов, влияющих на разрушение зубов. Однако углекислый газ лишь ненамного повышает кислотность напитков. Следовательно, газированные напитки приводят к разрушению эмали и появлению кариеса [3].

Активное употребление в пищу газированных напитков вызывают повреждение выстилки эпителия желудочно–кишечного тракта [1]. Проведенное ранее исследование на здоровых добровольцах и пациентах с язвой двенадцатиперстной кишки показало: потребление газированного напитка приводило к учащению случаев падения и последующему повышению колебаний уровня кислотности в двенадцатиперстной кишке.

Один из наиболее важных аспектов воздействия газированных напитков на пищеварительный тракт – их влияние на насыщение, то есть на подавление чувства голода. В случае если газированный напиток, в том числе минералка, принимают во время или после еды, он занимает место в верхних отделах желудка, что может привести к чувству насыщения [1].

При проведении исследования с участием здоровых добровольцев, которые употребляли в пищу 300 мл сладкого напитка с газом со стандартной порцией пищи энергетической ценностью 480 ккал, обнаружены различия в скорости опорожнения желудка или наступлении чувства насыщения.

Для эксперимента были использованы напитки компании «Coca-cola»:

- Coca-cola
- Sprite
- Fanta

В ходе эксперимента в газированной воде компании «Coca-cola» , были выявлены следующие вещества:

Карамель получают путем контролируемого нагревания пищевых углеводов. Этот краситель является одним из наиболее используемых натуральных красителей. Наиболее часто краситель используется в напитках, мороженом, хлебобулочных изделиях и соусах. Карамель обладает отличной устойчивостью к воздействию света, температуры и кислоты.

Антиоксиданты – добавки с индексом (Е-300 – Е-399) защищают продукты питания от прогорькания, окисления и изменения цвета. Представляют собой как природные соединения (аскорбиновая кислота, витамин Е), так и химически синтезированные, не встречающиеся в природе соединения. Ортофосфорная кислота (Phosphoric Acid E-338) используется как подкислитель в различных напитках на ароматизаторах. Например, в pepsi. Вызывает расстройство желудка.

Ароматизаторы содержащиеся в газированных напитках, расщепляются в печени, а, значит, дают дополнительную нагрузку и отравляют печень.

Кофеин обладает возбуждающим свойством и вызывает физическое привыкание к нему.

Аспартам Е951. Это химическое вещество используется как заменитель сахара в диетических напитках. Употребление напитков с аспартамом не утоляет жажду. Существует огромное число проблем, которые связаны с чрезмерным употреблением этого вещества, включая эмоциональные расстройства, опухоль мозга, врожденные пороки, диабет, эпилепсия, конвульсии.

Бензоат натрия – консервант, который часто используют производители газировки. Это вещество вызывает повреждение ДНК, что приводит к таким заболеваниям, как цирроз печени и болезнь Паркинсона [2].

Одним из вредных ингредиентов в составе газированных напитков является кислота, часто применяют лимонную и яблочную кислоты. От нее страдают, прежде всего, кости и зубная эмаль [3].

Целью нашего исследования было выявление влияния газированных напитков на организм подростков.

Задачи исследования:

1. Изучить научно–популярную литературу и ресурсы Интернет.

2. Провести анкетирование, обработать материал.

3. Изучить состав, свойства газированной воды, влияние её отдельных компонентов на организм.

Нами было проведено обследование студентов первых курсов ГБОУ ВПО СГПИ. Для выявления чаще употребляемых напитков было проведено анкетирование, из которого было установлено, что 81% процент исследуемых попробовали газированные напитки компании «Coca-cola» в возрасте 9-10лет. Из всех испытуемых 57% употребляют газированные

напитки больше чем раз в месяц. А 30% студентов первого курса употребляют газированные напитки чаще, чем раз в неделю.

Исследование мотивации употребления газированных напитков показало, что 65% студентов пьют газированную воду чтобы развлечься, 11% – так как она вкусная, 20% считают, что она утоляет жажду; 2% просто так; 2% считают это престижным.

В ходе анкетирования 76% испытуемых утверждают, что могут выпить за раз напиток Coca-cola в объеме 0,3 л.

В нашем исследовании выявлено, что газированная вода компании «Coca–cola» чаще всего употребляется в охлажденном виде, что приводит впоследствии к расстройству желудка и желудочным коликам.

При обследовании студентов часто употребляемых газированные напитки очевидных отклонений от нормы не обнаружено, для более детального изучения организма злоупотребляющих газированными напитками необходимо провести обширное обследование.

Таким образом, употребление газированных напитков пагубно влияет на работу желудочно–кишечного тракта. При этом газировка вызывает активное образование кариеса. Она вредна не только для органов желудочно–кишечного тракта, но и для нервной системы. Газированные напитки чаще всего вызывают привыкание и люди злоупотребляют ими. Так же газированная вода вызывает ложное чувство насыщения. В ходе нашего исследования были выявлены факторы для снижения вреда газированных напитков, такие как выбор бесцветного напитка, для снижения риска разрушения зубной эмали, необходимо пить газированные напитки через трубочку, для утоления жажды газированные напитки лучше стоит заменить минеральной водой либо зеленым чаем.

Литература:

1. Кокина Ю.В. О рынке тонизирующих напитков в России и вопросах контроля над ограничением их продажи и потребления // Сибирский торгово-экономический журнал. – 2009. – № 8. – С. 148.

2. Куомо Р. Влияние газированных напитков на состояние желудочно–кишечного тракта и чувство насыщения // [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.cocktail–book.ru.

3. Македонова Ю.А., Фирсова И.В., Камалетдинова Р.С. Влияние газированных и алкогольных напитков на зубы // Здоровье и образование в XXI веке. – 2014. – Вып. № 3. – Т. 16. – С. 12-14.

Богданова Я.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Соломатина Г.Н., к.пед.н.

К ВОПРОСУ О ПРОИСХОЖДЕНИИ ЛЕВШЕСТВА У ДЕТЕЙ

На протяжении многих лет феномен леворукости привлекает внимание различных специалистов, что связано с разнообразием проявлений леворукости и её влиянием на различные стороны развития ребенка.

Этиологический фактор леворукости на данный момент не имеет достаточной доказательной базы и является спорным для ряда ученых.

Существуют различные причины возникновения левшества, от которых может зависеть развитие тех или иных личностных качеств ребенка. Чтобы разобраться во всем многообразии этих проявлений, следует, прежде всего, разграничить понятия «леворукость» и «левшество». Леворукость обозначает только ведущую руку, в то время как левшество является комплексной характеристикой, которая отражает наибольшую активность правого полушария головного мозга (в отличие от правшей, у которых доминантным является левое полушарие).

Этиологией возникновения левшества у детей занимались следующие ученые – исследователи: О.Б. Иншакова, А.А. Столяр, Е.В. Сербина, О.М. Дьяченко. Их работы позволяют выделить несколько факторов, которые оказывают влияние на происхождение леворукости и значительного увеличения количества левшей в последние годы [4].

Наиболее частой, по мнению исследователей, причиной левшества является генетический или наследственный фактор. Данный этиологический фактор приводит к так называемому генетическому левшеству. До настоящего времени не известны точности механизмов передачи этого признака, но доказано, что леворукость в 10-12 раз чаще встречается в семьях, в которых левшой является хотя бы один из родителей. Обычно у генетических левшей не наблюдается ярко выраженных проблем с обучением, адаптацией [2].

Поражение коры головного мозга является следствием возникновения «компенсаторного» левшества. Наиболее частой причиной данного вида левшества является поражение левого полушария головного мозга, когда в праворукоориентированной семье рождается леворукий ребенок. В результате беременности и родов, протекающих с осложнениями, в случае какой–либо травмы, болезни на раннем этапе развития ребенка, у него могут возникнуть микропоражения левого полушария головного мозга, тогда за счет компенсаторных механизмов правое полушарие берет на себя дополнительные функции левого, вследствие чего возникает патологическое или компенсаторное левшество. Таким образом, левая рука становится ведущей, а именно, более активной при выполнении различного рода действий, а впоследствии, чаще всего и при письме. Л.П. Громова отмечает, что у таких детей часто наблюдаются отклонения в развитии речи, сложности при овладении письменной речью и т.п. Ранняя диагностика и выявление речевых нарушения позволяет выстроить наиболее эффективную коррекциноою работу с данной категорией детей [1].

У ребенка с нарушениями деятельности одного из полушарий головного мозга будут наблюдаться и отклонения в речевом развитии, неловкость общей и мелкой моторики и т.п. Следует отметить, что леворукость в этом случае не будет являться причиной этих отклонений. Эти

нарушения, как и леворукость, являются следствием влияния одних и тех же вредоносных факторов.

Причиной «вынужденного» вида левшества является травматизация правой руки. В связи с долговременной невозможностью использования травмированной правой конечности для таких людей целесообразным становится применение здоровой руки в бытовой деятельности, а в дальнейшем и при письме.

Результатом подражания родным или друзьям может так же стать возникновение леворукости. Неблагоприятная социальная обстановка может оказывать на праворукого ребенка негативное влияние и спровоцировать возникновение левшества по принципу подражания окружению.

Не стоит исключать психологический фактор, определяющий возникновение псевдолевшества. К определенному возрасту (окончательно примерно к 5 годам) у ребенка одно из полушарий формируется как доминантное по отношению к определенной руке (например, у правшей – левое полушарие). Так происходит при нормальном развитии. Но нередко встречается и нетипичное психическое развитие, при котором в соответствующих структурах головного мозга не происходит развития, достаточного для организации специализации полушарий и их взаимодействия между собой. В таких случаях у детей становится невозможным формирование доминирующего полушария по отношению к руке. В этом случае будет наблюдаться псевдолевшество или, что бывает чаще, примерно равносильное использование в своей деятельности обеих рук [1].

На сегодняшний день учеными–исследователями раскрыты не все причины возникновения леворукости. Так называемое «скрытое левшество» до сих пор не имеет причинного обоснования. Момент смены доминирующего полушария при данном виде леворукости является тем критическим периодом, когда основные функции центральной нервной системы распределены равномерно между правым и левым полушариями головного мозга, после чего уже начинает доминировать именно правое полушарие. Таких детей условно можно назвать «психическими» левшами или «скрытыми» левшами, так как их признаки левшества не связаны с превосходством и доминированием левой руки [3].

Формируясь еще во внутриутробном периоде развития, леворукость закрепляется в ходе возрастных изменений у ребенка. Толчками для превращения одного из полушарий в левое у детей является начало овладения речью и первоначальное осознание ребенком себя как отдельной от общества личности. Поэтому после кризиса 3–х лет интенсивно образовываются различия между «праворукими» и «леворукими» детьми. Как «праворукость», так и «леворукость» объясняются тем, что существует перекрест нервных путей, протянувшихся от конечностей к полушариям головного мозга [2].

Насильное переучивание леворуких детей, а тем самым принудительное изменение сложившейся системы головного мозга ведет, как правило, к нежелательным последствиям. Переученный левша может стать раздражительным, капризным, плаксивым, вспыльчивым, беспокойным по ночам с плохим аппетитом особенно по утрам. Кроме нарушений эмоциональной сферы, насильственное переучивание нередко сопровождается и другими возникающими впоследствии осложнениями: заиканием, ночным недержанием мочи, дерматитом или другими кожными заболеваниями. Появляются жалобы на головные боли, на усталость в правой руке, снижение работоспособности и повышенную общую утомляемость организма [3].

Таким образом, можно выделить следующие этиологические факторы возникновения левшества у детей: генетическая предрасположенность, поражение головного мозга в различные периоды его созревания, травмы правой руки, подражание социальному окружению и психологический фактор [5].

Литература:

1. Ефимова И.В. Амбидекстры: Нейропсихология индивидуальных различий. – СПб., 2007.

2. Ефремова Н. Записки левой рукой. // Народное образование. – 2002. – №9. – С. 225-230

3. Жаворонкова Л.А. Правши-левши. Межполушарная асимметрия биопотенциалов мозга человека. – М., 2009.

4. Иншакова О.Б. Леворукий ребёнок. Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – М., 2004.

5. Семенович А.В Эти невероятные левши. – М., 2009.

Денисова М.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Ситникова О.В., к.пед.н.

АРТТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС ДО

С января 2014 года вступил в силу Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (ФГОС ДО). Федеральный государственный образовательный стандарт – новый тип документа, учитывающий передовые традиционные подходы и инновационные идеи организации образовательного процесса с детьми дошкольного возраста.

В соответствии с общими положениями Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования необходимо учитывать индивидуальные потребности ребенка, связанные с его жизненной ситуацией и состоянием здоровья, определяющие особые условия получения им образования (далее − особые образовательные потребности), индивидуальные потребности отдельных категорий детей, в том числе с ограниченными возможностями здоровья (п.1.3.) в контексте

реализации образовательной Программы в формах, специфических для детей данной возрастной группы, прежде всего в форме игры, познавательной и исследовательской деятельности, в форме творческой активности, обеспечивающей художественно–эстетическое развитие ребенка (п.1.2.).

Обязательная часть Программы предполагает комплексность подхода, обеспечивая развитие детей во всех пяти взаимодополняющих образовательных областях (п. 2.5). В части, формируемой участниками образовательных отношений, должны быть представлены выбранные или разработанные самостоятельно участниками образовательных отношений Программы методики и формы организации образовательной работы.

В этой связи, есть основания согласиться со взглядами О.В. Ситниковой, которая предлагает универсальный метод построения образовательного процесса в дошкольной образовательной практике – художественный метод. По мнению исследователя, художественный метод в содержании и технологиях воспитательно–образовательного процесса является инструментом реконструкции психолого–педагогических проблемных ситуаций, особой универсальной творческой технологией создания эстетически выразительных форм в окружающей действительности [2]. Уточним, что принципиально важной стороной в педагогической технологии является позиция ребенка в образовательном процессе, отношение к ребенку со стороны взрослых.

В рамках личностно–ориентированных технологий самостоятельным направлением выделяется художественный метод как гуманно–личностная технология, технология сотрудничества и технология свободного воспитания.

Реализация художественного метода подчиняется следующему алгоритму:

– включение субъекта в культурное (поликультурное) образовательное пространство посредством художественной деятельности;

– сотворчество всех субъектов образовательного процесса;

– органичное воздействие на психологические механизмы эмпатии: заражение, подражание, идентефекация, персонификация и т.д.

В структуру художественного метода входит ряд педагогических приёмов, один из которых – насыщение образовательного процесса источниками художественных образов и впечатлений (произведения искусства, ситуации художественного самовыражения, продукты художественного творчества).

В этой связи, говоря о специфике педагогической работы с детьми с ОВЗ, необходимо отметить, что от педагогов требуется овладения такими коррекционно–развивающими технологиями, которые бы обеспечивали возможность воплотить идею «развивающейся личности» в «развивающемся мире» на практике. Среди подобных психолого-педагогических технологий особое место отводится арттехнологиям, где важную роль играют различные

виды искусства (музыкотерапия, кинезетерапия, имаготерапия, хромотерапия, мульттерапия и т.д.).

В контексте заявленной проблематики остановимся кратко на основных арттехнологиях и их коррекционно-развивающем потенциале.

Напомним, что понятие арттерапия (по отношению к специальному образованию) обозначает синтез нескольких областей научного знания (искусства, медицины, психологии и педагогики). В лечебной и психокоррекционной практике − это совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства в своеобразной символической форме и позволяющих с помощью стимулирования художественно-творческих (креативных) проявлений ребенка с проблемами осуществлять коррекцию нарушений психосоматических, психоэмоциональных процессов и отклонений в личностном развитии.

В частности, упоминание о целительном и коррекционно-развивающем воздействии музыки уходит корнями в древние времена. Но останавливаться подробно на феномене музыкотерапии мы не будем, в силу наличия богатого и разнообразного соответствующего материала. Отметим лишь некоторые факты.

Так, в античных источниках находится множество свидетельств благотворного воздействия музыки на психо-физиологическое состояние человека. Виднейший врач древности Авиценна тысячи лет назад лечил музыкой психические заболевания. А врач Асклепид звуками музыки усмирял раздоры и звуками трубы восстанавливал слух. Кроме того, в современной медицинской практике, наряду с частыми случаями привлечения музыки для восстановительной терапии, имеет место метод профилактики заболеваний дыхательных органов посредством игры на трубе. Целительное воздействие звучания определенных музыкальных инструментов отмечал Демокрит и рекомендовал слушать флейту для исцеления при смертельных инфекциях. В целом, занятия на духовых инструментах оздоравливают и укрепляют систему дыхания. При астме, хроническом бронхите и других проблемах с дыханием нет ничего лучше и полезнее занятий на духовых инструментах. Аналогичный положительный эффект дают уроки вокала или пения в хоре. Отмечено, что пение и игра на духовых инструментах лечит нервные расстройства, избавляет от бессонницы. Даже суетливые и нетерпеливые дети при регулярных занятиях становятся спокойнее, уравновешеннее. Следует отметить, что есть и определенные противопоказания для занятий на духовых инструментах, которые необходимо выявлять и учитывать.

Отечественные специалисты в области художественной педагогики Н.И. Сакулина, Н.А. Ветлугина, В. А. Езикеева, Т.С.Комарова и др. утверждают, что процесс восприятия искусства детьми представляет сложную психическую деятельность, сочетающую познавательные и эмоциональные моменты. Художественная деятельность детей обеспечивает их художественное развитие, способность различать цвет, звуки, форму,

подводит к более глубокому восприятию богатств линий, красок, их сочетаний в окружающем мире, обеспечивает формирование сенсорных эталонов, понимания языка различных видов искусств. Методолог А.М. Новиков убедительно раскрывает аксиологическую суть художественной деятельности через факты включения в неё остальных основных видов человеческой деятельности: познавательной, ценностно–ориентировочной, преобразовательной и коммуникативной. Именно в искусстве происходит органическое слияние, полное совпадение пяти перечисленных основных видов деятельности.

В исследованиях Е.А. Медведевой раскрываются положительное влияние занятий театрализованной деятельностью на детей с задержкой психического развития, качественные изменения в развитии воображения, знаково–символической функции мышления, внимания, возможности коррекции отклонений в развитии личностной сферы. Имаготерапия − один из видов арттерапии, в основе которого лежит театрализация психокоррекционного процесса. Особое значение в данном виде художественной деятельности играет музыка, оживляющая театральное действие, наполняющая его мелодикой, усиливающая эмоциональное воздействие и на исполнителя, и на зрителя [1].

В средствах массовой информации периодически освещается сентябрьский фестиваль особых театров «Протеатр», который проходит в Москве каждые три года. Среди актеров и режиссеров − люди с ограниченными возможностями. 12 взрослых, школьных, сельских коллективов из 10 городов России и испанские артисты театра «Danzamobile» раздвигают социальные границы и обращаются к чувству сопричастности в душе зрителя.

«Особое искусство» − искусство людей с ограниченными возможностями здоровья − не «инвалидное» искусство. Оно возвращает к истокам творчества. По мнению Андрея Райкина, шеф-редактор канала «Культура», искусство не может быть особым из-за возможностей здоровья его создателей − оно либо есть, либо его нет. В этих театрах – искусство высочайшего уровня. Театр вообще – это институт рефлексии. В «особом» театре формы рефлексии уникальные. Подобный Фестиваль дает людям с инвалидностью возможность на равных с остальными участвовать в социальном и культурном событии. Участники спектаклей и мастер-классов – это уже не объект благотворительности, а равные партнеры в диалоге.

Проводя параллель с данным мероприятием, конечно, можно в качестве примера привести фестивали детского творчества, проводящиеся в рамках Всемирного дня инвалидов и ряд других подобных мероприятий, в которых активное участие принимают, в том числе и дошкольные образовательные организации, но их спектр весьма малочисленен и проведение их сопряжено, по-прежнему, с определёнными трудностями, в том числе, и с готовностью профессиональных кадров. В этой связи, в целях

эффективного выполнения требований ФГОС ДО пунктом 3.2.6 предусматривается создание условий для профессионального развития педагогических работников.

Далее, в рамках заявленной темы осветим особенности коррекционно–развивающей работы с детьми–аутистами (лёгкой степени).

Здесь снова заявленный нами художественный метод является «панацеей» (словарь: универсальное средство от всех болезней) и реализуется он через выше обозначенный приём насыщения образовательного процесса источниками художественных образов и впечатлений (произведения искусства, ситуации художественного самовыражения, продукты художественного творчества и т.д.).

По меткому замечанию Л.В. Школяр «…искусство не средство, а способ существования человека как ЧЕЛОВЕКА» [3]. Часто для детей-аутистов искусство (театрализованная деятельность, рисование, пение и музыка) становится единственной формой сосуществования. В этой связи необходимо максимально создать возможность таким детям заниматься творчеством как можно чаще. Важно понимать, что дети, страдающие аутизмом, не всегда четко осознают, что именно им интересно, поэтому вам следует ознакомить их с самыми разными видами художественной деятельности и оставить за ребёнком право выбора импонирующего ему вида деятельности.

Например, свойственная художникам-аутистам замкнутость очень часто граничит с гениальностью. Мы можем вспомнить великих живописцев, которые в той или иной мере имели степень аутизма. Винсент Ван Гог, Пабло Пикассо и даже, возможно, Иероним Босх когда-то творили и не знали о том, что имеют то же, что и тысячи других людей сегодня. Рисунки аутистов позволяют лучше понять мироощущение и их взгляд на свое место в обществе. В качестве подтверждения данного тезиса предлагаем вам оценить потрясающие творческие способности людей–аутистов, живущих в своем особенном мире и сравнить их с работами известного художника XX в. Пабло Пикассо.

Таким образом, необходимо активное использование арттехнологий в воспитательно-образовательном процессе с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с учётом особых образовательных потребностей (ООП), которые обеспечивают полную социализацию человека, предполагающую получение навыков, необходимых для полноценной жизни в обществе.

Литература:

1. Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. − М., 2001. – 246 с.

2. Ситникова О.В. Художественный метод в педагогической деятельности (метод межпредметной интеграции) // Вестник СКФУ. – 2014. – №4. – С.80-88.

3. Школяр Л.В. Педагогика искусства как актуальное направление гуманитарного знания // Электронный Научный Журнал «Педагогика Искусства» [электронный ресурс] – http:// www.art-education.ru

Доронина В.С., г. Новосибирск, ФГБОУ ВПО НГПУ
Научный руководитель: Фур Е.П., ст. преподаватель

ИССЛЕДОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Одним из ведущих факторов возникновения и существования культуры является коммуникация. Вся жизнь человека тем или иным образом связана с общением, которое лежит практически в основе всего, что делают люди. С педагогической точки зрения коммуникация – это обмен информацией между людьми, в процессе которого человек сообщает о своих мыслях, чувствах, желаниях, переживаниях и эмоциональном состоянии [5, с. 102].

Роль коммуникации имеет огромное значение в жизни человека, особенно в жизни ребенка. С ее помощью люди обмениваются информацией и передают ее на протяжении многих лет. Через взаимодействие с людьми, человек, а в частности, ребенок, удовлетворяет свою важнейшую потребность – потребность в общении, совершенствует психические и когнитивные процессы и выходит на более высокий уровень в своем развитии. Следует отметить, что нарушение речевого развития ребенка способствует нарушению его коммуникативных возможностей.

В настоящее время наблюдается тенденция к активному увеличению числа детей с нарушениями речи. Одним из наиболее распространенных и, в то же время, достаточно сложных нарушений речи является общее недоразвитие речи. Вопросом изучения коммуникативных возможностей детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи занималось множество ученных, среди них: Т.Б. Филичева [4], О.Е. Грибова [2], Л.Г. Соловьева [7], О.С. Павлова [6]. Ученые отмечают, что у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи замечены трудности в удовлетворении и развитии потребности общения. Следовательно, выявление нарушений коммуникативных возможностей детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи имеет важнейшее значение, а значит, необходимы соответствующие методики для выявления трудностей коммуникативных умений детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Вопрос проявления особенностей коммуникативных умений детей изучали А.Л. Венгер [1], Г.А. Урунтаева и Ю.А. Афонькина [8], Е.В. Дзюба [3] и многие другие. Тем не менее, данные вопросы не теряют своей актуальности и в настоящее время. Методики этих ученых являются основополагающими при разработке методики исследование коммуникативной функции у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Методика исследования А.Л. Венгер «Два домика» направлена на определение коммуникативных умений и круга общения ребенка, на выявление особенностей взаимоотношений ребенка с социумом. Исследование проводится индивидуально. Сначала обсуждается, в каком доме живет ребенок. Затем ребенку предлагается нарисовать для него прекрасный, красный, красивый и уютный дом и заселить его жильцами, с которыми бы он хотел вместе жить. Затем рисуется черный дом, но его никак не характеризуют и предлагают ребенку его тоже заселить жильцами. Составляется список жильцов обоих домов. Если кто–то из реального окружения ребенка вообще не упомянут, то ребенку следует напомнить о нем. Результаты этой методики интерпретируются без символической дешифровки. Учитываются и количественные показатели (сколько людей ребенок охотно вселяет в свой дом), и, главное, качественные показатели развития ребенка [1, с. 46].

Методика изучения речи дошкольников в общении со сверстниками и взрослыми была предложена Г.А. Урунтаевой и Ю.А. Афонькиной. Проведение методики заключается в том, что в естественных условиях фиксируется все обращения детей с воспитателем и друг с другом. При этом речь ребенка записывается дословно, сохраняется своеобразие лексики и стилистики речи, отмечаются особенности общения или его отсутствие. В зависимости от полученных результатов определяется уровень коммуникативных возможностей ребенка [8, с. 116].

Е.В. Дзюба считает, что при исследовании коммуникативных умений детей необходимо использовать совокупность нескольких методик. Так, в своей работе, автор предлагает следующие сочетание методик: методика «исследование фонематического слуха», методика исследование вербально–логического мышления, методика «назови слова», методика «изучение уровня развития словаря». Такая совокупность, говорит автор, помогает более детально определить уровень коммуникативных умений детей и разобраться с причиной возникновения возникающих проблем ребенка в этой области. При этом, Е.В. Дзюба предлагает оценивать полученные результаты по баллам разделяя их на три уровня: низкий, средний и высокий [3, с. 56].

Целью разрабатываемой методики является: исследование коммуникативной функции у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Для исследования коммуникативной функции детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи необходимо всестороннее исследование коммуникативных возможностей ребенка.

Методика изучения речи детей дошкольного возраста в общении со сверстниками и со взрослыми, предложенная Г.А. Урунтаевой и Ю.А. Афонькиной является основополагающей при исследовании коммуникативных умений у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи, так как именно в жизненных ситуациях ребенок демонстрирует свои умения и навыки [8]. Но в то же время, данная методика

дает не достаточно полное представление об уровне коммуникативных возможностей детей данной категории. Поэтому при исследовании коммуникативной функции детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи необходима совокупность методик, в числе которой будет методика изучения речи детей дошкольного возраста в общении со сверстниками и взрослыми, предложенная Г.А. Урунтаевой и Ю.А. Афонькиной. Такую совокупность предлагает Е.В. Дзюба: исследование фонематического слуха; исследования вербально–логического мышления; методика «назови слова»; изучение уровня развития словаря [3].

Следовательно, исследование коммуникативной функции речи детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи предполагает четыре серии заданий и данные, полученные во время наблюдения за ребенком в ситуации общения.

Первая серия заданий направлена на исследование уровня развития фонематического слуха у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Данное исследование стоится таким образом. Логопед предлагает ребенку: «Давай с тобой придумаем слово, например, «солнце». Я буду повторять это слово, а потом заменю его другим, как только услышишь другое слово – хлопай в ладоши»

Вторая серия заданий направлена на получение знаний об уровне развития вербально логического мышления ребенка дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Данная серия включает в себя два задания: первое задание заключается в том, чтобы ребенок закончил предложение одним из приведенных слов; суть второго задания – назвать группу слов одним обобщающим словом.

Третья серия заданий имела целью определение объема активного словарного запаса ребенка дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Задание для третьей серии: «Подбери слова, которые относятся к этой группе слов». Ребенку необходимо для одного предложенного слова подобрать еще несколько слов, которые относятся к предложенному.

Четвертая серия заданий – изучение уровня развития словаря ребенка дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Данная серия включает в себя одно задание, которое заключается в том, чтобы ребенок мог объяснить значение того или иного слова. Инструкция: «Попробуй объяснить иностранцу, что такое самолет».

Оценка заданий каждой серии по исследованию коммуникативной функции у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи предполагает учёт специально разработанных баллов по выполнению зданий:

1. Низкий балл (1 балл) – дети с трудом выполняют задания или отказываются от выполнения.
2. Средний балл (2 балла) – дети выполняются задания с подсказкой или допускают одну-две ошибки при выполнении.
3. Высокий уровень (3 балла) – дети выполняют задания с легкостью и без ошибок.

Для более удобного восприятия результатов исследования была создана сводная таблица. По горизонтали указаны баллы, которые ребенок может получить при выполнении заданий (от 1 до 3), по вертикали указаны задания.

Данные, полученные при исследовании речи детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи в ситуации их общения со взрослыми и сверстниками интерпретируются логопедом самостоятельно.

Данная диагностическая методика по исследованию коммуникативной функции у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи помогает более точно определить уровень развития коммуникативных умений ребенка дошкольного возраста с общим недоразвитием речи, а в дальнейшем – проследить динамику развития коммуникативных возможностей детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Подводя итог, можно сделать вывод о том, что предложенная методика является эффективной, так как всестороннее исследование коммуникативных возможностей ребенка дает возможность к быстрой динамики развития речи ребенка. А взаимодействие речевого и коммуникативного развития ребенка является первопричиной гармоничного развития ребенка.

Литература:

1. Венгер А.Л. Схема индивидуального обследования детей младшего школьного возраста. – М., 1989. – 52 с.

2. Грибова О.Е. К проблеме анализа коммуникаций у детей с речевой патологией // Дефектология. – 1995. – №6. – С. 12-19.

3. Дзюба Е.В. Развитие коммуникативной компетентности дошкольников с общим недоразвитием речи: дис. … канд. пед. наук. – М., 2009. – 160 с.

4. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – Екатеринбург, 1998. – 320 с.

5. Коджаспирова Г.М., Коджаспиров А.Ю. Педагогический словарь. – М., 2001. – 176 с.

6. Павлова О.С. Коммуникативная деятельность старших дошкольников с общим недоразвитием речи. – М., 2007. – 97 с.

7. Соловьева Л.Г. Диалогическое взаимодействие дошкольников с речевыми нарушениями // Дефектология. – 2007.– № 4. – С. 37-45.

8. Урунтаева Г.А. Практикум по дошкольной психологии / Под ред. Г.А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина. – М., 1995. – 296 с.

Ефанова И.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Мельникова М.И., к.психол.н.

СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ КАК КОМПЛЕКСНАЯ НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

В последнее десятилетие в общеобразовательной школе наблюдается процесс интенсификации школьных нагрузок, расширяется спектр

изучаемых дисциплин. Но параллельно специалистами все чаще озвучивается проблема увеличения количества детей и подростков, имеющих различные эмоциональные и поведенческие проблемы, как во время обучения, так и вне школы. К их числу относят трудности обучения школьным навыкам, расстройства внимания, повышенная конфликтность с окружающими, бродяжничество, прием алкоголя и наркотиков. В дошкольном возрасте у этих детей не выявляются грубые нарушения психического развития, а наблюдаемые у них эмоциональные и поведенческие расстройства чаще всего классифицируются как минимальные мозговые дисфункции (ММД). Одним из наиболее распространенных вариантов минимальной мозговой недостаточности является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Согласно данным отечественных нейропсихологов от 5% до 20% детей и подростков имеют различные по степени выраженности признаки гиперактивности [1, 4].

СДВГ – это полиморфный клинический синдром, главным признаком которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в повышенную двигательную активность, импульсивность, агрессивность, немотивированные поступки. Несмотря на то, что гиперактивность большинством родителей и педагогов оценивается как поведенческая проблема, результат плохого характера или неправильного воспитания, данный феномен является в большей степени комплексным проявлением биологических и социально–психологических предпосылок. Цель статьи: рассмотреть синдром дефицита внимания с гиперактивностью как сложноорганизованное психофизиологическое и психологическое явление.

Отметим, что в настоящее время сложились три основных подхода к проблеме «гиперактивного ребенка»: медицинский, нейропсихологический и педагогический. Медицинские аспекты были раскрыты такими учеными, как И.П. Брязгунов, А.И. Захаров, Н.Н. Заваденко и др. В их работах освещались вопросы этиологии, диагностики, лечения, распространенности и профилактики данного заболевания нервной системы. Медицинский подход к проблеме СДВГ основывается на том, что в основе синдрома лежит неотягощенная форма энцефалопатии, которая диагностируется с первых месяцев жизни. Нарушения в мозговой организации могут быть обусловлены легким поражением нервной системы в пренатальном или раннем постнатальном периоде, что приводит к специфическому варианту отклонения в развитии. По данным медицинских обследований при СДВГ чаще всего страдают структуры продолговатого мозга, мозолистое тело, лимбическая система [2, 4]. Уже в младенческом возрасте в клинической картине отмечается: повышенная возбудимость, нарушение сна, аппетита, эмоциональная лабильность, диффузные (рассеянные) легкие неврологические симптомы. Ребёнок постоянно вертится, часто кричит, процессы возбуждения преобладают над торможением, поэтому его с трудом удается уложить спать, накормить. На первом году жизни у гиперактивных

детей могут проявляться и нарушения двигательных функций: моторная неловкость, неконтролируемая активность, слабость координации движений. К четырем годам фиксируется отставание в речевом развитии, дети позже начинают говорить.

По данным И.П. Брязгунова и Е.В. Касатиковой от 70% до 90% детей с СДВГ в России не получают системного лечения. Это связано с противоречивым отношением к медикаментозной терапии в отечественной неврологии. Часть медиков применяют в своей практике лекарственную терапию, другие ограничиваются назначением физиопроцедур. Е.В. Мурашова отмечает, что в США в лекарственной терапии гипердинамического синдрома одно время активно использовались препараты из группы амфетаминов, что впоследствии привело к целому ряду негативных последствий для здоровья детей. Среди российских неврологов более популярны ноотропил, пантогам, феназепам и диазепам. В качестве успокаивающих средств применяются различные бромиды, настойки пустырника, валерианы или корня пиона. При наличии внутричерепной гипертензии добавляют диакарб или фуросемид [3, с. 147]. Достоверно установлено, что умеренное использование комплексной лекарственной терапии позволяет удовлетворительно компенсировать проявления синдромов в 50 – 60 % случаев. В то же время установлено, что применение только медикаментозного воздействия на какую–то одну из сторон СДВГ будет неэффективным. Поэтому лечение детей с синдромом гиперактивности с неизбежностью должно включать комплекс коррекционно–развивающих, медикаментозных и педагогических воздействий.

Нейропсихологический подход к проблеме СДВГ наиболее ярко представлен в работах отечественных детских нейропсихологов Т.В. Ахутиной, Е.Ю. Балашовой, М.С. Ковязиной, А.В. Семенович и др. Он основан на предположении, что СДВГ – это многофакторная структура отклоняющегося развития, в основе которого лежит первичный патофизиологический очаг в мозговой организации. Под воздействием этого первичного очага происходит трансформация всех составляющих психических структур, когда одни функции развиваются в установленные сроки, другие начинают отставать, меняются ансамбли внутри- и межполушарных связей [4]. В связи с этим большое значение имеет своевременное осуществление нейропсихологической диагностики, качественное описание структуры дефекта, выявление нарушенных и сохранных психических функций. Коррекционно-развивающая работа особенно эффективна в дошкольном возрасте. Как отмечает А. В. Семенович, первой мишенью является формирование фундамента всей психической саморегуляции (подкорково-корковых, внутри- и межполушарных взаимодействий). Для этого используются методы комплексной психомоторной коррекции: телесно–ориентированные, этологические, нейропсихологические, арттерапевтические, восточные (йога, тай-чи и т.п.) психотехники [4]. Постепенно в работу нейропсихолога по мере

необходимости начинают включаться и методы, направленные на коррекцию когнитивных процессов (восприятия, памяти, мышления).

Нейропсихологический подход к СДВГ отличается от чисто педагогических воздействий тем, что здесь исключается практика избирательной нагрузки, когда длительное время нагружается только какая-то отдельная функция, или формируется какой-то определенный школьный навык (умение читать, писать, считать). Как отмечает А. В. Семенович, в этом случае отдельные психические функции как бы обкрадываются, не получают нагрузки, другие, напротив, излишне нагружаются, что может приводить в дальнейшем к их истощению [4, с. 19].

Педагогический подход наиболее эффективен, когда он опирается на данные медико-психолого-педагогического обследования ребенка с СДВГ. Так, в школьном возрасте проблемы у детей с синдромом гиперактивности и нарушений внимания усиливаются, сильнее проявляются дефекты в усвоении школьных навыков. В том случае, если учитель терпеливо будет относиться к затруднениям таких учеников, поэтапно выстраивать обучающую программу с учетом имеющихся у детей трудностей, сотрудничать с психологом, логопедом, неврологом, то в большинстве случаев удается скорректировать имеющиеся у детей с синдромом гиперактивности нарушения к 15 годам. Впоследствии такие дети практически ничем не отличаются от своих сверстников.

Таким образом, проблема гиперактивных детей может быть решена только на основе комплексного подхода, включающего в себя: раннюю медицинскую диагностику и при необходимости медикаментозное лечение, нейропсихологическую диагностику и нейропсихологическую коррекцию, работу с родителями ребенка с синдромом гиперактивности, осуществление необходимых педагогических, логопедических мероприятий.

Литература:

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб., 2008.

2. Брязгунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. – М., 2008.

3. Мурашова Е. Дети – «тюфяки» и дети – «катастрофы»: Гиподинамический и гипердинамический синдром у детей. – Екатеринбург, 2007.

4. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. – М., 2012.

Задорожко Д.Г., г. Ставрополь, ГБО ВПО СГПИ
Научный руководитель: Тембай Т.В., к.биол.н.

УВЕРЕННОСТЬ В СЕБЕ – ПОКАЗАТЕЛЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ И УСПЕШНОЙ ЛИЧНОСТИ

Актуальность исследования. Уверенность в себе – одно из свойств личности, без которого индивид не способен достичь значимых для него

целей и удовлетворить свои потребности, из этого следует, что уверенность в себе – это и есть показатель самостоятельной и успешной личности. Существует много исследований, посвященных проблеме уверенности в себе. Эта проблема является актуальной и на сегодняшний день Проблемой изучения и влияния уверенности в себе на все сферы жизни изучали многие ученные как зарубежные, так и отечественные: А. Сальтер, Д. Вольпе, Л. Краппманн, Е.А. Серебрякова, Е.П. Щербаков и др. [3, 4].

Студенчество – это благоприятный возрастной этап для проявления уверенности в себе. Способность бороться за собственные убеждения, принимать самостоятельно решение, общаться со сверстниками, выражать свои индивидуальность, инициативу, творчество, смелость, решительность и т.д. – все это свидетельствует о том, что на данном возрастном этапе уверенность в себе это качество развивающейся личности.

Следовательно, если человек не научится верить в себя и в свои силы, он не будет способен справляться трудностями и противостоять жизненным проблемам [1, 2].

Изучая личность студента в условиях высшего учебного заведения, можно говорить о формировании доверия к себе как базового качества личности, без которого уверенность в себе затруднительна или невозможна

Уверенность в себе также является неотъемлемой частью успешной и легкой адаптации к новым условиям обучения, в нашем случае перехода от учебы в школе к обучению в вузе [1, 2, 3, 4].

Поэтому целью исследования было выявить уровень уверенности в себе у студентов первых курсов.

Материал и методы исследования. Нами было проведено обследование студентов первых курсов ГБОУ ВПО СГПИ. У студентов определяли уровень уверенности в себе с использованием теста «Насколько Вы уверены в себе».

Результаты исследования представлены на рисунке 1.

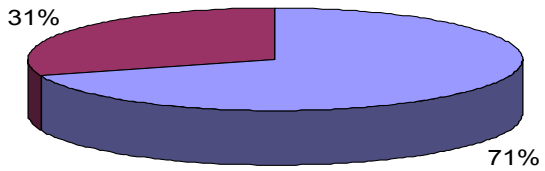


Рис. 1. Процентное соотношение показателей уверенности в себе у студентов 1 курса

Согласно полученным данным у 71% показатель уверенности в себе составил 60 и более баллов, что соответствует норме. Из них у 8% студентов выявлены показатели свыше 74 баллов из возможных 88 баллов. Что говорит о высоком уровне уверенности.

У 31% обследуемых был выявлен низкий уровень уверенности в себе, он был ниже 60-ти баллов. Из них у 26% обследуемых этот показатель был меньше 50-ти баллов.

Таким образом, согласно исследованию можно судить о высоком уровне уверенности у студентов первого курса, а значит их высоком потенциале и вероятности успешного обучения в ВУЗе, что находит своё подтверждение в работах Т.Д. Корчагиной и Ю.М. Орлова [2, 3]. Они в своих исследованиях пришли к выводу, что у студентов, которые уверенны в себе, успеваемость выше, и им нравится процесс обучения. Если опираться на эти исследования, то следует, что студенты первокурсники положительно настроены на учебную деятельность и, следовательно, уровень их успеваемости должен быть высоким. О студентах, чей уровень уверенности ниже нормы можно судить, что процесс адаптации к новым учебным условиям у них проходит менее успешно, и у них присутствуют трудности в обучении и общении со сверстниками. С такими студентами планируется проведение дополнительной психофизиологической и психокоррекционной работы.

Литература:

1. Бароненко В.А., Рапопорт Л.А. Культура здоровья студента. – Екатеринбург, 2003. – 224 с.

2. Наговец Л.Ю. Уверенность личности как психологический феномен // Педобразование. – 2012. – № 2. – С. 28-32.

3. Корчагина Т.Д., Орлов Ю. М. Уверенность в успехе и эффективность учебной деятельности студентов мед. вузов // Психолого–педагогические исследования организации обучения. – М., 1980.

4. Щербаков Е.П. Уверенность как состояние, свойство и качество // Психология личности и деятельности спортсмена. – М., 1981.

Зейналова З.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Артеменкова Л.Ф., к.пед.н.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙИ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ КИНЕТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ

Нейропсихология занимается исследованием разнообразных форм нарушений психических функций при локальных поражениях мозга, основываясь на теоретических положениях, выдвинутых А.Р.Лурия, Е.Д.Хомской, Л.С. Цветковой. Внейропсихологиикак два самостоятельных вида речи выделяют импрессивную (воспринимающую) и экспрессивную (выражающую) речь. Импрессивная речь – это пониманиеречи, какустной, так иписьменной, возникает с восприятия потока посторонней речи, после чего идет декодирование данного потока до речевой схемы, выделениеглавной мысли изложения через внутреннюю речь и осознание его мотива. Экспрессивная речь – это высказываниепосредством языка, начинается с мотива изложения, вырабатывания программы высказывания,

после чего идет перекодирование главной мыслипри помощи внутренней речи в речевые схемы, а далее – в развернутую речь [5].

А.Р. Лурия, изучая афазии, выявил, чтопостцентральные отделы сенсомоторной области обеспечивают топологическую организацию двигательных импульсов, концентрируя их к установленным группам мышц и уточняя состав двигательного акта. А премоторные отделы коры, обеспечивают кинетическую организацию движения, формируя возможность денервировать раз появившиеся движения, выполнять переключение с одного движения на другое и превращать отдельные двигательные акты в плавные, серийно организованные двигательные навыки [6].

Кинетическая организация речи совершенно не исчерпывается нахождением тех мельчайших дифференцированных иннервации, которые находятся в артикуляции некоторых звуков.

Моторная (экспрессивная) речь постоянно предполагает присутствие кинетической цепи (или системы) артикуляторных движений с устойчивым торможением предшествующих артикуляций и их изменением в зависимости от последовательности артикулируемых звуков. Известно, что артикуляция какого–либо звука в слове зависит от его позиции в целом артикуляторном комплексе и прежде всего от того, какие звуки следуют за предоставленным. Вследствие этогопри произнесении звука «с» в словах «село», «соль», или «сила» различается такойспецификой, котораявозможна лишь при предвосхищении последующих артикуляций. В то же время, произнесение любогослога или звука может бытьлишь при своевременной денервации одной артикулемы и переключении артикуляторного аппарата на последующую.

Потому естественно, что нарушение кинетической системы (или специфичной «двигательной программы») целого слова и возможности скорой денервации каждого входящего в данную систему звена неминуемо приводит к серьезным нарушениям произнесения слова [6].

В психолингвистике, при классификации форм речи по характеру используемых средств выражения мысли (знаков), выделяют устную, кинетическуюи письменную речь (В.П. Глухов, И.А. Зимняя, А.А. Леонтьев и др.) [2, 3, 5].

Кинетическая (мимико–жестикуляторная) речь состоит из выразительных (выражающих нечто, выполняющих обозначающую функцию) жестов, поз (мимических и пантомимических).

Кинетическая речь в речевой деятельности чаще всего используется совместно с иными формами речи (в основном – с устной речью), реже – самостоятельно, вне связи с прочими формами реализации речевой деятельности. В первом случаеиспользования кинетическая речь, обычно, уточняет (дополняет) письменную или устную речь, тем не менее, возможны некоторыеситуации, когда «квазиязыковой» вариант речи может быть «доминантным» над прочими ее формами или содержать одинаковый с ними «вес».

Значимостьданной формы реализации речевой деятельности в речевой коммуникации многими исследователями оценивается неопределенно. Значительное большинство специалистов определяет данную роль как «поддерживающую», вспомогательную. «Невербальные» (точнее, первично невербальные) средства коммуникации осуществляют в речевом общении дополняющую, уточняющую или же «усиливающую» семантическую функцию (И.А. Зимняя, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия и др.) [3, 5, 6]. В.А. Ковшиков оценивает «коммуникативные возможности» кинетической речи очень высоко и по этой причине относит ее к основным формам реализации речевой деятельности. Личную точку зрения он обосновывает следующим [4].

Во-первых, устная экспрессивная речь без кинетической принципиальна невозможна. Выразительные жесты, позы в процессах речевой коммуникации (в устной форме) всегда присутствуют.

Во-вторых, в некоторых ситуациях целесообразнее (удобнее) использовать именно кинетическую речь. Существуют ситуации, когдаможно употребитьтолько кинетическую речь (или комбинированный «вербально-жестовый» вариант коммуникации). Например, при сильном шуме, при общении коммуникантов на большойдистанции, в обстоятельствах, когда по каким-либо нравственным причинам использование устной речи невозможно.

В-третьих, кинетическая речь может знакомым образом «планировать» большинство компонентов устной речи: ееритм, темп, интонационную окраску и др. Несомненно, планирование устной и прочих форм речи главным образомобуславливается целями какой-либо той или иной неречевой деятельности. При всем том и кинетическая речь, входя в связь с устной речью, оказывает воздействие на планирование последней, чего не следует забывать педагогам [1].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что нейропсихология и психолингвистика – это науки, которые изучают кинетическую организацию речи в разных её аспектах. Нейропсихология изучает нарушения речи, связывая их с локальными поражениями головного мозга. Психолингвистика в свою очередь рассматривает кинетическую речь с точки зрения невербальных средств общения.

Литература:

1. Баскакова И.Л., Глухов В.П. Практикум по психолингвистике. – М., 2008.

2. Глухов В.П. Основы психолингвистики. – М., 2008.

3. Зимняя И.А. Лингвопсихология речевой деятельности. – М., Воронеж, 2001.

4. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия. – М., 2001.

5. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики. – М., СПб., 2003.

6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М., 2000.

Махонько А.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Сальникова О.Д., ассистент

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

В настоящее время здоровьесберегающие технологии в логопедической работе приобретают важное значение, так как являются эффективными и оригинальными методами коррекционно-логопедического воздействия. Массажная методика применяется в случаях, когда проявляется нарушение тонуса артикуляционных мышц, что чаще всего отмечается у детей с дизартрией.

Французский врач П. Ножье в ходе исследования развил схематическую проекцию частей тела и внутренних органов относительно ушной раковины, что послужило развитию технологии масса ушей – аурикуло терапии.

Воздействие на активные точки надавливанием, прогреванием и трением тонизирует речевой аппарат и другие органы, замедляет гиперактивные функции организма и стимулирует заторможенные. Воздействуя на высокоактивные акупунктурные точки, импульс проходит в головной мозг, тонизируя центральную нервную систему и повышая ее работоспособность в реализации функций и систем органов. Массаж реализует улучшение произносительной стороны речи, снабжение головного мозга кислородом, что необходимо для детей с афазией.

Растирание ушной раковины должно происходить равномерно и спокойно, принося удовольствие ребенку. Движения против и по часовой стрелке активизируют работоспособность мозга, умиротворяя, начиная с легкого поглаживания и растирания подушечками пальцев, переходя к массажу.

Аурикуло терапия способствует нормализации сна, улучшению психического состояния, соразмерного эмоционального реагирования на раздражитель.

Разработанная южно-корейским профессором Пак Чже Ву, методика основывается на воздействии на определенные точки кистей и стоп, в зависимости от отраженных проекций внутренних органов человека.

Особенность данного метода, как и все нетрадиционные виды терапии, состоит в заинтересованности детей в проведении подобной работы, которую можно обозначить как простую игру. А исключительностью является то, что при помощи несложных упражнений можно воздействовать не только на необходимые органы, но и весь организм в целом.

Массаж является мощным стимулом для работы биоэнергетических точек, влияющих на нужные органы, что в логопедической работе необходимо для коррекции речевых нарушений, таких как анартрия, ринолалия, механическая дислалия. Безопасность су-джок терапии состоит в том, что даже при неправильном воздействии на точки не будет

отрицательного результата, просто ничего не произойдет. Однако метод настолько прост и понятен, что сложно сделать неправильно.

Здоровье – это равновесие и покой в «энергетическом эфире» [4, с. 39].

Задачами су–джок и аурикуло терапии является:

1. Нормализация мышечного тонуса, развитие мелкой моторики и координация движений, стимуляция мозговой активности, снятие напряженности, улучшение кровообращения, повышения внимания, снятие мышечной и эмоциональной напряженности;

2. Стимуляция затылочных зон головного мозга для функциональной адаптации речи, развитие фонематического слуха и восприятия, расширение словарного запаса, развитие связной речи;

3. Ознакомление с терапией ребенка и родителей для устранения страха и продуктивных результатов работы.

Массаж участков кистей, пальцев рук и ногтевых пластин стимулирует работу головного мозга, что способствует развитию речи у детей.

Работа с массажным шариком и несложными заданиями (сказать ласково, подобрать синоним и антоним) совершенствует лексико-грамматический строй речи, развивает память и внимание. Задания могут строиться в различных последовательностях и в зависимости от того, с чем ребенок имеет сложности (употребление предлогов или союзов, количественных характеристик, вариации форм падежей) [1, с. 35].

Преимущества:

1. Безболезненность и отсутствие риска случайного повреждения тканей (в начале работы специалисту необходимо обговорить особенности проведения массажа, показывая пример правильного воздействия на акупунтктурные точки);

2. Может быть применено к детям с патологией и обычным детям, даже ко взрослым, так как точки восприятия есть у каждого человека;

3. Так же положительным фактором является высокая эффективность данного метода, улучшение общего состояния организма и мелкой моторики, повышение сопротивляемости организма к негативным факторам окружающей среды;

4. Простота применения вряд ли вызовет непонимание, отчего можно продолжать лечение не только со специалистом, но и в домашних условиях для повышения продуктивности лечения (домашнее, привычное окружение всегда лучше воздействует, когда в незнакомой обстановке ребенок может бояться проявить инициативу и показать себя);

5. Можно проводить в игровой форме занятия, к тому же детям нравятся массажные шарики и массажные металлические кольца [1, с. 37].

С самого детства су-джок и аурикуло терапия формируют у ребенка представление о важности наблюдения за своим здоровьем. Физическая гигиена имеет не абстрактные понятия, а отчетливый взгляд на дальнейший жизненный образ здорового человека.

При использовании здоровьесберегающих технологий, важно с каким настроем приходит ребенок, это является одной из основных задач специалиста: создать необходимую комфортную среду для коррекционной работы, подпитывая положительными стимулами. Таким образом, воздействие на психосоматическое здоровье ребенка с заиканием происходит без стресса, не вызывая волнение.

Во время игрового массажа ребенок должен проговаривать слоги, слова, чистоговорки, стихотворения, автоматизируя произношение сложных для него фонем. Все это способствует развитию фонематического слуха, ориентировки в пространстве и собственном теле, координации речи с движением.

Общее влияние су-джок терапии на организм оказывает плодотворное влияние на иммунитет, укрепление внутренних органов, стимулирование желез внутренней секреции, в чем помогает массаж специальными кольцами, роликовым массажером и шариком-«ежиком».

Уже давно было выявлено положительное влияние массажа кистей, стоп и ушных раковин и закономерное влияние на работоспособность органов. Су-джок и аурикуло терапия являются простым, увлекательным и приятным способом воздействия на необходимые центры головного мозга и сам орган, требующий стимулирования. Таким образом, при использовании данных технологий легко достигнуть высокого результата в коррекционно-логопедический работе, заинтересовать и мотивировать ребенка на занятии и «привить» детям заботу о своем здоровье с самых ранних лет.

Литература:

1. Акименко В.М. Новые логопедические технологии. – Р-н-Д., 2009. – 95 с.

2. Лопухина И.С. Логопедия, 550 занимательных упражнений для развития речи. – М., 1995. – 384 с.

3. Пак Чжэ Ву. Вопросы теории и практики Су-Джок терапии. – М., 2004. – 208 с.

4. Платонова О.А. Су-джок терапия для всех. – М., СПб., 2007. – 126 с.

Петрова А.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ

Научный руководитель: Артёменко О.Н., к.пед.н.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ КИНЕТИЧЕСКОЙ И КИНЕСТЕТИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ РЕЧЕВОГО АКТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

«Родное слово является основой всякого умственного развития и сокровищницей всех знаний», – говорил К.Д. Ушинский.

Значение речи в жизни каждого человека действительно огромно. Дошкольный возраст считается сензитивным для овладения речевой системой, исходя из этого, процесс развития языка рассматривается в современном дошкольном образовании, как основа обучения и воспитания. Важнейшим условием полноценного психического, личностного развития

является своевременное и правильное овладение ребенком речью. Уровень и успех овладения которой зависит от сформированности моторного и сенсорного и анализатора [4].

Наличие же отклонений, сбоев в становлении языковой системы влечёт за собой социальную и школьную дезадаптацию.

Эти нарушения могут быть обусловлены: у одних – недоразвитием фонематического слуха, нарушено понимание речи, вследствие чего искажается и собственная речь, нет слухового контроля над произношением; у других детей отмечается артикуляционная апраксия, ребята воспринимают высказывания на слух, но не способны реализовать их на моторном уровне.

Разновидностью второго варианта нарушения является отклонение в функционировании кинестетического и кинетического праксиса (возможность выполнения целенаправленных действий) [2, с. 25].

В последнее время всё больше работ посвящается исследованию данной темы, связано это, прежде всего, с возрастающим числом детей, имеющих речевую патологию, в основе которой лежит зачастую моторная несформированность.

В данной статье будет рассмотрена в теоретическом плане кинетическая и кинестетическая организация речи, лежащая в основе осуществления речевого высказывания, и обуславливающая моторные нарушения речедвигательного акта.

В данном случае, прежде чем переходить к непосредственному рассмотрению интересующего нас вопроса, необходимо уяснить понятие речевого акта. Оно имеет множество формулировок, одна из которых следующего плана: «Речевой акт – это целенаправленное речевое действие, совершаемое в соответствии с правилами и принципами речевого поведения, установленными в данном обществе».

Его основными чертами являются: целеустремлённость, намеренность, конвенциональность и последовательность [1, с. 13].

Вопросы порождения речевого акта, высказывания находят своё отражение в работах и концепциях М.М. Бахтина, К.Л. Бюлера, В. Гумбольдта, С. Карцевского, Л.П. Якубинского и других исследователей.

Речевой акт, высказывание, а точнее возможность его осуществления являются необходимым условием межличностного взаимодействия, социализации, личностного развития, огромное значение имеет для обучения и воспитания.

Порождение речевого высказывания – есть сложное взаимодействие кинестетической и кинетической основы движений.

По словам А.Р. Лурия, для осуществления речедвигательного акта является необходимым наличие и должностное функционирование двух, составляющих его компонентов: кинестетической основы – для удержания артикуляционной позиции звука в момент его произнесения и кинестетической структуры, которая обеспечивает плавное переключение от одних к другим слухо-артикуляторным признакам [4].

Мозговые структуры, которые обеспечивают кинетическую и кинестетическую программы различны. То есть кинестетическая программа реализуется благодаря функционированию своего мозгового механизма, существенно отличающегося от создания кинетической схемы произвольного движения.

Суть кинестетической основы речевого акта заключается в выполнении отдельных движений органами артикуляции (показать язык, округлить губы), в произношении отдельных звуков; кинестетическая же ведает выполнением серии движений органами артикуляционного аппарата (поднять кончик языка к верхним зубам, подержать 5 секунд, затем опустить к нижним зубам), произношением серий звуков, слогов, слов [3, с. 39].

При выполнении произвольных действий и движений в норме осуществляется сравнение спланированного акта с воспроизведённым в действительности, явление обратной афферентации. Если этого не наблюдается, или возникают трудности выполнения движений артикуляции, то можно говорить о нарушениях в структуре или механизме порождения речевого акта.

Итак, речь – предпосылка успешного развития личности в целом. Реализация речевого высказывания, то есть произведение речевого акта имеет в своей основе моторную, а именно кинетическую и кинестетическую составляющие. Изучение и разработка новых оптимальных приёмов, методов и методик обследования, коррекции, развития в рамках данной темы необходимо в связи с растущей численностью детей, имеющих патологию речи (дизартрия, ринолалия, заикание, алалия, афазия).

Литература:

1. Волкова Г.А. Методика психолого–логопедического обследования детей с нарушениями речи. – СПб., 2004.

2. Лопатина Л.В., Серебрякова Н. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии). – СПб., 2000.

3. Метиева Л.А., Удалова Э.Я. Развитие сенсорной сферы детей. – М., 2009.

4. Шмидтгаль Г.В. Развитие речи детей дошкольного возраста как психолого–педагогическая проблема [Электронный ресурс] – http://festival.1september.ru/articles/568565/ – статья в интернете.

Посевина А.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Черепкова Н.В., к.психол.н.

ГОТОВНОСТЬ РОССИИ К ИНКЛЮЗИВНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Инклюзия (от inclusion – включение) – процесс увеличения степени участия всех граждан в социуме, и в первую очередь, имеющих трудности в физическом развитии, это процесс реального включения инвалидов в активную общественную жизнь и в одинаковой степени необходима для всех членов общества [3, с. 48]. По статистике на территории Российской

Федерации проживает более 13 млн. человек, имеющих инвалидность, из которых около 2,5 млн. находятся в трудоспособном возрасте.

Инклюзивное образование на территории РФ регулируется Конституцией РФ, федеральным законом «Об образовании», федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ», а также Конвенцией о правах ребенка и Протоколом №1 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. В 2008 году Россия подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов».

Сегодня в России совместно используются три подхода в обучении детей с особыми образовательными потребностями:

– дифференцированное обучение детей с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно–двигательного аппарата, интеллекта, с ЗПР в специальных (коррекционных) учреждениях I – VIII видов;

– интегрированное обучение детей в специальных классах (группах) в общеобразовательных учреждениях;

– инклюзивное обучение, когда дети с особыми образовательными потребностями обучаются в классе вместе с обычными детьми.

В связи с тем, что понятие «инклюзия» довольно новое и не так давно вошло в обиход, оно вызывает недопонимание и недоверие у российского населения. Россия, как и многие другие страны, оказалась на пути неотвратимых преобразований не только в системе образования лиц с ОВЗ, но и во всем обществе, вследствие чего нужно понять насколько наша страна готова к таким нововведениям.

Благополучность введения инклюзивного образования в общеобразовательные школы в большинстве своем зависит готовности субъектов образовательного процесса к принятию новой системы обучения, и здесь основное значение имеет то, какое отношение оно имеет к самим лицам с ОВЗ и какое место занимают такие дети в общеобразовательной системе. Утверждая гуманистическую ценность инклюзии, также необходимо подходить к данной проблеме рационально, с внимательным обдумыванием каждого действия на пути инклюзивного образования, для того чтобы не причинить вред ни одному из его участников. Проблема совместной деятельности инвалидов с обществом проявляется особенно остро с момента школьного обучения. Их желание к взаимодействию с другими учениками нередковстречает недопонимание, равнодушие и даже неприязнь. Многие родители и их «обычные» дети не понимают, для чего создается единое обучение их детей с детьми, имеющими ОВЗ. Они считают, что дети не способны к совместной работе и не смогут ничему научить друг друга, более того, опасаются, что это может нанести вред их детям.

Т.В. Волосовец [2, с. 86] выделяет барьеры, мешающие осуществлению инклюзии в России, к которым относит неимение гибких образовательных стандартов, расхождение учебных планов и содержания обучения массовых образовательных учреждений, отсутствие специальной подготовки педагогического коллектива, дефицит индивидуальных программ обучения.

Из исследований, проводимых С.В. Алёхиной, Е.Н. Кутеповой, Н.Я. Семаго и др., становится ясно, что самой консервативной частью общества, по отношению к инклюзии являются учителя в общеобразовательных школах [1, с. 84]. К ним можно отнестись с пониманием, ввиду того, что это их главная ответственность. Конечно, куда легче стать на путь инклюзии, являясь лицом, лишь косвенно заинтересованным данной проблемой. Преподаватели специальных школ достаточно рассуждают о положительных и отрицательных качествах инклюзии, боясь того, что государство, ориентированное на западный опыт, слепо возьмется изменять действующую систему и причинит вред всем детям, включая детей с ОВЗ.

Естественно, множество препятствий становится на пути у педагогов поручиться за образование «особого» ребенка. Ведь в настоящее время отсутствуют такие образовательные стандарты и учебные планы, которые бы удовлетворяли потребностям всех детей в школе.

Н.М. Назарова [4, с. 57] указывает на отсутствие отчетливых теоретико–методологических ориентиров в развитии отечественного инклюзивного образования, так как совершается перенесение зарубежных моделей образовательной интеграции в немодифицируемые условия обучения и воспитания отечественных образовательных учреждений общего назначения.

Сейчас в Ставропольском крае живет около 15 тыс. детей с ограниченными возможностями здоровья, 26 % из которых являются детьми с инвалидностью.

В 2009 году наш край вошел в число регионов–победителей рейтинговых конкурсов по отбору субъектов России на поставку оборудования для дистанционного обучения детей–инвалидов. В Ставропольский край поступило 50 комплектов уникального компьютерного оборудования: аппаратно-программные комплексы, состоящие из базовых комплектов для учителя и ученика, графические планшеты, а также программное обеспечение по предметам, как традиционной программы, так и развивающего цикла.

На Ставрополье ведётся активная работа по созданию системы дистанционного обучения детей-инвалидов, обучающихся на дому. В рамках реализации мероприятия «Развитие дистанционного образования детей-инвалидов» приоритетного национального проекта «Образование» услугами дистанционного обучения пользуются 540 детей, получая знания по 16 предметам.

В настоящее время более 3-х тысяч детей с ограниченными возможностями здоровья обучаются и воспитываются вместе с нормально развивающимися детьми в классах и группах детских садов.

Для разрешения вышеуказанных проблем на пути инклюзии требуется в пределах образовательного процесса употребить такие психолого-педагогические технологии, которые помогли бы учащимся общеобразовательных школ поменять свое отношение к детям с ОВЗ,

подготовить их действенному полезному для обеих сторон взаимодействию с этими детьми.

К сожалению, на сегодняшний день определенно слишком мало исследований, которые анализировали бы вопросы коллективного обучения детей с ОВЗ с точки зрения их соглашения с субъектами образовательной среды, а именно, одноклассниками.

Литература:

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

2. Волосовец Т.В., Кутеповой Е.Н. Инклюзивная практика в дошкольном образовании. – М., 2011. – 144 с.

3. Социальная поддержка инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей на 2000-2005 гг. – М., 2000.

4. Назарова Н.М. Конструктивизм как методологическая основа научных исследований и инновационных тенденций в специальном образовании // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии: Материалы Третьего международного теоретико-методологического семинара. – М., 2011.

Российский Д.В., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ

Научный руководитель: Реприндева Е.А., д.пед.н.

РАЗВИТИЕ ТОНКОЙ МОТОРИКИ КИСТЕЙ РУК У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА: РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОРАЗОВАНИЯ «АВИАМОДЕЛИРОВАНИЕ»

Анализ опыта организации помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в России показывает, что прогнозирование возможностей интеграции ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата в образовательную среду определяется не столько диагнозом и формой нарушения, сколько сложным взаимодействием группы этиологических факторов, характеризующих личностное, интеллектуальное, психофизическое его развитие, а также интенсивностью и адекватностью коррекционно-педагогического воздействия.

Нами в рамках выполнения магистерской диссертации в Курском государственном университете была разработана и последовательно реализована программа дополнительного образования «Авиамоделирование», теоретической базой которой стали: культурно-историческая теория Л.С. Выготского: положение об общих закономерностях и специфических особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья [1]; положение о первичной и вторичной природе нарушений развития; положение о ведущей роли обучения в развитии ребенка; концепция взаимосвязи и взаимообусловленности двигательной

активности и развития функций мозга ребенка [2]; результаты исследования двигательной активности детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, представленные в работах И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюковой [3]; практические разработки педагогов учреждений дополнительного образования г. Петрозаводска (республика Карелия), г. Карасук (Новосибирская область), г. Рубцовск (Алтайский край) и др.

Цель программы: на основе результатов реализации программы дополнительного образования «Авиамоделирование» оценить ее коррекционный потенциал в отношении развития тонкой моторики школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Практическая ценность программы состоит в том, что она позволит внедрить в практику образовательных организаций, реализующих адаптированные образовательные программы, и имеющих лицензию на дополнительное образование детей, кружковую работу по авиамоделированию, обладающую большим коррекционно-развивающим потенциалом.

В нашей школе – областное казенное учреждение «Школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей №2» г. Курска – в настоящее время обучается 61 человек (директор – к. пед. н. М.А. Хмелевская). Нарушения опорно–двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие, нарушения осанки и др.) имеют 10 человек (16,4%), 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.

В настоящее время занятия по авиамоделированию посещает 30 школьников.

В процессе реализации программы нами были выделены следующие этапы:

1. Начальная теоретическая подготовка: история авиации и авиамоделизма; основы метеорологии, аэродинамики, конструкции различных летательных аппаратов; чертёж и чертёжные принадлежности, рабочие инструменты, их назначение и правила безопасности при их использовании; материалы, используемые при изготовлении авиамоделей.

2. Изготовление бумажных моделей самолётов без применения инструментов.

3. Изготовление метательных моделей планеров из бумаги и картона при помощи клея и ножниц.

4. Изготовление моделей планеров из различных материалов с использованием столярных, слесарных инструментов и крепёжных материалов.

5. Изучение конструктивных особенностей фюзеляжных моделей самолётов и их составных частей.

6. Изготовление и запуск моделей планеров и фюзеляжных моделей самолётов с резиномотором.

7. Изготовление и запуск моделей самолётов с электродвигателями и двигателями внутреннего сгорания.

Основные технологии, методы и формы реализации программы. Педагогические технологии дополнительного образования детей, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья, сориентированы на решение сложных психолого-педагогических задач: научить ребёнка самостоятельно работать, общаться с детьми и взрослыми, прогнозировать и оценивать результаты своего труда, искать причины затруднений и уметь преодолевать их.

В кружке «Авиамоделирование» отсутствует жёсткая регламентация деятельности, создаются комфортные для творческого и индивидуального роста детей, преобладают гуманистические взаимоотношения всех участников кружка, независимо от возраста, физических и психических возможностей. Данные обстоятельства создают благоприятную почву для внедрения личностно-ориентированных технологий в практику деятельности кружка: личностно-ориентированного обучения; индивидуального обучения; коллективного способа обучения; адаптивной системы обучения; коллективно-трудовой деятельности; ТРИЗ (теория решения изобретательных задач); проблемного обучения; игровые и коммуникативные технологии;развивающего обучения. Применение вышеперечисленных технологий предполагает использование следующих методов обучения: максимального использования возможностей каждого обучающегося; дифференцированной подачи информации; речевого общения равноправных партнёров как средства самовыражения и самосовершенствования; коллективного поиска с последующим отбором наиболее оптимальных решений; «обучения через открытие», предполагающий самостоятельный поиск детьми ответов на неизвестные вопросы.

Реализация настоящей программы осуществляется в следующих формах: теоретические занятия, во время которых обучающиеся получают и расширяют знания об истории авиации, а также в научных областях, имеющих непосредственное отношение к авиации, что позволяет им правильно выбирать размеры моделей и определять их примерные лётные данные; лабораторно–практические занятия (изготовление составных частей моделей с последующей сборкой), в процессе которых обучающиеся овладевают навыками работы с различными инструментами, крепёжным материалом, а также осваивают полный цикл изготовления авиамоделей; практические занятия (тренировочные запуски авиамоделей), на которых обучающиеся приобретают и совершенствуют умения и навыки по запуску, пилотированию авиамоделей, а также регулированию их полёта при помощи отклонения органов управления авиамоделей; игры с авиамоделями, во время, которых ребята не только демонстрируют изготовленные ими

авиамодели, но и делятся друг с другом мнениями и соображениями относительно совершенствования конструкции авиамоделей и регулирования их полёта.

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. [5].

Рефлексия в процессе реализации программы дополнительного образования «Авиамоделирование» показала, что она обладает большим потенциалом в отношении коррекции и всестороннего развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Литература:

1. Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости // Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т.А. Власовой. – М., 1983. – С. 332-342.

2. Кольцова М.М. Возрастные особенности высшей нервной деятельности человека // В кн.: Возрастная физиология. – СПб., 2005. – С. 550-573.

3. Левченко И.Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте. – М., 1991.

4. Мастюкова Е.М. Детская рука (о развитии навыков письма) // Дошкольное воспитание. – 1976. – № 11. – С. 21-24.

5. Самсонова Л.Н. Особенности комплексной коррекции нарушения функции рук у учащихся с церебральным параличом. – СПб., 2001.

Сальникова О.Д., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШЕГО ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

Подготовка дефектологов в России как система формировалась многие годы. Для оценки текущего состояния данной системы необходимо отчетливо представлять последовательность ее развития и знать специфические особенности содержания деятельности дефектолога.

Развитие высшего дефектологического образования в России на протяжении XX века осуществлялось поэтапно в зависимости от меняющихся социальных и экономических условий, становления дефектологии как науки, изменению отношения людей к лицам с ограниченными возможностями здоровья, а также отечественной политики в области специального образования. Следует выделить основные этапы в развитии дефектологического образования в России:

I этап (1918 – 1923 гг.) – реализация подготовки учителей-дефектологов для работы с лицами с различными нарушениями развития;

II этап (1924 – 1960 гг.) – формирование содержания подготовки учителей–дефектологов в области сурдопедагогики, тифлопедагогики, олигофренопедагогики, включающий в себя 3 направления:

1 направление (1924 – 130 гг.) – определение педагогического наполнения подготовки дефектологов в области сурдопедагогики, тифлопедагогики, олигофренопедагогики;

2 направление (1931 – 1945 гг.) – разделение специальности на 2 профиля;

3 направление (1946 – 1960 гг.) – формирование стабильного содержания процесса образования и развитие учебной и воспитательной работы на факультетах дефектологии;

III этап (1960 – 1990 гг.) – развитие подготовки специалистов–дефектологов для учреждений дошкольного образования разных типов и видов;

IV этап (1991 – 1999 гг.) – дифференциация специализации дефектологических кадров в области сурдопедагогики, тифлопедагогики, олигофренопедагогики, логопедии, специальной психологии;

V этап (2000 – 2014 гг.) – стабилизация содержания дефектологического образования на основе многоуровневого образования, междисциплинарный подход в обучении, личностный подход.

В первых дефектологических факультетах России (1918 – 1923 гг.) преобладала практически ориентированная дефектологическая подготовка учителей–дефектологов. Высшие отечественные образовательные учреждения обучали «универсального дефектолога», который должен был работать с различными категориями детей с ограниченными возможностями здоровья. В тот момент времени в дефектологической науке преобладала теория «лечебной педагогики», соответственно, содержание обучения учителей-дефектологов строилось в основном на изучении блока медицинских дисциплин [1, с. 58].

Высшее дефектологическое образование в России на протяжении данного периода времени осуществлялось исходя из разных форм организации дипломного и постдипломного образования, которые менялись и модернизировались по мере нужды. Многообразие организационных форм обуславливалось разнородностью кадрового состава в различных специальных учреждениях, углублением «специализированности» подготовки будущих дефектологов, и конечно, развитием разнообразных форм обучения данных специалистов. Появляются очные, заочные, вечерние отделения, экстернат, курсы повышения квалификации, курсы переподготовки дефектологических кадров. Со временем они развиваются и продолжают свое существование и в современной системе высшего дефектологического образования, с учетом ориентированности на непрерывность обучения, постоянное профессиональный рост учителей–дефектологов.

Однако на сегодняэтих форм становится недостаточно.

Нынешнее общество предъявляет к выпускникам требования, отличающиеся от устоявшихся на протяжении XX века. Сегодня востребованным является профессионал с гибким мышлением, который способен принимать нестандартные решения в различных ситуациях, стремящийся к познанию всего нового, умеющий беспрепятственно ориентироваться в своей будущей профессии и осуществлять свою деятельность на стыке нескольких наук (тифлопедагогики, сурдопедагогики, олигофренопедагогики, специальной психологии, логопедии), объединяя все знания, которые помогут более эффективно и качественно помочь детям преодолеть их нарушения. Поэтому главной целью процесса подготовки будущих дефектологов выступает не только усвоение знаний и умений, но в первую очередь развитие личности, способной к самостоятельному получению, интеграции и применению необходимых знаний.

Сегодня высшее дефектологическое образование требует некоторого переосмысления его содержания с целью формирования профессиональной компетентности будущего дефектолога в изменившихся условиях современности [1, с. 107].

В первую очередь к таким условиям целесообразно отнести двухуровневую систему высшего образования.

Высшие учебные заведения нашей страны понемногу перешли на многоуровневую подготовку – бакалавриат и магистратура (1992 г.). В 2010г. данный процесс был завершен полностью, и, начиная с 2011г. подготовка по программам высшего профессионального образования ведется уже по уровням: I ступень – бакалавриат, II ступень – магистратура. Поиск направлений наиболее эффективной организации уровневой системы высшего дефектологического образования продолжается и сегодня.

На сегодня усилиями факультетов дефектологии различных высших учебных заведений России специальные учреждения различного уровня обеспечиваются дефектологами: в области олигофренопедагогики, сурдопедагогики, тифлопедагогики, логопедии, специальной психологии. Система специального образования и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья по своему содержанию и организации является дифференцированной и отвечает различным типам патологий в физическом и умственном развитии [2, с. 75].

Однако в настоящее время все еще продолжается процесс дифференциации образования и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья – это обусловлено необходимостью полнейшего охвата всех категорий детей, нуждающихся в специальной помощи. Именно поэтому современные высшие педагогические школы России нацелены на усовершенствование подготовки учителей-дефектологов, т.к. значимость данной профессии повышается в связи с интеграционной и инклюзивной тенденцией в системе отечественного образования, активным развитием принципа «общество для всех» [3, с. 43].

Таким образом, в связи с рядом причин, таких как: переориентация высшего отечественного образования на уровневую систему обучения, растущее количество детей с ограниченными возможностями здоровья, повышенная необходимость наличия учителей-дефектологов в образовании, медицине, в сфере социальной помощи и т.д., необходим пересмотр проблемы подготовки и переподготовки педагогов с позиций современных требований. Все это требует новых разработок, обновлений и усовершенствования методических баз, а также углубленного формирования организационно-содержательного аспекта коррекционно-образовательного процесса, что обусловлено теми новыми требованиями, которые предъявляются к структуре и содержанию, научно-методическому обеспечению подготовки будущих выпускников по направлению «Специальное дефектологическое образование».

Литература:

1. Аслаева Р.Г. Стратегия социально-профессиональной подготовки дефектологов в педагогическом вузе: дис. … д-ра пед. наук. – Ижевск, 2011. – 497 с.

2. Аслаева Р.Г. Подготовка педагогов-дефектологов в педагогическом вузе: реальность и перспективность // Дефектология. – 2009. – № 6. – С. 71-80.

3. Аслаева Р.Г. Профессиональная подготовка студентов, будущих дефектологов в педагогическом вузе: результаты исследования. – Ижевск, 2010. – 83 с.

4. Данильчук В.И. Подготовка педагогических кадров в условиях модернизации образования: поиск новых моделей // Новые горизонты развития высшей школы. – М., 2003. – С.49-61.

Степкина В.С., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: Российская Е.Н., к.пед.н.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ДИСКУРСИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА В РАМКАХ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ И КУЛЬТУРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Согласно стратегическим нормативно-правовым документам РФ в сфере образования (273-ФЗ «Об образовании в РФ», Национальная доктрина образования РФ до 2025 г., Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.), традиционная отечественная парадигма «образование на всю жизнь» находится на пути перехода к новой: «непрерывное образование на протяжении всей жизни», то есть «образование через всю жизнь».

В основу ФГОС заложен компетентностный подход, что предусматривает в том числе и формирование коммуникативной компетенции, которая становится одной из главных задач педагогического образования [6].

Подобный социальный заказ обусловил необходимость обращения педагогической науки и практики к проблемам дискурсивности в профессиональной подготовке будущего специалиста. Идея дискурсивности, имеющая глубокие общецивилизационные корни, лежит в основе ценностно-целевого назначения образования. Под дискурсивной компетенцией понимают способность построения целостных, связных и логичных высказываний (дискурсов) разных функциональных стилей в устной и письменной речи на основе понимания различных видов текстов при чтении и аудировании; предполагает выбор лингвистических средств в зависимости от типа высказывания, ситуации общения, коммуникативных задач [1].

Анализ профессиональной деятельности учителя-логопеда показывает, что представитель данной специальности является носителем высокого уровня речевой культуры, а его профессиональный дискурс должен служить образцом речевой коммуникации [3].

В зависимости от конкретного вида профессиональной деятельности учитель-логопед должен уметь решать различные профессиональные задачи, в том числе порождать индивидуальные устные и письменные дискурсы, адекватные ситуации профессионально-ориентированного общения, являющиеся показателями не только компетентности в области того или иного вида профессиональной деятельности, но и интеллектуальной зрелости специалиста.

Одним из способов определения уровня сформированности дискурсивной компетенции является анализ письменных дискурсов учителей–логопедов.

Знакомство с имеющимися работами в этой области (Л.С. Бейлинсон, Т.В. Ежова, В.Р. Имакаев, О.А. Каратанова, О.В. Коротеева, Е.С. Кубрякова, Т.А. Лавриненко, А.П. Руденко, Э.В. Сойфер, С. Л. Суворова, H. Boyer, M. Pendax, M. Butzbach-Rivera, S. Moirand, Y. Simard и др.) убеждает в том, что специальных исследований, предметом которых является становление профессионального дискурса учителя–логопеда в контексте диагностики его профессиональной компетенции, не проводилось.

Поэтому целью проведенного нами исследования было: разработать и апробировать методику оценки дискурсивной компетенции учителя-логопеда в рамках его профессиональной деятельности (научно-исследовательской и культурно-просветительской) [6]. Исследование проводилось нами в течение 2014 года на базе Курского государственного университета. Состав выборки представлен в таблице 1.

Таблица 1

Состав экспериментальных групп

Группы	Контингент участников экспериментальной группы	Кол–во человек
ЭГ 1	Учителя–логопеды со стажем работы по специальности менее 5 лет	9
ЭГ 2	Бакалавры 3 курса дефектологического факультета (напр. Специальное (дефектологическое) образование, профиль Логопедия	18

Из представленных данных видно, что группы не являются идентичными по наполнению, качественной характеристике и профессиональному опыту участников, входящих в их состав.

На I этапе перед испытуемыми была поставлена цель – решить конкретные ситуационные производственные задачи. Им было предложено написать аннотацию к научной статье по проблемам дефектологии, а так же оформить просветительский санитарный бюллетень (СБ), посвящённый профилактике речевых нарушений.

На II этапе продукты дискурсивной деятельности испытуемых подверглись оценке и качественному анализу с целью выявления особенностей формирования дискурсивной компетенции.

Таблица 2

Система оценки продуктов дискурсивной компетенции учителя–логопеда в контексте культурно–просветительской деятельности (СБ)

Параметры	Система оценивания		
	2 балла	1 балл	0 баллов
Выбор темы, полнота раскрытия	Посвящён актуальной теме, которая раскрыта максимально полно	Тема выбрана в соответствии с требованиями, но раскрыта недостаточно полно	Тема не соответствует требуемой тематике
Выбор названия	Название крупное, меткое, ярко выделяется	Название соответствует содержанию; скучное, непривлекательное для читателя	Название не соответствует освещённой теме
Качество текста	Текст написан доступным языком; состоит из введения, основной части и заключения; заканчивается лозунгом, призывом, вытекающим из темы; язык лаконичен	Стилистические и структурные каноны текста соблюдены, но при этом в тексте встречаются латинские или сленговые термины	Структура и стиль не соблюдены; в тексте присутствуют трудночитаемые предложения, используется не понятная читателю терминология.
Общее содержание	имеет профилактическую направленность, меры профилактики изложены четко и конкретно, из содержания понятна польза предлагаемой информации	Клинические вопросы излагаются излишне подробно, затрагиваются вопросы лечения	Общее содержание текста не соответствует преследуемым целям, не имеет профилактической направленности
Оформление	текст и рисунок дополняют друг друга	Оформление приемлемое, но расположение рисунков и текста не удобное для восприятия	Текст сведён к минимуму, преобладают рисунки, используемые в целях украшения

Оценить состояние навыков построения научного логопедического дискурса позволяет метод квалиметрических шкал [2, с. 66-78]. Методики оценки профессионального дискурса учителя-логопеда в литературе мы не обнаружили, поэтому нами были разработаны параметры оценки профессионального дискурса учителя-логопеда: 1. Графические характеристики. 2. Стилистические качества текста. 3. Соответствие нормам грамотной письменной речи. 4. Информационно-структурное качество текста. 5. Лексико-фразеологические характеристики. 6. Текстуально-грамматические характеристики. 7. Направленность дискурса. 8. Формулировка профессиональных задач. Было выделено в общей сложности 16 критериев оценки профессионального дискурса учителя-логопеда в соответствии с обозначенными выше параметрами. Изучение особенностей дискурсивной компетенции в рамках культурно-просветительской деятельности проводилась по системе, представленной в таблице (табл. 2).

Приведённые к среднему арифметическому на основе первичной обработки данных результаты количественной оценки письменных дискурсов для наглядности представлены в виде диаграммы (см. рис. 1).

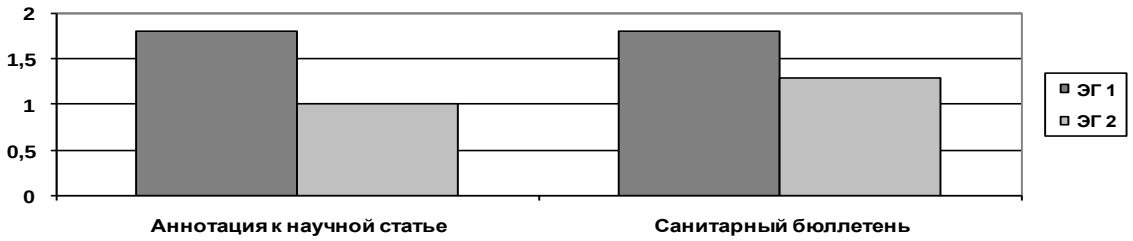


Рис. 1. Результат оценки дискурсивной компетенции участников эксперимента

Качественный анализ постэкспериментальных показателей выявил особенности формирования дискурсивной компетенции представителей разных экспериментальных групп. В качестве примера приведем некоторые данные, полученные в ходе дифференциальной диагностики.

Средний балл в ЭГ 1 составил (1,8+1,8)/2=1,8, что свидетельствует о высоком уровне сформированности дискурсивной компетенции учителей–логопедов, имеющих небольшой опыт работы. Анализ эмпирических данных показал, что тексты испытуемых соответствуют орфографическим и грамматическим нормам. Однако в некоторых работах встречаются единичные ошибки, не носящие системного характера. При оформлении СБ выдержаны структурные, стилистические и содержательные каноны, однако, присутствуют недочёты во внешнем оформлении (расположение рисунков и текста не очень удобное для восприятия). Общая картина показывает однородность контингента ЭГ 1.

Средний балл в ЭГ 2 составил (1+1,3)/2=1,15, что соответствует среднему (допустимому) уровню сформированности дискурсивной компетенции испытуемых. Анализ продуктов дискурсивной деятельности показал, что в целом участники эксперимента справились с предлагаемыми

заданиями, однако, следует отметить, что при аннотировании научной статьи и оформлении санитарного бюллетеня в некоторых случаях нарушено стилистическое единство создаваемых письменных текстов, которое обусловливается влиянием на них устной речи (включение разговорных выражений и сленговых терминов в научный текст). Кроме того, наблюдается недостаточная полнота раскрытия темы, а так же недочёты во внешнем оформлении санитарного бюллетеня.

Представленные данные подтверждают предположение о том, что процесс формирования профессионального дискурса учителя–логопеда имеет свои особенности, тем самым оказывая непосредственное влияние на дискурсивную специфику специалистов в процессе их профессионального становления и развития.

Таким образом, изучение состояния навыков построения письменного дискурса как показателя уровня сформированности дискурсивной компетенции учителей-логопедов в рамках научно-исследовательской и культурно-просветительской деятельности позволило нам наметить дальнейшие пути изучения данной проблемы: провести сопоставительное изучение дискурсивной специфики учителей-логопедов на различных этапах их профессионального становления в контексте разных видов профессиональной деятельности (преподавательской, организационно-управленческой).

Литература:

1. Азимов Э.Г., Щукин А.Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). – М., 2009.

2. Алтухова Т.А., Российская Е.Н. Технология построения научного дискурса: учебно-методическое пособие. – Белгород, 2011. – 239 с.

3. Бейлинсон Л.С. Профессиональный дискурс: признаки, функции, нормы. – Волгоград, 2009.

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2000 г. № 751 «О национальной доктрине образования в Российской Федерации».

5. Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662–р «О Концепции долгосрочного социально–экономического развития РФ на период до 2020 года».

6. ФГОС ВПО по направлению подготовки 050700 «Специальное (дефектологическое) образование (квалификация (степень) «бакалавр»), утверждённый приказом Министерства образования и науки РФ от 18 января 2010 г. № 49.

Тавадян А.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Алексеева М.Н., ст. преподаватель

ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Раннее детство – самая яркая, незабываемая страница в жизни каждого

человека. Именно в этот период происходит становление процесса социализации, устанавливаются связи ребёнка с основными сферами бытия: предметным миром, миром людей, природы, происходит приобщение к общечеловеческим ценностям, к культуре, закладывается фундамент здоровья. Детство – это время не только первоначального становления личности ребенка, но и период формирования основ его самосознания и индивидуальности.

Депривация – это сложный психологический термин, непривычный в повседневной жизни, но прочно закрепившийся в психологии. Депривация – это нехватка или недостаток чего-то необходимого для привычной жизнедеятельности ребенка. Иначе говоря, это недостаток привычного образа жизни, или неполучение желаемого. Материнская депривация – это состояние, которое возникает вследствие эмоционального отрыва ребенка от матери, социальный феномен, в его основе лежит частичное или полное отсутствие у ребенка привязанности к взрослому человеку, недоверие к миру взрослых, которое ведет к недоверию внешнему миру [2, с. 23].

Материнская депривация ведет к различного рода изменениям в психическом развитии ребенка. Отклонения в психическом развитии связанные с материнской депривацией обладают потенциально тяжелыми последствиями для формирования личности ребенка и проявляются в разном возрасте по–разному. Только непосредственный психологический контакт с матерью обеспечивает полноценное развитие ребенка. Развитию депривационных психических расстройств способствует отрыв ребенка от родителей. Чем раньше ребенок оторван от матери и чем длительнее воздействует на него фактор этого отрыва, тем сложнее происходит становление личности ребенка.

Депривация является причиной основных нарушений раннего развития, характерных для детей раннего возраста. У детей происходит отставание в речевом и общем развитии, недостаточное развитие мимики и тонкой моторики. В старшем возрасте проявляются и эмоциональные нарушения в виде общей скованности проявления чувств, при нередкой склонности к тревоге и страхам, отклонения в поведении, частые реакции активного и пассивного протеста и отказа, недостаточное развитие чувства дистанции в общении или, наоборот, затруднения при контакте. Материнская депривация является главной причиной агрессивности, эмоциональной холодности и, в то же время, повышенной уязвимости ребенка [1, с. 40].

Прекращение длительного процесса депривации в раннем младенчестве способствует очевидной нормализации развития, но лишь в общих интеллектуальных функциях и во внешнем поведении, в то время как развитие речи может протекать с задержкой, даже в тех случаях, когда депривация прервана до 12-месячного возраста. Из этого следует, что чем раньше ребенка избавят от депривации, тем лучше и благоприятнее будет протекать его дальнейшее развитие. При этом маловероятно, что ребенок избавится от нарушения мышления, речи и способности к длительным и

сильным межличностным привязанностям.

Основу для развития невротической личности создают разнообразные нарушения привязанности, так как они выводят ребенка на психологически рискованные пути развития. Недостаточная сформированность чувства привязанности, а также его расстройство приводит к личностным проблемам или психическим заболеваниям [3, с. 32].

У детей, находящихся в домах малюток, наиболее ярко выражаются последствия эмоциональной депривации. Они заключаются в изменении эмоциональных реакций, а именно в нарастании агрессивности, чувства тревоги, сложности усвоения социальных норм, в клиническом проявлении задержки в развитии и, как следствие, сопутствующими соматическими заболеваниями. У таких детей представлениями о формах общения искаженны, в связи с неблагоприятными условиями в семье. У них развивается эмоциональная вялость, и компенсаторная двигательная активность – стереотипные движения руками, сосание пальцев, раскачивание тела из стороны в сторону. Эти движения быстро закрепляются, что мешает продуктивному развитию всей двигательной сферы ребенка [5, с. 56].

Основные черты личности ребенка, оказавшегося с рождения в условиях материнской депривации: чрезмерная подвижность, неспособность сосредоточиться на работе, неадекватные страхи, частые эмоциональные расстройства, постоянные фантазии, агрессия по отношению к людям, вещам, интеллектуальное отставание, упрямство, неадекватная, чрезмерно завышенная или наоборот заниженная самооценка, неуверенность в себе, лживость, сверхчувствительность, неуверенность в принятии решения, агрессивность, чувство собственной неполноценности, вялость эмоциональных реакций, говорение с самим собой и т. д.

Депривация проявляется в «психическом отчуждении» ребёнка, его социальной и нравственной дезориентации, невозможности осваивать высокие культурные ценности и социально-одобряемые роли. У таких детей явно выражены: пессимизм, отчаяние и отрицательная оценка окружающей их действительности. Социальная изоляция тяжелее сказывается на детях раннего возраста. Установлено, что те, кто перенесли в детстве материнскую депривацию, обычно продолжают испытывать недоверие к миру, к людям. Такие люди бывают неблагодарными, чрезмерно критичными к другим, завистливыми [4, с. 80].

Основными этапами проявления последствий материнской депривации кризисы трехлетнего и подросткового возраста, когда происходит сопротивление ребенка требованиям взрослого.

Для нормального развития формирования личности и психики ребенка перенесшего материнскую депривацию, а также для его успешной социализации необходимо понимать причины, побуждающие его к отклоняющемуся поведению и уметь правильно на него реагировать.

У детей переживших материнскую депривацию доверие к миру может вернуться только через постоянство и повторяемость эмоциональной

теплоты материнской заботы, потому что любовь и тепло необходимы ребенку в независимости от его возраста.

Литература:

1. Авдеева Н.Н., Мещерякова С.Ю. Вы и младенец. – М., 2011.
2. Бауэр Т. Психическое развитие младенца. – М., 2005.
3. Боулби Дж. Привязанность. / Под ред. Г.В. Бурменской. – М., 2003.
4. Додонов Б.И. В мире эмоций. – Киев, 2007.
5. Смирнова Е.О. Психология ребенка от рождения до семи лет. – М., 2009.

Чернякевич О.М., г. Минск, УО БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.медиц.н.

ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ

По данным МЗ Республики Беларусь в 2011 году в городе Минске зафиксировано 3660 впервые выявленных случаев острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на 1 230 270 чел. взрослого населения г. Минска, что составляет 33,6% [1].

По данным 2012 года в Минске на 1 183 987 чел. выявлено впервые 3939 случаев ОНМК, что составляет 30% [2]. Инвалидизация среди лиц перенесших инсульт составляет 60% [4]. Кроме того, высокая заболеваемость и инвалидность при мозговом инсульте определяют его значительное экономическое бремя [3]. Следовательно, физическая реабилитация лиц перенесших инсульт занимает важное место в комплексе реабилитационных мероприятий лиц перенесших инсульт.

Целью исследования явилось установление различия между лицами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения и здоровыми людьми.

Задачей исследования явилось определение уровня развития мелкой моторики у лиц перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, и здоровых людей.

Объективным показателем того, что мелкая моторика лиц острое нарушение мозгового кровообращения действительно имеет ряд отличий, в сравнении со здоровыми людьми, было проведено педагогическое тестирование по ряду тестов:

1. Обведение нарисованного круга (тест В.А. Калябина)

Цель исследования: определение согласованности мышц кисти. Оборудование: карточки–образцы размером 10,5 * 14 см с изображенным на нем кругом диаметром 2,5 см. Методика проведения: перед каждым сидящим за столом исследуемым выкладывали карточку с изображением на ней кругом диаметром 2,5 см. Исследуемый должен был обвести его по контуру, не отрывая руки. Оценка результатов: 2 балла – за выполненное задание; 0 баллов – за не выполненное.

2. Поднятие гантели

Цель исследования: изучение силы мышц кисти и предплечья. Оборудование: стол, стул гантель массой 500 грамм. Методика проведения: На столе располагается гантель, исследуемому предлагается поднять гантель не отрывая предплечья от стола. Оценка результатов: 2 балла – за выполненное задание; 0 баллов – за невыполненное задание.

3. Тест на оценку щипкового захвата (шкала Motor Club Assessment)

Цель исследования: оценка пинцетного захвата. Оборудование: стеклянный шарик, диаметром 1 см., стол, стул. Методика проведения: исследуемый должен захватить шарик большим и указательным пальцами. Оценка результатов: 2 балла – за выполненное задание; 0 баллов – за невыполненное задание.

4. Перекладывание мячей в коробку

Цель исследования: оценка согласованности мышц предплечья и кисти. Оборудование: стол, стул, 2 коробки, теннисные мячи 15 шт. Методика проведения: исследуемому предлагалось переложить мячи из одной коробки в другую пораженной рукой за 20 сек. Оценка результатов: 2 балла – за выполненное задание; 0 баллов – за невыполненное задание;

5. Передача предмета из одной руки в другую за 30 сек. (Л.В. Шапкова)

Цель исследования: оценка скорости фаз сокращения и расслабления мышц кисти. Оборудование: резиновый мяч, стол, стул. Методика проведения: Исследуемый, сидя на стуле, локти располагаются на столе, передает резиновый мяч из правой руки в левую, и наоборот. Оценка результатов: Результат оценивается количеством передач.

6. «Собирание ручек « (методика Т. В. Фадеева)

Цель исследования: оценка захвата и удержания мелких предметов. Оборудование: стол, стул, 10 ручек. Методика проведения: исследуемым предлагалось собирать лежащие на столе ручки в руку за 10 секунд, беря по одной (не помогая второй рукой). Оценка результатов: тест оценивался количеством собранных ручек.

Полученные данные были обработаны и проверены на достоверность методами математической статистики. Результаты проведенного исследования показали статистически достоверно низкий уровень развития мелкой моторики в сравнении со здоровыми людьми. Данные исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Сравнительный анализ уровня развития мелкой моторики здоровых людей и лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

ТЕСТЫ	Здоровые	Лица с ОНМК	$t_{факт}$	P
«Обведение нарисованного круга»	2,0±0,1	0,4±0,3	6,0	<0,01
«Поднятие гантели»	1,8±0,2	0,6±0,3	4,6	<0,01
Тест на оценку щипкового захвата	1,9±0,1	0,4±0,3	3,7	<0,01
«Перекладывание мячей в коробку»	1,9±0,1	0,8±0,3	6,1	<0,01
«Передача из руки в куку за 30 с.»	88±1,0	49,4±2,1	17,1	<0,001
«Собирание ручек».	10±0,5	2,9±0,3	20,4	<0,001

Результаты проведенного исследования показали статистически достоверно низкий уровень развития мелкой моторики в сравнении со здоровыми людьми.

В процессе проведения педагогического тестирования было установлено, что уровень развития мелкой моторики пациентов перенесших инсульт головного мозга, имеет статистически достоверно низкий уровень развития мелкой моторики в сравнении со здоровыми людьми.

Литература:

1. Здравоохранение г. Минска в 2011 году: Сб. ст. – Минск, 2012. – 220 с.

2. Здравоохранение г. Минска в 2012 году: Сб. ст. – Минск, 2013. – 220 с.

3. Strong K. Preventing stroke: saving lives around the world / K. Strong, C. Mathers, R. Bonita // Lancet Neurol. – 2007. – Vol. 6. – P. 182-187.

4. The Mannheim declaration of stroke in Eastern Europe // Cerebrovasc. Dis. – 2004. – Vol. 18. – P. 248. – P. 1612-1623.

Шпакова Т.В., г. Железноводск, ГБОУ ВПО СГПИ
филиал в г. Железноводске
Научный руководитель: Ланцова Т.И., к.пед.н.

ПРОБЛЕМЫ МОЛОДОЙ СЕМЬИ В СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Молодежный возраст – период главнейших демографических и социальных событий в жизненном цикле людей: формирование мировоззрения на основе ценностно-мотивационной и нормативной структуры личности, выбора социальных и профессиональных ориентиров, начала трудовой деятельности, создания семьи.

Выполняя главные функции в социальном пространстве, молодая семья берет на себя неизбежные элементы социального риска и поэтому нуждается в помощи государства и общества, в создании условий для ее комфортного функционирования. Необходимость полной поддержки и взаимопомощи молодых семей определяется с тем, чтобы предотвратить отрицательные тенденции в ее динамике и закрепить все её жизненно важные устои.

В процессе жизнедеятельности и становления молодые семьи испытывают трудности, влияющие качественным образом на развитие каждой из них. Рассмотрим проблемы, которые характерны для молодых семей в современном обществе, которые сами члены молодой семьи понимают и декларируют как свои собственные проблемы:

– социально–психологические проблемы, включающие в себя проблемы адаптации молодых супругов друг к другу, к незнакомой ситуации и к приобретенным родственникам в результате брака;

– социально-экономические проблемы, включающие в себя проблему материального благополучия, проблему трудоустройства и жилищную проблему молодых супругов [3, с.13];

– психологические проблемы студенческой семьи.

Для того чтобы семья хорошо функционировала, она должна удовлетворять все свои базовые потребности. Молодые люди, вступая в брак и определяя основной устав семейной жизни, обязательно должны задуматься о главных вещах: где жить, на что жить, кто возьмёт на себя обязанность обеспечивать семью материально, или супруги поделят эту обязанность хотя бы на какое-то время. Любовь и деньги, понятия на слух плохо сочетаемые, во многих случаях являются залогом самого существования семьи, особенно в наше время.

Основной базой создания капитала для молодых семей является заработная плата одного из супругов, стипендия супруга или супруги и финансовая помощь родителей [6, с. 128]. Семья студентов соприкасается с такими серьезными проблемами как жилищные трудности. Этот вопрос вызван свертыванием практики предоставления бесплатного жилья государством, сокращением жилищного строительства и недоступности его из-за высокой цены на свободном рынке труда.

В большинстве случаев молодые семьи проживают в государственных, кооперативных, частных квартирах, общежитиях, или проживают совместно с родителями.

Одна из основных проблем – это проблема трудоустройства. Молодая семья относится к социальной группе – «молодёжь», поэтому на ситуацию трудоустройства молодых людей в целом влияет то, как идут дела на региональном рынке труда у молодёжи и с какими проблемами она сталкивается в поисках работы [2, с. 15]. Проблема своевременного трудоустройства на подходящую работу является одной из самых главных и волнующих для современной молодёжи, она главным образом связана с материально-бытовой и жилищной обеспеченностью молодых семей [5, с. 143].

Определяющие место в структуре трудностей молодой семьи занимают психологические проблемы, при этом не всегда молодожёны способны их осознать и самостоятельно решить [3, с. 49].

М. Стуколова выделяет виды семейных конфликтов, зависящие от причин, их породивших. Важнейшими из них являются:

– материальные проблемы;

– ограничение свободы активности, действий, самовыражения членов семьи;

– отклоняющееся поведение одного или нескольких членов семьи;

– авторитарное вмешательство родственников в супружеских отношениях;

– наличие разноплановых устремлений, интересов, ограниченность возможностей для удовлетворения потребностей одного из членов семьи;

– авторитарный, жесткий тип в отношениях, сложившихся в семье в целом;

– сексуальная дисгармония в браке и другие [4, с. 17].

И.Ф. Дементьева, изучая межличностные отношения в молодой семье, особое место уделяет психологическим проблемам первых лет создания молодой семьи. Первые год-два совместной жизни – это первая стадия жизненного цикла семьи, стадия создания индивидуальных манер общения, согласования общих систем ценностей и выработки единой мировоззренческой позиции. На этой ступеньки происходит взаимное притирание молодожён, поиск наилучшего типа отношений, который устраивал бы обоих супругов. Перед молодожёнами стоят определенные задачи создания единой ячейки общества, распределения функций между мужем и женой и выработки совместных семейных ценностей.

Под структурой семьи понимается способ обеспечения единства молодых супругов; распределение ролей проявляется в том, какие виды семейной жизнедеятельности каждый супруг берёт под свой контроль и ответственность и какие оставляет партнёру; семейные ценности характеризуют собой установки супругов по поводу того, для чего существует данная ячейка общества.

Для благополучного осуществления взаимной адаптации брачных партнёров необходимо достижение совместимости их представлений по трём определенным параметрам. Не случайно именно в первое время после заключения брака молодые люди много времени проводят вместе [2, с.16].

Т.А. Гурко, изучая вопросы стабильности молодой семьи, говорит о трудностях во взаимоотношениях молодых супругов, которые обусловлены тем, что в современной семье образцы поведения мужа и жены становятся всё менее жёсткими.

В то же время в обществе преобладают представления о семейных ролях и обязанностях молодых супругов, недостаточно соответствующие реальности: с одной стороны, ожидания определенной части населения связаны с традиционной семьёй; с другой – закрепляется мнение о прямом равенстве мужчины и женщины в выполнении семейных функций [1, с. 86].

Одна из главных проблем молодой семьи – несовпадение ценностных ориентиров у супругов. Для молодых людей более волнующим является умение разрешить конфликты. Ежедневно перед супругами встаёт ряд проблем, требующих быстрого разрешения: как провести свободное время, как и на что, потратить деньги, куда пойти, кого пригласить в гости. Умение искать выгодное решение по данным вопросам ведет к объединению семьи.

Ещё одним источником трудностей молодых семей студентов являются трудности достижения молодыми супругами ролевой совместимости в браке.

Нынешние молодожёны не всегда осознают тот факт, что их представления о ролях мужа и жены в семье существенно расходятся. Их различия часто служат корнем многих конфликтов, которых можно было бы избежать.

Сегодня молодые люди, вступая в брак, часто думают, что семейная жизнь не является образцом, и, пытаются в своей семье сделать всё по-другому, в соответствии с собственными идеалами. Но нередко организация

семейной жизни в родительской среде переносится молодыми супругами в собственную семью. Очень часто от супруги молодой муж ожидает поведения, сходного с тем, как вела в семье его мать [6, с. 91].

Таким образом, молодая семья имеет ряд проблем. Основными из них являются жилищные проблемы и материально-бытовые; психологические проблемы; проблема трудоустройства молодых супругов.

Для осуществления всех своих функций молодой семье необходимо всестороннее решение этих проблем, на что и должна быть направлена в отношении молодой семьи государственная семейная политика.

Развитие молодой семьи студентов – это процесс становления субъектно–объектных отношений молодой семьи в обществе и государстве, в результате которого семья получает все необходимые условия и выполняет репродуктивные установки и социальные функции.

Оптимальная структура системы индикаторов развития молодой семьи включает в себя несколько компонентов:

– возрастные границы;

– характеристика социологическая у молодых семей;

– динамика уровня разводов в молодых семьях по сравнению с семьями других категорий;

– социально-экономическое положение: структура и уровень и доходов в семье; их жилищные условия; уровень занятости; доступность медицинского обслуживания;

– динамика рождаемости в молодых семьях; количество детей в молодых семьях; формы и средства стимулирования рождаемости; ориентация на количество детей;

– уровень профессионального и общего образования молодых семей;

– образование как установка на продвижение и успех карьеры;

– система активной и пассивной и социальной защиты молодой семьи: социальные пособия, льготы, социальные программы помощи молодой семьи, мероприятия по поддержанию здоровья молодых матерей;

– доступ молодой семьи к полноценному и совместному отдыху: базы отдыха и семейные санатории; спортивные соревнования для супругов с детьми; семейные клубы; наличие радио и телепрограмм для молодой семьи.

Развитие общества направлено в сторону увеличения индивидуализации каждого индивида и требует достаточное разнообразие людей, которые вписываются в различные социальные структуры.

Дисгармония общественных нормативов и полюсность оптимизации и выдаёт функциональное формирование психики каждого человека. Конфликт идеалов и их несоответствие социально-экономической ситуации ведёт к появлению деструктивных изменений психологического состояния каждого индивида.

Литература:

1. Андреева Т.В. Психология семьи. – СПб., 2007. – 188 с.

2. Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. – М., 1996. – 148 с.

3. Алешина Ю.Е. Цикл развития семьи: Исследования и проблемы // Вест. Моск. ун-та. Психология. Сер.14. – 1987. – №2. – С.60-72.

4. Антонов А.И. Семья как социальный институт // Основы социологии / Под ред. А.Г. Эфендиева. Ч. II. – 2004. – С. 15-25.

5. Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. – М., 2007.

6. Артюхов А.В. Государственная семейная политика и ее особенности в России // Социс. – 2002. – № 7. – С. 108-110.

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

Боляк В.В., г. Волгоград, ФГБОУ ВПО «ВГАФК»
Научный руководитель: Максимова С.Ю., к.пед.н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКАЛЬНО–ДВИГАТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В АДАПТИВНОМ ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ КОРРЕКЦИОННЫХ КЛАССОВ

Школьный возраст является главным в становлении человека. В этом возрасте человек получает среднее образование, именно в этот период происходит физиологическое созревание организма, закладываются основы здоровья, осуществляется подготовка организма к труду, к службе в армии. Безусловным является тот факт, что гармоничное развитие личности невозможно без рационально организованной и систематически проводимой двигательной деятельности [3].

Исследования последних лет показывают, что около 25-30% детей, приходящих в первые классы общеобразовательных школ, имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья, а среди выпускников школ уже более 80% нельзя назвать абсолютно здоровыми. Анализ структуры заболеваемости школьников убедительно показывает, что по мере обучения в школе растет число детей, демонстрирующих нарушения не только физического, но психического здоровья [1, 2]. Эти дети обучаются в специальных классах – коррекционных. Процесс их обучения и воспитания в школе направлен на исправление имеющихся у них отклонений в развитии. Определенная роль в данном процессе принадлежит и адаптивному физическому воспитанию. На сегодняшний день данное направление науки содержит большое количество разработок.

Вместе с тем, в практике школьного физического воспитания широко используются средства музыкально-двигательного воспитания – ритмическая гимнастика, оздоровительная аэробика, танцы, спортивная акробатика и пр. Однако, экспериментальное обоснование эффективности их использования в практике адаптивного физического воспитания детей коррекционных классов, на сегодняшний день не достаточно. Данное обстоятельство и обуславливает актуальность исследования.

Оно было организовано на базе общеобразовательной школы № 3 г. Балаково. В исследовании принимали школьники первых коррекционных классов. Анализ медицинских карт позволил выявить следующую картину дизотегенеза детей:

– в большинстве случаев причину интеллектуальной недостаточности обусловила задержка психического развития (данный диагноз наблюдался у 80 % детей);

– дополнительными диагнозами явились детский аутизм, глубокое недоразвитие речи, легкая степень детского церебрального паралича;

– помимо легких отклонений в интеллектуальной сфере у детей были выявлены нарушения в состоянии здоровья. Большинство детей имели высокую простудную заболеваемость, патологии деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и нервно-мышечной систем.

Перед началом педагогического эксперимента все испытуемые были протестированы по тестам, характеризующим уровень их морфофункциональных способностей и физических качеств.

В группу морфофункциональных показателей вошли следующие данные: длина и масса тела, окружность грудной клетки, проба Мартинэ, дыхательные пробы. Полученные в процессе исследования результаты представлены в таблице 1.

Из таблицы видно, что показатели морфофункционального развития учащихся первых классов обеих групп находится примерно на одинаковом уровне. Так, не различаются весоростовые показатели. И длинна и масса тела испытуемых находится примерно на одинаковом уровне. Так же не различаются показатели окружности грудной клетки, В Э группе он составил 61,6±2,4см, а в К группе 62,4±3,5, что статистически не достоверно. Однако воспитанники коррекционных классов уступают своим полноценно развивающимся сверстникам в проявлениях функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Их результаты в пробе Мартинэ, Генча и Штанге достоверно ниже аналогичных результатов группы норма.

Таблица 1

Исходные показатели морфофункционального развития школьников первых классов

№ п/п	Показатели физического развития	Показатели групп (X±m)		Достоверность различий
		Э	Н	Э–К2
1	Масса тела (кг)	22,8 ±2,3	23,1±2,2	P>0.05
2	Длина тела (см)	120±6,4	119,4±8,2	P>0.05
3	ОГК(см)	61,6±2,4	62,4±3,5	P>0.05
4	Проба Мартинэ (баллы)	3,1±0,6	4,1±0,2	P<0.05
5	Проба Штанге (с)	11,4±0,3	17,55±0,3	P<0.05
6	Проба Генчи (с)	8,4±0,21	19,5±0,19	P<0.05

Примечание: Э – дети классов коррекции (n = 20);
Н – полноценно развивающиеся дети (n = 20);
ОГК – окружность грудной клетки.

В группу показателей физической подготовленности вошли результаты тестов, характеризующих сформированность скоростных, скоростно–силовых качеств, координации движений, силы мышц, а так же гибкости. Показатели физической подготовленности приведены в таблице 2.

Анализ табличных данных позволяет констатировать, что по всем показателей сформированности физических качеств школьники коррекционных классов отстают от своих полноценно развивающихся сверстников. По скоростным показателям эти дети уступают по сравнению с группой возрастной нормы (бег на 30м., 7,7 и 7 с.). В проявлениях общей координации движений и быстроты наблюдается так же отставание (челночный бег– 14,9 и 12,4). По показателям скоростно–силовых качеств дети коррекционных классов в метании мяча уступают полноценно развивающимся сверстникам. 5,7 м – результат групповой нормы, 4,9– группы коррекции. Аналогичная картина просматривается и при анализе силовых проявлений мышц корпуса и гибкости.

Таблица 2

Показатели физической подготовленности
школьников первых классов

№ п/п	Контрольные задания	Статистические показатели (X±m)		t	p
		Н	ЗПР		
1.	Бег 30 м (сек)	7±0,1	7,7±0,3	2,21	<0,05
2.	Метание теннисного мяча на дальность (м)	5,7 ±1,2	4,9 ±0,6	2,3	<0,05
3.	Подъем туловища из и.п. «лёжа на животе» (кол–во раз)	19,8±2,5	14,2 ±1, 2	2,02	<0,05
4.	Челночный бег (сек)	12,4±0,5	14,9±0,7	2,91	<0,05
5.	Прыжок в длину с места (см)	94,1±3,1	67,2±3,4	3,71	<0,05
6.	Наклон вперёд из и.п. «сидя» (см)	3,7±0,8	1,9±0,3	2,06	<0,05
7.	Подъем туловища из и.п. «лёжа на спине» (кол–во раз)	13,5±1,1	6,8±0,8	2,42	<0,05
8.	Удержание равновесия на левой ноге (с)	21,2±3,1	12,1±1,5	2,18	<0,05
9.	Удержание равновесия на правой ноге (с)	28,0±3,4	17,2±1,6	2,63	<0,05
10	Бег 300 м (с)	119,4±4,05	103,1±3,1	2,15	<0,05

Примечание: Э – дети классов коррекции (n = 20);
Н – полноценно развивающиеся дети (n = 20)

Таким образом, результаты констатирующего эксперимента позволили выявить низкий уровень морфофункционального развития школьников первых коррекционных классов, а так же нарушения в формировании их физических качеств.

С целью ликвидации выявленных нарушений был организован педагогический эксперимент. Его суть заключалась в том, что в процессе адаптивного физического воспитания школьников первых классов стали использоваться средства музыкально-двигательного воспитания.

Для этого музыкально-двигательные средства были распределены в крупные и малые формы адаптивного физического воспитания школьников первых коррекционных классов (таблица 3).

Таблица 3

Классификация музыкально-двигательных средств, используемых в адаптивном физическом воспитании школьников первых коррекционных классов

Музыкально-двигательные средства	Формы адаптивного физического воспитания
Ритмическая гимнастика Оздоровительная аэробика	Урок физической культуры (1-2 в неделю)
Музыкально-ритмическая мелкомоторная гимнастика	Физкультпаузы (ежедневно)
Музыкально-ритмическая утренняя гимнастика	Гимнастика перед уроками (ежедневно)

Так в крупных его формах, а именно физкультурных занятиях использовалась как ритмическая гимнастика, так и простейшие элементы оздоровительной аэробики. В их состав вошли различные упражнения на развитие силы, гибкости, выносливости, координации движений, скоростных и скоростно–силовых качеств. Регулярность таких занятий составляла 1-2 в неделю.

Ежедневно проводились физкультурные паузы, основанные на выполнении мелкомоторных упражнений под музыкальное сопровождение.

Так же ежедневно проводилась гимнастика перед уроками (утренняя). Ее содержание составили общеразвивающие упражнения под музыку.

Обобщение результатов педагогических наблюдений по ходу эксперимента позволил констатировать высокий интерес детей коррекционных классов к проводимым занятиям, укрепление их здоровья и развитие двигательной сферы.

Литература:

1. Максимова С.Ю. Анализ возрастных проявлений физической подготовленности дошкольников с задержкой психического развития / С.Ю. Максимова, И.Д. Скрябина // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 7 (77). – С. 113-117.

2. Малофеев Н.Н. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями

здоровья: основные положения концепции / Н.Н. Малофеев, Е.Л. Гончарова, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина // Дефектология. – 2009. – № 1. – С. 5-18.

3. Мальцева И.С. Содержание и методика рекреативных занятий по адаптивному физическому воспитанию детей с задержкой психического развития : автореф. дисс. … канд. пед. наук. – Малаховка, 2011 – 23 с.

Васильева Е.В., г. Минск, Беларусь, БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

РОЛЬ АДАПТИВНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РАЗВИТИИ ОРИЕНТАЦИИ В ПРОСТРАНСТВЕ У ДЕТЕЙ С ДЕПРИВАЦИЕЙ ЗРЕНИЯ

Актуальность проблемы обусловлена тем, что несформированность пространственной ориентировки является одной из причин, определяющих низкий уровень социальной адаптации ребенка с нарушением зрения, снижение его мобильности и контакта с окружающим миром.

Целью исследования явилось изучение особенностей уровня развития ориентации в пространстве детей дошкольного возраста с депривацией зрения.

Задачами исследования явилось определение уровня развития ориентации в пространстве у здоровых детей дошкольного возраста и с депривацией зрения; разработка коррекционно-развивающей программы, направленной на развитие ориентации в пространстве у детей с депривацией зрения; оценка эффективности разработанной коррекционно–развивающей программы по развитию ориентации в пространстве у детей с депривацией зрения.

Материалы и методы. В эксперименте принимали участие 14 человек: 7 составили экспериментальную группу, а остальные 7 – контрольную группу. Возраст всех участников составил 5-6 лет. Группы были равны по возрасту и уровню физического развития. Для сравнения были обследованы 14 здоровых детей того же возраста.

Для определения уровня развития ориентации в пространстве был проведен ряд тестов:

Тесты на динамическое равновесие:

Проход по доске. Определялось по времени прохождения по деревянной доске.

*Проход по линии***.** Измерялось отклонение от линии в ту или иную сторону.

Тесты на статическое равновесие:

Равновесие на обеих ногах – стойка с закрытыми глазами. Определялось время и степень устойчивости в данной позе.

Равновесие на одной ноге. Учитывалось время удержания равновесия, не сходя с места и не меняя позы.

*Отбивание мяча***.** Фиксировался лучший результат из двух попыток при отбивании мяча, чередуя руки.

Тесты на точность дифференцировки в пространстве:

Прыжок в длину с места. Из трех попыток выбиралась лучшая.

Бросок кольца на треугольную стойку. Испытуемый выполнял три попытки, из них выбиралась лучшая.

Тесты на способность к ориентации в пространстве:

«Попадание в цель». При выполнении бросков мячей в обруч учитывалось количество попаданий из десяти попыток

Метание мяча в движущуюся с разной скоростью мишень. Фиксировалось количество попаданий из десяти попыток.

«Змейка». Учитывалась сумма времени, затраченного на выполнение двух заданий при перемещении исследуемых «змейкой» в двух вариантах: лицом и спиной.

«Кубик». После трех попыток, выполняя движение по заданной траектории, измерялись отклонения в ту или иную сторону, и выбирался лучший результат.

Нами был проведен сравнительный анализ уровня развития ориентации в пространстве у детей с депривацией зрения и у детей без патологии. Результаты сравнительного анализа приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели тестирования ориентации в пространстве у детей с депривацией зрения и у детей без патологии

ТЕСТЫ	Дети с депривацией	Здоровые дети	$t_{факт}$	P
Проход по скамье (с)	3,33±0,35	2,34±0,11	2,28	<0,05
Проход по линии (см)	10,7±1,12	3,75±0,37	4,64	<0,05
Стойка с закр. глазами (с)	6,92±0,87	8,07±0,84	2,72	<0,05
Статическое равновесие (с)	5,10±0,31	7,16±0,32	2,28	<0,05
Отбивание мяча (раз)	5,31±0,25	9,93±2,80	4,15	<0,05
Прыжок в длину (см)	94,5±4,13	75,2±4,33	6,43	<0,05
Попадание в цель (раз)	5,93±0,28	7,07±0,38	2,72	<0,05
Метание мяча (раз)	5,42±0,43	7,43±0,44	3,12	<0,05
«Змейка» (с)	8,97±0,32	6,61±0,23	2,86	<0,05
«Кубик» (см)	51,2±7,34	19,0±7,03	9,2	<0,05
Бросок кольца (раз)	1,57±0,12	2,43±0,17	3,15	<0,05

Как видно из данных, представленный в таблице, уровень развития ориентации в пространстве у дошкольников с депривацией зрения ниже, чем у детей того же возраста, но без данной патологии. Это позволяет сделать вывод, что способности ориентации в пространстве детей с депривацией зрения требует коррекции и дополнительного развития.

Проведенные исследования показали, что уровень развития способностей к ориентации в пространстве у детей дошкольного возраста с депривацией зрения значительно отстает от здоровых сверстников.

Гришина Е.В., г. Минск, Беларусь, БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

РАЗВИТИЕ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

По данным мировой и отечественной статистики число детей, имеющих различные речевые нарушения, с каждым годом увеличивается. В связи с этим, особую актуальность приобретает коррекционно-воспитательная работа с дошкольниками, страдающими речевыми расстройствами [1, с. 56].

Дыхательная система человека, помимо основной функции, принимает непосредственное участие в развитии речи. У детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) дыхание существенно отличается от здорового ребенка, что обусловлено спецификой дыхательного акта во время речевой деятельности [3, с. 17].

Большинство авторов, занимающихся коррекцией речевой деятельности детей, декларируют необходимость использования физических упражнений, но на практике недостаточно внимания уделяют двигательной активности, а иногда исключают занятия физическими упражнениями из режима дня на протяжении того или иного этапа логопедической коррекции [2, с. 17].

Существующие методические рекомендации по проведению занятий адаптивной физической культурой в детских садах для детей с тяжелыми нарушениями речи имеют общий характер, не отражая тему совершенствования функции дыхательной системы.

Обзор литературных источников показал, что практически отсутствуют специальные педагогические программы, направленные на совершенствование функции дыхания у детей с тяжелыми нарушениями речи средствами адаптивной физической культуры, которые могли бы параллельно с логопедами воздействовать на основную патологию ребенка.

Таким образом, проблема является актуальной и не до конца методологически разработанной, что послужило основой для проведения данного исследования.

Исследование проводилось на базе ГУО «Специальный ясли-сад № 25 г. Витебска «Родничок» компенсирующего типа для детей с тяжёлыми нарушениями речи» и на базе ГУО «Ясли-сад РУП «Витебскэнерго».

Всего в исследовании приняло участие 40 детей:

1 группа: 20 детей (16 мальчиков и 4 девочки) 6-7 лет с диагнозами общее недоразвитие речи различных уровней, дизартрия, моторная алалия, закрытая ринолалия, задержка речевого развития;

2 группа: 20 здоровых дошкольников 6-7 лет (12 мальчиков и 8 девочек).

С целью определения динамики развития функции дыхательной системы нами был разработан комплекс контрольно–педагогических испытаний для детей.

I. ПРОБЫ С ЗАДЕРЖКОЙ ДЫХАНИЯ

1. Проба Штанге.

Цель: определить время задержки дыхания на вдохе.

Методика проведения: испытуемый находится в положении сидя. Делает глубокий (не максимальный) вдох и задерживает дыхание.

Оценка результатов: по секундомеру регистрируют время задержки дыхания.

2. Проба Генчи.

Цель: определить время задержки дыхания на выдохе.

Методика проведения: испытуемый находится в положении сидя. После обычного (не максимального) выдоха задерживает дыхание.

Оценка результатов: по секундомеру регистрируют время задержки дыхания

3. «Ныряльщики».

Цель: определить время задержки дыхания на вдохе, при выполнении динамического упражнения.

Методика проведения: испытуемый находится в положении стоя. Необходимо сделать глубокий вдох, задержать выдох, присесть – «нырнуть в воду». Встать – «вынырнуть» – выдох.

Оценка результатов: по секундомеру регистрируется время задержки дыхания.

II. ПРОБЫ С РОТОВЫМ ВЫДОХОМ

1. «Свеча».

Цель: определение сформированности форсированного ротового выдоха.

Методика проведения: положение испытуемого сидя на стуле, руки на коленных суставах. МУ – не наклоняться вперед.

На расстоянии 20 см от испытуемого на столе находится зажженная свеча высотой 20 см, через 10 см от первой свечи вторая и т.д. Необходимо задуть пламя как можно большего количества свечей. На выполнение задания дается одна попытка.

Оценка результатов: фиксируется наибольшее расстояние, на котором ребенок смог задуть пламя свечи.

2. «Праздничный торт».

Цель: определение сформированности длительного ротового выдоха.

Методика проведения: положение испытуемого сидя на стуле, руки на коленных суставах. МУ – не наклоняться вперед.

Перед испытуемым на столе на расстоянии 30 см от лица ставятся 15 зажженных свечей – «Праздничный торт». Расстоянии между свечами 5 см. Необходимо распределить длительный целенаправленный ротовой выдох и задуть пламя свечей.

Оценка результатов: фиксируется количество задутых свечей с одной попытки.

3. «Мяч в ворота».

Цель: определение сформированности целенаправленного ротового выдоха.

Методика проведения: положение испытуемого – стоя, слегка наклонившись вперед над столом.

На столе установлены ворота высотой 10 см, шириной 10 см. Необходимо посредством целенаправленных ротовых выдохов закатить мячик для пинг–понга в ворота, расстояние до ворот 1 метр.

Оценка результатов: с помощью секундомера регистрируется время, затраченное на выполнение задания.

III. ПРОБЫ НА РАЗВИТИЕ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ

1. «Улей».

Цель: определение развития речевого дыхания, умения произносить на одном выдохе звук.

Методика проведения: И.П. – основная стойка. Необходимо, предварительно сделать глубокий вдох, произнести на одном ротовом выдохе звук «ж» (как можно дольше жужжать как пчелка).

Оценка результатов: с помощью секундомера регистрируется время ротового выдоха с произнесением звука.

2. «Назови по порядку».

Цель: определение развития речевого дыхания, умения произносить на одном выдохе несколько слов.

Методика проведения: И.П. – основная стойка. Необходимо сделать глубокий вдох и на одном выдохе сосчитать пальчики на руках (перечислить дни недели, месяцы и т.д.).

Оценка результатов: подсчитывается количество названных на одном ротовом выдохе чисел.

По результатам проведенных контрольных тестов нами проведен сравнительный анализ развития функции дыхательной системы у дошкольников с нарушениями речи и здоровых детей (без данной патологии) (см. табл. 1).

Речевая патология у детей проявляется в снижении силы и выносливости дыхательной мускулатуры, нарушении произвольной регуляции дыхания, общей слабости дыхательной системы.

Таблица 1

Развитие функции дыхательной системы у детей дошкольного возраста с ТНР и здоровых детей того же возраста

Название теста	Здоровые	Дети с ТНР	$t_{факт.}$	$t_{табл.}$.	P
Проба Штанге, с	27,1±0,25	19,4±0,49	14,0	2,10	<0,001
Проба Генчи, с	15,1±0,27	11,0±0,37	8,91	2,10	<0,001
Тест «Ныряльщики», с	22,7±0,34	15,5±0,37	12,2	2,10	<0,001
Тест «Свеча», см	41,0±1,51	23,5±1,15	9,28	2,10	<0,01

Тест «Праздничный торт», шт.	12,0±0,29	6,24+0,32	13,5	2,10	<0,01
Тест «Мяч в ворота», с	27,8±0,56	41,9±0,62	16,9	2,10	<0,001
Тест «Улей», с	6,25±0,10	3,81±0,10	17,8	2,10	<0,001
Тест «Назови по порядку», шт.	6,75±0,23	4,02±0,17	9,74	2,10	<0,01

Как видно из данных таблицы: в пробе Штанге уровень развития функции дыхательной системы у дошкольников с ТНР составляет 71% от уровня развития функции дыхательной системы у детей без речевых патологий; в пробе Генчи – 72%; в тесте «Ныряльщики – 68%; в тесте «Свеча» – 57%; в тесте «Праздничный торт» – 51%; в тесте «Мяч в ворота» – 150%; в тесте «Улей» – 60%; в тесте «Назови по порядку» – 59%.

В результате проведенных исследований установлено, что уровень развития функции дыхательной системы у детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи ниже, чем у их здоровых сверстников.

Это еще раз свидетельствует о необходимости проведения с ними цикла занятий по АФК и целенаправленном развитии функции дыхательной системы.

Литература:

1. Белякова Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова. – М., 2004. – 56 с.

2. Дмитриев А.А. Физическая культура в специальном образования. – М., 2002. – 176 с.

3. Соломатина Г.Н. Нормализация функции дыхания у детей с врожденными расщелинами нёба // Логопед. – 2004. – № 1. – С. 17–25.

Громова И.Е., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Стрельников Р.В., к.пед.н.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ДОЗИРОВАННОЙ ТРЕНИРОВКИ НА ЗАНЯТИЯХ ЛФК

Уровень здоровья и физическое состояние населения каждой страны это один из главных критериев ее благополучного существования и развития в целом. Именно он составляет фундамент сохранения и воспроизводства человеческого потенциала в интересах страны. В современном обществе эта проблема как никогда актуальна. Всемирная организация здравоохранения уделяет особое внимание программам, целиком ориентированным на охрану и укрепление здоровья населения, но при этом понятие «укрепление здоровья» определяется всемирной организацией здравоохранения как «процесс, позволяющий людям расширять контроль за своим здоровьем и улучшать его».

В современном образовании физическое воспитание позволяет оказывать влияние на личность многостороннее, но, к сожалению, многие социально важные результаты физического воспитания достигаются в современном обществе лишь в малом проценте, доказательством этого служат проблемы физической подготовленности студентов. Известно, что физическая активность умеренной и высокой интенсивности прямо и

косвенно способствует сохранению и укреплению здоровья. К великому сожалению, физической активностью в нашей стране регулярно занимается примерно только 20-30% молодых людей, тогда как в экономически развитых странах мира этот показатель составляет более 40%. К студенческим годам можно пронаблюдать рост хронических заболеваний, ухудшения состояния здоровья молодежи с каждым годом принимает все более устойчивый характер.

Особенно остро стоит проблема здоровья у студентов. В своих материалах исследований, М.Н. Алиева, утверждает:»ежегодно в вузы поступают более 30% выпускников общеобразовательных школ, которые отнесены по состоянию здоровья к специальной медицинской группе. Эта категория студентов имеет значительные отклонения в состоянии здоровья и низкий уровень физической и функциональной подготовки. По многим физическим показателям здоровья нынешняя молодежь уступает своим сверстникам предыдущих лет» [1, с. 189].

Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Дать полное и четкое определение понятию «здоровья» сложно, это интегральное понятие, включающее характеристики и физического, и психического развития, а также адаптивные возможности организма. Именно совокупность всех этих компонентов обеспечивает необходимый минимум для предстоящей учебной деятельности. Слабое физическое состояние организма человека, которое главным образом связано с дефектами физического воспитания еще в детстве, становится фактором риска возникновения и прогрессирования многих болезней. Регулярные физические нагрузки повышают жизненную активность и устойчивость организма ко многим заболеваниям. Главную роль в сопротивляемости организма к болезням играет сформированное еще в детстве осознание роли физических упражнений на протяжении всей жизни.

В зависимости от состояния здоровья необходимо использовать различные средства физической культуры и спорта, а при определенных отклонениях в состоянии здоровья – лечебную физкультуру (ЛФК), которая в данном случае является методом функциональной терапии, а также составной частью адаптивной физической культуры [3, с. 56].

В ГБОУ ВПО СГПИ проводят занятия ЛФК со студентами, у которых выявлены отклонения в здоровье. Различают три периода в назначении лечебных физических упражнений. Первый период (иммобилизации конечности) – назначение физических упражнений с целью мобилизации сил организма для борьбы с болезнью или гиподинамией при травмах опорно–двигательного аппарата, с целью профилактики осложнений.

Второй период проводится в стадии обратного развития болезненных явлений, когда организм полностью включился в борьбу с болезнью. Цель этого периода ликвидация нарушений двигательных функций организма и включение компенсаторных защитных сил в борьбу с болезнью.

Третий период проводится в стадии выздоровления, когда ликвидируются остаточные функциональные нарушения, восстанавливается стереотип к привычным производственно-бытовым нагрузкам.

Процесс дозированной тренировки при занятиях ЛФК в СГПИ осуществляется в двух направлениях:

а) общая тренировка (с целью развития приспособительных возможностей организма больного к физическим нагрузкам);

б) специальная тренировка (с цель восстановления пораженных функций).

Процесс дозированной тренировки основан на способности стимулирования физиологических процессов в организме человека и направления их на борьбу с болезнью. Целительный эффект физических занятий достигается системным и длительным применением при адекватном их воздействии, соответственно стадии заболевания или времени после травмы.

Для того чтобы двигательная активность оказывала положительное влияние на организм человека должно быть соответствие объема и интенсивности физических нагрузок его возможностям. Если же физическая нагрузка превышает возможности, то она играет роль патологического стресса, вызывает отрицательные изменения в организме [4, с. 212].

Ведущим в методе лечебной физической культуры является процесс дозированной тренировки. С общебиологических позиций тренировка организма средствами ЛФК приводит к развитию его адаптационной способности. В оценке терапевтического влияния физических упражнений следует учитывать, что их лечебное действие основано на способности стимулировать физиологические процессы в организме.

В заключении, на основании вышеописанных данных, выделим главные принципы улучшения, закрепления и профилактики здоровья: систематичность (определенный подбор и расстановка физических упражнений, их дозировка, последовательность и т. д.); регулярность занятий (предполагает ритмичное повторение занятий физическими упражнениями, а также чередование нагрузок и отдыха); длительность (от нее напрямую зависит эффект); разнообразие средств (гимнастические, спортивные, игровые, прикладные и другие виды упражнений; рационально сочетаются, дополняя друг друга).

Литература:

1. Алиев М.Н., Аксенов В.П. Физическое воспитание студентов с ослабленным здоровьем. – Тула, 1999. – 189 с.

2. Бальсевич В.К. Физическая культура, молодежь и современность // Теория и практика физической культуры. – 1995. – № 5. – С. 2-7.

3. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: Т.1. / Под общ. ред. С.П. Евсеева. – М., 2005.

4. Детков Ю.Л., Платонова В.А., Зефирова Е.В. Теория и практика физической культуры для студентов с ослаблены здоровьем. – СПб, 2008. – 96 с.

Зыбин Ю.В., Зыбина О.Л., г. Минск, Беларусь, БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

ЭЛЕМЕНТЫ КОРРЕКЦИОННО–РАЗВИВАЩЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В нстоящее время накоплены значительные данные, характеризующие особенности роста и развития детского организма и его способность определенным образом реагировать на воздействия окружающей среды в различные возрастные периоды. Незавершенность морфологического и функционального развития большинства систем и органов детей, продолжающиеся процессы роста и тканевой диффернцировки обуславливает значительно меньшую устойчивость их организма к о многим неблагоприятным воздействиям. Поэтому у детей часто возникают различные функциональные расстройства при едва уловимых нарушениях границ выносливости организма к воздействующим факторам.

Рост и развитие отдельных систем организма наиболее интенсивно осуществляется в раннем возрасте. Формирование опорно-двигательного аппарата, происходящее в течение всего периода созревания детей, наиболее значительно в первые годы жизни. Кости детей отличаются малой плотностью, что делает их более упругими, эластичными, гибкими, менее твердыми и хрупкими, легко поддающимся деформации.

Переход к предметному обучению в школе приходится на очень важный период второго детства, характеризующегося продолжающимися интенсивными процессами роста, морфологическими и функциональными преобразованиями всех органов и систем. В этот возрастной период продолжается формирование всех звеньев опорно-двигательного аппарата, в частности, главного его стержня – позвоночного столба. Процесс роста, формирование естественные изгибов и окостенения позвоночника происходит поэтапно. Наиболее интенсивно позвоночник растет в первые годы жизни до 3 лет, затем период полового созревания. В среднем школьном возрасте в связи с усиленным ростом верхних и нижних конечностей заметно изменяются пропорции тела. Интенсивно растут все отделы позвоночного столба. Оссификация его еще не закончена, что создает опасность появления нарушений осанки в этом возрасте [3, 4].

Для оценки функционального состояния организма и уровне развития физических качеств у детей 10-12 лет с асимметричной осанкой были проведены ряд тестирований. В первую очередь это необходимо для определения базисного уровня, исходя из которого, будут строиться программы физической реабилитации с применением лечебного плавания и аквааэробики.

Методология и организация исследования. На первом этапе было проведено изучение функционального состояния опорно-двигательного аппарата и оценено функциональное состояние сердечнососудистой и дыхательной систем.

Изучение функционального состояния опорно-двигательного аппарата включает в себя оценку функционального состояния позвоночника и «мышечного корсета», а также определение основных физических качеств (силы, выносливости, гибкости), тесно связанных с уровнем физического развития. Для определения уровня развития физических качеств, а также функционального состояния мышц спины и брюшного пресса, были использованы следующие тесты: с целью определения подвижности позвоночника (наклон вперед из положения, стоя, сидя, наклон назад, наклон вправо, влево); силовой выносливости мышц брюшного пресса и спины динамической и статической (удержание ног из положения лежа, удержание туловища из положения лежа на животе, удержание туловища на боку, сгибание разгибание туловища из положения лежа на животе).

Для изучения асимметричной осанки у детей 10-12 лет, с целью разработки коррекционно–развивающей программы для ее восстановления использовался ряд мероприятий.

Основными критериями нормирования любого вида деятельности для растущего и развивающегося организма являются возраст, пол и состояние здоровья [3].

На первом этапе дети 10-12 лет были разделены на 3 группы: группа здоровых детей, контрольная и экспериментальная группы и проведен сбор следующих показателей:

1. Антропометрические показатели (рост, в положении стоя, вес, окружность грудной клетки, окружность грудной клетки, подвижность грудной клетки).
2. Изучение функционального состояния опорно–двигательного аппарата включает в себя оценку функционального состояния позвоночника и «мышечного корсета», а также определение основных физических качеств (силы, выносливости, гибкости), тесно связанных с уровнем физического развития.
3. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы осуществляется по показателям ЧСС, АД, пробы Руфье.

На втором этапе применялся метод визуальной диагностики – один из методов мануальной медицины, применяемый с целью выявления видимых критериев нарушения статики и динамики опорно–двигательного аппарата, степени их выраженности, их изменчивости под влиянием провоцирующих и лечебных мероприятий. Оптимальная статика – это такое пространственное взаиморасположение составных элементов мышечно–скелетной системы, при котором с минимальной энергетической затратой постуральных мышц поддерживается равновесие опорно-двигательного аппарата в вертикальном положении человека. Неоптимальная статика – асимметричное

взаиморасположение составных элементов мышечно-скелетной системы, сопровождаемое увеличением гравитационного отягощения постуральных мышц, при котором тело находится в состоянии «остановленного падения» и/или движения, остановленного на определенном этапе.

Применялись следующие визуальные критерии неоптимальной статики:

- смещение проекции общего центра тяжести относительно срединного отвеса (вперед, назад, в стороны) относительно середины расстояния между стопами пациента;
- смещение проекции парциальных центров тяжести (регионарных срединных отвесов) относительно общего срединного отвеса;
- нарушение параллелизма между горизонтальными линиями, проходящими через границы регионов.

Анализ результатов исследования. При анализе оптимальности статики исследователь опускает отвес через общий центр тяжести и центры тяжести регионов и сопоставляет их проекции друг с другом; определяет симметричность взаиморасположения костных выступов; проводит горизонтальные линии через границы регионов и оценивает их параллельность; анализирует рельеф мышц и взаиморасположение отростков позвоночных двигательных сегментов и суставов. Каждый раз, решая вышеперечисленные задачи, исследователь сравнивает статику исследуемого с нормативной моделью. Это не только облегчает этап диагностики не оптимальности статики, но и ускоряет процесс построения гипотезы о причине возникновения данного нарушения и составления алгоритма дальнейшей диагностики для подтверждения или отрицания данного предположения [1].

После проведенного тестирования мы получили следующие результаты, которые отражены в таблице 1.

По результатам тестирования и анализа полученных результатов следует, что у школьников исследуемой группы с нарушениями осанки во фронтальной плоскости показатели уровня развития физических качеств, а также функционального состояния значительно снижены по сравнения с показателями здоровых детей. Это говорит о том, что у детей с асимметричной осанкой, для которой характерен мышечный дисбаланс, одни группы мышц находятся в состоянии спазма, а другие, наоборот, слишком расслаблены, приводят к смещениям точек опоры, центры тяжести, снижается устойчивость, координация, гибкость (подвижность).

Таблица 1

Статистические данные об уровне развития физических качеств и функционального состояния детей 10-12 лет

Тесты	Группа здоровых	Исследуемая группа
Наклон назад стоя, см	36,2±4,6	35,5±4,7
Наклон вправо стоя, см	35,6±2,75	34,4±2,72
Наклон влево стоя, см	36,4±2,52	34,6±2,81

Удержание туловища лежа на груди, с	40,4±16,9	33,8±16,3
Удержание туловища лежа на правом боку, с	10,8±4,31	8,8±4,60
Удержание туловища лежа на левом боку, с	9,7±3,90	8,3±2,11
Удержание поднятых ног лежа на спине, с	36,4±13,9	30,9±11,2
Поднимание туловища лежа на спине, раз	29,0±6,3	22,7±9,2
Индекс Руфье	11,2±4,1	12,6±9,8
Проба Штанге, с	29,5±7,1	28,2±37,1
Проба Генчи, с	19,7±6,1	19,1±34,5

За счет неодинакового развития мышц наблюдается различные силовые показатели правой и левой половины туловища, снижение общей силовой выносливости при выполнении статической нагрузки. При этом наблюдается снижение динамической и статической силы мышц брюшного пресса. То есть можно отметить, что силовые показатели заметно снижаются у всех основных мышечных групп, которые непосредственно участвуют в формирования правильной осанки. За счет неодинакового развития мышц также снижается подвижность позвоночника, показатели гибкости при наклоне вправо и влево различаются, а при наклоне назад и вперед значительно уступают показателям здоровых детей.

В функциональном состоянии также имеются различия: функциональные нарушения, связанные с дисбалансом мышц, могут приводить к снижению подвижности грудной клетки, диафрагмы (снижения дыхательных возможностей ребенка), к ухудшению рессорной функции позвоночника, что, в свою очередь, негативно влияет на деятельность основных систем организма: центральную нервную, сердечно-сосудистую и дыхательную в том числе; появляются факторы риска для застойных явлений в грудной клетке, полости малого таза и брюшной полости, ребенок быстро утомляется, появляются головные боли, часто болеет [2].

По результатам проведения визуальной диагностики можно отметить, что у всех исследуемых контрольной группы определена неоптимальная статика, т.е. ассиметричное расположение скелетно-мышечной системы, которое в свою очередь влечет за собой и асимметричное развитие мышц в каждом из исследуемых регионов. В каждом из них наблюдалось отклонение от срединной линии вправо или влево. Это говорит о смещении центра тяжести в данном мышечном регионе относительно центра.

Выводы. На основе анализа полученных данных нами была разработана коррекционно-развивающая программа восстановления осанки у детей 10-12 лет с применением лечебного плавания и аквааэробики. Двигательная активность является мощным биологическим стимулятором жизненных функций растущего организма. Потребность в движениях составляет одну из основных физиологических особенностей детского организма и абсолютно необходима для его нормального формирования и развития. Физические упражнения создают новые условно-рефлекторные связи, которые быстро образуются благодаря высокой пластичности высшей нервной деятельности и интенсивности восстановительных процессов в детском возрасте.

Литература:

1. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново, 2006. – 112 с.
2. Громбах С.М. О критериях оценки состояния здоровья детей и подростков // Вестник АМН СССР. – 1991. – № 1. – С. 29-34.
3. Двигательная реабилитация при нарушениях осанки и сколиозе / Авт.-сост. Л.А. Скиндер, А.Н. Герасевич. – Брест, 2006. – 36 с.
4. Скиндер Л.А. Комплексная оценка функционального состояния мышц брюшного пресса у детей со сколиозом // Мир спорта. – 2007. – № 1. – С. 96-101.

Кобозева Л.С., г. Ессентуки, ГБОУ ВПО СГПИ
филиал в г. Ессентуки
Научный руководитель: Голякова Н.Н., к.пед.н.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ С УЧАЩИМИСЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

С каждым годом возрастает количество учащихся, отнесенных в соответствии с состоянием их здоровья к специальной медицинской группе. Такие учащиеся освобождены от общих занятий физической культурой и должны быть посещать специально организованные для таких детей занятия по физической культуре.

Процесс физического воспитания ослабленных детей сложен. Школьники, которые перенесли какие-либо заболевания, долгое время находятся в условиях дефицита двигательной активности, что дополнительно усугубляет состояние их здоровья. Это явление называют «гипокинетический синдром». Вместе с тем, современные знания в области физиологии, гигиены и клинической медицины свидетельствуют, что таким детям и подросткам особенно необходима двигательная активность. Но заниматься они должны по специальным программам, учитывающим показатели их здоровья, а также специфику имеющегося заболевания. Отличия в этиологии и патогенезе перенесенных заболеваний, различные локализации, характер и выраженность развившихся под влиянием патологического процесса нарушений определяют различия в методике занятий со школьниками по разным нозологическим группам [3, с. 5].

О.Н. Камышанова отмечает, что необходимы такие технологии, с помощью которых можно было бы эффективно проводить занятия с учётом анатомо-физиологических особенностей, физической подготовленности и тяжести заболевания каждого учащегося.

Целью таких занятий является интегральное (неразрывно связанное) физическое воспитание, включающее в себя коррекцию, оздоровление, сохранение и укрепление здоровья [1, с. 22].

Основными задачами физического воспитания учащихся специальной медицинской группы являются: улучшение состояния здоровья, повышение функционального уровня ослабленных болезнью органов и систем организма, физической и умственной работоспособности, иммунозащитных свойств организма, освоение двигательных умений и навыков, воспитание интереса к самостоятельным занятиям физической культурой.

Основной формой физического воспитания учащихся специальной медицинской группы является урок, который состоит из подготовительной, основной и заключительной частей. Однако продолжительность подготовительной и заключительной частей увеличивается по сравнению с обычным уроком физической культуры. В подготовительной части, которая длится до 20 минут, выполняются общеразвивающие упражнения в медленном и среднем темпе в чередовании с дыхательными упражнениями. Физическая нагрузка повышается постепенно; применяются такие упражнения, которые обеспечивают подготовку всех органов и систем организма к выполнению основной части урока. Основная часть урока длится 20-22 минуты. Задачами основной части урока являются: овладение двигательными умениями и навыками, развитие физических качеств (в соответствии с возможностями занимающихся). На занятиях используются гимнастические упражнения, которые позволяют точно дозировать физическую нагрузку, избирательно влиять на мышечные группы и суставы. Применяются также подвижные и спортивные игры, легкоатлетические упражнения. Полностью исключаются упражнения, связанные со статическими напряжениями, с натуживанием. Заключительная часть урока длится 3–5 минут. В ходе заключительной части урока выполняются ходьба в медленном темпе, упражнения на расслабление, упражнения для развития гибкости, дыхательные упражнения.

Детям с ослабленным здоровьем рекомендуется выполнять физические упражнения при частоте сердечных сокращений 120-130 уд./мин. Постепенно рекомендуется увеличивать интенсивность физических нагрузок в основной части урока и доводить частоту пульса до 140-150 уд./мин. [5, с. 205].

Учитель физической культуры контролирует нагрузку по частоте сердечных сокращений и по внешним признакам утомления (табл.1) [5, с. 230].

Таблица 1

Внешние признаки утомления

Признаки	Степень утомления		
	легкая	значительная	очень большая
Цвет кожи лица и туловища	Небольшое покраснение	Значительное покраснение	Резкое покраснение, побледнение, появление синюшности губ
Потливость	Небольшая, чаще на лице	Большая, головы и туловища	Очень сильная, выступление соли
Дыхание	Учащенное ровное	Значительное учащение, периодически через рот	Резко учащенное, поверхностное, появление одышки

Движения	Не нарушены	Неуверенные	Покачивания, нарушение координации движений, дрожание конечностей
Внимание	Безошибочное	Неточность выполнения команд	Замедленное выполнение заданий, часто на повторную команду
Самочувствие	Жалоб нет	Жалобы на усталость, сердцебиение, одышку и т.д.	Сильная усталость, боль в ногах, головокружение, одышка, шум в ушах, головная боль, тошнота и др.

Уроки в школе обязательно должны дополняться домашними заданиями по физической культуре, организацией правильного двигательного режима на переменах и физкультурными занятиями в группах продлённого дня (для учащихся начальных классов). В ряде школ учащиеся специальной медицинской группы занимаются совместно с детьми из основной и подготовительной групп на обычных уроках физической культуры. М.Д. Рипа и И.В. Кулькова отмечают, что это проще в организационном отношении, но сложнее в методическом. Авторы отмечают, что ослабленные дети, как правило, слабо координированы, недостаточно подвижны, упражнения выполняют неумело, стесняются, боятся ошибиться и стать предметом насмешек со стороны одноклассников. Учитывая вышесказанное, занятия с такими детьми лучше проводить отдельно от здоровых школьников. Это позволит избежать многих ошибок, как методических, так и педагогических [4, с. 10].

Регулярные занятия физической культурой по разным причинам могут прерываться. После таких перерывов необходимо снизить уровень физической нагрузки в 2-3 раза в зависимости от состояния здоровья и самочувствия учащегося [2, с. 17].

Одно из приоритетных направлений эффективного решения задач физического воспитания учащихся с ослабленным здоровьем – максимальное использование в учебном процессе физических упражнений, тщательно подобранных с учётом характера и тяжести заболеваний, физической подготовленности, пола и возраста занимающихся. Специально составленные комплексы упражнений, регулярно применяемые в сочетании с элементами гимнастики, лёгкой атлетики, плавания, спортивных и подвижных игр, позволяют целенаправленно влиять на состояние здоровья обучающихся, повышать их умственную и физическую работоспособность, формировать необходимые знания, умения и навыки здорового образа жизни. При этом необходимо строго соблюдать дидактические принципы обучения (сознательности, доступности, постепенности, повторяемости, индивидуализации, прочности). Крайне важно также учитывать особенности методики использования индивидуально подобранных физических упражнений при различных заболеваниях и дифференцированно подходить к каждому обучающемуся [4, с. 8].

Соблюдение вышеуказанных требований к организации и проведению занятий по физической культуре с учащимися специальной медицинской группы позволит повысить качество проведения занятий и будет способствовать укреплению здоровья учащихся.

Литература:

1. Камышанова О.Н. Организация занятий с учащимися специальной медицинской группы // Физическая культура в школе. – 2010. – № 4. – С. 22-23.

2. Коданева Л.Н. Методика физического воспитания учащихся специальной медицинской группы // Физическая культура в школе. – 2012. – № 2. – С. 16-19.

3. Программа по физической культуре. Специальная медицинская группа. 1-11 классы / Авт.-сост. Т.В. Дараева и др.; под общ. ред. М.Ю. Ушаковой. – М., 2010. – 216 с. (Образовательный стандарт).

4. Рипа М.Д., Кулькова И.В. Вновь о специальной медицинской группе // Физическая культура в школе. – 2012. – № 4. – С. 8-13.

5. Холодов Ж.К. Теория и методика физической культуры и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М., 2012. – 480 с.

Крученок О.И., г. Минск, Беларусь, БГУФК

Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

ИППОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД АДАПТИВНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ ВОСПИТАНИИ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) – группа патологических синдромов, возникающих вследствие внутриутробных, родовых или послеродовых поражений мозга и проявляющихся в форме двигательных, речевых и психических нарушений [3]. Детские церебральные параличи встречаются довольно часто: 1,7-1,9 на 1000 родившихся детей [1]. Из этого числа многие дети рождаются с умственными отклонениями и в дальнейшем недееспособны. Те же дети, интеллектуальное развитие которых не нарушено, физически малоактивны, в результате чего страдают различными дополнительными заболеваниями ОДА и внутренних органов. К тому же присоединяются и различные психические расстройства, вызванные особым отношением культурно невоспитанных сверстников [2]. Когда приходит время половой зрелости, юношам и девушкам с церебральным параличом довольно трудно найти спутников жизни. Все эти факторы накладывают отпечаток на психику, зачастую приводя к суицидам или уходу ребенка «в себя» [4].

Добиться хороших результатов довольно трудно. Проблема обостряется также нехваткой профессиональных кадров и недостатком внимания к таким детям. Формирование двигательной функциональной системы имеет важное значение в организации деятельности всего мозга, в развитии механизма интеграции есть взаимосвязи различных

функциональных систем, составляющих основу нервно–психической деятельности.

Целью данного исследования явилась оценка влияния разработанной коррекционно-развивающей программы с включением иппотерапии на развитие равновесия у детей 10-12 лет с атонически-астатической формой детского церебрального паралича.

Педагогическое наблюдение проводилось в процессе месячного периода занятий оздоровительной верховой ездой (с момента прихода ребенка до окончания месячного курса). Наблюдали за усвоением материала ребенком и отмечалось время выполнения упражнения, его желание тренироваться, наличие или отсутствие страха перед лошадью, отношение родителей к занятиям.

Для оценки уровня развития равновесия и меткости нами были использованы следующие методы тестирования:

Тест 1. Броски теннисного мяча.

Цель: оценить способность развития равновесия.

Оборудование: теннисный мяч, круг. Методика: испытуемый выполняет 10 бросков теннисного мяча с 3-х метров в круг диаметром 60 см, висящий на стене. За каждое попадание начисляется один балл. Оценка: учитывается количество баллов.

Тест 2. Броски баскетбольного мяча в корзину.

Цель: максимальное количество раз попасть баскетбольным мячом в корзину. Оборудование: баскетбольный мяч, корзина. Методика: выполнить 10 бросков баскетбольного мяча в корзину диаметром 50 см которая стоит на полу, на расстоянии 3 метра. Броски мимо не засчитываются. За каждое попадание начисляется один балл. Оценка: учитывается количество набранных балов.

Тест 3. Хлопки руками над головой и по бедрам ног.

Цель: удержать равновесие и руки над головой держать прямыми. Методика: И.п. – основная стойка. Выполнить 10 хлопков прямыми руками над головой и по бедрам ног за наименьшее время. Оценка: определяем время в секундах.

Тест 4. Упрощенная проба Ромберга на равновесие.

Цель: оценка способности удерживать положение стоя на одной ноге, максимальное время. Методика: испытуемый немного сгибает ногу в коленном суставе, оставаясь в упоре на ведущей ноге. Требуется простоять максимально возможное время. Оценка: определяем максимальное время выполнения теста.

Тест 5. Переброска мяча из правой руки в левую.

Цель: оценить способность координации движений. Оборудование: мяч. Методика: стоя на месте. Выполнить передачу мяча из правой руки в левую, без его потери (обязателен полет мяча). Оценка: засчитывается количество прикосновений двух рук в сумме.

В эксперименте приняли участие 16 детей в возрасте 10-12 лет,

страдающих атонически-астатической формой детского церебрального паралича.

Исследование проводилось на базе центра по оздоровительной верховой езде и иппотерапии, расположенного в поселке Тарасово Минского района.

В Беларуси имеются считанные базы по оздоровлению детей, страдающих различными отклонениями в состоянии здоровья. Одной из таких баз является частный центр оздоровительной верховой езды и иппотерапии, базирующийся в поселке Тарасово Минского района, который арендует министерство здравоохранения, и где работают специалисты реабилитационного центра в сотрудничестве с инструкторами по верховой езде. Занятия проводились дважды в неделю по 30 минут с каждым ребенком.

Испытуемые были разделены на две группы: контрольная (КГ) – 8 человек, занимающаяся по стандартной программе реабилитационного центра, и экспериментальная (ЭГ) – 8 человек, занимающаяся коррекционно–развивающей программой с включением иппотерапии по развитию равновесия на базе центра (куда их привозили родители) по разработанной нами программе (см. табл. 1).

В КГ вошли 8 детей разного пола в возрасте 10-12 лет с диагнозом ДЦП. В программу восстановления испытуемых контрольной группы входили: массаж спины ежедневно по 10-15 минут, упражнения игротерапии, занятия лечебной гимнастикой один раз в день по 10-15 минут, специализированные упражнение на развитие равновесия.

В ЭГ вошли 8 детей разного пола в возрасте 10-12 лет с диагнозом ДЦП. Применялись упражнения на расслабление, на растяжение, на укрепление мышц спины. Упражнения выполнялись как на стоящей лошади, так и на двигающейся медленным шагом (см. табл. 1).

Таблица 1

Коррекционно-развивающая программа с включением иппотерапии для развития равновесия у детей с ДЦП

Мероприятия	Дозировка
Иппотерапия	2 раза в неделю по 30 мин.
Упражнения игротерапии для развития тактильной чувствительности и координированных движений	2 раза в неделю по 15 мин.
Специализированные упражнения на развитие равновесия	2 раза в неделю по 5 мин.
Обучение умению целенаправленно управлять движениями в быту, формирование навыков самообслуживания	2 раза в неделю по 10 мин

В разработанной нами коррекционно-восстановительной программе для больных детей в ЭГ мы соблюдали следующие принципы иппотерапии:

– занятия ездой на лошади должны приносить радость, помогать здоровью, а также приучать ребенка к гуманному отношению к животному;

– все упражнения подбирались исключительно с учетом особенностей каждого ребенка, его заболевания, его психики;

– упражнения должны быть безопасны и вероятность травм следует снизить до минимума;

– сеансы подбирались с одинаковыми промежутками, потому что нерегулярность снижает пользу от упражнений;

– следует настроиться на достаточно долгий период восстановления, так как нормализация работы больных органов и суставов вероятна при достаточно длительном воздействии;

– занятия должны быть разнообразными: 90% упражнений давали постоянно для закрепления результатов, а 10% упражнений меняли для разнообразия;

– при составлении плана занятий использовали метод цикличности: более легкие упражнения перемежали с более сложными.

Тестовые исследования проводились совместно с инструктором по иппотерапии перед началом коррекционно-развивающей программы. Спустя месячный период занятий тестирование повторилось.

После проведения месячного курса занятий по иппотерапии мы провели те же контрольные тесты, что и в начале исследования и сравнили полученные результаты с показателями до педагогического эксперимента.

В таблице 2 приведены результаты контрольного тестирования уровня развития равновесия у взятых под наблюдения детей экспериментальной группы до начала и после окончания месячного цикла занятий АФК по разработанной нами коррекционно-развивающей программе, включающей иппотерапию.

Таблица 2

Показатели тестирования равновесия и меткости у детей с ДЦП при проведении занятий по коррекционно-развивающей программе

Тесты	До	После	$t_{факт.}$	P
Броски теннисного мяча, раз	5,37±0,56	7,87±0,44	3,50	<0,05
Броски баскетбольного мяча, раз	5,62±0,37	7,25±0,36	3,12	<0,05
Переброска мяча, раз	3,62±0,37	8,11±0,38	8,26	<0,001
10 хлопков, с.	16,2±0,49	12,6±0,37	5,87	<0,01
Проба Ромберга, с.	6,12±0,39	10,1±0,58	5,69	<0,01

Данные, представленные в таблице 2, однозначно доказывают, что под воздействием разработанной нами коррекционно-развивающей программы с месячным курсом занятий по иппотерапии произошло статистически достоверно выраженное улучшение уровня развития равновесия у наблюдаемых детей с атонически-астатической формой ДЦП в экспериментальной группе. Об этом свидетельствуют выраженное улучшение всех выполняемых контрольных тестов.

Это, в свою очередь, доказывает необходимость применения разработанной нами коррекционно-развивающей программы с включением иппотерапии на занятиях по адаптивной физической культуре у детей 10-12 лет с атонически–астатической формой детского церебрального паралича.

Под воздействием цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе с применением иппотерапии у детей 10-12 лет с атонически-астатической формой детского церебрального паралича было выявлено статистически достоверно выраженное улучшение показателей равновесия по всем контрольным тестам, а у детей контрольной группы не было выявлено статистически достоверного улучшения уровня развития равновесия.

Литература:

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М., 2009. – 112 с.

2. Костенко Ю.П. Клиническая и нейрофизиологическая характеристика детского церебрального паралича [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа: www.referun.com. – Дата: 03.04. 2014.

3. Меженина Е.П. Церебральные спастические параличи и их лечение. – Киев, 2006. – 233 с.

4. Семёнова К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских центральных параличей / К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин. – М., 2007. – 402 с.

Ланглиб Д.Ю., Соловьева Т.В., Фокин А.М., г. Санкт-Петербург, ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С ЗПР

Адаптивная физическая культура и спорт имеют огромную социальную значимость в отвлечении людей от своих болезней и проблем в процессе учебной, тренировочной и соревновательной деятельности, оказывая не только благотворное оздоровительное воздействие, но и играют важную роль в подготовке людей с ограниченными возможностями к дальнейшей самостоятельной жизни и труду [3,4].

Сегодня большое внимание уделяется развитию адаптивного спорта для лиц с интеллектуальными нарушениями, и это обусловлено несколькими факторами.

Во-первых, наибольшим количеством лиц с интеллектуальными поражениями по сравнению с лицами с другими нозологическими формами ограничений возможностей здоровья. Так, например, в мире насчитывается более 300 миллионов людей с интеллектуальной недостаточностью; умственная отсталость встречается в 9 раз чаще церебрального паралича, в 15 раз чаще полной слепоты, в 35 раз чаще мышечной дистрофии; более 70% от общего числа обучающихся в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях Российской Федерации составляют дети с нарушением интеллекта[5].

Во-вторых, огромным потенциалом адаптивного спорта как направления реабилитации, социальной интеграции и повышения уровня качества жизни.

В настоящее момент известны две международные организации, которые осуществляют тренировочный процесс и соревнования для лиц с нарушением интеллекта Special Olympics International и международная спортивная федерация для людей с нарушением интеллекта, распространившие свою деятельность во многих странах [6].

В рамках их деятельности проводятся соревнования по зимним и летним видам спорта, например: как лыжный спорт, горнолыжный, легкая атлетика, баскетбол, теннис, волейбол, футбол и др. [2].

Футбол относится к особо популярным видам спорта, который позволяет не только задействовать большое количество участников, но и решать основную задачу по адаптации людей, имеющих отклонения в умственном развитии, к физическим и социальным условиям окружающей среды [1].

Однако проблема заключается в том, что не в полной мере выявлены и систематизированы подходы к организации занятий футболом, связанные со спецификой ментальных нарушений у людей разных возрастных групп, также существует дефицит адаптированных программ, научно–обоснованных методик по спортивной подготовки в футболе для умственно отсталых людей.

С целью изучения особенностей в организации занятий футболом с людьми, имеющими нарушения интеллекта, мы использовали данные, представленные Специальным Олимпийским Комитетом (СОК).

Занятия футболом организуются в специальных коррекционных школах (СКШ), детских домах–интернатах (ДДИ), психоневрологических интернатах (ПНИ), центрах социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов (ЦСРИДИ) и др.

Официальная статистика учреждений и количество занимающихся футболом в возрасте от 8 – 22 лет и старше г. Санкт–Петербурга, участвующих в соревнованиях по футболу 20013–2014 гг. (см. табл. 1).

Таблица 1

Статистика учреждений, участников соревнований по футболу

Название учреждения	Количество	Возрастная категория
СКШ VIII вида	16	От 8 до 17
ПНИ	4	От 22 и старше
ЦСРИДИ	2	От 22 и старше

Общее количество участников соревнований по футболу более 2 000 человек, и около 50 специалистов, работающих с данным контингентом воспитанников.

На сегодняшний день футбол для людей с нарушением интеллекта представлен несколькими видами: Футбол 7Х7, Футбол 11Х11, Юнифайд-футбол (или объединённый футбол), мини-футбол (см. табл. 2).

Таблица 2

Статистика команд-участниц в различных видах футбола

Вид футбола	Число команд	Возраст
Мини–футбол	10 14 10	12–15 16–21 22 и старше
7х7 футбол	10	выпускники
11х11 футбол	Сборная СПБ	18 и старше
Юнифайд–футбол	4	22 и старше

В рамках рассматриваемой проблемы нами было проведено исследование по выявлению специфики в организации и проведении занятий футболом, в котором приняли участие учителя по адаптивной физической культуре, тренеры, инструкторы по адаптивной физической культуре специализированных коррекционных образовательных учреждений, психо-неврологических интернатов, центров социальной реабилитации г. Санкт-Петербурга (10 человек). В результате проведенного опроса были получены следующие результаты.

Все респонденты обучают своих воспитанников игре мини-футбол, так как, на сегодняшний день, мини-футбол (футзал) является самым популярным и доступным видом среди воспитанников с умственной отсталостью. Свой выбор они аргументировали следующими причинами:

1. В учреждении есть спортивный зал, в котором можно организовать тренировочный процесс по мини-футболу.

2. Игра проводится с меньшим количеством участников на поле (5 Х 5), что позволяет им взаимодействовать с меньшим количеством игроков, вследствие чего проще находить правильное решение, контролировать как свои действия, так и действия партнёров.

3. Ограниченная площадь позволяет лучше ориентироваться в пространстве.

4. Отбор в команду осуществить легче, потому что количество участников в мини–футболе до 7 человек, (увеличение количества воспитанников с более тяжелой степенью нарушения интеллекта, вследствие этого много ограничений и противопоказаний, в том числе и к занятиям по футболу).

На вопрос о программно–методическом обеспечении 80% респондентов ответили, что учебных программ по футболу для лиц с нарушением интеллекта нет, поэтому приходится адаптировать стандартную программу для здоровых футболистов, с учетом психических и физических особенностей своих воспитанников.

Две третьих опрошенных считают, что воспитанники должны работать на результат. На наш взгляд, на данном этапе развития футбола для этой категории людей существуют противоречия связанные с явной «спортизацией» этого направления, хотя главной задачей является адаптация и социализация таких людей в общество, а также формирования у них коммуникативных навыков.

Практически все респонденты указали на необходимость дополнить свои знания средствами и методическими приемами для повышения эффективности при обучении техники и коллективным действиям в игре, так как имеют определенные сложности.

Опрос показал, что формирование групп для занятий футболом осуществляется по нескольким критериям: по возрасту: 9-12, 12-15; 16-21 и 21 и старше; по степени тяжести диагноза (легкой и умеренной степени тяжести); по уровню физической подготовленности (противопоказания); по желанию, заинтересованности воспитанников.

В ходе исследования были выявлены особенности организации учебно–тренировочного процесса в футболе (см. табл. 3).

Таблица 3

Сравнительный анализ организации занятий по футболу у условно здоровых игроков и игроков с нарушением интеллекта

Условно здоровые воспитанники	Воспитанники с нарушением интеллекта
Количество занятий в неделю	
4-5	2-3
Продолжительность тренировочного занятия	
1,5-2 часа	45 минут – 1,5 часа
Наполняемость групп	
17-20	10-12

Проведенное анкетирование специалистов, а также педагогическое наблюдение за особенностями организации тренировочного процесса команды «Сириус» детского дома-интерната №11 Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга позволил сформулировать и обобщить рекомендации по организации занятий футболом для людей с нарушением интеллекта.

1. На *начальном этапе* обучения следует уделять больше времени тренировочным упражнениям в технике с тем, чтобы затем успешно обучать тактике игры.

2. Активное участие тренера в учебно-тренировочном процессе, личный пример и показ упражнений.

3. Для повышения интереса у занимающихся использовать подвижные игры с элементами футбола по упрощенным правилам.

4. Обучение основным элементарным техническим приемам, а именно: удар по воротам, точный пас, введение мяча.

5. Обучение элементарным тактическим комбинациям, а именно – индивидуальным тактическим действиям, а так же групповым взаимодействиям 2 или 3 игроков.

6. Увеличение частоты повторений при освоении технических приемов и тактических действий.

7. Ограничение маркировкой перемещений игроков при обучении технико-тактическим действиям.

8. Обучение только одного технического приема или комбинации во время тренировочного занятия.

9. Установление и выдерживание в каждой тренировке неизменного четкого алгоритма последовательности действий.

10. Избегать монотонности и однообразия (частая смена заданий).

11.С целью реализации индивидуального подхода желательно привлекать к тренировочному процессу дополнительно помощника.

Таким образом, особенности организации занятий футболом с лицами, имеющими нарушения интеллекта в современных условиях обусловлены как спецификой развития двигательной и интеллектуальной сферой занимающихся, ограничивающей арсенал технических и тактических приемов, который может быть освоен занимающимися, так и спецификой имеющейся в распоряжении материально технической базы, уровнем подготовки специалистов и их штатным составом в коррекционных учреждениях.

Литература:

1. Андреев С.Н. Мини-футбол. Многолетняя подготовка юных футболистов в спортивных школах – М., 2008. – 304 с.

2. Брискин Ю.А., Евсеев С.П., Передерий А.В. Адаптивный спорт. – М.: Советский спорт, 2010. - 316 с.

3. Веневцев С.И. Адаптивный спорт для лиц с нарушением интеллекта / С.И. Веневцев. – М., 2004. – 90 с.

4. Евсеев Д. С. , Евсеев С. П. Концепция дополнительного образования в области адаптивной физической культуры /Д. С. Евсеев, С. П. Евсеев. //Адаптивная физическая культура. – 2004. –№4 (20). – С. 2-9.

5. Евсеев С.П. Адаптивный спорт для лиц с интеллектуальными нарушениями: состояние и перспективы развития // Адаптивная физическая культура. – 2012. – № 2. – С. 2-11.

6. Литош Н.Л., Парыгин Е.П. Спортивная подготовка в мини-футболе юношей 11-16 лет с нарушением интеллекта // Адаптивная физическая культура. – 2010. – № 4. – С. 45-53.

Мачнева Е.С., г. Минск, Беларусь, БГУФК

Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

РАЗВИТИЕ ОРИЕНТИРОВКИ В ПРОСТРАНСТВЕ ЭЛЕМЕНТАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Адаптивное физическое воспитание использует наиболее эффективные средства, позволяющие укреплять здоровье, совершенствовать телосложение и функциональные возможности человеческого организма, формировать систему специальных знаний, двигательных навыков и умений. Все многообразие средств адаптивного физического воспитания реализуется в интересах личности, с помощью специфических и общепедагогических методов [2].

Методические приемы развития способности к пространственной ориентации направлены на формирование необходимых знаний и

двигательных умений с помощью зрительных, слуховых, тактильных, кинестетических представлений, являющихся ориентировочной основой действий в замкнутом или открытом пространстве [1].

Необходимость поиска новых средств, организационно-методических подходов, имеющих коррекционно-компенсаторную направленность в процессе адаптивного физического воспитания с учетом физического, психомоторного развития детей дошкольного возраста с нарушениями слуха обусловило актуальность нашего исследования.

Цель исследования – изучить влияние коррекционно-развивающей программы (КРП) на развитие ориентации в пространстве у детей с нарушением слуха.

Исследование проходили 16 человек в возрасте 5-6 лет, из них 8 было в экспериментальной группе – ЭГ (3 девочки, 5 мальчиков) и 8 в контрольной группе – КГ (3 девочки, 5 мальчиков). Участники имели диагноз двухсторонняя нейросенсорная тугоухость 2 степени.

С помощью проведенного анализа научно-методической литературы по проблеме исследования был определен комплекс методов исследования. Затем был проведен педагогический эксперимент, в ходе которого в контрольной и экспериментальной группах проводилось тестирование уровня развития ориентации в пространстве с помощью одних и тех же тестов (статистически достоверные различия между группами выявлены небыли).

После чего контрольная группа занималась по стандартной программе ясли-сада для детей с нарушением слуха.

Для экспериментальной группы была разработана коррекционно-развивающая программа по развитию ориентации в пространстве для детей с нарушением слуха, включающая поэтапные упражнения, подвижные игры, эстафеты. Занятия разделены на три этапа, 6 занятий в каждом этапе. Обязательным для детей было выполнение домашнего задания, в качестве которого были упражнения на футболе.

После получения результатов в процессе педагогического эксперимента осуществлялась обработка, анализ, обобщение полученных результатов и оформление их в таблицы.

В таблицах 1-2 приведены результаты тестирования уровня развития ориентации в пространстве у детей экспериментальной группы до начала и после окончания проведения цикла занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 1

Показатели ориентации в пространстве (динамические тесты) у детей ЭГ при проведении занятий по разработанной КРП

ТЕСТЫ	До	После	$t_{факт.}$	$t_{крит.}$	P
«Челночный бег 3*10м», с	11,3±0,30	10,3±0,17	2,17	2,37	>0,05
«Прыжки по кочкам», с	17,9±0,50	15,6±0,45	2,45	2,37	<0,05
«Бег змейкой», с	11,4±0,49	9,45±0,24	2,65	2,37	<0,05

«Весёлая юла», с	11,8±0,57	10,2±0,51	1,43	2,37	>0,05

Из данных, представленных в таблице 1 видно, что под воздействием разработанной КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей ориентации в пространстве у детей экспериментальной группы.

Таблица 2

Показатели ориентации в пространстве (статические тесты) у детей ЭГ при проведении занятий по разработанной КРП

Тесты	До	После	$t_{факт.}$	$t_{крит.}$	P
«Сбивание кегель», шт	6,8±1,86	10,8±1,36	1,24	2,37	>0,05
«Точность попадания», шт	2,0±0,20	4,00±0,20	4,95	2,37	<0,01
«Теппинг-тест», точки	7,0±0,61	9,50±0,51	2,25	2,37	>0,05
«Закончи изображения», с	9,7±0,20	6,94±0,33	5,15	2,37	<0,01

По представленным в таблице 2 результатам тестирования ориентации в пространстве для детей ЭГ после проведения занятий по разработанной КРП наблюдается статистически достоверное улучшение физических качеств данной группы детей, что доказывает положительное влияние разработанной КРП на развитие физических качеств у детей с нейросенсорной тугоухостью 2 степени.

По полученным в ходе исследования результатам можно сделать следующие выводы:

1. Для развития ориентации в пространстве у детей с нарушением слуха разработана коррекционно-развивающую программа, включающая поэтапные упражнения, подвижные игры, эстафеты.

2. По результатам проведенного исследования выявлено статистически достоверное улучшение показателей ориентации в пространстве у детей с нейросенсорной тугоухостью 2 степени, занимающихся по разработанной программе. Это позволяет нам рекомендовать её использование на занятиях по адаптивной физической культуре для развития ориентации в пространстве данной категории детей.

Литература:

1. Специфика работы педагога с детьми, имеющими нарушения слуха. – Новокуйбышевск, 2008. – 150 с.

2. Хода Л.Д. Физическая реабилитация глухих детей 4-7 лет Республики Саха (Якутия) / Л.Д. Хода, В.К. Звездин. – Нерюнгри, 2001. – 160 с.

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

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Проблема реабилитации детей с ОВЗ очень актуальна на сегодняшний день. В Российской Федерации регистрируется стабильная направленность

увеличения детской инвалидности. Лишь за последнее десятилетие количество детей–инвалидов возросло более чем в 2 раза.

Разработана система с целью установления главных течений государственной и социальной работы согласно совершенствованию концепции общественного приспособления и многосторонней помощи ребят с отклонениями в развитии способами и средствами физической культуры.

Анализ детской инвалидности и физических специфик формирования организма в преждевременном онтогенезе демонстрирует важность материальной инициативности детей равно как основные принципы формированияего моторных, координационных и умственных свойств.

В концепции единой помощи и социальной адаптации и реабилитации детей с проявленной патологией немаловажная роль должна быть отведена использованию финансов и способов материальной культуры, стремительно-моторным (мускульные, координационные и развивающие примеры), гигиеничным и укрепляющим событиям [1, с 38].

Значение движений для организма так огромно, что моторная динамичность выделена равно как ведущее свойство существования.

Двигательно-мышечные чувства лежат в основе знания находящейся вокруг реальности, с их поддержкой в сознании лица отражаются пластические и численные отличительные черты объекта.

Совершенствование материальной инициативности детей-адаптантов, подготовка моторных умений и увеличение степени его тренированности отнюдь не цель, а только лишь один из элементов желанного итога, включающего надежды, отношения и деятельность, а кроме того приобретение положительных эмоций в процессе обучения и тренировок [2, с.18–21]. При этом процесс реабилитации считается основным и более значимым. Эластично подстраиваясь под реальные способности индивидуума, он может помочь ребёнку с интеллектуальными и физиологическими лимитированиями приспособиться к определенным и регулярно меняющимися условиям среды [3, с. 92].

Физические способности детей при мышечной деятельности формируются морфофизиологической зрелостью основной нервной системы, двигательного анализатора совместно с исполнительным механизмом, мобильностью вегетативных действий, которые обеспечивают рациональные требование с целью мышечной работы, и накопленным навыком. Только лишь рациональная организация двигательной работы способна содействовать укреплению здоровья, физическому и всестороннему формированию растущего организма.

В блоке оздоровительных трудностей и профилактики болезней рационально отметить концепцию физкультурно-оздоровительной помощи равно как независимое научное, педагогическое, сервисно-техническое и социальное направление.

Под физкультурно-оздоровительной реабилитацией детей-инвалидов подразумевается мультифакториальная концепция осуществления

естественных возможностей детей на основе активизации целенаправленной мышечной деятельности; процедура и концепция событий, нацеленных на возобновление и компенсацию односторонних материальных способностей и умственных возможностей, на увеличение психоэмоциональной стабильности и адаптационных резервов организма реабилитанта средствами физической подготовки и спортивной тренировки.

Определяющим началом эффективного реабилитационного (абилитационного, коррекционного, адаптационного) процесса считается возможно преждевременное диагностирование отклонений в формировании физических качеств, воспринимающих анализаторов или интеллекта детей с учетом медицинских свидетельств и противопоказаний к занятиям физическими упражнениями и спортом.

Для точного подбора физических упражнений и прочих средств физической культуры с целью развития физических качеств, укрепления здоровья и улучшения детей с умственными и физиологическими лимитированиями важно непрерывное медицинское контролирование и педагогический контроль, квалифицированное определение показаний и противопоказаний к физическим упражнениям и спортом.

Влияние оздоровительно-физкультурных мероприятий на детей-инвалидов считается сложным и проявляется в следующем: психологическом влиянии, посредством увеличения тонуса и благоприятного усовершенствования психологического состояния; тонизирующем влиянии с помощью усовершенствования всеобщего жизненного тонуса и достижения наилучшего подходящего состояния органов и систем организма; многофункциональном влиянии, что характеризуется повышением физической деятельности организма и его приспособляемости к физической нагрузке. В одних вариантах многофункциональное влияние может являться прямым – в отношении опорно-двигательного аппарата, органов кровообращения, дыхания, в иных – непрямым: на органы пищеварения, выделительную и другие системы; при структурном либо морфологическом влиянии, проявляющемся в стимулировании трофических процессов, предотвращении гипертрофии мускулов, улучшении кровообращения в органах и системах; поддерживающем воздействии, для которого свойственны высокая приспособляемость организма к градационной физической нагрузке и поддержание созданных вследствие регулярных занятий двигательных умений и стереотипов. Двигательные способности инвалид способен легко потерять, в случае если тренировочные занятия будут прерваны; компенсирующее влияние проявляется в улучшении единичных организаций и режимов, что вызывается потребностью смены определенных потерянных функций.

Систематические занятия физическими упражнениями содействуют укреплению здоровья посредством усовершенствования работы сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, обмена веществ, увеличения устойчивости организма к действию простудного фактора.

Уровень физической подготовленности детей с умственными и физическими ограничениями определяется совокупностью показателей реакции организма на физическую нагрузку. При этом характерные отличительные черты физиологии двигательной активности адаптанта сопряжены с некоторыми группами факторов: болезненными действиями, касающимся фактически всех систем организма; дегенерацией мышечной ткани из-за неполной, либо абсолютной денервации; патологией согласованности в работе мышц-синергистов и антагонистов; сложностью в пространственной ориентации и координации, восприятии данных, выдаче и исполнении команд управления и др.

Особенно целесообразна в жизнедеятельности детей с умственными и физическими ограничениями профилактика недостатка двигательной активности. Это обусловлено тем, что ребенок-инвалид чаще всего считается объектом вынужденного воздействия отрицательных условий гиподинамии и гипокинезии (сокращение размера и интенсивности двигательной деятельности, незначительный уровень расходов в мышечную работу, облегчение и обеднение координационной двигательной деятельности) низкий уровень затрат на мышечную работу, упрощение и обеднение координационной двигательной деятельности) [4, с. 15].

Принимая во внимание немаловажную недостаточность детей-инвалидов в возможностях посещения различных спортивных, рекреационных и туристических событий, необходимо в большей мере применять физкультурно-оздоровительные технологии и оптимальные сложные комплексы физических упражнений, разрешающие осуществлять обучения в автономных обстоятельствах вне зависимости от месторасположения и наличия тренажеров и оснащения.

Основные утверждения перспективной программы согласно обеспечению реабилитации инвалидности и многосторонней помощи детей-инвалидов средствами и методами физической культуры обязаны содержать последующее:

– разработку и формирование подходящей структуры государственного и социального управления и организационных конфигураций физической культуры и спорта инвалидов;

– формирование в Российской Федерации сети областных центров, трудящихся под единым методичным началом и согласно согласованным программам. Основой работы подобных центров должно являться осуществление прогноза физиологического самочувствия, корректировки моторной инициативности ребят-инвалидов;

– формирование концепции постоянного физкультурного создания инвалидов и подготовки кадров из инвалидов и не инвалидов;

– формирование консолидированного информативного «банка данных» согласно проблемам материальной культуры и спорта инвалидов;

– создание адекватных моделей инвалидности в области физической культуры и спорта (биомеханические, физиологические, анатомические, антропометрические, гигиенические, психические, педагогические и др.);

– создание научно аргументированных методичных советов согласно конфигурациям и режимам занятий детей-инвалидов;

– формирование индустрии технических средств и снаряжения для инвалидов (сертификация, изготовление, введение, гарантийное специацльное обслуживание);

– формирование структуры досугово-оздоровительных центров, стандартных методик «зеленых коридоров», водных акваторий, рекреационных и туристических структур с учетом нужд инвалидов разных категорий [1, с. 186].

Решение реабилитационных и предупредительных физкультурно-оздоровительных и спорт вопросов детей-инвалидов складывается в настоящем совершенствовании вида и свойства их существования, в расширении физкультурных адаптационных возможностей, а отнюдь не в номинальном увеличении финансовых расходов и количества «цивилизованно-многочисленных событий». Поэтому, необходимы намеренно созданные, аргументированные и испытанные в уровне опыта проекта интегрирования детей-инвалидов в обыкновенную социокультурную жизнедеятельность.

Литература:

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. – М., 2003. – 368 с.

2. Выдрин В.М. Физическая рекреация – вид физической культуры // Культура физическая и здоровье. – 2004. – № 2. – С. 18-21.

3. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А.Власова, М.С. Певзнер. – М., 1973. – 175 с.

4. Касаткин В.Н. Комплексная программа здоровья // Школа здоровья. – № 3. – 1999. – С. 15.

Нефедов К.Ю., Соловьева Т.В., Фокин А.М., г. Санкт-Петербург, ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ ПРИЁМОВ БАСКЕТБОЛИСТАМИ КОЛЯСОЧНИКАМИ

В последнее время достаточно чётко сформировались основные положения государственной политики в области социальной защиты инвалидов [3], направленных на максимально возможную их интеграцию в общество, и определяющих систему взаимодействий различных социальных институтов.

Среди социальных институтов, участвующих в этом процессе, особенная роль принадлежит адаптивному спорту. Вместе с тем, система социальных взаимодействий в адаптивном сорте представляет собой сложно

организованный процесс, который предполагает не просто приобретение новых социальных ролей и норм поведения, но еще и ломку прежних стереотипов на фоне трудной жизненной ситуации. В связи с чем, одной из существенных научных задач, которая требует решения, является педагогическая оценка возможностей спортивной тренировки в социально-психологической адаптации лиц с ограниченными возможностями.

Анализ научно-педагогической литературы по адаптивной физической культуре и обобщение практики позволили выделить в действующей системе адаптивного спорта значимую роль спортивных игр [4], в том числе и баскетбола [1]. Спортивная деятельность существенно повышает социальный статус инвалида, создаёт дополнительные предпосылки расширения его социально-пространственной мобильности [2].

В командно-игровых видах реализация социально-пространственной мобильности спортсмена-инвалида происходит на индивидуально-личностном уровне и на уровне малой социальной группы, каковой является баскетбольная команда [5].

Соревновательная деятельность в баскетболе протекает в экстремальных условиях, требующих от личности больших физических, моральных и психологических усилий. Одним из важных факторов, определяющих высокие достижения в баскетболе, является успешность выполнения технических приемов (броска мяча в корзину). Бросок мяча в корзину является основным элементом игровой деятельности баскетболистов колясочников.

Однако низкая эффективность использования в баскетболе на колясках методик, разработанных для баскетбола, заключается в том, что в них средства и методы повышения точности бросков квалифицированных баскетболистов не соответствуют особенностям соревновательной деятельности баскетболистов-колясочников, не учитывают специфические факторы, влияющие на изменение точности бросков.

Интенсивная физическая нагрузка на плечевой пояс, спину, мышцы рук и кистей баскетболистов-колясочников является одним из основных факторов быстрого возникновения утомления данных групп мышц, что существенно снижает эффективность в соревновательной деятельности. Одним из эффективных способов восстановления работоспособности могут быть средства, направленные на снижения мышечного утомления баскетболистов-колясочников.

С целью повышения эффективности выполнения технических приемов баскетболистами колясочниками был проведен эксперимент, который проходил на базе баскетбольного клуба инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата (БасКИ, Санкт-Петербург). В эксперименте приняло участие 16 человек, из них 10 спортсменов имеют 1 группу инвалидности, 4 спортсмена – 2 группу инвалидности, 2 спортсмена – 3 группу инвалидности. Большинство членов команды имеют травмы и заболевания позвоночника.

В ходе опроса тренерского состава и игроков был выявлен наиболее значимый фактор, влияющий на точность броска мяча в корзину. 55% респондентов считают, что это утомление, 42% считают, что это психологическое состояние спортсмена и 3% отмечают влияние внешних факторов.

При этом необходимо отметить, что многие специалисты считают, что факторы утомления и психологическое состояние в равной степени влияют на снижение точности броска мяча в кольцо.

В ходе исследования нами был проведен сравнительный анализ динамики изменения точности бросков в ходе игры у здоровых спортсменов и баскетболистов-колясочников (см. табл.1).

Таблица 1

Сравнительный анализ динамики изменения точности бросков в кольцо в ходе игры здоровых спортсменов и баскетболистов на колясках

Четверть	Результативные попадания (%)	
	Здоровые спортсмены	Баскетболисты колясочники
1 четверть	40	45
2 четверть	26	41
3 четверть	35	35
4 четверть	20	36

В таблице не учтен процент результативных попаданий штрафных бросков

Проводя анализ динамики изменений точности бросков, мы видим, что во второй, третьей и четвертой четвертях происходит резкое снижение точности. Видимо, что в этот период наступает утомление, которое нарушает динамику двигательной деятельности и мешает точному воспроизведению движения.

Решение проблемы восстановления специальной работоспособности спортсменов в процессе тренировочной и соревновательной деятельности имеет свои особенности, связанные с характером спортивной деятельности. В связи с чем был разработан специальный комплекс упражнений, направленный на снижение утомления, мышц участвующих в выполнении броска.

Разработанный комплекс состоит из 4 упражнений, каждое из которых преимущественно направлено на одну из групп мышц, участвующих в выполнении бросков (см. табл.2).

Таблица 2

Комплекс упражнений, направленный на снятие мышечного напряжения

№ упр.	Дозировка	Организационно-методические указания
1.	3-5 раз (каждый подход не менее 10 сек)	Для расслабления позвоночника в разгибании – положите руки правой ладонью на тыл левой, поднимите горизонтально локти, подставьте тыл правой ладони под подбородок. Голова находится в нейтральном положении. Теперь надавите подбородком на тыл правой ладони, удерживая ей голову от сгибания. Почувствуйте, как начинает напрягаться позвоночник. Доведите это напряжение, дозируя силу, до нужного вам отдела позвоночника, например поясницы. Создайте ментальный аккорд – направив максимум своего внимания в выбранную зону. Напрягайтесь 5–7 секунд (считая 1,2,3…). Расслабьтесь. Подождите 3 секунды. Ощутите, как расслабились в спине мышцы сгибатели и как вам легко разгибаться.
2.	3-5 раз (каждый подход не менее 10 сек)	Для расслабления сгибания – положите сцепленные ладони позади вашего затылка. Локти поднимите, расположив горизонтально. Голова в нейтральном положении. Выполняйте этапы 1го упражнения, удерживая голову теперь от разгибания. 5–7 секунд напряжения в разгибании. 3 секунды расслабления.
3.	2-3 раза (Каждый подход не менее 10 секунд)	Для расслабления поворота налево. Расположите открытую правую ладонь (рука разогнута в лучезапястном суставе на 90 градусов) по наружной стороне лица справа с упором основания ладони в щеку и подбородок. Локоть расположен горизонтально. Повторяйте этапы упражнения 1, удерживая голову от поворота направо. 5–7 секунд напряжения, 3 секунды покоя.
4.	3-5 раз (каждый подход не менее 10 сек)	Для расслабления поворота направо. То же, что и упражнение 3, но создавать напряжение мышц, удерживая голову и шею от поворота налево. Движения нет, мышца напряжена. Выполнение. Отдых. Повтор.

Выполнение данного комплекса требует определенных условий:

- упражнения выполняются в определенной последовательности;
- обязательное соблюдение дозировки по времени выполнения;
- по принципу от дистальных отделов к проксимальным.

Разработанный комплекс был включен в тренировочный процесс с целью обучения баскетболистов колясочников, правильной техники его выполнения. В течении месяца спортсмены применяли комплекс упражнений, преимущественно в конце подготовительной и основной части тренировки. В дальнейшем данный комплекс был внедрен в соревновательную деятельность спортсменов ФСК БасКИ.

Эффективность разработанного комплекса оценивался по результативности в точности бросков на протяжении пяти игр с участием баскетболистов-колясочников (см. табл.3).

Таблица 3

Оценка динамики эффективности выполнения бросков до и после разработанного комплекса упражнений*

Четверть	Результативные попадания (%)	
	До применения комплекса упражнений	После применения комплекса упражнений
1 четверть	45	50
2 четверть	41	43
3 четверть	35	40
4 четверть	36	37

*В таблице не учтен процент результативных попаданий штрафных бросков

Разработанный комплекс упражнений применялся спортсменами при нахождении на замене, в различных паузах, возникающих в ходе матча, и в регламентируемых перерывах между четвертями. Упражнения оказались достаточно эффективны и улучшили количество успешных попаданий при броске мяча в корзину в процессе игровой и соревновательной деятельности.

Литература:

1. Вселюбский Г.А., Портных Ю.И., Несмеянов А.А. Игровая реабилитация на базе баскетбола пострадавших с нарушениями двигательной функции нижних конечностей // Питербаскет. Спорт XXI века, 2004. – Режим доступа: http://piterbasket.com/ public5.shtml (дата обращения: 02.04.2014).

2. Дудкин Г.В. Медико-социальный потенциал адаптивного спорта: автореф. дис. . канд. социол. наук. – Волгоград, 2006. – 25 с.

3. Малофеев Н.Н. Становление и развитие государственной системы специального образования в России: автореф. дис. ... д-ра пед. наук. – М., 1996. – 81 с.

4. Малышев А.И. Коррекция стрессорной реакции инвалидов после ампутации нижних конечностей средствами адаптивной физической культуры: дис…. канд. пед. наук. – М., 2002. –174 с.

5. Митин А.Е. Спортивная тренировка в социально-психологической адаптации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата: на примере баскетбола: автореф. дис. ... канд. пед. наук. – СПб., 2007. – 22 с.

Панежина Ю.В., г. Ставрополь, ГБОУВПО СГПИ
Научный руководитель: Магомедов Р.Р., д.пед.н.

ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕРЕСА К ЗАНЯТИЯМ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

В культуре и педагогике разных народов физическое развитие, здоровый образ жизни и воспитание всегда занимало важное место.

От того, что будет заложено в человека с самого раннего детства, будет зависеть в последующем его отношение к самому себе, своей жизни, положению в обществе и образу жизни

Передовые русские педагоги и общественные деятели всегда уделяли большое внимание вопросам физического воспитания детей. К правильной

постановке физического воспитания с самого раннего детства призывал В.Г. Белинский, Н.А. Добролюбов, Н.Г. Чернышевский [2, с. 5].

С развитием цивилизации роль физической культуры в жизни общества существенно возрастает. Причина этому – негативные последствия современной цивилизации: гиподинамия, ухудшения экологии, распространение курения, алкоголя, наркотиков и т.п. К тому же все более возрастающий ритм жизни требует от людей хороших психофизических кондиций [1, с. 15].

Учитывая актуальность данной проблемы и недостаточную ее разработанность, нами была избрана следующая тема: «Формирование интереса к занятиям физической культурой», которая раскрывается на примере учащихся общеобразовательной школы №9 г-к. Кисловодска.

Целью нашей работы является – содействие всестороннему развитию личности путем формирования интереса к занятиям спортом, а основными задачами:

- охрана и укрепление здоровья детей;
- формирование жизненно необходимых двигательных умений и навыков ребенка в соответствии с его индивидуальными особенностями, развитие физических качеств;
- воспитание потребности и умения самостоятельно заниматься физическими упражнениями;
- приобретение необходимых знаний в области физической культуры и спорта;
- содействие воспитанию нравственных и волевых качеств, развитию психических процессов и свойств личности.

Зная, что в настоящее время (начиная примерно со второй половины XX века) в физическом и нравственном развитии молодежи имеются серьезные проблемы (ухудшение здоровья, заболеваемость, неудовлетворительное физическое развитие; эпидемическое распространение курения, алкоголя, наркотиков; увеличение числа психически нездоровых молодых людей, групп молодежи с девиантным поведением), к тому же в широкой печати сообщается о наиболее распространенных болезнях молодежи: хронические болезни желудка и органов дыхания, зрения, нарушение осанки и др. – можно сделать пугающие выводы о том, что очень мало детей школьного возраста практически здоровы. Эти заболевания есть прямой результат образа жизни, в которой для многих на первом месте «психотропные удовольствия» [3, с. 23].

В процессе работы с детьми мы увидели, что очень малая часть занимается спортом, в основном всё их свободное время занято умственным трудом.

Для проведения диагностических исследований были привлечены администрация школы, классные руководители, школьный врач, родители,

Диагностика исследования показала, что значительная часть школьников (25%) ведет нездоровый образ жизни. Выяснили причины – это

недостаточность физических нагрузок, пребывание в закрытом помещении, в том числе у компьютера, отсутствие контактов с живой природой, нездоровое питание, отсутствие социально ценной деятельности, смысла жизни, пустое времяпрепровождение, табак, пиво.

Выяснили и другие две основные группы причин нездорового состояния школьной молодежи. Это социальные и педагогические причины. К первым отнесли общее социально-экономическое положение в России, низкий уровень жизни родителей учеников и нездоровая морально-психологическая атмосфера в обществе, в том числе безответственное поведение взрослых.

Среди педагогических причин были названы такие:

перегрузка учебного плана школы, мало уроков физкультуры и внеурочных оздоровительных и спортивных занятий; не было условий проводить уроки физкультуры на воздухе. Все сказанное сделало проблему физического воспитания сложной и комплексной.

Проведя констатирующий эксперимент и получив не утешительные данные мы поняли, что решить общую проблему здорового образа жизни школьников возможно путем использования информационных технологий и наглядных примеров в лице их сверстников, подняв интерес к занятиям спортом.

Чтобы формировать интерес к занятиям физической культуры необходимо как можно чаше обращать внимание детей на наиболее развитые виды спорта в своем городе, крае. Для каждой полосы России характерны свои виды спорта мы хотим обратить внимание на наиболее развитые виды спорта в г-к. Кисловодске.

В каждом учебном году проводится Спартакиада учащихся школ города – курорта Кисловодска. В неё входят наиболее развитые в городе виды спорта. Такие как:

1. Легкая атлетика. Наиболее масштабный и зрелищный вид спорта. Проводится на стадионе и включает в себя классическую программу легкой атлетики, соревнования проходят в два дня за каждый вид программы участники получают очки по сумме которых определяется место школы в общем зачете. Таким образом идет не только личная но и командная борьба привлекающая к себе большое внимание.

2. Туризм. Уникальный рельеф Кавказа и поэтому развиты пешеходный, горный туризм, скалолазание. Наибольшей пик развития туризма в нашем городе пришелся на 60-80 года, после перестройки 90-х годов туризм был забыт, и только сейчас начинает возрождаться и набирать былую силу. По спортивному туризму проходят соревнования круглый год, но пиком работы является проведение традиционного лагеря Архыз, где проходят краевые соревнования.

Кисловодск богат ущельями в которых проходят соревнования по альпинизму и скалолазанию, горному туризму. На специально оборудованных полигонах ущелья Берёзовского российского значения проводятся чемпионаты России на скалах Викинги вы увидите городские соревнования посвященные «Памяти коллег».

При помощи спасателей на водных объектах и спасателей МЧС развивается новая программа работы с детьми «Юный спасатель» которые знакомят детей с чрезвычайными происшествиями на воде и на сущее и показывает как выходить из них.

3. Кик-боксинг. Южный федеральный округ уникален своим местом расположения он граничит со многими государствами ближнего зарубежья. Особенностью характера людей живущих на Кавказе это сила, выносливость, агрессивность. Поэтому именно здесь боевые виды искусства, так как нигде в России. Это такие как вольная борьба, грекоримская борьба, бокс, кик-боксинг, карате, русский стиль и др. Кисловодск стал центром развития кик-боксинга в ЮФО потому что именно здесь проводятся соревнования по этому виду спорта городские, зональные, краевые, чемпионаты и первенства края, ЮФО, России и Мира. Талантливые тренера их воспитывают с 5-ти лет и ведут до полного становления личности. Под их чутким руководством молодая необузданная сила направляется в правильное русло. Кик-боксинг популярен не только среди юношей, но и девушек.

Сейчас о спортивных достижениях говорят мала, и порой многие не знают что такие виды спорта наиболее развиты. Именно поэтому нами выбрана эта тема. Показ и рассказ в МБОУ СОШ №9 о видах спорта дал свои положительные результаты, и дети сами начали искать тренеров и секции по этим видам спорта.

Дети, занимающиеся в различных секциях, увлеченно занимались с детьми с ограниченными возможностями под чутким руководством тренеров им показали упражнения адаптированные для них, родителям детей с ограниченными возможностями были предложены комплексы упражнений для занятий дома

Литература:

1. Безверхняя Г.В. Возрастная динамика мотивационных приоритетов школьников к занятиям физической культурой и спортом. – М., 2004. – 455с.

2. Лях В.И., Копылов Ю.А. Физическое воспитание учащихся общеобразовательной школы: состояние, перспективы и пути реорганизации/ Лях В. И., Копылов Ю. А., Малыхина М. В. [и др.] // Теория и практика физ. культуры. – 1998. – №9. – С. 49-51.

3. Харитонова В.И., Ким В.В. Совершенствование физического воспитания как ценности здорового образа жизни и здоровья учащихся // Теория и практика физической культуры. – 2002. – №1. – С. 19-23.

Тимофейчик С.Ч., Попова Г.В., г. Минск, Беларусь, БГУФК

Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ С КУБИКАМИ «Lego» НА РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК ДЕТЕЙ С ДЦП

Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич**,** распространенность которого составляет 2-2,5 случая на 1000 детей. Интеграция лиц с детским

церебральным параличом в общество нормально развивающихся сверстников и взрослых по праву признается высшей ступенью социальной и профессиональной адаптации [4]. Лучшие результаты по восстановлению функциональной подвижности в суставах конечностей наблюдаются у детей, прошедших реабилитацию до 5 лет (90% случаев), у детей до 10 лет – 60%. У детей старше 10 лет коррекция имеющихся нарушений затруднена вследствие наличия стойких изменений опорно–двигательного аппарата. Координация движений пальцев рук находится в тесной взаимосвязи со степенью созревания центральной нервной системы, с уровнем развития умственных способностей. Многие исследователи обращают внимание на необходимость и педагогическую значимость работы по коррекции моторики у детей с ДЦП в комплексе коррекционно-развивающих мероприятий [3].

Актуальность проблемы и ее социальная значимость обусловили цель исследования: определить эффективность влияния программы индивидуальных коррекционно-развивающих занятий по адаптивной физической культуре на уровень развития тактильно–кинестетической способности кисти рук у детей с умственной отсталостью.

Исследование проводилось в ДДУ «Усмешка» № 69, где была внедрена программа, состоящая из 15 занятий, направленных на коррекцию и развитие мелкой моторики у детей 5-6 лет с ДЦП. Под наблюдением находились дети в возрасте 5-6 лет. В состав контрольной группы вошло 9 детей, которые занимались физической культурой в соответствии с программой, предусмотренной ДДУ, по 35 мин. 3 раза в неделю.

В состав экспериментальной группы вошло 8 детей. Работа по развитию кистей рук с детьми экспериментальной группы проводилась систематически в качестве индивидуальных занятий по 20-25 минут 3 раза в неделю в детском саду и ежедневно дома с родителями (в качестве домашнего задания). На занятии выполнялся массаж кистей и пальцев по 3-4 минуты и гимнастика в пассивной и активной форме.

Каждое занятие представляло собой комплекс упражнений, способствующих интеграции деятельности полушарий головного мозга, развитию мелкой моторики и координации движений рук, внимания, памяти, логического мышления и речи ребенка. На занятиях отмечалось повышение положительного эмоционального настроения, интерес, активность детей при выполнении предложенных упражнений.

Для оценки степени развития мелкой моторики до начала, в процессе проведения и в конце выполнения разработанной нами программы индивидуальных коррекционно-развивающих занятий у детей с ДЦП мы применяли следующие тесты:

1. Тест «РАЗНЫЕ КУБИКИ».

Для определения уровня развития тактильно–кинестетической способности рук нами использовался модифицированный тест, (оригинал предложен Л.Г.Харитоновой [5]). Данная методика позволяет косвенно оценить комплексную деятельность различных сенсорных систем организма:

тактильной, двигательной, зрительной, слуховой. Тест Харитоновой: в ограниченном пространстве (коробка размером 15-20 см.) рассматриваются фишки различного размера – крупные 20 мм, средние 15 мм, мелкие 5 мм. Используются по 10 фишек каждого диаметра. После команды «начали» испытуемый, начиная с фишек крупного диаметра, должен положить их по одной в коробочку, стоящую рядом. Тоже сделать со всеми фишками этого же диаметра. После фиксации времени пересыпать фишки этого диаметра обратно. Затем задание также выполняется с фишками других диаметров. Фиксируется время перекладывания фишек каждого диаметра и количество ошибок (фишек не того диаметра).

Опираясь на тест, предложенный Л.Г.Харитоновой, мы изменили некоторые условия его проведения [1]: заменили фишки на кубики «Lego®» (крупные – длина ребра 25-30 мм, средние 15-20 мм, мелкие 10-15 мм). Кубики «Lego®», в отличие от плоских фишек, имеют более выраженную трехмерную форму, что позволяет ребенку с нарушением тактильно–кинестетической способности пальцев рук легче удерживать их пальцами, а исследователю производить более глубокую дифференциальную оценку как мелкой моторики рук ребенка, так и его умственных способностей при допуске или отсутствии ошибок.

Использование модифицированного нами теста с использованием кубиков было обосновано введением пробного сравнительного тестирования, которое было проведено с детьми с ДЦП 5-6 лет до начала проведения программы индивидуальных занятий по коррекции и развитию мелкой моторики. Сравнительное тестирование состояло из проведения оригинала теста, предложенного Л.Г.Харитоновой, и модифицированного нами теста «Разные кубики». По результатам проведенного тестирования было выявлена разница в результатах по проведенным тестам.

Стандартная ошибка средней арифметической по результатам теста, предложенного Л.Г.Харитоновой, значительно выше, чем по результатам модифицированного нами теста.

2. Тест «РАЗНОЦВЕТНЫЕ КУБИКИ».

Вторая наша модификация теста Л.Г.Харитоновой заключалась в том, что использовались кубики одинакового размера, но трех разных цветов (красный, желтый, зеленый) [2]. Описание теста: в ограниченном пространстве (коробка размером 15-19 см) размещаются кубики трех разных цветов – красный, желтый, зеленый. Используются по 10 кубиков каждого цвета. После команды «начали» испытуемый, начиная с кубиков красного цвета, должен положить их по одной в коробочку, стоящую рядом. Тоже сделать со всеми кубиками этого же цвета. После фиксации времени пересыпать кубики данного цвета обратно. Затем задание также выполняется с кубиками других цветов. Фиксируется время перекладывания кубиков каждого цвета и количество ошибок (не тот цвет). Для контроля уровня развития мелкой моторики у детей с ДЦП в экспериментальной и контрольной группах нами применялся тест «Разноцветные кубики», с

помощью которого кроме оценки мелкой моторики, можно оценить способность дифференцирования кубиков по цвету.

Результаты проведения теста в экспериментальной группе приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели времени сбора кубиков разного цвета до и после проведения программы коррекционно–развивающих занятий по развитию мелкой моторики

Показатель	До	После	P	Снижение, %
Зеленые кубики (с)	35.0±2.53	22.2±0.65	<0.01	36.6
Желтые кубики (с)	32.3±2.62	22.2±0.83	<0.01	35.5
Красные кубики (с)	34.4±1.87	22.3±0.71	<0.01	35.1
Ошибки (кол–во)	4.6±0.80	2.2±0.54	<0.05	52.2

Представленные в таблице 1 результаты показывают, что время сбора кубиков разного цвета у детей экспериментальной группы наблюдения было достоверно меньше после проведения предложенной нами корригирующей программы, чем до ее начала. Достоверно значимо сократилось время, затраченное на сбор кубиков красного, желтого, зеленого цветов детьми экспериментальной группы (P<0,01). При этом также достоверно сократилось количество ошибок, допускавшихся детьми экспериментальной группы наблюдения при сборе кубиков разного цвета в результате проведения нашей корригирующей программы **(**P<0,05**).**

В процентах в экспериментальной группе улучшение в сборе зеленых кубиков произошло на 36,6%, желтых на 35,5%, красных на 35,1%. В процентах количество ошибок у них снизилось на 52,2%.

Из показателей времени сбора кубиков разного цвета у детей контрольной группы наблюдения до и после проведения программы по коррекции и развитию мелкой моторики следует, что время сбора кубиков разного цвета и количество ошибок, допущенных при их сборке, достоверно не имели различий. В процентном соотношении в контрольной группе улучшение в сборе зеленых кубиков произошло на 17,5%, желтых на 10,8%, красных на 13%. В процентах количество ошибок у них снизилось на 17,6%.

На основании представленных данных можно сделать вывод о том, разработанная нами программа индивидуальных коррекционно–развивающих занятий с использованием массажа рук, пальчиковой гимнастики оказала положительное влияние на развитие мелкой моторики у детей с ДЦП. У детей, занимавшихся в соответствии с разработанной программой произошли более выраженные достоверные позитивные сдвиги (p<0.05–0.001) показателей уровня развития мелкой моторики, чем у детей с не применявших разработанную нами программу. Также можно говорить о положительных результатах в развитии кратковременной памяти во вспоминании односложных слов (P<0,05) на индивидуальных занятиях.

Литература:

1. Калюжин В.Г. Применение в адаптивной физической культуре сенсорно-моторного развития для детей с легкой степенью умственной

отсталости / В.Г. Калюжин, М.А. Вашкевич // Адаптационные механизмы регуляции функций организма при мышечной деятельности: Материалы Междунар. науч.-практич. конф. – Минск, 2008. – С. 82-85.

2. Калюжин В.Г. Применение в АФК индивидуальных занятий по развитию мелкой моторики у детей с легкой степенью умственной отсталостью // Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре, спорту и туризму: Материалы XI Междунар. научн. сессии по итогам НИР за 2009 год. – Минск, 2010. – С. 260-262.

3. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций ребенка. – М.,1973. – 143 с.

4. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Под ред. Б.П. Пузанова. – М., 2001. – 160 с.

5. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры. – М., 2007. – 608 с.

Шведекно Ю.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Шакина Г.А., с. Рагули,
учитель начальных классов, МКОУ СОШ №7 с. Рагули

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Ступень начального обучения является необходимой основой получения первоначального образования. Именно на данном этапе развиваются основы интеллектуального, психического физического, духовного и нравственного. Качество образования не может трактоваться вне здоровья и социального благополучия учащихся. Исследования учёных показывают, что состояние здоровья демонстрирует неутешительную картину его проявления.

Анализ литературы свидетельствует о том, что термин «здоровьесберегающие технологии» сравнительно молодой и возникновение его связано в первую очередь с системой образования, обеспечивающих здоровье в учебно-воспитательной процессе.

К основным факторам обуславливающим причины слабого здоровья учащихся относят: в первую очередь – сам образовательный процесс, который не обеспечивают здоровьесберегающими технологиями, второе – низкий уровень здорового образа жизни учащихся и третье – отсутствие должной компетенции у педагогов в формировании данной сферы культуры. От сюда вытекает актуальность данной темы.

По мнению Менчинской Е.А. под здоровьесберегающими технологиями понимаются те необходимые условия обучения и воспитания ребенка в школе, а именно – отсутствие стрессовых ситуаций, доступные методы и приёмы обучения и воспитания [2].

По мнению Ковалько В.И. здоровьесберегающие технологии детей с ограниченными возможностями здоровья – достаточно и рационально организованный двигательный и учебный режим, соответствующий возрастным нагрузкам возможностям и нагрузкам ребенка [1].

Советова Е. В. рассматривает здоровьесберегающие образовательные технологии в качестве программ и методов, которые нацелены на воспитание и развитие у школьников здоровья, индивидуальных свойств, которые способствуют его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни [4].

Целью применения здоровьесберегающих технологий в обучении детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательном пространстве является получение информации о здоровом образе жизни и активное применение её в повседневной жизни.

В работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья в основном применяют авторские элементы и приёмы здоровьесберегающих технологий, а именно М.М. Безруких – технология развития школьнозначимых психических функций, М.Монтессори – технология сенсорного развития; В.Ф.Базарный – технология раскрепощенного обучения, Г.Г. Левитас – технология учебных циклов; Е.Н. Дзятковская – экологосообразность учебного процесса [3].

Все эти элементы и приёмы здоровьесберегающих технологий в основном осуществляется на основе личностно–ориентированного подхода, где младшие школьники осуществляют эффективное развитие, становление и взаимодействие в микросоциуме класса.

Здоровьесберегающие педагогические технологии способствуют развитию врождённых качеств, а именно ума, чувств, потребности в деятельности, общении, развитии.

В настоящее время состояние здоровья детей с ограниченными возможностями требует пристального внимания со стороны взрослых, которое можно достичь через здоровьесберегающие технологии и развивающее пространство. И чтобы прийти к всеобщему успеху в поднятии уровня санитарно–гигиенической грамотности, в формировании и укреплении здоровья учащихся, необходимо изменение в формировании здорового образа жизни в структуре образовательного пространства.

Литература:

1. Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. 1-4 классы. – М., 2004. – 296 с.

2. Менчинская Е.А. Основы здоровьесберегающего обучения в начальной школе: Методические рекомендации по преодолению перегрузки учащихся. – М., 2008. – 112 с.

3. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. – М., 2002. – 62 с.

4. Советова Е.В. Эффективные образовательные технологии. – Р-н-Д., 2007. – 285 с.

Шить Р.И., г. Минск, Беларусь, БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПНЕВМОНИИ

Болезни дыхательной системы занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста. Согласно статистике, пневмонией болеют примерно 5-12 детей из тысячи в возрастной группе от 1 месяца до 14 лет. Это связано как с анатомо–физиологическими особенностями, так и со своеобразием реактивности организма ребенка [3].

Важнейшие из морфологических особенностей сводятся к «экспираторному» строению грудной клетки (как бы находящейся в состоянии вдоха) в раннем возрасте, сравнительной узости трахеи, бронхов и бронхиол, незавершенности морфологических структур органов дыхания, бедности эластических волокон, мягкости и податливости ребер. В связи с этим у ребенка ограничены возможности вентиляции, имеются благоприятные условия для развития отека, нарушений бронхиальной проходимости [1].

Физиологическое своеобразие дыхания ребенка связано с большой функциональной нагрузкой при продолжающемся развитии и морфологической дифференцировке. В то же время отмечаются меньшая растяжимость легочной ткани и относительно большая работа дыхания, слабость дыхательной мускулатуры.

Все вышесказанное актуализирует применение лечебной физической культуры (ЛФК) для профилактики и лечения заболеваний дыхательной системы. И это не случайно, поскольку длительное систематическое применение физических упражнений, вызывая морфофункциональную адаптацию к нагрузкам, в конечном итоге приводит к устранению нарушений, возникающих в процессе болезни. Лечебное действие средств ЛФК заключается, прежде всего, в том, что они помогают корригировать измененные и извращенные во время болезни взаимоотношения между больным органом и корой головного мозга. Это особенно проявляется в детском возрасте в связи с чрезвычайной пластичностью высшей нервной деятельности ребенка и объясняет большую эффективность ЛФК при заболеваниях у детей [2].

Исходя из сказанного, была выделена цель: оценить эффективность разработанной программы восстановления детей дошкольного возраста с пневмонией, находящихся на санаторном этапе.

Для достижения поставленной цели применялись следующие методы: антропометрические измерения (рост, вес, окружность грудной клетки, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), исследование функционального состояния дыхательной системы (частота дыхания проба Штанге, проба Генчи, пикфлоуметрия), тестирование выносливости, математико-статистическая обработка данных исследования.

Исследование проводилось на базе детского санаторного сада. В исследовании принимало участие 14 мальчиков в возрасте 4-5 лет. Все дети были разделены на 2 группы: контрольную и экспериментальную по 7 детей в каждой. Все дети перенесли пневмонию и находились на санаторном этапе реабилитации.

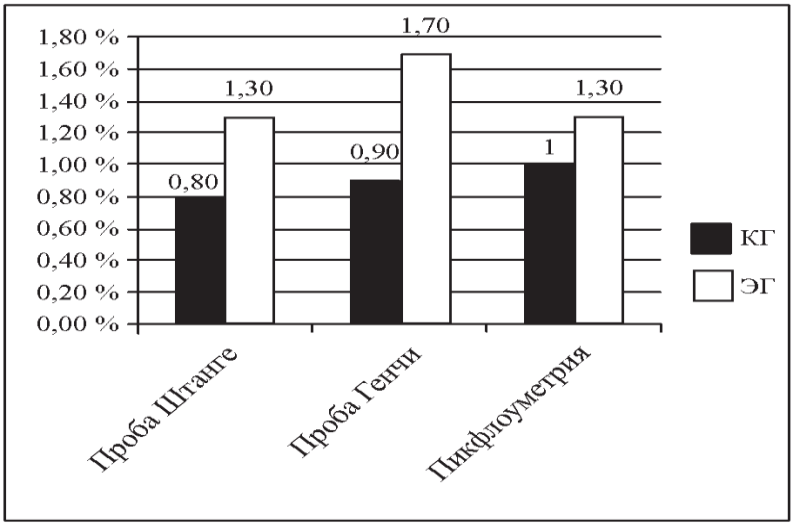
Представители контрольной группы (КГ) занимались по программе санаторного сада, включавшей: занятия лечебной гимнастикой (упражнения, направленные на развитие силы основных дыхательных мышц и формирование навыка правильного дыхания), физиотерапевтические процедуры, дозированная ходьба, массаж. Лица экспериментальной группы (ЭГ) занимались по разработанной нами программе: занятия лечебной гимнастикой (упражнения, направленные на развитие силы основных дыхательных мышц и формирование навыка правильного дыхания; упражнения, направленные на развитие силы дополнительных дыхательных мышц), физиотерапевтические процедуры, дозированная ходьба, массаж (сегментарный), закаливание (контрастными температурами), дозированные упражнения и игры в бассейне.

После применения восстановительных программ у занимающихся двух групп была оценена динамика показателей физического развития, функционального состояния дыхательной системы и уровня развития выносливости.

Сравнивая динамику показателей физического развития у лиц двух групп, оказалось, что прирост данных наблюдается только по ЖЕЛ.

При этом ЖЕЛ на 2,9 % выше у детей ЭГ. Уменьшение динамики частоты дыхания в двух группах говорит о более экономичной работе дыхательной системы после применения программы восстановления. Однако наиболее заметное снижение произошло у лиц ЭГ по сравнению с лицами КГ и составило 2,4% и 0,3% соответственно.

Анализ показателей функционального состояния дыхательной системы показал увеличение результатов по всем проведенным пробам (см. рис. 1).



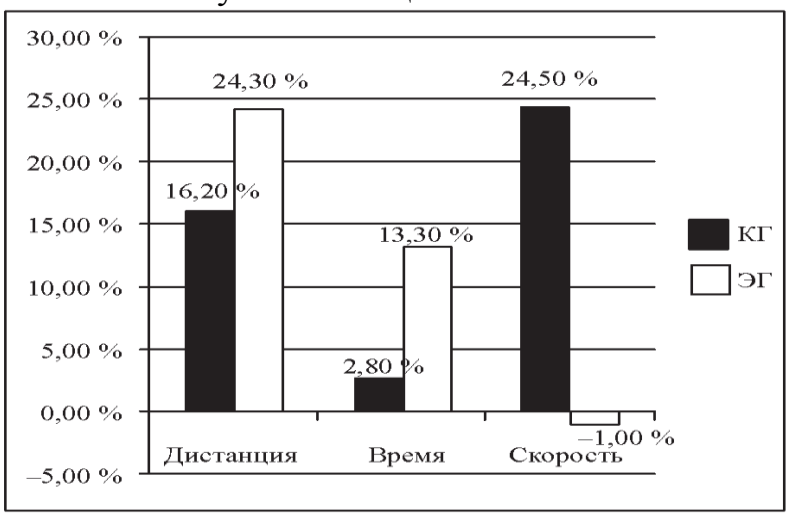
а

Рисунок 1. Динамика прироста показателей функционального состояния дыхательной системы (а) у лиц КГ и ЭГ (%)

Прирост данных по пробам Штанге и Генчи, пикфлоуметрии у занимающихся обеих групп свидетельствует о повышении у них уровня функционального состояния дыхательной системы. Однако более высокие результаты были показаны занимающимися ЭГ.

Изменения, сложившиеся в работе дыхательной системы способствовали повышению уровня выносливости у занимающихся обеих групп (см. рис. 2).

Оценивая динамику показателей развития выносливости, выяснилось, что прирост дистанции и времени у лиц ЭГ оказался выше, чем у занимающихся КГ. При этом прирост скорости, показанной на дистанции, оказался значительно выше у занимающихся КГ.



б

Рисунок 2 . Динамика прироста показателей развития выносливости (б) у лиц КГ и ЭГ (%)

По всей видимости, сложившаяся разница между более высокой скоростью и меньшей дистанцией в КГ по сравнению с ЭГ объясняется выходом организма детей КГ на смешанный анаэробно–аэробный механизм энергообеспечения. Что привело к быстрому истощению имеющихся энергетических ресурсов.

Анализируя динамику показателей физического развития, функционального состояния дыхательной системы и выносливости у детей двух групп, сложившуюся в результате применения программ восстановления, можно отметить улучшение данных практически по всем показателям. При этом у детей ЭГ они оказались более выраженными.

Это позволяет сделать вывод о том, что разработанная программа восстановления детей ЭГ оказалась эффективнее по сравнению с программой восстановления детей КГ.

Литература:

1. Колесов Д.В. Физическое воспитание и здоровье школьников. – М., 2003. – 64 с.

2. Кудашов Н.И. Острые респираторные инфекции и острые пневмонии

у детей. – М., 2002. – 80 с.

3. Попова Н.М. Дыхательная гимнастика для детей в домашних условиях. – М., 2004. – 160 с.

Яцко О.В., г. Минск, Беларусь, БГУФК

Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

ВЛИЯНИЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НА КООРДИНАЦИОННЫЕ СПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Физическая подготовленность лиц с нарушением слуха характеризуется сниженной двигательной активностью, сниженным уровнем развития основных физических качеств и координационных способностей, что обусловлено не столько основным дефектом, сколько вторичными соматическими нарушениями, формирующимися в течение всей жизни с момента появления глухоты[1, с. 68].

Потеря слуха сопровождается поражением вестибулярного аппарата, что негативно отражается на двигательной сфере ребенка. Характерными нарушениями являются нарушение статического и динамического равновесия, точности движений, пространственной ориентировки, способности усваивать заданный ритм движений[2, с. 16].

Целью исследования явилось изучение влияния разработанной коррекционно-развивающей программы направленной на развитие координационных способностей у детей 5-6 лет с нейросенсорной тугоухостью 3-4 степени.

Задачами исследования явилось определение уровня развития координационных способностей у детей 5-6 лет с нейросенсорной тугоухостью 3-4 степени; разработка коррекционно-развивающей программы по развитию координационных способностей у детей 5-6 лет с нейросенсорной тугоухостью 3-4 степении; оценка эффективности разработанной коррекционно-развивающей программы по развитию координационных способностей у детей 5-6 лет с нейросенсорной тугоухостью 3-4 степении.

В эксперименте приняло участие 14 детей 5-6 лет с диагнозом двусторонняя нейросенсорная тугоухость 3-4 степени. Контрольную группу (КГ) составили 7 детей, экспериментальную группу (ЭГ) составили 7 детей. Группы были равны по возрасту и уровню физического развития. Для сравнения нами были обследованы 7 здоровых детей того же возраста. Установлено, что уровень развития координационных способностей у детей с нейросенсорной тугоухостью был явно ниже, чем у здоровых сверстников.

ЭГ занималась по стандартной программе коррекционного учреждения и по предложенной нами коррекционно–развивающей программе (КРП), развивающей координационные способности детей с нарушением слуха. Занятия проходили во время игр два раза в неделю по 20 минут. Таким образом, наша КРП была дополнительной формой проведения занятий.

Два месяца занятий были разделены на три этапа: по 3 недели, то есть 6 занятий в каждом этапе. Дополнительно было обязательное выполнение домашнего задания с родителями. Контроль домашнего задания осуществлялся с помощью видеозаписей, присылаемых на электронную почту.

Разработанная нами КРП включала следующие особенности:

1. На этапе начального разучивания действия: специальные развивающие упражнения; игры; данстерапия; релаксационные упражнения; домашнее задание.

2. На этапе углубленного разучивания действия: специальные развивающие упражнения; игры; данстерапия; релаксационные упражнения; домашнее задание.

3. На этапе результирующей отработки действия: специальные развивающие упражнения; игры; данстерапия; релаксационные упражнения; домашнее задание.

С каждым этапом нагрузка увеличивалась.

В таблицах 1–4 представлены результаты тестирования уровня развития координационных способностей у детей ЭГ до и после занятий по разработанной коррекционно–развивающей программе.

Таблица 1

Динамика показателей ориентации в пространстве у детей экспериментальной группы при проведении занятий по разработанной КРП

Тесты	До	После	$t_{факт.}$	$t_{крит.}$	P
Челночный бег, с	14,1±0,22	13,1±0,15	3,77	2,18	<0,05
Снайпер, кол–во	3,3±0,52	5,0±0,53	2,30	2,18	<0,05

Как видно из данных, представленных в таблице 1, под воздействием разработанной КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей ориентации в пространстве у детей ЭГ.

Таблица 2

Динамика показателей кинестетической способности у детей экспериментальной группы при проведении занятий по разработанной КРП

Тесты	До	После	$t_{факт.}$	$t_{крит.}$	P
Золушка, с	27,2±1,29	23,7±0,69	2,43	2,18	<0,05
Боулинг, см	30,3±1,32	24,6±1,27	3,12	2,18	<0,05

Как видно из данных, представленных в таблице 2, под воздействием разработанной КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей кинестетической способности у детей ЭГ.

Таблица 3

Динамика показателей равновесия у детей экспериментальной группы при проведении занятий по разработанной КРП

Тесты	До	После	$t_{факт.}$	$t_{крит.}$	P
Самолетик, с	9,8±0,52	11,7±0,30	3,23	2,18	<0,05
Тропинка, с	8,8±0,30	7,3±0,28	3,82	2,18	<0,05

Как видно из данных, представленных в таблице 3, под воздействием разработанной КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей равновесия у детей ЭГ.

Таблица 4

Динамика показателей реагирующей способности у детей экспериментальной группы при проведении занятий по разработанной КРП

Тесты	До	После	$t_{факт.}$	$t_{крит.}$	P
Ловля линейки, см	26,9±1,03	23,4±0,77	2,72	2,18	<0,05
Ловля мяча, кол–во	6,4±0,37	7,9±0,51	2,27	2,18	<0,05

Как видно из данных, представленных в таблице 4, под воздействием разработанной КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей реагирующей способности у детей ЭГ.

Развитие координационных способностей у детей 5-6 лет с нейросенсорной тугоухостью 3-4 степени имеет важное значение в комплексе реабилитационных мероприятий. Проведенные занятия по разработанной коррекционно-развивающей программе у детей экспериментальной группы привели к статистическому достоверному улучшению координационных способностей, о чем свидетельствуют результаты выполненных контрольных тестов. Это позволяет рекомендовать применение разработанной нами коррекционно–развивающей программы на занятиях у детей с двусторонней нейросенсорной тугоухостью 3-4 степени.

Литература:

1. Полякова, Т.Д. Адаптивная физическая культура. – Минск, 2010. – 170 с.

2. Частные методики адаптивной физической культуры / Под ред. Л.В. Шапковой. – М., 2003. – 464 с.

РАЗДЕЛ III. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Башкатова С.А., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВО ЮФУ
Научный руководитель: Булатова И.А., ст.преподаватель

ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Полноценное речевое общение ребенка складывается под влиянием ряда факторов: биологических (сохранный слух, зрение, интеллект, опорно–двигательный аппарат), психологических (формирование психологических основ речи), педагогических (использование адекватных возрасту и индивидуальным особенностям ребенка методов, приемов, средств развития речи), социальных (создание оптимальной социальной ситуации развития речи ребенка на каждом возрастном этапе). Как доказали исследования К.Л. Печора, Г.В. Пантюхиной, Л.Г. Голубевой, соответствие онтогенетическим показателям основных линий развития ребенка (физическое, сенсорное, двигательное, речевое, социально-эмоциональное)

выступает условием формирования коммуникативных навыков у детей. Сначала у ребенка формируются навыки невербальной (неречевой) коммуникации, а затем – вербальной (речевой).

Важнейшим приобретением детей раннего возраста следует считать понимание речи окружающих людей и овладение активной речью. Предпосылки развития речи ребенка от рождения до трех лет в онтогенезе представлены в работах Г.Г. Григорьевой, Н.П. Кочетовой, Д.В. Сергеевой и др. Исследования М.И. Лисиной показали, что возникновение речи тесно связано с деятельностью общения: будучи наиболее совершенным средством общения, она появляется для целей общения и в его контексте.

З.М. Дунаева и Л.И. Ростягайлова отмечают, что задержки развития могут быть вызваны разными причинами: негрубым внутриутробным поражением ЦНС, нетяжелыми родовыми травмами, недоношенностью, близнецовостью, инфекционными и хроническими соматическими заболеваниями. Этиология ЗПР связана не только с биологическими, но и с неблагоприятными социальными факторами. Прежде всего, это ранняя социальная депривация и влияние длительных психотравмирующих ситуаций.

Понятие «задержка психического развития» употребляется по отношению к детям со слабо выраженной недостаточностью центральной нервной системы – органической или функциональной. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно–двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств. Одним из проявлений задержки психического развития является позднее возникновение речи, т.е. у детей отмечается и задержка речевого развития.

Патогенетической основой этих симптомов является перенесенное ребенком органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) и ее резидуально-органическая недостаточность, на что указывают в своих исследованиях Г.Е. Сухарева, ТА. Власова, М.С. Певзнер, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, И.Ф. Марковская и др. ЗПР также может быть обусловлена функциональной незрелостью ЦНС.

Специалисты, изучающие особенности развития детей с ЗПР, в основном делают акцент на проблемах их когнитивного развития, оценивая речь только по внешним проявлениям коммуникативных трудностей (Н.Ю. Борякова, Р.И. Лалаева, Е.В. Мальцева, И.Ф. Марковская, Е.С. Слепович, Е.Ф. Соботович, Р.Д. Тригер, У.В. Ульенкова, С.Г. Шевченко и др.).

Ранняя коррекция считается наиболее эффективным средством социальной адаптации детей. Это подтверждают не только многочисленные научные исследования (О.А. Новикова, Т.В. Пелымская, Е.А. Стребелева,

Г.В. Чиркина, Н.Д. Шматко и др.), но и опыт организации коррекционно–педагогической помощи нуждающимся детям раннего и дошкольного возраста в системе дошкольного образования (Е.В. Кожевникова, Р.Ж. Мухамедрахимов, Ю.А. Разенкова и др.).

Для оценки состояния речи детей экспериментальной группы нами использовался фрагмент схемы обследования коммуникативных навыков у детей раннего возраста (составители В.П.Балабанова, Т.А.Титова, И.А.Чистович) [1].

Обследование состояло из 58 заданий, сгруппированных по трем направлениям: общение (18 заданий), понимание речи (22 задания), словарь (18 заданий). Реализуя первое направление диагностики, мы получали общее представление об особенностях коммуникативных навыков у детей экспериментальной группы. Это позволило нам в дальнейшем выбирать оптимальные средства коммуникации. Во втором направлении мы исследовали состояние импрессивной речи (понимание обращенной речи), т.к. известно, что вербальные средства коммуникации, формирующиеся на основе невербальных средств, в раннем возрасте выступают главным критерием оценки коммуникативных функций ребенка. В третьем направлении мы изучали экспрессивную речь, которая у ребенка раннего возраста может быть представлена сочетанием лепетных, усеченных и полных слов, произносимых ребенком самостоятельно.

Методами констатирующего этапа эксперимента явились:

– беседы с родителями, в ходе которых педагоги получали информацию об особенностях общения ребенка до его поступления в детский сад;

– наблюдения, в процессе которых мы выясняли, как ребенок осуществляет коммуникацию со взрослыми и детьми в разных видах детской деятельности;

– специально организованные индивидуальные диагностические игры–занятия, на которых педагог предлагал ребенку те задания, выполнение которых не удалось выяснить в процессе наблюдения;

– методы количественного и качественного анализа полученных результатов, с помощью которых диагностические задания оказались измеримы и мы смогли определить уровни развития речи детей и дать качественную характеристику этих уровней.

Во время обследования детей экспериментальной группы мы заполняли протоколы, где указан возраст формирования тех или иных речевых навыков и имеются графы для записи фактических сроков формирования навыков речи у детей экспериментальной группы. По некоторым критериям показатели приведены дифференцированно для мальчиков и девочек. Сроки формирования в графах соответствуют высокому, среднему и низкому уровням сформированности речевых навыков. При оценке речевых навыков ребенка мы считали наибольшее количество фактических показателей ребенка, соответствующих тому или

иному уровню, а затем определяли уровень по трем направлениям диагностики: общение, понимание речи, словарь.

В эксперименте принимали участие 3 ребенка раннего возраста. Один ребенок посещал детский сад один год, два других ребенка поступили в ДОУ в сентябре 2014 года, что фактически совпало с началом нашего экспериментального исследования. На констатирующем этапе эксперимента два ребенка продемонстрировали средний уровень речевого развития, один ребенок – низкий уровень.

Целью формирующего эксперимента явилось использование игры как средства профилактики нарушений речи детей раннего возраста.

Одной из задач профилактики нарушений речи детей раннего возраста явилось формирование у ребенка адекватных способов вхождения в социум, что предполагает владение ребенком определенными речевыми навыками. В нашей работе специалисты ДОУ и родители ребенка решали следующие блоки задач: диагностические, воспитательные, развивающие, оздоровительные и образовательные.

По мнению ряда ученых (Н.Ю. Борякова, К.Л. Печора, М.И. Лисина, Е.А. Стребелева и др.) работа по развитию речи и профилактике речевых нарушений у детей раннего возраста тесно связана с основными линиями развития детей данного возраста в онтогенезе: физическое воспитание и укрепление здоровья, развитие ведущих видов детской деятельности, познавательное развитие (в том числе речевое), художественно–эстетическое, социально–нравственное и личностное развитие.

Поставленные нами развивающие задачи решались как на каждом образовательном занятии и в свободной или специально спроектированной деятельности, а также в режимных моментах.

Кроме общеобразовательных и воспитательных задач нами решались и специальные задачи профилактики нарушений эмоционально-волевой сферы и формирующейся личности, что лежит в основе формирования и развития речевых функций. Образовательное содержание экспериментальной программы по профилактике нарушений речи адаптировалось на основе диагностических данных и обогащалось развивающими игровыми заданиями, направленными на развитие речи у детей раннего возраста. При разработке и реализации программы развития речи у детей раннего возраста мы опирались на ряд методических принципов. Реализация общей программы развития речи проходила по этапам. А на основании общей программы мы разрабатывали индивидуальные программы профилактики возникновений нарушений речи. Кроме того, нами были внесены изменения в основные компоненты коррекционно-развивающей среды.

Литература:

1. Балабанова В.П., Титова Т.А., Чистович И.А. Первичная оценка коммуникативного развития детей раннего возраста // Логопедическая диагностика и коррекция нарушений речи у детей: Сб. методических рекомендаций. – СПб., М., 2006.

Богданова М.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Мельникова М.И., к.психол.н.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ФЕНОМЕН СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

На современном этапе происходят значительные изменения в социокультурной политике в целом, а также в образовании в частности. Главная цель социального развития заключается в становлении и самореализации каждого человека. Данная идея является новой и центральной в образовательной парадигме, которая определяет цели, ценности, сущность и направления развития образования. Инклюзивное образование закономерно воспринимается в рамках личностно ориентированной парадигмы. Такое широкое понимание социальной инклюзии требует переосмыслить принципы международной и национальной политики в сфере образования [5, с. 24].

В международной программе ЮНЕСКО «Образование для всех» инклюзивное образование понимается как равное предоставление возможностей всем обучающимся в получении качественного образования и развитии своего потенциала, не смотря на половую и этническую принадлежность, социально-экономический статус, географическое местоположение, необходимость в специальном образовании, возрастной показатель, а также религиозные взгляды и т.п. Эта программа акцентирует свое внимание к проблеме образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. Такая многообразная категория людей выступает в обществе неким показателем доступности образования для населения в целом. Поэтому среди этого выделяется и более локальная проблема, которая заключается в том, что инклюзивное образование непосредственно связано с идеей обучения здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья [3, с. 21].

Выделяется несколько аспектов в понимании инклюзии. С одной стороны инклюзия – это такая практика включения человека в культуру и социум (включение человека в его соотнесении с референтной группой), способствующая культурному обогащению как самого человека в частности, так и всей культуры этого социума. Данное понятие, которое предложено в социальной философии может опираться непосредственно на понятие включающего общества. С другой же стороны, инклюзией также называется включение ребенка с особыми образовательными потребностями в ученический коллектив нормально развивающихся сверстников, быть равноправным его участником и получать общее образование совместно.

Указанные выше представления об инклюзивной практике и ее достаточно успешная реализация обеспечены в мировой системе образования в прошедшие полвека конкретными философскими позициями, соответствующими им научными теориями и методологическими подходами.

Рассматривая исторический аспект образовательной системы людей с ограниченными возможностями здоровья, можно выделить несколько этапов:

1. «Социальное исключение» (термин ввел У. Уилсон) – начало XX века – середина 60-х годов XX века. Изолированное обучение в специальных учреждениях.

2. Интеграция – середина 60-х – середина 80-х годов XX века. Измененяется представлений о норме, принимается многообразие норм в обществе, также начало экспериментальной деятельности в сфере совместного обучения.

3. Инклюзия (в научный оборот было введено в 1994 году Саламанкской декларацией о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми образовательными потребностями) – с 90-х годов XX века – признается как наиболее гуманная и эффективная образовательная практика [4, с. 155].

Инклюзивное образование – является не просто модным веяние нашего времени, а естественным этапом в развитии мировой системы образования в целом и подходов к образованию особенных детей, которые обладают специальными образовательными потребностями в результате наличия у них ограниченных возможностей здоровья.

В 2012 году была утверждена Конвенция ООН «О правах инвалидов». Российская Федерация приняла на себя такую обязанность, как реализация инклюзивного обучения лиц с ограниченными возможностями на всех уровнях и этапах образовательного процесса. В Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» законодательно закрепляется принцип доступности образования для лиц с особыми образовательными потребностями. Сам же принцип доступности был провозглашен Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН в декабре 1999 года. В которой указывается, на то, что доступ – это не акт и не состояние, а свобода выбора. И сама по себе такая свобода выбора дает возможность войти в какую-либо другую среду, передвигаться в ней, общаться с ней или даже пользоваться ситуацией. Среда может представлять собой или все окружение, или часть той обстановки, к которой есть доступ. Равное участие имеет место тогда, когда для участия имеются равные возможности, которые обеспечиваются с помощью мер, направленных на расширение доступности. Элементы доступности выступают лишь как атрибуты возможности доступа, а не характеристики окружающей обстановки. Для обычных учащихся образовательная инклюзия означает свободу выбора между инклюзивным и обычным классом и обеспечение качества и темпа обучения, предусмотренных образовательным стандартом [2, с. 38].

Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа», выдвинутая президентом, ставит перед педагогическим сообществом конкретные стратегические цели. Инклюзивному образованию отводится особая роль, ведь новая школа – это школа для всех. В любой школе будут обеспечивать успешную социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей, а также находящихся в трудной жизненной ситуации.

Будут учитывать возрастные особенности учащихся, по-разному организовывать обучение на начальной, основной и старшей ступени [1, с. 67].

Инклюзивное образование нацелено на развитие методологии, направленной на детей и признающей, что все дети – индивидуумы с различными потребностями в обучении. Инклюзивное образование стремится разрабатывать подходы к преподаванию и обучению, которые будут более гибкими для удовлетворения различных потребностей в обучении. Если преподавание и обучение станут более эффективными в результате тех изменений, которые внедряет инклюзивная практика, тогда будут выигрывать все участники образовательного процесса, а не только дети с особыми образовательными потребностями [4, с. 153].

Инклюзивная школа является новым для России типом образовательного учреждения в системе общего образования. Созданию инклюзивных школ предшествовал период развития образовательной и социальной интеграции, при которой школьная образовательная среда остается относительно неизменной, а у детей с ОВЗ появляется возможность обучаться вместе со своими типично развивающимися сверстниками на общих для всех условиях. Российское законодательство, в развитие основополагающих международных документов в области образования, предусматривает принцип равных прав на образование для всех категорий граждан, в независимости от пола, расы, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным организациям (объединениям), возраста и состояния здоровья.

Социальные условия и условия образования должны быть, таким образом, направлены на то, чтобы бытие человека с ограниченными возможностями стало максимально самостоятельным, независимым, а сам человек, занимая активную и ответственную жизненную позицию, равноправным членом общества, реализуя себя в этом обществе. Концепция самостоятельного и не зависимого образа жизни лиц с ограниченными возможностями определяет сегодня подходы к формированию целей и содержания инклюзивного образования.

Сегодня инклюзивное образование в России находится на этапе становления. На данный момент можно назвать достаточно много проблем, которые препятствуют эффективному и достаточно быстрому внедрению в образовательную практику идеи инклюзивного образования. Среди таких проблем выделяют юридические, экономические, социальные, психолого-педагогические. Реализация принципов инклюзивного образования определила ряд проблем, которые можно обозначить как теоретико-методологические, аксиологические, праксеологические. К группе теоретико-методологических проблем относят уточнение понятийного аппарата, методологических подходов и концепций, которые лежат в основе понимания инклюзии. Наибольшую неоднозначность привносят

аксиологические аспекты инклюзии, ведь они подразумевают фундаментальное изменение системы ценностей в новой парадигме «образование для всех» а также возможность преодолеть социально-культурные стереотипы восприятия людей с ограниченными возможностями здоровья. Праксеологические проблемы включают в себя возможность совершенствовать нормативно-правовую базу для перехода к инклюзивному образованию на любом из уровней обучения. А также создавать доступную информационно-техническую среду в образовательном учреждении, психолого-педагогическое сопровождение и профессиональную подготовку кадров для работы с особой категорией обучающихся [4, с. 155].

Таким образом, в сфере инклюзивного образования самыми важными и сложными являются ценностные изменения, а именно изменение философии образования – от «образования для образования» к «образованию для развития». Такое преодоление социальных и профессиональных стереотипов в восприятии детей с ограниченными возможностями здоровья приводит к формированию сообщества, которое будет разделять идеи равноправия и принятия, а также стимулировать развитие всех участников данного общества, в котором ценность каждого будет являться основой общих достижений. Данная проблема затрагивает как весь социум, так и непосредственных участников образовательного процесса.

Литература:

1. Коджаспирова Г.М. Педагогическая антропология. – М., 2005.

2. Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л. Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья. – М., 2014.

3. Назарова Н.М. К вопросу о теоретических и методологических основах инклюзивного обучения // Специальное образование. – М. – 2012. – № 2. – С 24-31.

4. Пургина Е.И. Философские основы инклюзивного образования в контексте специального федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья // Педагогическое образование в России. –2014. – №2. – С. 152-156.

5. Сластенин В.А., Чижакова Г.И. Введение в педагогическую аксиологию. – М., 2003.

Боченкова М.Ю., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Кабушко А.Ю., к.пед.н.

К ПРОБЛЕМЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПИСЬМА У ДЕТЕЙ С ЛЕВОРУКОСТЬЮ

Число леворуких людей в мире имеет положительную динамику: если в 1928 г. было выявлено 3,3% леворуких женщин и 4,7% леворуких мужчин, в 1973 г. – 8,8% леворуких женщин и 10,4% леворуких мужчин, то в 1978 – 1988 гг. число леворуких женщин достигло 12,4%, а леворуких мужчин 13,9% (М. Аннет, Д. Райф, Х. Чемберлен).

Возрастание количества леворуких учащихся актуализирует необходимость проведения специальной работы по их адаптации к праворукому миру. Особо остро она проявляется у первоклассников, которых до настоящего времени продолжают обучать по методикам, ориентированным на праворуких школьников.

Проблема левшества, являясь на данный момент достаточно актуальной, изучается с разных аспектов – медицинского (Колга В.А., Кон И.С., Косов Б.Б., Лейтес Н.С., Мещеряков А.И. и др.), психофизиологического (Ковалев А.Н., Смирнов Л.М. , Рабинович Л.А., Куликов Г.А., Курганов С.Ю., Леонгард К., Новикова Л.А. и др.), психологического (Безруких М.М., Ефимова Е.П., Чуприков Л.П., Гурова Е.В. и др.) педагогического (Клаус Г., Гаврина С.Е., Князева М.Г., Вильдовский В.Л., Чудновский В.Э. и др.). Несмотря на многосторонность подходов, данная проблема остается недостаточно разработанной, по–прежнему большинство теоретических исследований основывается на изучении популяции человечества с точки зрения праворукости.

Для коррекционной педагогики леворукие дети представляют собой особую категорию детей, требующую как учета специфики их психического развития, так специальной организации процесса обучения. Многие педагоги и психологи (Айрапетянц В.А., Безруких М.М., Николаева Е.И. и др.) отмечают, что дети с леворукостью имеют особенности познавательной деятельности, протекания психических процессов, что характеризуется снижением объема памяти, неустойчивым вниманием, недостаточною скоростью его распределения и переключения, трудностями его концентрации. У них отмечаются затруднения в переходе от одной деятельности к другой, проблемы быстрой реакции и ориентировки в различных ситуациях [2].

Исследователи отмечают у леворуких детей аналитический стиль познания. Зачастую леворукие дети обращают внимание на детали, застревая на некоторых отдельных частях, вследствие чего не складывается целостная картина воспринимаемого. Для левшей характерны проблемы ориентировки в пространстве, они испытывают трудности при выполнении пространственных задач, поэтому овладение навыками письменной речи также протекает с особенностями [1].

Весь комплекс трудностей письма чаще отмечается у леворуких детей, чем у праворуких: зеркальное письмо, неправильное начертание букв (оптические ошибки: п-т, л-м, н-к, х-ж и др.), искажение соотношения частей, искажение их конфигурации, выраженные нарушения почерка, тремор. Отличает детей с леворукостью более медленный темп письма.

М.М. Безруких отмечает, что у разных детей с леворукостью проблемы и трудности могут быть различными, следовательно, и работа с этими детьми будет различной. При обучении леворуких детей, в первую очередь, необходимо учитывать условия письма: расположение тетради, удержание пишущего орудия (ручки, карандаша), посадку. Для леворукого

ребенка не подходят традиционные требования к письму (правонаклонное письмо). Следовательно, является наиболее приемлемым письмо без наклона, так чтобы ребенок не загораживал рабочей рукой линию письма. Требования к посадке ребенка стандартные, но нужно обращать внимание, что вперед должно быть выдвинуто левое плечо, а не правое (как у правшей). Расположение тетради может быть различным. М.М. Безруких рекомендует повернуть тетрадь или лист бумаги так, чтобы верхний правый угол лежал с наклоном вправо, а верхний левый угол располагался напротив груди [4]. Противопоказано требовать от левши безотрывного письма. При написании букв траектории движения руки могут быть самыми разными и не соответствовать тем, которым учат правшей.

Для леворуких детей при письме характерна меньшая связность и большое количество обрывов, по-другому они и соединяют буквы между собой. По-другому они держат орудие письма (ручку или карандаш), что создает дополнительные трудности при обучении их письму. В исследованиях М.М. Безруких это связывается с тем, какое полушарие контролирует речевые и языковые функции у ребенка. Считается, что инвертированное («крючком») положение ручки свидетельствует о том, что левым полушарием контролируются речевые функции ребенка (так же, как и у праворуких детей) [4]. «Инвертированное» положение ручки вызывается тем, что при безотрывном письме требуется координация одновременного передвижения руки вдоль строки и сложной траектории движений при выполнении каждой буквы. Для леворукого ребенка это является затруднительным и он либо вынужден изменить позу, либо держать ручку практически перпендикулярно строке, что, в свою очередь, вызывает повышение мышечного тонуса. Исправление такого удержания ручки обязательно у праворукого ребенка, но может быть допустимым для ребенка с леворукостью.

При работе в школе и дома леворукий ребенок должен соблюдать ряд требований. В первую очередь, особые требования предъявляются к освещению рабочего места. Свет при чтении, письме и рисовании должен падать с правой стороны [3]. Во-вторых, для повышения эффективности обучения левшей необходимо как можно чаще обращаться к возможностям правого полушария, чтобы полнее использовать присущие ему особенности: обобщенность, образность, большую скорость и эмоциональность восприятия, целостность, вовлечение непроизвольной памяти. С этой целью на занятиях с детьми с леворукостью полезно использовать различные схемы, модели и макеты. Особые требования предъявляются и к организации режима дня ребенка с леворукостью. Он не должен переутомляться и перегружаться.

Родителям и педагогам необходимо знать психофизиологические и психологические особенности детей с леворукостью, чтобы наиболее эффективно организовать деятельность ребенка-левши и подготовить его к овладению письменной речью. И здесь немаловажным становится вопрос,

какой рукой будет пользоваться как ведущей ребенок, и как следствие, какую руку упражнять и «готовить» к письму.

При подготовке к обучению письму решение того, какой рукой это осуществлять, вызывает затруднение только у амбидекстров (люди, одинаково владеющие правой и левой рукой) [6]. Сложности возникают не просто у леворуких или праворуких, а у тех детей, у которых контроль за движением руки находится в другом полушарии, чем контроль за зрением и слухом. В силу мозаичности расположения различных центров и особенностей раннего развития у большинства детей нет равенства между каналами восприятия. Это означает, что кому-то из них проще воспринимать зрительную информацию, кому-то – слуховую, а кому-то – тактильную. Если не работать с этим, то такое несоответствие сохранится на всю жизнь [4].

Если диагностируется, что ребенок леворукий необходимо обратить внимание на его психофизиологические особенности развития. Для того чтобы избежать у левшей затруднений при подготовке к письму необходимо проводить профилактическую работу, которую рационально начинать еще с дошкольного возраста.

Литература:

1. Айрапетянц А.А. Функциональные асимметрии мозга у детей и подростков // Здоровье, развитие, личность. – М., 1990. – С. 107–122.

2. Айрапетянц В.А. Леворукость у детей и подростков. – М., 1997.

3. Ануфриев А.Ф., Костромина С.Н. Трудности в обучении леворуких детей. – М., 2007.

4. Безруких М.М. – Леворукий ребенок. – М., 2004.

5. Лисина М.И. Адаптация леворуких детей в школе. – М., 2005.

6. Николаева Е.И. Леворукий ребенок: диагностика, обучение, коррекция. – СПб., 2005.

Быкова А.А., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ

Научный руководитель: Кузнецова М.В., к.пед.н.

КОММУНИКАТИВНО–РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ–СИРОТ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА

Ранний возраст – ответственный период в речевом развитии детей. В этом возрасте у ребенка происходит развитие понимаемой речи взрослых, способности подражать ей, формирование собственной активной речи, которая становится средством общения его со взрослыми. На сегодняшний день мы видим, насколько остро стоит проблема задержки речевого развития у детей [5].

Для формирования активной речи необходимо развивать у детей способность слушать речь взрослого и подражать часто слышимым словам и звукосочетаниям, умение отвечать на вопросы доступными, ранее усвоенными словами, а не действиями [1].

Одна из задач коррекционных мероприятий для детей раннего возраста, которую мы ставили перед собой:

– разработать и апробировать наиболее эффективные методы и приемы воспитания и обучения, коррекции, обеспечивающие максимальную реализацию возможностей речевого развития детей.

Нами были изучены ведущие программы по коммуникативному, речевому и психо-физическому развитию детей раннего возраста в условиях различных дошкольных учреждениях [1, 2, 3, 4, 5].

На основе последних были составлены программы по коммуникативно-речевому развитию детей-сирот 2-го и 3-го года жизни, которые были направлены на развитие языковых (фонетические, лексические, семантические единицы), коммуникативных (аудирование, монологическая и диалогическая речь) единиц речи, развитие коммуникативно-деятельностного материала и др.

Для реализации программы мы использовали следующие методы, формы и приемы: стихотворения по различным лексическим темам, игры-инсценировки, картинки-загадки, показ русских народных сказок на настольном театре и на фланелеграфе, составление рассказа по сюжетной картинке, опосредованное общение через куклу, выполнение действий с предметом, вопросы-ответы, показ и рассматривание предмета, многократное проговаривание речевого материала, комментирование действий.

Коррекционная работа предусматривала логически–композиционную связь между отдельными направлениями комплексной работы по развитию речи и преодолению коммуникативных барьеров. Каждое занятие имело основной «стержень» (тема или персонаж), объединяющий все направления работы. Например: центральным персонажем занятий на темы: «Оденем куклу на прогулку», «Кукла моет посуду» и др. была кукла. Она появлялась неожиданно (сюрпризный момент), присутствовала во всех сюжетных линиях занятия в играх, показах–инсценировках, чтении художественной литературы, с её помощью дети вовлекались в различные виды деятельности (игровую, предметную, двигательную и др.), поэтому воспитанники без выраженных затруднений усваивали обобщающие лексические понятия («одежда», «посуда» и др.), значительно пополняя свой активный и пассивный словарь в рамках представленных лексических тем.

Сами занятия, игры и т.д., организованные логопедом, проводились в представленном блоке только индивидуально в утренние часы. Для детей-сирот с уровнем речевого развития от 1 года до 1 года 9 месяцев продолжительность занятия составляла 5-10 минут, для воспитанников с уровнем от 1 года 9 месяцев до 3-х лет от 10 до 15 минут в зависимости от индивидуальных особенностей ребёнка, неврологического диагноза, соматического состояния.

В ходе индивидуальных занятий постепенно нарастала коммуникативная активность детей. Интерес к самому процессу общения со взрослым сменился получением результата от совместной работы взрослых и детей-сирот.

Установление открытых доверительных отношений между воспитанниками и взрослыми способствовало созданию благоприятных условий для проведения коррекционно-развивающих мероприятий, что позитивно отразилось на речевом развитии детей-сирот. Дети стали более внимательными, усидчивыми, целеустремлёнными в достижении положительного результата на занятиях.

Обобщенные результаты формирующего эксперимента по изучению коммуникативно-речевого развития детей-сирот раннего возраста представлены на рис. 1 и 2.

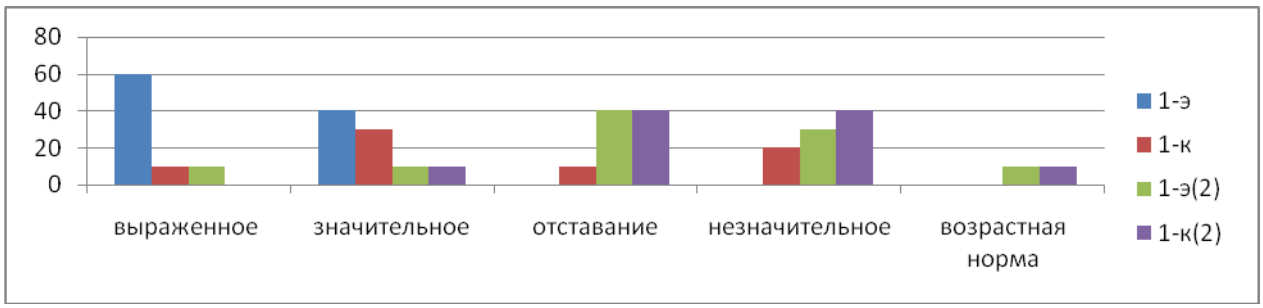


Рис. 1. Обобщённые результаты контрольного эксперимента по коммуникативно–речевому развитию детей–сирот 2–го года жизни в условиях Дома ребенка.

Анализ диаграммы контрольного эксперимента по коммуникативно–речевому развитию детей-сирот 2-го года жизни в условиях Дома ребенка показал следующие результаты.

В экспериментальной группе 1-э (10 детей 2–го года жизни) выявлено выраженное отставание – сократилось на 4 ребёнка (40%); значительное отставание – 3 ребёнка (30%); отставание увеличилось на 1 ребенка (10%), так как в результате коррекционных мероприятий у детей с выраженной и значительной степенью отставания повысился речевой уровень; незначительное отставание так же увеличилось на 3 ребенка (30%). И 1 ребенок (10%) достиг возрастной нормы.

В контрольной группе 1-к (10 детей 2-го года жизни) выраженное отставание – сократилось (0%); значительное отставание – сократилось на 2 ребёнка (20%); отставание – увеличилось на 3 ребёнка (30%), так как в эту группу перешли дети из групп с выраженным отставанием и значительным; незначительное отставание – увеличилось на 2 ребёнка (20%), так как повысили речевой уровень дети со значительным отставанием, возрастной нормы достиг 1 ребёнок (10%).

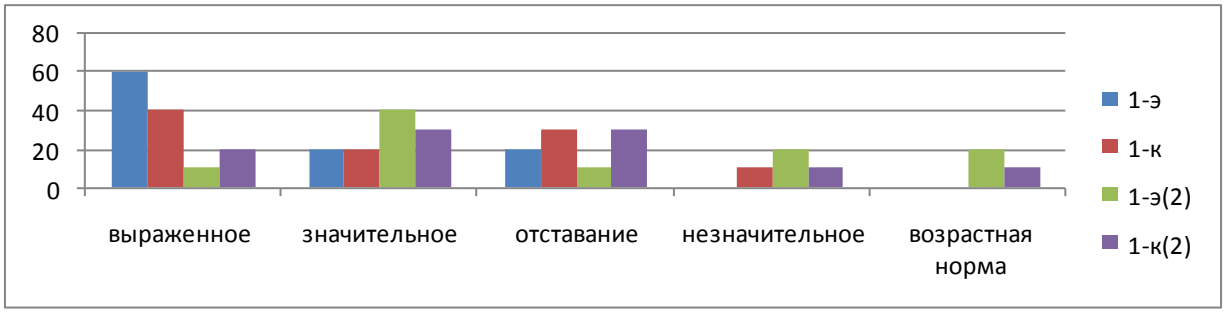


Рис. 2 Обобщённые результаты контрольного эксперимента по коммуникативно–речевому развитию детей-сирот 3-го года жизни в условиях Дома ребенка.

В экспериментальной группе 1-э (10 детей–сирот 3–го года жизни) выраженное отставание – сократилось на 5 детей (50%); значительное отставание – сократилось на 2 ребёнка (20%); отставание – сократилось 2 ребёнка (20%); незначительное отставание – увеличилось на 2 ребенка (20%), так как дети повысили своей речевой уровень со степеней отставания и значительного отставания до незначительного отставания; возрастной нормы достигли 2 детей (20%).

В контрольной группе 1-к (10 детей 3–го года жизни) выраженное отставание – сократилось на 2 ребенка (20%); значительное отставание – увеличилось на 1 ребенка (10)%; отставание – осталось без изменений, так из этой группы 1 ребенок повысил свой речевой уровень до незначительного отставания и 1 ребенок так же повысил речевой уровень, только с уровня значительного отставания до уровня отставания; незначительное отставание – увеличилось на 1 ребёнка (10%); возрастной нормы достиг 1 ребенок (10%).

Таким образом, к заключительному этапу коррекционно-развивающей помощи детям-сиротам раннего возраста в рамках речевого блока, благодаря использованным методам, формам, приёмам тематического планирования по предложенной коррекционной работе, у воспитанников значительно расширилось представление о тех предметах и явлениях, с которыми их знакомили в играх-занятиях; осуществился перенос приобретённых знаний в новые ситуации; активизировалась речь; сформировались обобщения. В целом, дети-сироты осуществили качественный скачок в развитии речевых навыков, что позволило значительно повысить фактический уровень речевого развития.

Литература:

1. Горлова О.А., Горлова Н.А. Речевой фитнес. Программа коммуникативно-речевого развития детей раннего возраста с метод. рекомендациями. – М., 2014.

2. Громова О.Е. Методика формирования начального детского лексикона (в комплекте с дидактическим материалом). – М., 2003.

3. Нищева Н.В. Рабочая тетрадь для развития речи и коммуникативных способностей детей младшего дошкольного возраста. – М., 2014.

4. Новиковская О.А. Альбом по развитию речи для самых маленьких. – М., 2013.

5. Примерная общеобразовательная программа дошкольного образования «От рождения до школы». ФГОС / Под ред. Вераксы Н.Е., Комаровой Т.С., Васильевой М.А. – М., 2014.

Волхова Ю.А., г.Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Кабушко А.Ю., к.пед.н.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИЛОГА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

В настоящее время отмечается большое количество детей, имеющих речевую патологию. Особенностью данной категории детей являются трудности речевого общения. У детей отмечается маленький словарный запас, трудности в общении, которые проявляются в неумении вести общение, такие дети, как правило, не вступают в контакт со сверстниками и с взрослыми, застенчивы и зачастую избегают общения с окружающими людьми.

В современной психолингвистической и психологической литературе речевое общение рассматривается какмотивированный живой процесс взаимодействия между участниками коммуникации, который направлен на реализацию конкретной жизненной целевой установки [2]. Поэтому одним из важных критериев общения является диалогическая и полилогическая речь. В рамках данной статьи мы остановимся на полилоге как одном из видов речевого общения.

Полилог (от греч. polys – многочисленный и logos – здесь разговор) – разговор между несколькими лицами. Термин возник при исследовании коммуникативных свойств языка как добавление к термину «диалог», частично совпадая с ним по содержанию [1].

По форме полилогическая речь является развернутым и усложненным диалогом, речевым общением, в котором участвует более трех человек. В то же время, содержание полилога (в частности, по характеру отображения предмета речи и по коммуникативной направленности) в большей степени соответствует монологу, принципиально отличаясь от него тем, что задачи речевой коммуникации здесь «решаются коллективно», в некотором микросоциуме. Полилогическая речь представляет собой как диалоги двух или сразу нескольких собеседников, так и отдельные монологические высказывания некоторых участников полилога. Монологические высказывания в полилогическом общении отличаются тем, что они являются регламентированными», ограничеными по времени и, соответственно, по объему общими временными рамками общественного мероприятия и его «сценарием» [1].

Следует отметить, что полилогическая речь как самостоятельная форма речевого общения выделяется не во всех психологических и психолингвистических концепциях речевой коммуникации.

Такая форма общения позволяет демонстрировать собственное мнение, самостоятельное мышление, умение формулировать и аргументировать свое мнение, выражать мысли наиболее целесообразными способами, отстаивать собственную позицию согласно возрастным возможностям.

Отличительной особенностью полилогического (группового) общения является наличие «ведущего», функцией которого является организация совместной речевой деятельности целого коллектива людей.

Полилог является достаточно сложной формой речевого общения и в процессе онтогенеза формируется достаточно поздно. Однако у детей старшего дошкольного возраста уже отмечаются возможности общения в полилоге.

В процессе речевого онтогенеза речевое общение начинает формироваться с общения матери с ребенком, что Н.Н. Лепская образно назвала «дуэтом», в котором есть две партии: ребенок начинает овладевать коммуникативными навыками, а значит и коммуникативной компетенцией [3].

Задатки полилогической речи формируются у детей к трем годам, и, как правило, представляют собой ответы ребенка на вопросывзрослого. В дальнейшем диалогическое и полилогическое взаимодействие детей между собой (сверстниками) развивается в процессе совместной деятельности. Д. Брунер рассматривал «развитие совместной деятельности» как основной путь формирования речи и коммуникативного взаимодействия в детском возрасте [5].

При различных нарушениях речи отмечаются трудности в организации общения, что отражается на формировании полилога и в большей степени это диагностируется у детей с общим недоразвитием речи. В настоящее время у большинства количества детей с ОНР отмечаются трудности при ведении полилога.

Общее недоразвитие речи – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте [4].

Изучением речевого общения в целом, и полилога в частности, у детей с ОНР занимались такие исследователи как: Никашина Н.А., Каше Г.А., Спирова Л.Ф., Жаренкова Г.М., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В., Филичева Т.Б. и др. В их исследованиях отмечается, что своевременное развитие речи является одним из основных условий нормального психического развития ребенка. Задержка развития речевого общения, бедный словарный запас и нарушения других компонентов речи отражаются на формировании ВПФ, самосознания, самооценки и коммуникации ребенка в целом.

Дети, имеющие общее недоразвитие речи, как правило, малоинициативны в речевом общении, с трудом вступают в речевое общение, не выступают инициаторами общения, затрудняются в поддержании беседы. В исследованиях Ю.Ф. Гаркуши и В.В. Коржевиной

отмечается следующие особенности дошкольников с общим недоразвитием речи:

– нарушения общения обусловлены незрелостью мотивационно–потребностной сферы;

– отмечается комплекс речевых и когнитивных нарушений;

– в общении со взрослыми преобладает ситуативно-деловая форма, не соответствующая возрастной норме [6].

В исследованиях О.А. Слинько отмечается, что общее недоразвитие у детей затрудняет межличностное взаимодействие детей, что является основной причиной неблагоприятных отношений в группе сверстников. Эти проблемы влияют на становление личности ребенка, которая формируется в условиях своеобразного развития вследствие имеющегося дефекта [4].

У детей с ОНР наблюдаются следующие трудности ведения полилога:

– трудности в организации полилогической речи, что проявляется в невозможности или трудности поддерживать беседу,

– неумение строить развернутые полные собственные высказывания и предложения и отстаивать их;

– незаинтересованность в организации полилога;

– использование невербальных средств вместо вербальных;

– не способности строить и отвечать на вопросы;

– неумение употреблять необходимые выражения, установленные нормами литературно-разговорного стиля речи;

– неумение выразить реплику в соответствии с содержанием беседы и суждение по поводу реплики собеседников;

– неумение вести полилог [4].

Таким образом, анализ исследований, посвященных особенностям речевого общения, в частности полилога, позволяет сделать вывод о том, что у детей дошкольного возраста с ОНР отмечается:

– замедление речевого развития ограничивает речевой контакт со сверстниками;

–общение для детей дошкольного возраста с ОНР не является основным источником поступления знаний об окружающем;

–дошкольники не заинтересованы в контакте, не умеют ориентироваться в ситуации общения, часто выражают негативизм по отношению к партнерам по игре.

–общение дошкольников с ОНР со сверстниками носит эпизодический характер.

Данные особенности могут быть успешно преодолены в процессе логопедической работы, которая включает в себя собственно логопедическую работу, педагогическую помощь и консультации с родителями.

Литература:

1. Глухов В.П. Психолингвистика. Теория речевой деятельности. – М.,2007. – 223 с.

2. Дорфман Т.В., Чернова О.Е. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Русский язык и культура речи» / Т.В. Дорфман, О.Е. Чернова. – М.,2011. – 240 с.

3. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М., 1986. – 144 с.

4. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М., 2002. – 680 с.

5. Правдина, О.В. Логопедия. – М., 1999. – 310 с.

6. Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – Воронеж, 2001. – 256 с.

Выходцева Е.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Жукова С.В., к.психол.н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ ГРАМОТЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

В настоящее время компьютерные технологии являются одним из значимых компонентов в процессе обучения детей и стремительно завоёвывают приоритет во многих областях педагогики [1, 5].

Еще несколько десятилетий назад многие считали, что компьютер – это сложный и загадочный прибор отдаленного будущего, который доступен только избранным. Сегодня, благодаря своей многофункциональности он используется человеком практически любой профессии. Универсальность компьютерных средств обусловливает широту применения компьютерных технологий как средства обучения на всех ступенях образовательного процесс (начиная с детского сада и заканчивая высшей школой). Интерес детей к компьютеру огромен, и важно обратить этот интерес в полезное русло.

Л.С. Выготский указывал на то, что детская игра рождается из противоречия между желанием ребенка действовать как взрослый и невозможностью осуществления этого. И тогда, вместо того, чтобы скакать на лошади или управлять настоящим автомобилем, малыш садится верхом на палочку или просто гудит сам как сигнал машины или поезда. Таким образом происходит замещение реальной действительности придуманной, рождается игра. В случае с компьютером ребенок легко осуществляет свою мечту действовать как взрослый. Этому способствуют специально разработанные компьютерные игровые программы.

Первые результаты применения компьютерных технологий позволили сделать вывод о том, что компьютер обладает целым рядом преимуществ по сравнению с традиционными формами обучения:

1. Предъявление информации в игровой форме на компьютерном мониторе стимулирует у детей появление значительного интереса к деятельности с ним.

2. Компьютер представляет информацию в виде образов, понятных и доступных детям. Звук, анимация, движения надолго привлекают внимание ребенка.

3. Компьютер – это отличное средство реализации задач обучения. Решение проблемных задач, поощрение ребенка при их правильном решении самим компьютером стимулирует познавательную активность детей.

4. Благодаря компьютеру появляется возможность индивидуализации процесса обучения.

5. Успешность выполнения ребенком компьютерных заданий вселяет в малыша уверенность в себе, в том, что он многое может.

6. Компьютер в отличие от многих взрослых очень «терпелив», никогда не ругает ребенка за ошибки, а ждет, пока он сам исправит их [1, 2, 4, 5].

Успешность использования компьютерных технологий в процессе обучения детей дошкольного возраста открыла перспективу их применения как эффективного средства обучения детей с речевыми нарушениями (О.И. Кукушкина, Т.К. Королевская, Л.Б. Боряева Ю.Б. Зеленская, Л.Р. Лизунова, Д.И. Бойков, Л.В. Лопатина и др.). Благодаря компьютерным технологиям в специальной педагогике можно найти дополнительные возможности использования различных вариантов коррекционно–педагогической работы с детьми. Применение специализированных компьютерных программ с учетом закономерностей и особенностей развития детей с речевой патологией, позволяет повысить эффективность коррекционного обучения, ускорить процесс подготовки дошкольников к обучению в школе, предупредить появление у них нарушений письменной речи, а, значит, снизить риск социальной дезадаптации.

Рассмотрим позитивные стороны применения компьютерных технологий при обучении грамоте дошкольников с нарушениями речи.

Известно, что коррекционное обучение детей с речевой патологией опирается на использование всех сохранных анализаторных систем. Этот постулат касается и процесса обучения грамоте. Так, например, при знакомстве с графическим образом буквы педагог предлагает ребенку не только на слух выделить звук, обозначаемый заданной буквой, но и визуализировать зрительно ее образ, узнать букву на ощупь с помощью тактильных ощущений, запомнить двигательный образ буквы путем «написания» ее в воздухе, на песке, на столе, выкладывания ее из бусинок, природного материала, спичек или палочек, запомнить пространственное расположение элементов буквы в процессе лепки. Компьютер предоставляет широкие возможности использования различных анализаторных систем в процессе выполнения игровых обучающих заданий и контроля за их выполнением, способствует совместной координированной работе двигательного, слухового и зрительного анализаторов.

Как уже отмечалось выше, применение компьютерных технологий позволяет предоставить информацию в привлекательной, красочной и динамичной форме. Учитывая, что для детей с нарушениями речи характерно некоторое снижение произвольности внимания и запоминания, представление учебного материала в ярком и доступном для ребёнка виде

вызывает интерес и не только ускоряет запоминание содержания, но и делает его осмысленным и долговременным.

Компьютерные технологии – это путь к развитию интеллекта ребенка с речевой патологией, развитию детской инициативности и любознательности, созданию элементов предметно-развивающей среды, использованию индивидуально-дифференцированного подхода к ребенку и положительного эмоционального фона, помощь в диагностике психоречевого развития, и в целом, совершенствование всего педагогического процесса.

Коррекционно-педагогическая работа с детьми, имеющими речевую патологию, предполагает использование специализированных или адаптированных компьютерных программ [3].

Компьютерные программы для дошкольников представлены как игры разных видов: дидактические («Азбука»), сюжетно-дидактические («Построй город», «Веселый клоун»), сюжетно–режиссерские («Лес», «Море»), театрализованные, игры-забавы и т д. Все они могут быть адаптированы и использоваться в практике работы логопеда с целью развития различных компонентов речевой системы.

Исследователи отмечают, что использование компьютерных программ стимулирует более качественное выполнение детьми всех заданий (артикуляционной, дыхательной гимнастики, развитие навыков звукового анализа и синтеза и др.). Все детские игровые компьютерные программы, как правило, носят развивающий характер, поскольку в них использованы символическое представление информации и опосредованный характер управления. Среди многообразия детских программ имеется достаточно обширная группа обучающих и развивающих компьютерных игр, которые специально созданы в образовательных целях.

Среди специализированных компьютерных программ для детей с проблемами в речевом развитии широко распространены такие, как »Видимая речь», «Игры для Тигры», «Развитие речи. Учимся говорить правильно», «Домашний логопед», «Баба Яга учится читать», «Special Education Tools», «Гарфилд – малышам. Развиваем речь», Power Point и другие. Представленные компьютерные программы имеют целью развитие познавательных процессов (внимания, зрительного восприятия, речеслуховой и зрительной памяти, развитие мыслительных операций), обогащение словарного запаса, развитие умения использовать в собственной речи различные грамматические категории, совершенствование связной речи.

В большинстве представленных игровых программ есть разделы по развитию фонематических представлений в соответствии с этапами работы, предложенными Чиркиной Г.В., Филичевой Т.Б. Работа начинается на материале неречевых звуков и переходит на формирование умения различать речевые звуки и анализировать звуковой состав слова. Учебный материал представлен в яркой, увлекательной, с разумной долей игрового подхода, мультимедийной форме с широким использованием графики, анимации, в том числе интерактивной, звуковых эффектов и голосового сопровождения,

включением видеофрагментов. Занятия с использованием описанных игровых программ не только способствуют повышению мотивации, расширяют и закрепляют полученные знания, но и в значительной степени повышают творческий и интеллектуальный потенциал детей [4].

Таким образом, анализ современной научно–методической литературы по проблеме внедрения компьютерных технологий в процесс обучения доказывает возможность и даже в некоторой степени необходимость их применения в процессе обучения грамоте детей с нарушениями речи. Использование на логопедических занятиях по обучению грамоте специально разработанных адаптированных игровых программ, мультимедийных презентаций, разумное сочетание традиционных и современных компьютерных средств способствует повышению интереса к обучению, его эффективности, всесторонне развивает ребенка. Можно смело утверждать, что активное и грамотное применение компьютерных технологий будет способствовать преобразованию процесса обучения грамоте детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи, позволит рационализировать детский труд, оптимизировать процессы понимания и запоминания материала, а главное, поднять на неизменно более высокий уровень интерес детей к обучению.

Литература:

1. Беспалько В.П. Образование и обучение с участием компьютеров. – М., Воронеж, 2002.

2. Лазарева Л. Новым стандартам – нестандартный подход. – М., 2012.

3. Микляева Н.В., Микляева Ю. В. Методические условия обучения детей грамоте – М., 2007.

4. Мультимедийный диск «Уроки Кирилла и Мефодия. Обучение грамоте. 1 класс». – М., 2007.

5. Селевко Г.К. Педагогические технологии на основе информационно – коммуникационных средств. – М., 2005.

Егорова Н.Ю., г. Новосибирск, ФГБОУ ВПО НГПУ

Научный руководитель: Ковригина Л.В. , к.пед.н.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОНИМАНИЯ ЗНАЧЕНИЯ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Несмотря на достаточно полное освещение вопросов, касающихся развития речи и речемыслительной деятельности детей с недоразвитием речи, до настоящего времени не сложилось целостной картины, отражающей особенности овладения образными средствами языка.

Исходя из вышеизложенного, тема, посвященная формированию понимания значения фразеологизмов у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи имеет социальную значимость и приобретает особую остроту применительно к детям, имеющим речевой дефект. Это

подчеркивает актуальность проблемы для логопедии, как в теоретическом, так и практическом аспектах, и требует своего разрешения.

Впервые формирование фразеологического словаря в старшем дошкольном возрасте, как актуальная проблема, была поставлена Ю. С. Ляховской в диссертации на тему «Активизация словаря детей старшего дошкольного возраста», где она экспериментальным путем доказала, что детям старшего дошкольного возраста доступно понимание значений многих фразеологических оборотов. В этой работе также были намечены вопросы по уточнению методики работы над качественным и количественным составом фразеологического словаря.

Э.П. Короткова, А.М. Бородич, О.С. Ушакова, Е.М. Струнина, Е.А. Флёрина рассматривают художественную литературу, как средство обогащения языка ребенка образными словами и выражениями. Они предлагают для полноценного усвоения материала произведений чтение коротких рассказов, включающее в вопросах слова из текста, указания к припоминанию пропущенных ребенком слов, конкретного образного значения словосочетаний с опорой на контекст, выборочное чтение отрывков из этих рассказов[3, 1, 5, 6].

В диссертации Н.В. Гавриш предлагаются следующие приёмы работы с фразеологизмами: знакомство с фразеологизмами в процессе чтения художественного произведения; выделение фразеологизмов детьми из текста прочитанного произведения с помощью вопросов; анализ фразеологизмов воспитателем (учителем-логопедом), объяснение их значения; выполнение творческих заданий на материале фразеологической лексики (составление рассказов по фразеологизмам) [2].

Таким образом, словесное творчество является составной частью общего развития творческих способностей дошкольников в разных видах художественной деятельности. В основе его формирования лежит восприятие произведений художественной литературы. Ознакомление с разными жанрами литературных произведений, их специфическими особенностями вводит ребенка в мир художественных образов, понимание которых способствует усвоению фразеологической лексики. Все это способствует развитию творческого воображения, а также воспитывает умение использовать фразеологизмы в своей речи, как устной, так и письменной.

Художественная литература является мощным источником образных средств, в том числе и фразеологизмов, в художественных произведениях хорошо отражены ситуации, иллюстрирующие уместное использование образных средств языка, что позволяет говорить о том, что для формирования понимания фразеологизмов детьми старшего дошкольного возраста целесообразно использовать произведения художественной литературы.

Опираясь на данные разработки, нами была разработана система коррекционно-логопедической работы по формированию понимания

фразеологизмов детьми старшего дошкольного возраста с ОНР, реализуемая в три этапа.

Первый этап коррекционно-логопедической работы по формированию понимания фразеологизмов детьми старшего дошкольного возраста с ОНР (подготовительный).

Цель: развитие интереса к чтению художественной литературы.

Задачи:

1. Развитие интереса к чтению художественной литературы.
2. Развитие умения планировать ход мысли, рассуждать, отвечать на вопросы по тексту.
3. Формирование умения семантизации фразеологизма в контексте литературного произведения.
4. Формирование понимания фразеологизма в контексте ситуации.

Для реализации данного этапа необходимо использовать различные художественные произведения, иллюстрирующие какой–либо фразеологизм или фразеологизмы.

В ходе коррекционно-логопедического занятия по формированию понимания фразеологизмов детьми старшего дошкольного возраста с ОНР на первом этапе необходимо использовать чтение произведения художественной литературы логопедом, обсуждение и разъяснение значений непонятных слов, словосочетаний и предложений, уточнение понимания смысла образных слов и выражений с переносным значением, в том числе и фразеологизмов. Далее необходимо обсудить прочитанное с детьми, делая акценты в обсуждении на наиболее важные моменты в произведении, в том числе и на моменты соответствующие заданному фразеологизму или на фрагменты, где использован фразеологизм. Можно использовать приём драматизации тех частей произведения, где используется фразеологизм или той ситуации, которой соответствует заданный фразеологизм.

После детального рассмотрения произведения необходимо обратиться непосредственно к жизненной ситуации, где может быть использован заданный фразеологизм, можно задать детям следующие вопросы: «когда так говорят?», «когда ты можешь так сказать?»

В конце первого этапа в качестве подведения итогов можно провести занятие–викторину на знание произведений и изученных фразеологизмов. В ходе занятия можно задавать вопросы типа «В какой сказке так говорили?», «Какие необычные слова вы встречали в этой сказке?» и так далее.

Второй этап коррекционно–логопедической работы по формированию понимания фразеологизмов детьми старшего дошкольного возраста с ОНР (основной).

Цель: формирование способности семантизации фразеологизмов детьми старшего дошкольного возраста с ОНР.

Задачи:

1. Развитие умения самостоятельно толковать значение фразеологизма.
2. Развитие смекалки и находчивости.

3. Развитие умения осуществлять последовательные умственные действия: анализировать, сравнивать, обобщать, целенаправленно думать.

4. Развитие абстрактно-логического мышления, сообразительности.

На данном этапе целесообразно использовать игру «Скажи по-другому», соотносить фразеологизм и иллюстрацию, подбирать к фразеологизму синонимы и антонимы, сопоставлять синонимичные и антонимичные фразеологические конструкции.

Вопросы, задаваемые учителем–логопедом, могут быть следующими: «скажи одним словом», «скажи наоборот», «какой ещё фразеологизм означает то же самое».

Для такого рода работы можно использовать пазлы «Крылатые выражения», суть которых состоит в том, чтобы соотнести фразеологизм, его синоним или антоним и иллюстрацию, отражающую заданный фразеологизм.

Речевой материал: бежать сломя голову (синонимы: мчаться во весь дух, мчаться как вихрь, бежать со всех ног; антонимы: плестись как черепаха, в час по чайной ложке); быть одетым с иголочки (синонимы: нет только птичьего молока; антонимы: в чём мать родила); дрожать как осиновый лист (синонимы: ни жив, ни мёртв; у страха глаза велики; антонимы: в ус не дуть, море по колено, хоть бы что); взять себя в руки (синонимы: сказать своё слово, антонимы: сидеть сложа руки, склонить голову); видеть насквозь (синонимы: знать, чем дышит; зрить в корень; антонимы: ни слухом, ни духом; слыхом не слыхать); ждать у моря погоды (синонимы: плыть по течению; антонимы: работать в поте лица; работать, засучив рукава; нажимать на все педали); вывести на чистую воду (синонимы: сорвать маску, раскрыть глаза; антонимы: закрывать глаза, смотреть сквозь пальцы); яблоку негде упасть (синонимы: негде иголку воткнуть, пруд пруди хоть отбавляй; антонимы: капля в море, кот наплакал, по пальцам пересчитать).

После того, как дети научатся с лёгкостью справляться с такого рода заданиями, можно перейти к самостоятельному подбору (без опоры на наглядный материал) синонимов и антонимов, а также синонимичных и антонимичных фразеологических конструкций.

Третий этап коррекционно-логопедической работы по формированию понимания фразеологизмов у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Цель: обобщение и закрепление изученного ранее.

Задачи:

1. Закрепление в речи фразеологизмов, изученных ранее.

2. Развитие лексики, грамматики, связной речи.

3. Закрепление изученных ранее фразеологизмов в речи детей старшего дошкольного возраста.

4. Создание условий для использования фразеологизмов в самостоятельной речи.

На данном этапе можно использовать приём самостоятельного творчества детей, например, каждому ребёнку можно предложить нарисовать

рисунок на заданный фразеологизмили сочинить историю или рассказ, в котором можно употребить заданный фразеологизм, создание иллюстрации, характеризующей заданный фразеологизм. При составлении устных рассказов следует обращать внимание детей на контекст употребления фразеологизма, в случае возникновения затруднений у одного из детей, следует попросить помощи у остальных (попросить их объяснить значение фразеологизма или предложить свой вариант истории). Такое совместное словесное творчество детей будет способствовать наиболее полному усвоению и закреплению в речи детей старшего дошкольного возраста фразеологизмов.

Таким образом, для формирования понимания фразеологизмов у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи требуется целенаправленная коррекционно–логопедическая работа, проводимая в три этапа, каждый из которых способствует наиболее полному усвоению фразеологизмов детьми старшего дошкольного возраста с ОНР. Эти этапы включают в себя: усвоение фразеологизмов в контексте литературных произведений, в процессе специальных игр и выполнения творческих заданий

Литература:

1. Бородич А.М. Методика развития речи детей. – М., 1981. – 256 с.

2. Гавриш Н.В. Формирование образности речи старших дошкольников в процессе обучения родному языку: дисс. … канд. пед. наук. – М., 1991. – 104 с.

3. Короткова Э.П. Беседы о книге в подготовительной к школе группе // Дошкольное воспитание. – 1974. – № 10. – С. 30-37.

4. Ляховская Ю.С. Активизация словаря детей старшего дошкольного возраста: Дисс. … канд. пед. наук. – М., 1969. – 116 с.

5. Ушакова О.С., Струнина Е.М. Методика развития речи детей дошкольного возраста. – М., 2004. – 288 с.

6. Флёрина Е.А. О художественной литературе для детей дошкольного возраста // Дошкольное воспитание. – 1952. – № 6. – С. 24-30.

Заплаткина А.А., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: Российская Е.Н., к.пед.н.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ПОДРАЖАНИЮ, ОБРАЗЦУ И СЛОВЕСНОЙ ИНСТРУКЦИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Для психологической и педагогической науки проблему обучения как формирования некоего способа деятельности по подражанию, образцу и словесной инструкции можно считать классической (Запорожец 1960, Божович 1980, Лубовский 1978, Занков 1999 и др.).

Действия по подражанию – это процесс, когда действия выполняются короткими шагами, то есть дети не видят, не знают алгоритма получения конечного продукта. Этот алгоритм задает им взрослый.

Некоторые психологи считают имитацию полезной только в обучении лексике. «Имитация, казалось бы, не облегчит последующее спонтанное использование лексических единиц. Но детская тенденция подражать лексическим единицам складывается под влиянием новизны лексического материала (Leonard, Schwartz, 1979).

Л.С. Выготский считал подражание «источником возникновения всех специфически человеческих свойств сознания» и видов деятельности. А.В. Запорожец связывает ее с особенностями самого имитационного процесса, рассматривая подражание как один из наиболее генетически ранних путей усвоения ребенком общественно сложившихся способов поведения [4].

Наряду с подражанием в обучении детей школьного возраста используются действия по образцу. Методика выбора по образцу, подбора объектов к образцу является одним из традиционных средств сенсорного восприятия.

Образец – это конечный результат. Действия по образцу предполагают пошаговое самостоятельное развертывание всего алгоритма: от начала до конца. Таким образом, существенную роль занимает планирующая функция речи.

Образцы «пронизывают» образовательный процесс в качестве приемов предъявления ученику образца изучаемого объекта или образца того действия, которым ребенку надлежит овладеть. «Лежащие на поверхности» преимущества обучения по образцам заключаются в экономии времени, возможности заменить образцом громоздкие предписания и пространные, разъяснения» [1].

Главное «не рассказывать, а показывать, используя при этом всевозможные приспособления», отмечает М. Монтессори [6]. Самым сложным, требующим активизации всех познавательных процессов, средством обучения является речевая инструкция.

В.В. Давыдов проводит детальный анализ общей структуры операций воспроизведения конкретных предметов по образцам. Он отмечает, что решение подобных задач по образцу требует умения «обращаться» с самим образцом и материалом [2].

В последние годы, после внимание к этой проблеме в связи с новыми тенденциями в образовании (вступление в силу ФЗ №273 «Об образовании в РФ», переходу на ФГОС) возрастает.

В результате анализа стимуляции действия по инструкции было установлено, что выполнение или невыполнение одной и той же инструкции испытуемыми в большой степени зависит от той или иной организации наглядного материала [8].

В ряде исследований показывается, что не всегда словесная инструкция приводит к желаемому результату – правильному выполнению действия ребенком [1, 2]. Сложность применения развернутой инструкции состоит в том, что такая инструкция забывается детьми, «теряется» в процессе

деятельности. «Причиной невыполнения инструкции может быть «потеря инструкции», ее забывание в ходе выполнения задания».

Таким образом, очевидно, что на современном этапе актуальным становится вопрос изучения оптимальных форм представления действий по подражанию, образцу и словесной инструкции в контексте возможностей их применения в образовательном процессе, в особенности в обучении детей с ОВЗ в практике инклюзивного образования.

Исходя из вышеизложенного, мы видим актуальность проблемы изучения возможностей использования действий по подражанию, образцу и словесной инструкции в обучении детей с речевыми нарушениями, в процессе освоения основной образовательной программы начального общего образования.

Целью исследования являлось изучение действий по подражанию, образцу и словесной инструкции, совершаемых младшими школьниками с речевыми нарушениями.

В эксперименте приняло участие 15 детей, учащихся 1 – 4 классов ОКОУ «Школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей № 2» г. Курска.

Для изучения действий по подражанию, образцу и словесной инструкции в обучении младших школьников с речевыми нарушениями нами была использована методика, разработанная совместно с Е.Н. Российской, которая применялась в процессе выполнения нескольких типов заданий (на материале «Математический планшет») (табл. 1).

Таблица 1

Задания по изучению выполнения действий

№ п/п	Содержание задания
1. Выполнение действий по подражанию (действия выполняются короткими шагами, то есть дети не видят, не знают алгоритма получения конечного продукта). Этот алгоритм задает им взрослый)	Инструкция: Посмотри, перед тобой планшет, резинки и геометрические фигуры. Слушай внимательно и делай как я. 1. Возьми резинку и протяни ее от средней кнопки первого ряда сверху до первой кнопки слева третьего ряда сверху. 2. Возьми резинку и протяни ее от средней кнопки первого ряда сверху до первой кнопки справа третьего ряда сверху. 3. Протяни резинку от средней кнопки второго ряда сверху до первой кнопки слева второго ряда снизу. 4. Протяни резинку от средней кнопки второго ряда сверху до первой кнопки справа второго ряда снизу. 5. Протяни резинку от средней кнопки третьего ряда сверху до первой кнопки слева первого ряда снизу. 6. Протяни резинку от средней кнопки третьего ряда сверху до первой кнопки справа первого ряда снизу. 7. Посмотри, что у тебя получилось? (Ответ ребенка – «ёлочка») 8. Укрась «ёлочку» игрушками – геометрическими фигурами. На каждую вешаем по одной игрушке. 9. На верхушку елки положи большой желтый треугольник. 10. На первую кнопку слева третьего ряда сверху положи маленький зеленый квадрат.

	11. На первую кнопку справа третьего ряда сверху положи больший зеленый квадрат. 12. На вторую кнопку справа третьего ряда сверху положи маленький красный круг. 13. На вторую кнопку слева второго ряда снизу положи большой красный круг. 14. На первую кнопку справа первого ряда снизу положи маленький желтый треугольник	
2. Выполнение действий по образцу (действия предполагают пошаговое самостоятельное развертывание всего алгоритма: от начала до конца, регулируемые планирующей функция речи)	Инструкция: Внимательно рассмотри фигуру (человечек) (приложение к «Геометрический планшет» – готовый образец экспериментатор готовит заранее). На что похожа эта фигура? Сколько резинок потребуется для ее создания? Сколько фигур необходимо? Сложи такую же фигуру, смотри на образец, он тебе поможет	
3. Выполнение действий по словесной инструкции (предвосхищает конструирование подробное описание способа действий, ребенок должен понять и запомнить инструкцию, а потом выполнить действие)	Инструкция: Сложи фигурку оленя из 7 резинок и 6 геометрических фигур	

Особенностью «Математического планшета» является то, что он позволяет «прочувствовать пальцами» форму геометрических фигур, изображаемые силуэты. Вариативность заданий позволяет повышать уровень сложности и применять его для разных возрастов, в том числе для младших школьников.

Диагностическая ценность «Математического планшета» состоит в том, что он позволяет выявить уровень сформированности умения ориентироваться на плоскости, работать по схеме, видеть связь между предметом и явлением окружающего мира и его абстрактными изображением, уровень развития логического мышления, воображения, произвольного внимания, мелкой моторики.

Выполненные задания оценивались в соответствии с критериями, представленными в таблице 2.

Таблица 2.

Критерии оценки заданий

Баллы	Критерии оценки				
	Понимание словесной инструкции	Планирование организации деятельности	Ориентация в цветовой схеме	Ориентация в пространстве	Последующий самоконтроль
2	Словесную инструкцию понимает с первого раза. В памяти удерживает весь объем инструкции	Правильно определяет количество материала необходимого для создания фигуры	Ориентируется в цветовой схеме. Воспроизводит цветовой рисунок без ошибок	В пространстве ориентируется. Ошибок в расположении кубиков не допускает	Проводит детальное сличение с планом, устанавливает соответствие/находит несоответствия
1	Требуется повторное повторение инструкции. Не удерживает в памяти весь объем инструкции	Единичные ошибки при выборе исходного материала (в пределах одного кубика)	Единичные ошибки в цветовой схеме (в пределах одного элемента)	Наблюдаются единичные ошибки при расположении кубиков в пространстве (в пределах одного элемента)	Проводит сличение с планом, находит не все несоответствия
0	Требуется многократное повторение инструкции	Не правильно определяет количество материала необходимого для создания фигуры	Цветовая схема постройки не соответствует образцу	Не ориентируется в пространстве, не дифференцирует «право – лево», «верх – низ»	Сличение с планом не проводит / Сличение с планом проводит, но не находит несоответствия

В процессе эксперимента было выявлено, что большинство школьников (75%) успешно выполняют задания, связанные с действиями по подражанию. Это обусловлено тем, что даже при неполном понимании словесной инструкции, ребенок видит действия экспериментатора и подражает им.

Не все школьники (60%) правильно совершают действия по образцу, что обусловлено недостаточной сформированностью планирующей функции речи. Наблюдаются ошибки в расположении элементов в пространстве (у 47% испытуемых).

54% обучающихся осуществляют детальное сличение с планом по итогам своей деятельности. Только некоторые учащиеся, даже после адекватного оценивания своей работы, принимают попытки по ее улучшению.

Лишь 40% школьников успешно выполняют действия по словесной инструкции, так как многие не удерживают в памяти весь объем

предъявляемой инструкции, в процессе работы им требуется повторная инструкция.

Наглядно результаты изучения действий по образцу, подражанию и словесной инструкции представлены на рисунке 1.

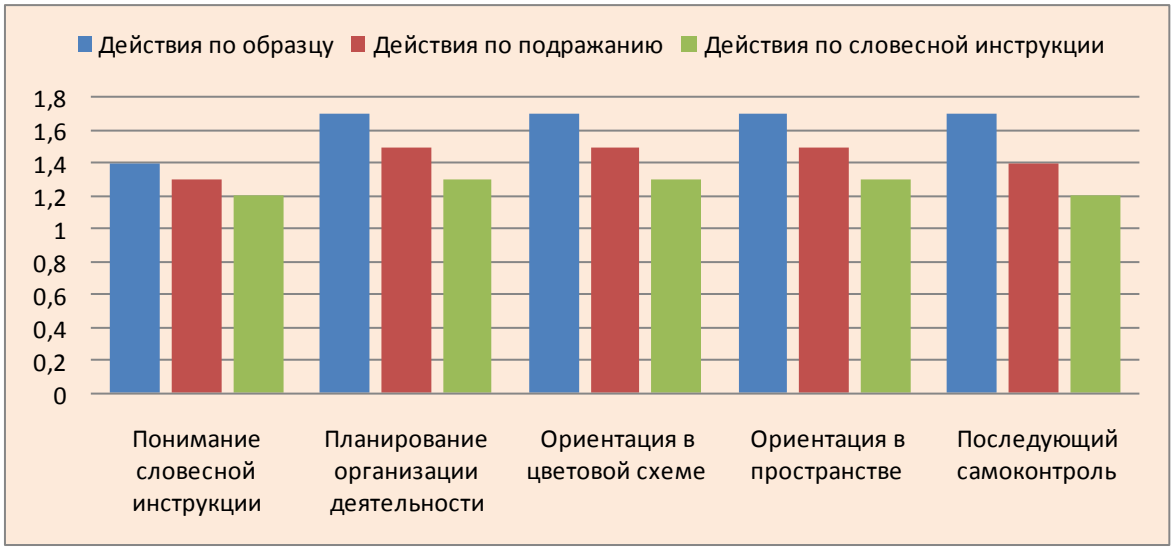


Рис.1. Результаты изучения действий

Таким образом, очевидно, что действия по подражанию школьники с речевыми нарушениями выполняют успешнее, чем действия по образцу и словесной инструкции. Причины данного явления мы видим в нарушении развития планирующей функции речи, которая не выступает у детей с общим недоразвитием речи в качестве плана действий в соответствии со смоделированным алгоритмом.

Литература:

1. Божович Е.Д. Некоторые вопросы обучения по образцам // Вопросы психологии. – 1980. – № 2. – С. 135-139.

2. Давыдов В.В. Проблемы развивающего обучения: Опыт теоретического и экспериментального психологического исследования. – М., 1986.

3. Занков Л.В. Избранные педагогические труды. – М., 1999.

4. Запорожец А.В. Развитие произвольных движений. – М., 1960.

5. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей. – М., 1978.

6. Монтессори. М. Помоги мне сделать это самому. – М., 2000.

7. Никитин Б.П. Развивающие игры. – М., 1985.

8. Рейнвальд Н.И. Особенности выполнения речевой инструкции ребенком дошкольного возраста / Н.И. Рейнвальд // Вопросы психологии. – 1955. – №3. – С. 63-70.

Ивановой Д.А., г. Ставрополь, ФГАОУ СКФУ
Научный руководитель: Демиденко О.П., к.пед.н.

РАЗВИТИЕ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СРЕДСТВАМИ СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ ИГРЫ

В исследованиях Р.Е. Левиной, Е.М. Мастюковой, Н.А. Туговой, Е.Ф. Архиповой отмечено, что у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня помимо нарушений звукопроизношения, лексического и грамматического строя речи, еще имеются нарушения просодических компонентов выразительности речи.

Просодическая сторона речи представляет собой совокупность взаимосвязанных и взаимозависимых друг от друга компонентов: тембра, темпа, ритма, мелодики, интенсивности речи.

Речь детей с общим недоразвитием речи часто лишена интонационной окраски, монотонна, имеет замедленный темп и ритм речевого высказывания. Эти дети имеют трудности в восприятии и воспроизведении интонационных структур предложения и мелодических рисунков фразы, неумение правильно воспроизвести логические ударения, отобразить темпо-ритмический рисунок речевого высказывания. Все эти нарушения осложняют речевую активность детей с общим недоразвитием речи III уровня. А в дальнейшем могут сказаться на общении детей со сверстниками, взрослыми, дошкольники замечают свои дефекты и вследствие этого может возникнуть закомплексованность, замкнутость, неполноценное сформирование личности [3, с. 55].

В дошкольном возрасте, по мнению Д.Б. Эльконина, ведущим видом деятельности является сюжетно-ролевая игра.

Для ребенка дошкольного возраста сюжетно-ролевая игра – это ряд событий из окружающего мира, жизнь и деятельность взрослых и сверстников. Главной особенностью сюжетно-ролевой игры от игры манипулятивной является наличие воображаемой ситуации, в которой дошкольники в различных сюжетах пробуют и обыгрывают разнообразные роли. [5, с. 164]

Роль является основной ступенью в содержании игры. Чаще всего дети выбирают роль взрослых, а с выбранной ролью они как бы впитывают в себя те движения, жесты, мимику, речь, интонацию того человека, чью роль они «примеряют» на себе. Ребенок уже по-другому использует предметы, ведет разговор, использует речевые высказывания именно с той интонированной выразительностью, с какой ее говорит человек, роль которого выбрал ребенок.

Взаимодействуя с игрушкой, предметами, ребенок проговаривает вслух свои действия, что активизирует речевую деятельность.

Для сюжетно-ролевой игры важен коллективный характер. Ведь в ходе игры дети учатся взаимодействовать между собой и со взрослыми. А выбранные роли только увеличивают интерес ребят к игре, поскольку

общение происходит в соответствующих ролях, и позволяют развивать просодические элементы речи [1, с. 35].

У детей с общим недоразвитием речи просодические элементы развиваются медленнее, чем у сверстников, но сюжетно-ролевая играет значимую роль в развитии просодики.

Изначально логопеды и воспитатели формулируют ситуацию и стимулируют детей к игре. Тщательно подбирают игрушки и игровой материал, для того, чтобы он соответствовал возрастным интересам детей. Затем дети, уже имея опыт в сюжетно-ролевой игре, сами или со сверстниками придумывают ситуации, ролевые отношения и содержание игры.

Таким образом, у детей с общим недоразвитием речи III уровня имеются трудности в общении с окружающими и для преодоления этих трудностей, и развития речи, а также просодической стороны речи, логопедам и воспитателям важно использовать в целях преодоления нарушения речевой активности сюжетно-ролевую игру. Она позволяет активизировать речь детей, формирует положительный эмоциональный фон детей, развивает интонацию, мелодику, темп и ритм речевых высказываний, стимулирует детей к общению с другими детьми.

Литература:

1. Михайленко Н.Я., Короткова Н. А. Организация сюжетной игры в детском саду. – М., 2009. – 96 с.

2. Краснощекова Н.В. Сюжетно-ролевые игры для детей дошкольного возраста. – Р-н-Д., 2006. –151с.

3. Тугова Н.А. Развитие выразительной речи у детей с речевыми нарушениями // Дефектология. – 1995. – № 2. – С. 53-57.

4. Ветчинкина Т. Игровая деятельность как средство коррекции речевых нарушений у дошкольника // Учитель. – 2009. – №3. – С.14-15

5. Эльконин Д.Б. Психология игры. – М., 1977. – 226 с.

Иволгина К.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Соломатина Г.Н., к.пед.н.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Нарушения речи – отклонения в речи говорящих от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, проявляющиеся в парциальных (частичных) нарушениях (звукопроизношения, голоса, темпа, ритма и т.д.) и обусловленные расстройствами нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности [6].

Нарушения речи становится все более актуальной проблемой в нашем обществе, потому что в настоящее время наблюдается значительное увеличение количества детей с отклонениями в речевом развитии. Как правило, у этих детей нарушены все компоненты речи: нарушение звукопроизношения, отставание словарного запаса от возрастной нормы,

несформированность лексико-грамматического строя речи, недоразвитие связной речи и т.д. [8].

Многие авторы, изучающие нарушения речи младших школьников, считают, что одним из проявлений неярко выраженного недоразвития речи является ограниченность словарного запаса, расхождение объема активного и пассивного словаря, неточное употребление слов, в том числе и трудности овладения фразеологической лексикой [3].

Фразеологизм – это единица, воспроизводимая в речи, чаще всего являющаяся эквивалентной слову, которая имеет неделимое значение, постоянный компонентный состав и грамматическую структуру [4].

В русском языке слова, соединяясь друг с другом, образуют словосочетания. Одни из них свободные, другие – несвободные. В свободных словосочетаниях в каждом слове раскрывается своё лексическое значение. Так, например, в словосочетании «съел малину», глагол «съел» обозначает – употребить в пищу, а существительное «малина» – ягоду. Если же рассматривать компоненты словосочетание «собаку съел», то они не будут иметь собственного лексического значения. В этом случае лексическим значением обладает всё словосочетание в целом: «собаку съел»– приобрёл огромный опыт, знания в какой-либо области. Лексически такое сочетание является неделимым и в речи воспроизводится как неделимая речевая единица. Такие конструкции называются фразеологизмами или фразеологическими единицами. Фразеологизмы имеют значительное отличие от свободных сочетаний слов. Как правило, в свободных сочетаниях одно из слов можно заменить другим (морозный денёк – холодный денёк), но во фразеологическом сочетании эта замена невозможна, т.к. для фразеологизмов характерно постоянство лексического состава. Благодаря этой особенности слова в составе фразеологизма не имеют смысловой самостоятельности. Так во фразеологизмах смысл имеет не каждое слово по отдельности, а всё выражение в целом. Это означает, что фразеологизмы, подобно словам, используются в речи уже целостные, т.е. их необходимо помнить и знать в той форме, в какой они закрепились в языке.

Фразеологизмы являются более сложными единицами языка, в отличие от слов, в их структурном и семантическом отношении [5].

Исследователи В.Л. Архангельский, С.Г. Гаврин, В.Н. Телия определяют фразеологизм как языковую единицу, для которой характерны такие второстепенные признаки как метафоричность, эквивалентность и синонимичность слову.

Фразеологизмы, являясь стилистическими средствами, выполняют важную роль в процессе развития речи. Они способствуют формированию выразительности детской речи. Как отмечают лингвисты (В.В. Виноградов, В.Н. Телия, Н.М. Шанский, Д.Н. Шмелёв и др.), они украшают нашу речь, делают её образной, выразительной, живой, эмоциональной, наделяют её национальными чертами [1].

На необходимость обогащения речи младших школьников фразеологизмами указывали А.М. Бородич, Н.В. Гавриш, В.В. Гербова, О.С. Ушакова и другие. Исследования педагогов и психологов, которые посвящены изучению особенностей художественного восприятия и творчества показывают, что уже к младшему школьному возрасту у детей формируется осознанное восприятие, которое проявляется в способности находить и выделять средства выразительности. В частности фразеологизмы.

Проблема усвоения фразеологических единиц затрагивается во многих научных исследованиях. Ещё Ж.Пиаже определил возрастную границу усвоения фразеологических единиц детьми – 11–12 лет. Именно в этот период у ребёнка развиваются ассоциативные и формальные операции. Однако многие экспериментальные исследования показывают, что дети 6–7 лет уже могут не только понимать, но и применять отдельные, понятные для них речевые обороты [7].

Наблюдения за речью детей от рождения до 9 лет показывают то, что благоприятные условия речевой среды ребёнка позволяют допустить возможность использования фразеологизмов уже на 3-4 году жизни ребёнка. Наблюдая за детьми, можно заметить, что после первого самостоятельного употребления фразеологизма, тем более, если оно не осталось без внимания взрослого, ребёнок с удовольствием начинает использовать и другие доступные ему фразеологизмы. Устойчивые выражения, которые повторяются в однотипных ситуациях, легко воспроизводятся ребёнком в тех же ситуациях. В этом возрасте наиболее употребительными являются фразеологизмы с оттенками удовольствия, удивления, осуждения, поощрения, оценки.

Многочисленные наблюдения за детьми свидетельствуют, так же о том, что уже к 5-ти годам у детей обнаруживается способность использовать фразеологические единицы в своей речи. И чем ярче, эмоциональнее и интереснее речь взрослых, тем это больше влияет на богатство речи ребёнка, на своеобразие использования им фразеологических единиц [2].

Таким образом, актуальность нашего исследования заключается в том, что в настоящее время проблема овладения младших школьников с нарушениями речи фразеологической лексикой изучена не в полной мере. Это вызывает значительные трудности в определении содержания и методики обучения детей. Несформированность фразеологической лексики у детей с нарушениями речи нуждается в своевременном развитии, так как эти средства выразительности речи будут способствовать дальнейшему развитию словаря детей, будут делать устную и письменную речь содержательной, яркой, красивой, точной и выразительной.

Литература:

1. Виноградов В.В. Основные понятия русской фразеологии как лингвистической дисциплины // Лексикология и лексикография. – М., 1977.
2. Волина В.В. Фразеологический словарь. – М., 1997.
3. Волкова Л.С. Шаховская С.Н. Логопедия. – М., 1998.

4. Гвоздарева Ю.А. Функции фразеологических единиц в русской речи. // Фразеологическая номинация. – Р-н-Д., 1989.

5. Митькина И.Н. Особенности овладения фразеологизмами детьми 7-го года жизни. – М., 2001.

6. Полушкина Н.Н. Диагностический справочник логопеда. – М., 2010.

7. Холод А.М. овладение семантикой нового слова в онтогенезе. – М., 1996.

8. Ястребова А.В. Коррекция недостатков речи у учащихся общеобразовательной школы. – М., 1997.

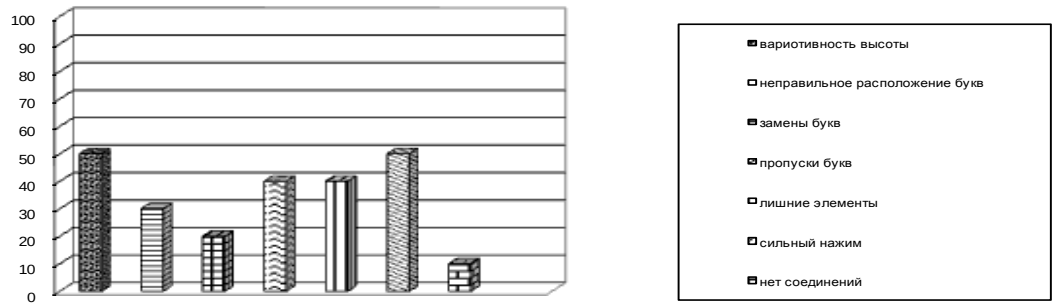
Казакова Е.И., МКОУ «Черкасскопореченская СОШ» Суджанского района Курской области

ФОРМИРОВАНИЕ ГРАФОМОТОРНОГО КОМПОНЕНТА ПИСЬМА У ПЕРВОКЛАССНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Проблема нарушений письменной и устной речи у учащихся начальных классов – одна из самых актуальных на сегодняшний день, что обусловлено значимостью речевой деятельности в образовательном процессе. Нарушения письма являются наиболее распространенной формой речевой патологии у младших школьников и становятся причиной неуспеваемости у 10% – 30% учащихся (Корнев А.Н., Лалаева Р.И., Чиркина Г.В. и др.).

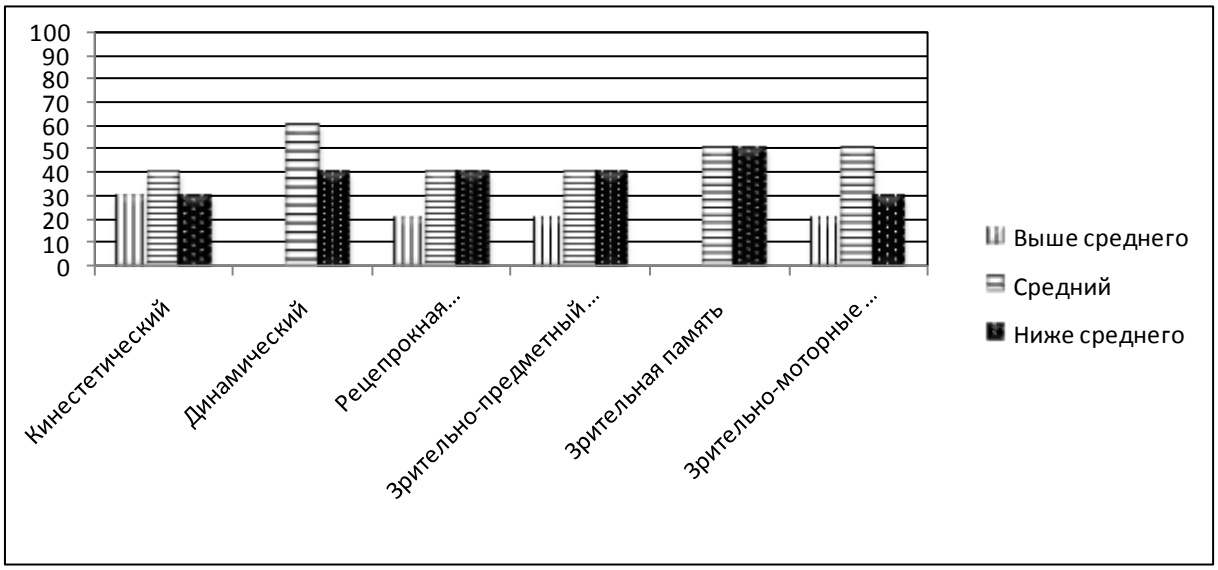
Нами на базе МКОУ «Черкасскопореченская СОШ» Суджанского района Курской области было проведено исследование письменных работ и графомоторного компонента письма первоклассников (10 учащихся) с различными нарушениями речи (ОНР III уровень развития речи, НВОНР).

Анализ письменных работ показал, что наиболее распространенными графическими ошибками, допускаемыми при письме, являются следующие: вариативность высоты, отсутствие соединений букв, искажение букв (неправильное ее расположение, лишние элементы, их пропуск), дисграфические ошибки (замены, пропуски и перестановки гласных и согласных букв). Также было отмечено, что у первоклассников с речевыми нарушениями констатируется нестабильный почерк, сильный нажим на ручку и медленные темпы письма.



Результаты исследования навыка письма первоклассников
(% от общего числа учащихся)

При исследовании состояния нейропсихологических факторов (кинестетического, динамического праксиса, зрительно-предметного гнозиса, зрительной памяти, реципрокной координации и зрительно-моторной координации), в наибольшей степени ответственных за процесс письма, было выявлено, что наибольшую трудность у учащихся вызвали пробы кинестетического и динамического праксиса. У всех учащихся отмечалось снижение двигательной памяти и самоконтроля, неуверенность и затруднения при переключении движений, замедленный темп при переносе двигательных поз пальцев с одной руки на другую, низкий уровень зрительно – предметного гнозиса, зрительной памяти и зрительно-моторной координации.



Результаты исследования функционального базиса письма первоклассников (% от общего количества обследованных учащихся)

Графические навыки требуют развития тонких дифференцированных движений пальцев рук, зрительно–моторной координации и зрительной памяти. Сформированный графический навык позволяет писать буквы четко, красиво, разборчиво, быстро.

На начальном этапе обучения письму дети должны усвоить понятие о буквах – графических знаках (печатных, письменных, заглавных и строчных), научиться правильно, четко и достаточно быстро писать все графические элементы, соблюдая правильную позу, правильные движения руки, правильную траекторию движений и т.п. Одновременно необходимо правильно дифференцировать звуки речи, безошибочно узнавать и соотносить их с буквами, так как параллельно с графическим идет формирование орфографического навыка.

С учетом выявленных особенностей письма и его графомоторного компонента у первоклассников с речевыми нарушениями нами были подобраны приемы и упражнения, которые для удобства работы были дифференцированы по этапам обучения навыку письма.

Первый этап – подготовительный. На этом этапе нами использовались приемы обводки под счет заготовленных образцов рукописных букв и слогов через кальку. Издавна в методике обучения детей письму и чистописанию применялся ритмический (тактический) прием (метод тактирования), т.е. письмо под счет. Тактированное письмо позволяет добиться четкости, плавности, ритмичности и ускоренного темпа.

На втором этапе учащиеся обводили через прозрачную кальку под счет заготовленные рукописные слова, которые соединены в группы с одинаковой ритмической структурой и ударением (мак, рак, сок, мох), также на этом этапе использовалась обводка словосочетаний под счет через прозрачную кальку. Материал для написания слов подбирался с учетом слоговой структуры и ритмического рисунка слова по принципу постепенного усложнения.

Третий этап включал следующие упражнения: обводку под счет предложений через прозрачную кальку, стихов и микротекстов. Ритмизация процесса письма способствовал совершенствованию темпа письма, автоматизации графического навыка письма, воспитывает навык скорописи.

На наш взгляд, в настоящее время в практике обучения письму детей с речевыми нарушениями не только нельзя отказываться от традиционных методов каллиграфии (копирование, тактирование, конструирование, алгоритмизация процесса написания букв), но и необходимо вводить различные комплексы по формированию графомоторного компонента письма.

Нами были использованы следующие упражнения, направленные на развитие двигательного и зрительного анализаторов и осмысление графомоторных действий:

– прописывание фигур в воздухе;

– усвоение различных способов работы рукой – от крупных движений всей руки до мелких движений пальцами;

– штриховка, рисование вертикальных, горизонтальных, наклонных, кривых линий;

– рисование по клеточкам геометрических фигур и бордюров;

– написание элементов букв;

– поиск отличий в двух похожих картинках;

– рассматривание каких-либо предметов и иллюстраций;

– словесное описание внешнего вида элементов букв, способов письма.

Для развития зрительного восприятия, формы и величины мы предлагали следующие виды заданий:

1. Выделить заданную букву среди ряда других, при дальнейшем усложнении учащиеся находят соответствующие слоги, слова.

2. Соотнесение буквы, выполненные печатным и рукописным шрифтом (соединяются между собой в виде ленточек, веревочек).

3. Называние геометрических фигур (наложенных друг на друга) и выделение их разными цветами, при усложнении дети выделяют цифры, буквы печатного, затем рукописного шрифта.

Параллельно с этим проводится работа по развитию зрительного анализа изображений и букв на соответствующие элементы, их синтезу, определению сходства и различия между похожими графическими изображениями и буквами. Можно использовать следующие упражнения.

1.Найти заданную букву среди графически сходных букв.

2.Соотнести одинаковые буквы, написанные разным шрифтом.

3.Обвести, раскрасить, вырезать, вылепить буквы по заданному образцу.

4.Обвести буквы, выполненные пунктиром.

5.Определить различие сходных букв, отличающихся лишь одним элементом: З-В, Р-В.

Данные виды заданий способствуют уточнению и дифференциации оптических образов смешиваемых букв.

Именно такой подход в организации работы по формированию графомоторного компонента у первоклассников с речевыми нарушениями будет способствовать, на наш взгляд, успешному развитию навыка письма.

Таким образом, в процессе логопедической работы с младшими школьниками важной перспективной задачей, на наш взгляд, является выявление причин графических ошибок, целенаправленная работа по их профилактике и исправлению – это основная задача, стоящая перед каждым учителем–логопедом общеобразовательной школы.

Литература:

1. Ахутина Т.В. Трудности письма и их нейропсихологическая диагностика // Письмо и чтение: трудности обучения и коррекции. – М., Воронеж, 2001.

2. Волоскова Н.Н. Трудности формирования навыка письма у учащихся начальных классов. – М., 1996.

3. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей. – СПб., 2003.

4. Лалаева Р.И., Бенедиктова Л.В. Дифференциальная диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников. – СПб., 1997.

5. Левина Р.Е. Нарушения письма у детей с недоразвитием речи. – М., 1961.

6. Российская Е.Н. О некоторых приемах формирования готовности к овладению самостоятельной письменной речью учащимися с тяжелыми нарушениями речи // Дефектология. – 2000. – №2. – С.74

7. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. – М., 1995.

Кулинцова А.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: А.Ю. Кабушко, к.пед.н.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЧТЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Исследования последних лет и дефектологи–практики отмечают значительный рост количества детей, испытывающих трудности в овладении

навыком чтения, поэтому является актуальным разработка системы коррекционной работы по предупреждению предпосылок нарушения чтения.

Учение о нарушениях чтения существует уже более ста лет. Однако и в настоящее время вопросы диагностики и коррекции нарушений чтения требуют дальнейшей разработки и реализации современных подходов.

Впервые о нарушении чтения, как самостоятельной проблеме, начали говорить в конце XIX – начале XX вв., и связано это было с трудами А. Куссмауля, В. Моргана, О. Беркана, Л. Гинельвунда, Ф. Варбурга, П. Рашбурга и др. Проводились исследования по вопросам изучения нарушения чтения у детей и в отечественной дефектологии (Р.А. Ткачева, С.С. Мухин, М.Е. Хватцев, Р.Е. Левина, А.Н. Корнев, Р.И. Лалаева и др.).

Исследователи отмечают, что распространенность нарушений чтения среди детей с нормальным психофизическим развитием довольно велика. В европейских странах насчитывается до 10% детей с дислексиями: по данным З.Матейчека – 2-4 %, по данным Б.Хальгрена – до 10%, по данным Р.Беккер, нарушения чтения наблюдается у 3% детей начальных классов массовой школы, по данным А.Н.Корнева – 4,8% [2].

Нарушения чтения оказывают отрицательное влияние на весь процесс обучения ребенка, а так же на его психическое и речевое развитие. Своевременное выявление речевых нарушений, точное определение этиологии индивидуально у каждого школьника, отграничение дислексии от ошибок чтения иного характера, чрезвычайно важно для построения системы коррекционной работы с детьми младшего школьного возраста.

Самым главным в речевой системе ребенка является установление связей между восприятием речи и ее самостоятельным произнесением. Дети дошкольного возраста полностью овладевают устной речью к началу обучения в школе, компонент речевой готовности является немаловажным в комплексе формирования готовности ребенка к обучению в школе. Сформированная устная речь является основой для формирования навыка чтения и, как следствие, уровень речевого развития ребенка-дошкольника определяет успешность овладения чтением.

К факторам, влияющим на возникновение нарушений чтения, относят: нарушение артикуляционной моторики; недоразвитие фонетико-фонематической стороны речи; лексико-грамматическое недоразвитие; трудности порождения и оформления самостоятельного высказывания; недостатки зрительного восприятия [5].

Выделяют следующие предпосылки успешного овладения чтением:

– у ребенка сформирован процесс слуховой и артикуляционной дифференциации звуков, сформированы представления о фонеме, т.е. выделяются смыслоразличительные признаки звуков. Если данная предпосылка оказывается несформированной, то при чтении могут быть выявлены смешения букв, обозначающих акустически и артикуляционно сходные звуки.

– у ребенка сформированы представления о звуковом составе слогов и слов устной речи, ребенок владеет операциями анализа и синтеза, то есть умеет объединить слоги и слова в единое целое на основе устного речевого образца. Если данная предпосылка оказывается несформированной, то при чтении могут быть выявлены трудности слогослияния, пропуски, добавления и повторы букв, трудности в овладении синтетическим чтением.

– у ребенка сформированы представления о морфологическом составе слова и согласовании слов в предложении, на основе чего происходит понимание содержания прочитанного. Если данная предпосылка оказывается несформированной, то при чтении могут быть выявлены грубые нарушения в грамматическом строе, ошибки в чтении окончаний и ошибки угадывания.

– у ребенка сформирован достаточный лексический запас, определяющий смысловую догадку при чтении и адекватное понимание смысла прочитанного. Если данная предпосылка оказывается несформированной, то при чтении выявляются трудности смыслового прогнозирования, нарушение понимания прочитанного [3].

Г.А. Каше, Р.Е. Левина, Л.Ф. Спирова отмечают, что у 25-30% детей с нарушениями звукопроизношения диагностируется дислексия. А.Н. Корнев приводит следующие данные: 92% детей с нарушением чтения недостаточно владеют навыками звукового анализа, в 33% случаев оказывается несформированным фонематическое восприятие, у 44% детей обнаруживаются дефекты звукопроизношения [3, 4].

Для эффективности и качества обучения учащихся общеобразовательных школ является необходимым своевременно выявить, предупредить и устранить имеющиеся недостатки устной речи в старшем дошкольном возрасте. Особое внимание учитель–логопед общеобразовательной школы должен уделять школьникам первых классов, а так же контролировать процесс обучения у школьников, посещающих логопункт. Своевременное выявление среди них учащихся с речевой патологией, правильная диагностика и коррекция имеющихся дефектов устной речи позволяют не только предупредить появление у младших школьников нарушений чтения и письма, но и не допустить отставания в усвоении программного материала по родному языку и другим школьным предметам [1].

Литература:

1. Аманатова М.М. Обзор нарушений чтения и письма у учащихся общеобразовательных школ / Ранняя диагностика, профилактика и коррекция нарушений письма и чтения: Материалы II международной конференции Российской ассоциации дислексии. – М., 2006.

2. Корнев А.Н. Методика раннего выявления предрасположенности к дислексии. – М., 1997.

3. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. – СПб., 1998.

4. Каше Г.А. Подготовка к школе детей с недостатками речи. – М., 1985.
5. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М., 1998.

Луханина Е.В., г. Железноводск, ГБОУ ВПО СГПИ
филиал в г. Железноводске
Научный руководитель: Иванченко И.В., ст. преподаватель

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В ШКОЛЕ АДАПТИРУЮЩЕЙ ПЕДАГОГИКИ Е.ЯМБУРГА

Школа адаптирующей педагогики – это школа, где имеет место каждый учащийся, вне зависимости от его личностных, психофизических особенностей и склонностей, т.е школа приспосабливается к особенностям каждому ребёнку, а не ребенок вынужден вливаться в школьную среду. Следовательно, индивидуальность обучения обеспечивается, личностно-деятельностным подходом к детям, медико-психологической и педагогической помощи детям с особыми образовательными потребностями [3].

Адаптированная школа – оказывает взаимодействие сильным, слабым и с особыми образовательными потребностями, осуществляя компенсацию их отставания. Вокруг нуждающегося ребенка в помощи создаётся реабилитирующее пространство, с помощью которого происходит компенсирование недостатков школьного образования, семейного воспитания, повышается работоспособность школьника, а так же охраняется и укрепляется физическое здоровье детей.

Под руководством доктора педагогических наук Е.А. Ямбурга в центре образования №109 многие годы используется идея интегрированного обучения направленного на детей с особыми общеобразовательными потребностями. В зависимости от способностей обучающихся и уровня из интеллектуального развития сохраняется современная система обучения (классно-урочная система). В его центре реализуется обучение всех возрастов, начиная с дошкольного возраста, включая классы коррекционно-развивающего обучения, лицейские, физико-математические, гуманитарные и медицинские классы [3, с.14].

Главной целью педагогического процесса в центре является формирование индивидуальной траектории системы адаптирующей педагогики, системы дифференцированного обучения разных уровней. Реализация этой цели достигается следующим образом: процессом индивидуализации обучения, медико-психологической и педагогической помощи детям с особыми образовательными потребностями, развитие трудного ребёнка в области педагогического влияния школы [1, с.48].

Работа с данной категорией детей не затрагивает достоинства и личного статуса обучающихся, не разделяет школьное общество и гарантирует благоприятный переход из одной категории в другую, при этом

осуществляется взаимодействие всех обучающихся, используют систему компенсации отставания. В адаптирующей школе Е.А. Ямбурга компенсирующими средствами реабилитирующего пространства являются любовь к детям; понимание их трудностей и проблем; принятие ребёнка таким, каков он есть; сострадание, участие, необходимая помощь; обучение элементам саморегуляции.

Педагогическая поддержка осуществляется в принципах: обучение без принуждения; урок как системы реабилитации; адаптация содержания обучения и воспитании; одновременная работа всех органов чувств, памяти, моторики, логического мышления в процессе восприятия материала; взаимообучение (в принципе оптимальности темпа) с позиции полного усвоения [1].

В образовательном центре используются такие виды индивидуальной помощи, как:

– опоры различного типа (использование наглядного материала);

– алгоритмы решения задач или выполнения заданий;

– разделение сложного задания на несколько более простых.

В образовательном процессе используются традиционные, новые программы, методики и технологии, в частности: программа экологического образования «Наш дом природа» предусматривающая интенсивное сенсорное развитие ребёнка; информационные технологии и основы экономики с выходом в реальные проекты. А так же разнообразная как совместная, так и индивидуальная внеурочная деятельность: театрализация, обучение игре на музыкальных инструментах, охрана и укрепление здоровья детей (физиотерапевтический кабинет, оборудованный спортивный зал, бассейны); разнообразные кружки, секции (занятия конным спортом, уход за животными и др.) [2].

Основные направления целостного педагогического процесса школы адаптирующей педагогики:

– разработка общей аксиологии адаптивной школы, обеспечивающей её целостность;

– изменение содержания образования с учётом неоднородного состава обучающихся;

– современные педагогические технологии как фактор формирования образовательного пространства; учитывая разные уровни сложности и дифференцированность обучение, использование индивидуального подхода к обучающимся на основе различного рода анализов при скоординированных усилиях специалистов разных областей; разработка управляющей системы адаптивной школы, выражающейся в комбинации различных образовательных моделей в рамках одной организации [2, с.34].

Е.А.Ямбург утверждает: «Чем раньше мы выявим нарушения, тем вероятнее, что к школе мы ребенку поможем прийти в норму». Поэтому встречи с психологом проводятся с целью определения объема предстоящей работы [3].

По словам директора школы: «Бывает, что в коррекционный класс идти не хочется, причем выступают против родители. В таких случаях приходится долго доказывать, что коррекционный не есть плохой. Работа с родителями – дело не только администрации, но и психолого-педагогической службы, без которой адаптивной школу сделать практически невозможно. Родителям разъясняют, что в коррекционном классе ребенку дадут те же знания, в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом, что и в классе стандартного типа, но с применением других педагогических технологий. Так же в таком классе вдвое меньше учеников и потому педагог имеет возможность уделять каждому обучающемуся больше внимания, некоторым детям лучше в первое время заниматься здесь и затем, подтянувшись, перейти в обычный класс, нежели изначально попасть в ситуацию постоянного неуспеха» [1].

Переделать современную школьную систему под ребенка – идея не новая, однако адаптирующая школа Е.А. Ямбурга отличается гибкостью и этим во многом и интересна. Современная школа должна помочь ребенку реализовать образовательные запросы, свое человеческое начало, выработать положительную систему мировоззрения.

Литература:

1. Агранович М. Педагогика non–fiction // «Российская газета» – Федеральный выпуск № 5058 (234) от 8 декабря 2009 г.

2. Коджаспирова Г.М. Педагогика. – М., 2003.

3. Ямбург Е.А. Школа для всех // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 3. – С. 18.

Маркова Н.Ф., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВО ЮФУ
Научный руководитель: Болдинова О.Г., ст. преподаватель

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В настоящее время внимание педагогического сообщества обращено к внедрению и реализации ФГОС ДО, суть которого состоит в создании условий для максимального развития возможностей детей с ОВЗ, а также в психолого-педагогическом сопровождении их индивидуальности и творческого потенциала.

Логопеды, дефектологи, педагоги и психологи, рассматривают проблемы, перспективы, возможности освоения в российской системе образования разных форм обучения детей с ОВЗ: индивидуализации, инклюзии, интеграции, позволяющих дать им полноценное образование и реализовать их потребности в личностной самоактуализации (Н.Н. Малофеев, О.А Денисова, Е.А Ямбург и др.).

Современное российское общество предъявляет новые требования к системе дошкольного образования. В процессе внедрения федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования,

происходит модернизация, реформирование дошкольного образования в целом (В.И. Слободчиков, М.Л. Баранова (Скуратовская), А.В. Золотарева и др.). ФГОС ДО обуславливает поиск эффективных специальных коррекционных условий осуществления педагогического процесса в дошкольных учреждениях (новыми социальными условиями, взаимопроникновением общего, дополнительного и коррекционного образования, изменением контингента детей, посещающих дошкольные учреждения).

В связи с гуманизацией и демократизацией общества обучение детей с ОВЗ вместе со здоровыми сверстниками приобрело особую актуальность. Инклюзивное образование гарантирует родителям право обучать ребенка с ограниченными возможностями в общеобразовательных учреждениях, при этом специальные потребности каждого должны удовлетворяться наиболее оптимально. Поэтому перед педагогами, специалистами, родителями в дошкольных образовательных учреждениях (организациях) остро стоит проблема интеграции ребенка в детско-взрослое сообщество. Это требует создания наиболее благоприятных условий для его социализации, адаптации, интеграции.

Интегрированное обучение здоровых детей и дошкольников с ОВЗ, определяет индивидуально-дифференцированные подходы к обучению и воспитанию дошкольников с ОВЗ на основе необходимости разработки вариативных моделей интеграции, создания нормативно–правовой базы, подготовки и переподготовки специалистов для работы с данной категорией детей (Н.Н. Малофеев, М.Л. Скуратовская, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина, Л.М. Шипицына и др.).

Создание условий для полноценного воспитания и образования детей с ОВЗ, адекватного их состоянию и здоровью, в частности, введение инклюзивного образования выделено в один из приоритетов социальной политики государства. Инклюзивный подход к образованию вызван к жизни причинами различного характера. Совокупно их можно обозначить как социальный заказ достигшего определенного уровня экономического, культурного, правового развития общества и государства. Этот этап связан с переосмыслением обществом и государством своего отношения к лицам с ОВЗ, с признанием не только равенства их прав, но и осознанием своей обязанности обеспечить таким людям равные со всеми другими возможности в разных областях жизни, включая образование.

Распространение процесса инклюзии детей с ОВЗ в дошкольных учреждениях является не только отражением времени, но и представляет собой еще один шаг к обеспечению полноценной реализации прав детей на получение доступного образования. Инклюзивная практика реализует обеспечение равного доступа к получению того или иного вида образования, и создания необходимых условий для достижения адаптации образования всеми без исключения детьми независимо от их индивидуальных

особенностей, учебных достижений, родного языка, культуры, их психических и физических возможностей.

В Ростовской области определены направления развития инклюзивного образования в рамках внедрения ФГОС ДО, но недостаточно прописаны и созданы условия реализации данной практики. Более тысячи детей с ОВЗ – с нарушениями зрения, слуха, детским церебральным параличом, познавательными нарушениями, аутистическими расстройствами, как дошкольного, так и школьного возраста уже включены в общеобразовательную безбарьерную среду с обеспечением условий социализации и адаптивности [1].

В г. Ростове-на-Дону растет количество дошкольных учреждений, включающихся в инклюзивный процесс, благодаря взаимодействию дошкольных учреждений с Южным федеральным университетом научно-образовательным центром «Диагностика. Развитие. Коррекция» в рамках экспериментальных и стажерских площадок, научных лабораторий.

В учреждении высшего образования разрабатывается стратегия развития инклюзивного образования. Развернута большая работа по повышению квалификации специалистов, реализующих инклюзивное образование, эффективно ведется подготовка и переподготовка специалистов инклюзивных учреждений. В Ростове-на-Дону реализуется непрерывное инклюзивное образование лиц с ОВЗ на разных ступенях обучения. Именно непрерывное инклюзивное образование должно служить базовой ступенью, от которой зависит все последующие достижения человека. Инклюзивное образование лиц с ОВЗ в условиях реализации ФГОС ДО способствует сохранению культуры, формирует личностные качества дошкольника, способствует социализации, адаптации, самоактуализации в современное общество.

Литература:

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

Орехова Г.Н., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВО ЮФУ
Научный руководитель: Булатова И.А., ст.преодаватель

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Развитие артикуляционной моторики дошкольника играет важную роль в овладении ребенком звукопроизношением, которое в свою очередь тесно связано с развитием фонематического слуха. Р.Е. Левина доказала системное строение и системное взаимодействие различных компонентов речи: звуковой, произносительной стороны, фонематических процессов, лексико-грамматического строя. Все эти компоненты обеспечивают правильное речевое развитие ребенка.

Нарушения артикуляционной моторики проявляются в ограниченности, неточности или слабости движений подвижных органов артикуляции – языка, мягкого неба, губ, нижней челюсти. Артикуляция всех звуков речи происходит тогда, когда перечисленные подвижные органы образуют смычки и щели между собой или с неподвижными органами – небом и зубами. Нарушения артикуляции звуков приводит к их дефектному произношению, а часто и к общей невнятности, смазанности речи.

Нарушения артикуляционной моторики в той или иной степени проявляются при разных речевых патологиях. Степень выраженности нарушений артикуляционной моторики определяется характером поражения центральной и периферической нервной системы.

Исследование проводились на базе МБДОУ № 16 «Искорка» г. Красный Сулин в старшей логопедической группе. В эксперименте принимали участие 12 детей с ОНР в возрасте от 5 до 6 лет, из них 2 девочки и 10 мальчиков.

В ходе проведенной экспериментальной части данного исследования нами использовалась диагностическая методика Е.В. Новиковой [1].

Диагностическая методика включает следующие направления обследования:

1. Обследование жевательно-артикуляционных мышц (5 заданий).
2. Обследование мимико-артикуляционных мышц (9 заданий).
3. Обследование мышц языка (10 заданий).
4. Обследование мышц губ (10 заданий).
5. Обследование мышц щек (4 задания).
6. Обследование мышц мягкого неба (5 заданий).

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:

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.

С целью предварительного знакомства с состоянием артикуляционной моторики мы перед проведением логопедического обследования изучали медицинскую документацию на ребенка и осматривали строение артикуляционного аппарата. Нам необходимо было иметь сведения о наличии или отсутствии дефектов анатомического характера (состояния верхней губы, прикуса, подъязычной уздечки, твердого и мягкого неба). У всех 12 детей строение артикуляционного аппарата было в норме.

Затем мы начали проведение логопедического обследования каждого ребенка. Обследование состояния артикуляционной моторики проводилось индивидуально с каждым ребенком на 3 занятиях. На каждом занятии ребенку предъявлялись задания по двум направлениям обследования: обследование жевательно–артикуляционных мышц и обследование мимико–артикуляционных мышц; обследование мышц языка и обследование мышц губ; обследование мышц щек и обследование мышц мягкого неба.

На этапе констатирующего эксперимента из 12 детей старшей логопедической группы у 4 был выявлен высокий уровень сформированности артикуляционной моторики, у 4 – средний, у 4 – низкий. Дети с высоким уровнем (Маша П., Илья З., Данил М, Миша Б.) выполняли задания в соответствии с образцом педагога, движения были плавными, достаточной амплитуды, синкенезии отсутствовали. У детей со средним уровнем (Тимофей Б., Славик К., Катя П., Ярослав М.) отмечались некоторые неточности выполнения движений, смазанность, ограниченность амплитуды и нарушения темпа выполнения движений. Дети с низким уровнем (Игнат В., Саша О., Илья В., Арсений К.) затруднялись выполнить то или иное движение или выполняли их со значительными нарушениями темпа, плавности, амплитуды, переключаемости.

На наш взгляд разный уровень сформированности артикуляционной моторики у детей с дизартрией определяется разными факторами (продолжительность и систематичность коррекционной работы в детском саду и семье ребенка, наличие или отсутствие медикаментозного лечения органических нарушений, в том числе и синдрома дефицита внимания и гиперактивности и т.д.). И в то же самое время наличие высокого уровня сформированности артикуляционной моторики у отдельных детей

экспериментальной группы свидетельствует о возможностях коррекции имеющихся нарушений моторного развития дошкольников с дизартрией.

Для всех детей экспериментальной группы были характеры общие закономерности выполнения некоторых заданий.

Во-первых, наиболее сложными для выполнения оказались задания на переключаемость с одного движения на другое; самыми легкими были задания на удержание артикуляционной позы короткое время (до 5 секунд). Это свидетельствует о том, что в большей степени у детей экспериментальной группы нарушена динамическая организация движений, по сравнению со статической.

Во-вторых, самые низкие оценки дети получили по направлению обследования мышц языка, а самые высокие – мышц щек. Это может указывать на то, что двигательные нарушения в большей степени относятся к мышцам языка и в меньшей степени – к мышцам щек.

Наличие в группе детей с разным уровнем сформированности артикуляционной моторики определяет необходимость проведения целенаправленной логопедической работы по коррекции нарушений артикуляционной моторики. Средствами коррекции нарушений артикуляционной моторики выступают артикуляционная гимнастика (пассивная и активная), логопедический массаж (расслабляющий и активизирующий), дыхательная гимнастика, проводимые в игровой форме. А учет ведущего вида деятельности детей дошкольного возраста – игры – обуславливает приоритет использования игровых методов и приемов коррекции нарушений артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией.

С целью коррекции нарушений артикуляционной моторики у старших дошкольников с дизартрией на этапе формирующего эксперимента логопедический массаж, артикуляционная и дыхательная гимнастики будут проводиться с использованием игровых методов и приемов. Эти средства коррекции будут применяться разными специалистами ДОУ на индивидуальных, подгрупповых и фронтальных занятиях и родителями детей в условиях семейного воспитания.

Литература:

1. Новикова Е.В. Коррекция звукопроизношения и тонкой моторики у дошкольников. – М., 1990.

Петрова А.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Коблева А.Л., к.психол.н.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

На сегодняшний день на нашей планете проживает около 1 миллиарда людей с ограниченными возможностями здоровья. Такие данные приводит всемирная организация здравоохранения.

В новом «Законе об образовании», в Конвенции ООН «О правах инвалидов», которая была ратифицирована в России в 2012 году, имеется тезис о том, что одной из важнейших задач государства является реализация права людей с ограниченными возможностями здоровья на получение общего образования наравне со всеми. Права лиц с инвалидностью на инклюзивное образование определяются такими международными документами, как: Декларация Всемирной Конференции по образованию для всех (1990, Джомтьен), Стандартные правила ООН по обеспечению равных прав и возможностей для людей с инвалидностью (1993), Саламанкская декларация (ЮНЕСКО, 1994) [1; 5].

Как известно, часть лиц с ОВЗ обучается в специализированных учреждениях, а в западных странах уже имеется богатый опыт по организации инклюзивного (интегрированного) обучения. Ребята учатся в дошкольных образовательных учреждениях, школах и университетах, в которых проходят обучение их здоровые сверстники. В России же пока инклюзивное образование только начинает развиваться, и большими достижениями в данном направлении похвастаться мы пока что ещё не можем [3, с.20].

Проблеме инклюзивного образования посвящено большое количество трудов зарубежных исследователей, которые, раскрывая особенности лиц с ОВЗ, отмечали сходства и одновременно указывали на их непохожесть на здоровых ребят. Это такие учёные как У. Волфенсбергер, Б. Герри, Н. Кунс, М.Лейкестер, Дж. Спратт, М. Форест и другие.

В отечественной науке вопросу об инклюзивном образовании вообще, особенностям лиц с ОВЗ в частности, так же посвящено большое количество работ. Ряд трудов Л.И. Акатова, В. Леви, Д.А. Леонтьева, Е. Р. Ярской – Смирновой и других учёных, имеют как общие, так и отличительные черты с западными аналогами [4, с.12].

Разработкой моделей построения инклюзивного образования, педагогического процесса, активного включения лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательный процесс, организацией образовательного пространства и окружающей среды (создание «доступной среды»), технологическим полем инклюзивного образования занимались такие зарубежные исследователи, как Л. Бартон, Л.А. Блум, Х. Гартнер, С. Денно, А. Кохн, Н. Кунс, Т. Лореман , Д. Митчелл, Дж. Нельсон ,У Сейлор, Д. Тайак, М. Фуллан, Д. Харвей, К. М. Эвертсон и другие.

Среди российских ученых, разрабатывающих концептуальные основы инклюзивного образования и технологии инклюзивного обучения, изучающих субъектов инклюзивного образования и основы успешного развития инклюзивных образовательных практик выделяются: С. В. Алехина, Л.С.Выготский, Д. В. Зайцев, И. В. Карпенкова, С. И. Кудинов, Е. Н. Кутепова, И. Ю. Левченко, Д. А. Леонтьев, Н. Н. Малофеев, А. А. Наумов [3, с.18].

Так что же подразумевается под инклюзивным образованием? Термин используют для описания процесса обучения детей с особыми

потребностями в общеобразовательных (массовых) школах. Инклюзивное, дословно обозначает – включённое образование. Идеология, которая лежит в его основе, исключает любую дискриминацию детей, обеспечивает равное отношение ко всем людям, предполагает создание особых условий для детей с ограниченными возможностями здоровья. Инклюзивное образование – процесс развития общего образования, подразумевающий его доступность для всех в части приспособления к потребностям каждого ребенка независимо от состояния его здоровья [4, с. 9].

В его основе лежит право человека на образование, провозглашенное во Всемирной декларации Прав человека (1949). Следствием этого права является то, что дети могут и вправе получать тот вид образования, который не подвергает их дискриминации на основании умственной или физической инвалидности, обеспечивает всестороннее развитие личности, способствует полноценному включению в общество.

Детям с особенностями развития вовсе не обязательно обучаться в специальных учреждениях, напротив, получить более качественное образование и лучше адаптироваться, ощутить всю полноту и сложность жизни в обществе, т.е. социализироваться они смогут в обычной школе. Здоровым же детям это позволит развить такие социально важные качества как толерантность и ответственность. Эффективность включения лиц с ОВЗ в социум уже доказана на практике [2, с.36].

На сегодняшний день проблема развития инклюзивного образования в России находится под пристальным вниманием не только родителей и педагогических сообществ, но и всей общественности.

Основным принципом инклюзивного образования в нашей стране является то, что администрация и педагоги общеобразовательных школ принимают детей с особыми образовательными потребностями независимо от их социального положения, физического, эмоционального и интеллектуального развития и создают им условия, ориентированные на потребности этих детей. Эти условия реализуются благодаря применению психолого-педагогических приемов (системы психолого-педагогической помощи, основанной на социальной адаптации и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья), и организации оптимальных условий – безбарьерной среды [4, с. 6].

В последнее время всё больше и больше внимания уделяется разработке инновационных подходов к обучению и воспитанию детей с особыми образовательными потребностями. Организуется и проводится множество различных проектов, конкурсных программ, форумов и конференций, где основным вопросом является инклюзивное образование, его особенности и перспективы развития.

Принятый в Москве специальный закон об образовании детей с особыми возможностями понимается как большой шаг вперед к созданию безбарьерной среды, служит лучшим подтверждением того, что инклюзивное образование в России больше не является экспериментом, а представляет

собой официальную программу, с четко прописанными правами и обязанностями всех заинтересованных сторон. Однако, ещё имеется целый ряд нерешённых по данной проблематике моментов [5].

В настоящее время в Российской Федерации инклюзивное обучение получает все большее распространение. Государство старается обеспечить каждому ребенку с ограниченными возможностями здоровья уже с раннего возраста доступную и полезную для его развития форму инклюзивного образования. Но всё же поспешное широкое внедрение инклюзии, попытки подмены системы специального образования тотальным совместным обучением, могут привести не к равенству прав, а к потере детьми с особыми образовательными потребностями возможности получить адекватное образование, обеспечивающее продвижение в психическом и социально-культурном развитии. Обязательно необходима подлинная интеграция, которая предполагает организацию в общеобразовательном учреждении оптимальных условий для каждого ребенка с особыми потребностями [3, с. 22].

Подводя итог, хочется отметить, что показателями широкого распространения, действенности и успешности в обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья являются разработка и совершенствование законодательных и финансовых механизмов; проведение работы по изменению общественного мнения; организация подготовки сотрудников для работы в условиях инклюзии, создание и введение новых программ и учебных пособий. Надеемся, что в ближайшее время все вопросы, касающиеся данной проблематики, будут решены.

Литература:

1. «Российская Газета» – Федеральный выпуск №5976 (статья 5). [Электронный ресурс]. URL: http://www.rg.ru/2012/12/30/obrazovanie–dok.html (дата обращения: 3.04.2014)
2. Киося А.Н., Мельтюхина М.В. Экспериментальная площадка в районе «Южное Бутово» // Инклюзивное образование: учиться вместе реально. – М., 2010.
3. Малафеев Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 1. – С. 3-10
4. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен // Дефектология. – 2008. – №2. – С. 86-94
5. Федеральный закон от 29.12.2012 n 273–фз (ред. от 21.07.2014) «Об образовании в Российской Федерации».

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

КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИЕ ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОВЗ

Современный подход к физическому воспитанию детей старшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

предполагает развитие и коррекцию определенных уровней физического и психического здоровья средствами физической культуры.

В дошкольный период формируются основы психического и физического здоровья детей, вырабатываются определенные черты характера, приобретаются жизненно важные навыки и умения.

Как известно, старший дошкольный возраст является важным периодом в формировании фундамента физического и психического здоровья, так как на данном этапе развития продолжается становление функциональных систем организма ребенка, формируется характер, закладываются основные черты его личности. Поэтому очень важно именно на этом этапе заложить основы знаний и практических навыков здорового образа жизни, сформировать осознанную потребность в систематических занятиях физической культурой у старших дошкольников с ограниченными возможностями здоровья [2, с.110, с.112].

Согласно современным представлениям о физическом воспитании, рекомендуется использовать детское желание играть, как главный стимул для охотного, заинтересованного выполнения тех заданий, которые вне игры кажутся детям трудными или неинтересными.

В процессе игры функционально нагружается весь организм, формируются и совершенствуются все его органы и системы. Подвижная игра имеет широкий диапазон воздействия, как на организм, так и на личность ребенка, создавая неограниченные возможности влияния практически на все сферы его жизнедеятельности.

Активная смена игровых ситуаций предъявляет повышенные требования к быстроте реакции, интенсивной вариативности действий, а, следовательно, и к подвижности нервных процессов. Чем более разнообразная информация поступает в мозг, тем интенсивнее включаются психические процессы. Участие в подвижных играх способствует тому, что ребенок, реагируя на смену ситуаций, на действия партнеров, начинает мыслить наиболее эффективно и приспосабливаться к меняющейся обстановке, а в процессе игры из множества операций выбирать и совершать наиболее успешную, по его мнению.

Особая ценность подвижных игр для детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ заключается в возможности одновременного воздействия на моторную и психическую сферы, поскольку в игровом пространстве проходит развитие моторики, речи, восприятия, памяти, мышления, внимания, воображения, повышается умственная активность, а, следовательно, и познавательная деятельность в целом.

Также с помощью игры у ребенка с ОВЗ легче преодолеваются психические и эмоциональные проблемы. Для ребенка игра – одна из форм самотерапии, благодаря которой могут быть отреагированы различные конфликты и неурядицы (Вебб, 1991, Оклендер В., 1997) [1,с.50].

Подвижные игры дают широкие возможности в использовании знакомых и доступных детям видов естественных движений, таких, как бег,

прыжки, ходьба, перелезание, лазанье, различные упражнения с предметами – скакалкой, мячом, обручем и другими.

В подвижных играх для детей старшего дошкольного возраста желательно использовать несложные тактики и техники, изменяя правила соответственно возрастным физическим и интеллектуальным возможностям ребенка [3, с. 211].

Таким образом, первоначально выступая как развлечение, подвижная игра позволяет ненавязчиво решать множество коррекционно–развивающих задач, инициируя активность самих детей. Чтобы приблизить ребенка к развитию личности в целом, к освоению элементов социальных навыков и взаимоотношений, важно учитывать и использовать в подвижной игре три компонента: физические упражнения, умственную нагрузку и эмоциональный тренинг.

Литература:

1. Слюсарева Е.С., Козловская Г.Ю. Методы психологической коррекции. – Ставрополь, 2008. – 240 с.

2. Формирование универсальных учебных действий в предшкольном образовании / Под общ.ред. Р.Р. Магомедова. – Ставрополь, 2012. – 128 с.

3. Частные методики адаптивной физической культуры / Под ред. Л. В. Шапковой. – М., 2003. – 464 с.

Решетникова Л.П., г. Улан-Удэ, ГБОУ ВПО ВСГУТУ

Научный руководитель: Чукреева Л.Н., к.соц.н.

ФОРМЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Сохранение и укрепление здоровья детей, формирование у детей культуры ЗОЖ, являются одной из первоочередных задач дошкольного учреждения.

Существует единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения (Никольская О.С., Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И. и др.). В концепции заложена идея того, что особенность разработки единого федерального государственного стандарта образования обусловлена тем, что дети, имеющие ограниченные возможности здоровья, смогут в полной мере реализовать свои возможности только при раннем вмешательстве и грамотно организованном обучении.

Так как дети имеют различные нарушения развития – нарушения речи, зрения, слуха, опорно–двигательного аппарата, интеллекта, то, следовательно, и подход к воспитанию их в стенах детского сада не может быть унифицирован. Существует необходимость разработки таких программ, которые предусматривали бы все возможные виды отклонений в здоровье и развитии ребенка и имеющие полную базу методов и методик работы с ними. Очевидно, что в группе детей, имеющих инвалидность или ограниченные возможности здоровья, недостаточно наличие одного воспитателя. Поэтому

необходимо привлекать в штат специалистов для работы с детьми по направленности их заболеваний: это специалисты по лечебной физкультуре и гимнастике, учителя-логопеды, учителя-дефектологи, психолог. Раннее вмешательство и грамотно организованное обучение позволяют предотвращать или несколько смягчать многие нарушения развития. В пример можно привести немоту, которая является следствием глухоты лишь при полном отсутствии обучения. Не секрет что люди, полностью лишенные слуха, но проходившие специальное обучение, могут добиться вполне понятной речи, лишь с небольшими искажениями и задержками.

Таким образом, степень развития выпускника детского сада, имеющего ограниченные возможности здоровья, зависит как от продолжительности возникновения дефекта, его характера и также степени влияния этого дефекта на развитие ребенка. Но не менее важную роль играет качество воспитания и обучения.

Дети, имеющие ограничения здоровья, существенно различаются между собой. Некоторые при поддержке педагогов и воспитателей способны вполне на равных обучаться вместе с здоровыми детьми. Но есть дети, не способные на это, им требуется специально подобранная под индивидуальные особенности программа.

Педагоги детского сада могут выступать посредниками между родителями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья и службами раннего вмешательства. Эти службы реализуют различные программы, направленные на развитие всех необходимых навыков, присущих данному возрасту. Технологии работы организованы в форме игры, творческой деятельности, иппотерапии, в форме разговора, диалога, развития памяти и мышления. Именно службы раннего вмешательства имеют большую эффективность, так как чем раньше начнется процесс реабилитации, тем наибольший эффект он принесет.

Особая работа с этой группой детей проводится в поселениях, не имеющих специализированные детские сады и учреждения для коррекции нарушения здоровья. Во-первых, необходимо локально обеспечивать семьи с детьми ОВЗ специальными средствами реабилитации, во-вторых, это обучение родителей методикам коррекции, особенностям нарушения здоровья ребенка и необходимым навыкам по реабилитации. В-третьих – предоставление путевок в оздоровительные лагеря и санатории. Также квотирование мест на оперативное лечение, если в нем есть необходимость.

По мере надобности необходимо проводить компьютерную диагностику и проходить коррекционные курсы реабилитации. Существуют инновационные методики, позволяющие нивелировать дефекты развития. Так, например, иппотерапия приносит большой эффект для детей с ДЦП. Почти полностью помогает задействовать различные группы мышц и научится ими управлять. Многие дети, прошедшие данный вид реабилитации, частично или полностью научились ходить и управлять своим телом.

Существуют инновационные технические средства реабилитации, такие как пневмокостюм «Аэрокомбинезон», он имеет многофункциональное значение, распределяет нагрузку на различные группы мышц, блокирует патологические рефлекторные сокращения или корректирует их, способствует постепенному научению мышц тела двигаться правильно.

Таким образом, существуют различные формы работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, начиная от специализированных программ обучения в рамках детского сада, заканчивая инновационными техническими средствами, способными восстановить необходимые функции организма.

Сальникова Е.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Шеховцова Т.С., к.пед.н.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКА ЧТЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Чтение – одна из форм опосредованной коммуникации, особенная форма языкового общения людей средствами печатных или рукописных текстов. Чтение является одним из видов письменной речи, оно развивается позже, чем устная речь и является более сложным процессом, в котором участвует ряд анализаторов: зрительный, речедвигательный, речеслуховой.

Трудности формирования навыка чтения у детей с интеллектуальной недостаточностью изучались в трудах М.Ф. Гнездилова, А.К. Аксёновой, Э.В. Якубовской и др. В результате их исследований определено, что навык чтения у детей с интеллектуальными нарушениями формируется медленно. Дети с интеллектуальными нарушениями допускают большое количество различных ошибок: пропускают буквы и даже слова, искажают слова и предложения, повторяют и заменяют буквы, слоги, слова – всё это ведёт к затруднениям формирования навыка чтения. Такие дети испытывают затруднения в понимании прочитанного, в установлении последовательности событий, читают механически, не улавливают главную мысль в связи с непониманием многих слов, с неверным установлением взаимоотношения частей текста, временных, пространственных и причинных связей описываемых явлений, событий и предметов [3, с. 56].

Механический характер чтения проявляется и в том, что если ребёнок начал читать по слогам, то на чтение целыми словами он переключится с трудом даже в случае хорошо знакомых и усвоенных слов. Если же первое слово ребёнок прочитал сразу, то также быстро он пытается прочитать и следующее, но чаще всего ошибается [2, с. 110].

В связи с особенностями формирования навыка чтения у таких детей необходимо использовать комплекс методов и приёмов обучения. Кроме того, работа по развитию навыков правильного, беглого, выразительного и сознательного чтения у детей с интеллектуальными нарушениями протекает неразрывно.

В подготовительной работе в младших классах часто необходимо создавать наглядные ситуации, которые лежат в основе текста: экскурсии, демонстрация картинок, изготовление макетов для правильного понимания читаемого. Также часто используется метод беседы, в процессе которой актуализируются и уточняются представления и понятия, имеющиеся в опыте детей, происходит установление связи уже знакомого материала и предлагаемого в данный момент.

Первое знакомство с текстом является очень важным, в связи с этим в начальных классах первый раз читает учитель, дети слушают, закрыв книги, так как при открытом учебнике ребёнок отвлекается, пытаясь найти слово, прочитанное педагогом, ученик теряет нить рассказа, не видит мимики и жестов читающего.

Для выработки правильного чтения Р.И. Лалаева предлагает специальные приёмы [2, с. 117]:

1. Звуко-буквенный анализ слов, включающий работу с разрезной азбукой. При этом трудные слова произносятся по слогам, анализируются, записывают на доске.

2. Чтение трудных слов и предложений по слогам, затем слитно.

3. Чтение небольших текстов, включающих слова, в которых чаще всего допускаются ошибки.

4. Выделение учащимися слов из текста, прочтение которых требует помощи учителя.

5. Своевременное объяснение значения слова.

6. Хоровое чтение трудной части рассказа, затем чтение этой части слабыми учениками.

7. Применение указок при чтении – это облегчает ориентировку на странице, помогает целостному и правильному восприятию слова, мобилизует учащихся с неустойчивым вниманием и нарушениями зрительного восприятия.

8. Распределение частей текста между учащимися с учетом возможностей каждого.

9. Коллективное обсуждение правильности чтения отдельных учеников. Все учащиеся следят за чтением товарищей, затем идет обсуждение качества чтения каждого ученика.

А.К. Аксёнова отмечает, что одним из эффективных приемов работы по выработке у учащихся навыка правильного чтения является речевая зарядка. Она помогает решить следующие задачи: установить прочные связи между зрительными и речедвигательными образами слогов и слов, дифференцировать сходные единицы чтения [1, с. 153].

Речевая зарядка проводится в начале урока в течение 3-5 минут и может включать следующие виды упражнений:

1. Определение отличий сходных слогов и слов.

2.Чтение слогов по подобию.

3.Чтение слов по подобию.

4.Чтение слов путем наращивания согласных.

5.Чтение слогов и слов с подготовкой.

6.Чтение слов, полученных путем перестановки букв или отличающихся одной двумя буквами (звуками).

7.Чтение родственных слов, отличающихся друг от друга одной из морфем.

8. Чтение слов, начинающихся с одной и той же приставки, но имеющих разные корни.

9.Чтение скороговорок, двустиший с отработанными слоговыми структурами.

Виды упражнений подбираются с учетом сформированности навыка чтения у детей, и характера ошибок, также нужно учитывать структуру слов изучаемого текста.

При чтении целыми словами включаются тексты, в подборе которых соблюдаются определённые требования: доступность содержания; структура слов и предложений, входящих в текст; различия в объёме текста для обеспечения дифференцированного подхода к школьникам.

Также отмечено, что не менее важным для формирования навыка правильного чтения является наблюдение учащихся за товарищами. Если весь класс при чтении будет активен, то можно добиться, чтобы школьники читали текст в течение всего урока вслух по вызову учителя, следя за чтением одноклассника или про себя. Для этого используется ряд различных приемов: медленное чтение учителя; комбинированное чтение, при котором часть текста читается хором; сопряженное чтение; контроль детей за чтением товарищей с запоминанием и в дальнейшем сообщением и разбором допущенных ошибок.

Тренировка в чтении должна занять большую часть урока, при этом учитель должен каждый раз модифицировать задания во избежание утомляемости учащихся. Для разнообразия заданий учитель может использовать: чтение по цепочке (ученики читают текст по очереди по предложению), абзацами (учитель выбирает ребёнка, который будет читать весь абзац), по эстафете (дети выбирают товарища для продолжения чтения), выборочно. Выделяется несколько видов выборочного чтения: школьники прочитывают отрывок в соответствии с иллюстрацией, зачитывают предложение или абзац с ответом на вопрос учителя, на конкретное задание [1, с. 161]

Развитие навыка выразительного чтения происходит как на уроках, так и во внеклассное время. Учащиеся школы VIII вида должны научиться владеть всеми компонентами речевой интонации, но с разной степенью осознания. Для детей с нарушениями интеллекта работа над логическими паузами очень сложна, в связи с этим в младших классах ее не проводят. Дети соблюдают паузы по указанию учителя. Приёмами работы по развитию выразительного чтения являются:

1. Отчетливое произнесение звуков, слогов, слов, скороговорок, четверостиший во время речевой зарядки.

2. Хоровое чтение – для регулирования силы голоса, воспроизведения мелодики и темпа речи учителя.

3. Подражание образцу выразительного чтения.

4. Чтение по ролям, драматизация текста.

5. Упражнения на формирование умения сознательно пользоваться некоторыми видами интонационных средств.

Для развития сознательного чтения большое значение играет подготовка учащихся к восприятию текста, для этого используются: словарная работа, выразительное первоначальное чтение рассказа учителем, чтение текста учащимися, анализ прочитанного при повторном чтении, составление плана, пересказ прочитанного, характеристика героев, творческая деятельность школьников.

В работе над связным текстом учитель должен показать ученикам образец правильного чтения, затем материал читать вместе с детьми.

Особенно сложным в коррекционной школе является анализ изобразительных средств художественного произведения. В связи с недостатками образного мышления и бедностью конкретного чувственного опыта таким детям трудно представить описанную в произведении картину.

Анализ текста осуществляется в процессе повторного чтения, чаше всего от частного к общему.

Закрепление содержания прочитанного производится не только в виде выборочного чтения и сравнения с материалом других текстов. В специальных коррекционных школах используется и ряд других заданий: соотнесение частей текста с иллюстрациями, помещенными в книге; изготовление макетов, лепка и зарисовка героев; сравнение прочитанного произведения и конкретной жизненной ситуации. Это помогает представить сюжет рассказа, четко установить связи явлений и действующих лиц, сравнить прочитанный материал с жизненным опытом.

Заключительной стадией работы над произведением для детей с интеллектуальными нарушениями являются творческие работы: рисунки, изготовление макетов, альбомов, инсценировок к тексту, а в старших классах, кроме того, сочинения на различные темы, связанные с прочитанным текстом; изложения коротких отрывков.

Таким образом, чтобы у ребёнка с интеллектуальными нарушениями сформировать навык чтения, нужно учитывать психологические и речевые особенности таких детей. Необходимо использовать разнообразные методы и приёмы обучения, ряд правильно подобранных упражнений.

Литература:

1. Аксенова А.К. Методика обучения русскому языку в специальной (коррекционной) школе. – М., 2004.

2. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. – М., 2002.

3. Сорокина Н. К. Особенности навыков чтений у детей-олигофренов. – В кн.: Вопросы олигофренопедагогики /Под ред. М. Н. Перовой. М.: Просвещение, 1977. – 95 с.

Самошенко О.М., г. Курск, ФГБОУ ВПО КГУ
Научный руководитель: Российская Е.Н., к.пед.н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ БАЗЫ ДАННЫХ НА ОСНОВЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РЕЧИ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Согласно п.3 ст.16 ФЗ «Об образовании в РФ» в современной образовательной организации «должны быть созданы условия для функционирования электронной информационно–образовательной среды, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств и обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ» [ФЗ от 29.12.2012 № 273 «Об образовании в РФ»].

Под информационно–образовательной средой в современной литературе понимается специально созданная среда, основанная на использовании компьютерной техники, программно–телекоммуникационные ресурсы, реализующиеся едиными технологическими средствами и взаимосвязанное содержательным наполнением качественное информационное обеспечение обучающихся, педагогов, родителей, администрации образовательной организации, работодателей и общественности [2].

Переход к инклюзивным формам обучения детей с нарушениями развития, их включение в систему общего образования обусловливают необходимость разработки инновационных подходов к обучению детей с нарушениями развития с учетом индивидуальных потребностей и возможностей каждого ребенка [6].

С учетом новых реалий существенно расширяются и повышаются требования к профессиональной компетенции учителя–логопеда. Важным становится не только углубленная диагностика проявлений речевого расстройства, но и системный психолого-педагогический анализ особых образовательных потребностей ребенка [6]. В процессе логопедической диагностики учитель-логопед выявляет объем речевых навыков, сопоставляет его с возрастными нормативами, с уровнем психического развития, определяет соотношение дефекта и компенсаторного фона, речевой и познавательной активности детей, что в специальной литературе определяется как логопедический анализ.

Методом, позволяющим оценить состояние речи ребенка с позиции наличия или риска возникновения речевого нарушения, является анализ продуктов деятельности как получение информации на основе

количественно-качественного изучения документальных источников.

В рамках выполняемого исследования на дефектологическом факультете Курского государственного университета нами реализуется проект, продуктом которого является формализованная система оценки состояния устной речи дошкольников с речевыми нарушениями.

Теоретическую базу исследования составили: принципы анализа речевых нарушений [4]; идеи проектирования виртуальных представительств обучающих детских случаев, необходимых для демонстрации многообразия вариантов развития и единства логики их профессионального анализа, описания и поиска [3].

Целевыми установками выступают экспериментальная апробация технических инструментов логопедического анализа речи детей дошкольного возраста и компьютерные инструменты формирования базы данных, интегрирующей формальные показатели их речевого статуса.

Информационные технологии стали перспективным средством коррекционно–развивающей работы с детьми, имеющими нарушения речи. Компьютеризация образования открывает новые, еще не исследованные варианты обучения, которые связаны с возможностями современной электроники и телекоммуникаций [4].

Как отмечает Вренева Е.П., внедрение инновационных технологий в образование, прежде всего, даёт возможность улучшить качество обучения, повысить мотивацию детей к усвоению новых знаний [1].

В настоящее время в специальной педагогике применение информационных компьютерных технологий рассматривается в качестве одного из эффективных средств обучения и развития детей с особыми образовательными потребностями.

Впервые Хайдарпашич М.Р. представлены компьютерные инструменты феноменологии выявления, фиксации, анализа, описания и поисков вариантов развития представлений о мире дошкольников с ОВЗ, находящихся в различных условиях обучения [5].

В логопедической практике используются различные компьютерные программы и электронные учебно–методические пособия: «Видимая речь», «Цицерон. ЛОГО диакорр 1», «Мир звуков» и т.д.

В процессе работы в качестве учителя-логопеда ДОУ нами была разработана система формализованной оценки результатов логопедической работы, которая для наглядности представлена в виде таблицы.

Таблица 1

Параметры оценки	Показатели	Оценка, в баллах		
1. Произносительная сторона речи	1.1. Звукопроизношение	2	1	0
	1.2. Фонематический слух	2	1	0
	1.3. Сложная слоговая структура	2	1	0
2. Лексико-грамматический строй речи	2.1. Предметный словарь	2	1	0
	2.2. Словарь действий	2	1	0
	2.3. Словарь признаков	2	1	0

	2.4. Грамматический строй речи	2	1	0
3. Связная речь	3.1.Пересказ текста	2	1	0
	3.2. Составление рассказа по серии картинок	2	1	0

Для анализа эффективности логопедической работы была разработана уровневая система оценки, в основу которой положена методика распределения результатов условно равными интервалами (до 1 ед): 0 – минимальный показатель; 1 – 4 – низкий уровень речевого развития; 5 – 8 – средний уровень речевого развития; 9 – 12 – высокий уровень речевого развития; 13 – менее 18 – очень высокий уровень речевого развития; 18 – максимальный показатель. Данная методика стала основой для проектирования базы данных, позволяющей перейти к практической реализации, последующей экспериментальной апробации и выявлению эффектов применения новых инструментов для повышения эффективности логопедической работы. Итоговые показатели представлены в виде гистограммы (рис .1).

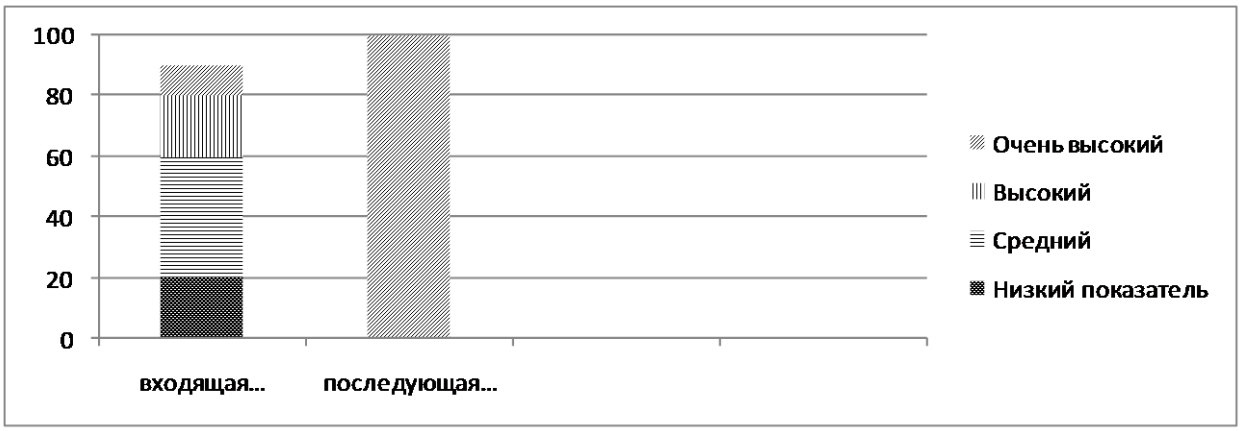


Рис. 1. Итоговые уровневые показатели логопедического анализа речи дошкольников с речевыми нарушениями (в %)

Результаты нашего исследования и опыта практической работы в качестве учителя-логопеда ДОУ позволили сделать следующие выводы. В коррекционно-педагогической работе с детьми с речевыми нарушениями активно используются разнообразные информационные технологии: игры, тренажеры, программы, презентации, которые облегчают усвоение речевого материала, а также предоставляют новые возможности для развития творческих способностей детей, повышает их мотивацию к изучению нового материала; активизируют познавательную деятельность; развивают мышление и т.п.

Приоритетная задача применения информационных технологий в специальной педагогике состоит не в обучении детей адаптированным основам информатики и вычислительной техники, а в комплексном преобразовании их образовательной среды, создании новых научно обоснованных средств фиксации и поисков индивидуальных вариантов коррекции речи

Анализ литературы и опыта учителей-логопедов показывает, что информационные технологии преимущественно используются в преодолении речевых нарушений на логопедических занятиях. Однако очевидно, что у описываемых технологий имеется большой потенциал в использовании в процессе логопедической диагностики, в том числе и для формирования баз данных.

Литература:

1. Вренева Е.П. Ресурсы информационно-компьютерных технологий в обучении дошкольников с нарушениями речи // Логопед. – 2010. – №5. – С. 46-51.

2. Григорьев С.Г., Гриншкун В.В. Информатизация образования: фундаментальные основы. – Томск, 2008.

3. Кукушкина О.И. Компьютерные программы для детей с отклонениями в развитии // Дефектология. – 2003. – №6. – С. 67-70.

4. Левина Р. Е. Нарушения речи и письма у детей: Избранные труды. – М., 2005.

5. Хайдарпашич М.Р. Компьютерный инструмент педагога для оценки представлений о мире в контексте формирования жизненной компетенции ребенка // Дефектология. – 2013. – №1. – С.55-67.

6. Чиркина Г.В. Основы логопедической работы с детьми. – М., 2007.

Смоловая Ю.Ю., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВО ЮФУ
Научный руководитель: Булатова И.А., ст. преподаватель

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Дыхательные и голосовые расстройства у детей дошкольного возраста могут выступать как самостоятельные нарушения, относящиеся к внешнему (фонационному) оформлению высказывания, так и являться одними из симптомов при различных речевых патологиях. Изучение патологии голоса и способов его восстановления проводится в особой области педагогического воздействия – фонопедии. В целом фонопедия представляет собой комплекс педагогического воздействия, направленного на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани специальными упражнениям, коррекцию дыхания и личности обучающегося.

Методики восстановления голоса при различных его нарушениях разработаны С.Л. Таптаповой, Е.В. Лавровой, О.С. Орловой и другими авторами. Материалы экспериментальных исследований Н.И. Жинкина, М.С. Грачевой, В.П. Морозова, Л.Б. Дмитриева, С.Л. Таптаповой широко используются в практической работе логопеда. Все ученые придерживаются единого мнения о том, что при фонационных расстройствах логопедическая работа с детьми дошкольного возраста должна проводиться как над развитием дыхательной, так и голосовой функций. Это обусловлено тем, что дыхание наряду с биологическими функциями обеспечивает процесс

голосообразования, который в свою очередь лежит в основе звукопроизношения. Характер речевого дыхания зависит от внутреннего речевого программирования, т.е. от семантического, лексико-грамматического и интонационного оформления высказывания. Все это доказывает значимость коррекции нарушений дыхания и голоса у ребенка.

Для изучения состояния дыхательной и голосовой функций у детей с нарушениями речи мы использовали фрагмент схемы обследования ребенка с фонетико-фонематическим недоразвитием речи, составленной Л.В. Лопатиной [1].

Экспериментальное исследование проводилось на базе Детской школы искусств имени Н.Е.Сорокина. В эксперименте принимали участие 10 детей в возрасте 3-4 лет. Из 10 детей экспериментальной группы у 5 детей было диагностировано фонетико-фонематическое недоразвитие речи, у 3 детей – общее недоразвитие речи III-IV уровней, у 2 детей наблюдалась дислалия.

Обследование организовывалось индивидуально с каждым ребенком в игровой форме и включало четыре направления диагностики:

6. тип физиологического дыхания;
7. объем, продолжительность, плавность речевого выдоха;
8. сила, высота и тембр голоса;
9. направление голосовыдыхательной струи при речи.

Тип физиологического дыхания мы определяли в процессе наблюдений за деятельностью ребенка, не связанной с его речевой активностью. Критерием оценки выступал сам тип дыхания ребенка: верхнеключичный, диафрагмальный, смешанный.

Для диагностики объема, продолжительности и плавности речевого выдоха мы предлагали ребенку на выдохе длительно попевать гласный звуки (удивляемся – «О»), звукосочетания (заблудились в лесу – «АУ»), слоги (голоса животных – «МУ–МЯУ–КО–КО–КО–ПИ–ПИ–ПИ»), двух– и трехсложные слова по слогам (кого позовешь – «Во–ва, На–та–ша»), произнести нараспев фразы, состоящие из двух-четырех слов («Дети запели», «Оля качает куклу», «Листья желтые кружатся, падают»), произнесение нараспев двух и четырех стихотворных фраз («Наша Таня громко плачет. Уронила в речку мячик. Тише, Танечка, не плачь, не утонет в речке мяч»), произнесение двух-четырех фраз прозаического текста («Наступила снежная зима. Малыши лепят снеговика. Девочки катаются на санках и коньках. Мальчики играют в снежки»). Критерии оценки: объем речевого выдоха (достаточный или недостаточный), продолжительность речевого выдоха (продолжительный или непродолжительный), плавность речевого выдоха (плавный, неплавный или прерывистый).

Для изучения особенностей качеств голоса (сила, высота, тембр) мы предлагали пропевание звука «У» с изменением силы голоса (погудим громко как большой паровоз, погудим тихо как маленький паровозик), произнесение фраз с изменением высоты голоса (скажи как папа-медведь «Кто сидел на моем стуле?», скажи как мама-медведица «Кто пил из моей

чашки?», скажи как медвежонок «Кто спал на моей кровати?»), произнесение скороговорки с разной интонацией (радостно, возмущенно, вопросительно, повествовательно «Шла Саша по шоссе и сосала сушку»). Критерии оценки: голос по силе (нормальный, чрезмерно громкий, чрезмерно тихий), голос по высоте (модулированный, недостаточно модулированный), голос по тембру (нормальный, гнусавый, глухой).

Направление голосовыдыхательной струи при речи исследовалось при произнесении ребенком различного речевого материала (звуки, звукосочетания, слова разной звукослоговой структуры, простые и сложные фразы, стихотворные и прозаические тексты). Критерии оценки: голосовыдыхательная струя в момент речи проходит только через рот, только через нос, через рот и нос.

Критерии оценок позволили нам охарактеризовать уровни сформированности дыхательной и голосовой функций у дошкольников:

− высокий уровень – ребенок пользуется диафрагмальным типом дыхания, речевой выдох достаточного объема, продолжительный, плавный, голос нормальной силы, модулированный по высоте, передает тембральные оттенки, голосовыдыхательная струя в момент речи проходит через рот;

− средний уровень – ребенок пользуется смешанным типом дыхания, объем речевого выдоха несколько уменьшен, незначительно нарушена продолжительность и плавность речевого выдоха особенно при произнесении фраз и текстов, голос недостаточно регулируется по силе, высоте, тембру, голосовыдыхательная струя в момент речи проходит через рот и нос;

− низкий уровень – ребенок пользуется верхнеключичным типом дыхания, объем речевого выдоха резко снижен, продолжительность и плавность речевого выдоха значительно нарушена даже при произнесении простого речевого материала (звуки, звукосочетания, слова), ребенок не изменяет голос по силе, высоте, тембру, голосовыдыхательная струя в момент речи проходит через нос.

На этапе констатирующего эксперимента 8 детей экспериментальной группы продемонстрировали средний уровень, 2 человека показали низкий уровень сформированности дыхательной и голосовой функций. Наибольшую сложность для детей представляли задания на изменение голоса по силе, высоте, тембру.

В процессе логопедической работы мы предполагаем использование логопедической ритмики в качестве средства коррекции нарушений дыхательной и голосовой функции у детей дошкольного возраста.

Теоретические обоснования использования музыкально-ритмических средств в дошкольной педагогике и в частности в логопедической практике представлены в исследованиях отечественных и зарубежных ученых (Э. Жак-Далькроз, Э. Килинска-Эвертовска, К. Орф, Б.М. Теплов, Н.Г. Александрова, В.А. Гринер, Н.С. Самойленко, В.А. Гиляровский, Ю.А. Флоренская, В.И. Рождественская и др.). В настоящее время методические аспекты

использования логопедической ритмики при коррекции различных речевых нарушениях представлены в исследованиях Е.С. Анищенковой, Р.Л. Бабушкиной, Г.А. Волковой, О.М. Кисляковой и других авторов.

В комплексе медико-логопедического воздействия при патологиях голоса логоритмические занятия способствуют:

1) воспитанию голоса: его высоты, силы, тембра, диапазона;

2) развитию дыхания: глубины вдоха, продолжительности речевого выдоха;

3) развитию артикуляторного аппарата.

Проведение логопедической работы в ходе формирующего эксперимента мы планируем в несколько этапов. Содержание логоритмических упражнений будет дифференцировано в зависимости от речевой патологии детей (при дислалии, дизартрии, ринолалии, заикании, алалии, дисфонии или афонии) и от степени выраженности расстройств дыхательной и голосовой функции. Одним из организационных условий эффективности работы по преодолению нарушений дыхания и голоса у детей мы считаем интеграцию средств логопедической ритмики в деятельность специалистов ДОУ и их взаимодействие с родителями ребенка.

Средства логопедической ритмики органично дополнят комплексную терапию голосовых расстройств, включающую медикаментозное, физиотерапевтическое лечение и ортофонические (или фонопедические) упражнения. Это обусловлено тем, что важным принципом лечения голосовых расстройств является преемственность логопедической, логоритмической и лечебной работы, проведение функциональной терапии на всех этапах восстановления голоса. Поэтому развитие дыхания, артикуляционной моторики и голоса на логоритмических занятиях в значительной мере обеспечит эффективность комплексной работы.

Литература:

1. Лопатина Л.В. Схема обследования ребенка с фонетико–фонематическим недоразвитием речи // Логопедическая диагностика и коррекция нарушений речи у детей: Сб. методических рекомендаций. – СПб., М., 2006.

Стахеева Е.А., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Шеховцова Т.С., к.пед.н.

РАЗВИТИЕ УНИВЕРСАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ

В настоящее время общество приходит к осознанию того, что социальное предназначение школы заключается не просто в передаче знаний, умений и навыков от учителя к ученику, а в необходимости вырабатывать у учащихся способность самостоятельно ставить перед собой учебные цели, разрабатывать пути их решения, контролировать и давать оценку своим достижениям. Иначе говоря, необходимо развивать умение учиться, когда

учащийся самостоятельно становится «архитектором и строителем» образовательного процесса.

Достижение результата данной цели является возможным благодаря развитию системы универсальных учебных действий. Впервые понятие «универсальные учебные действия» ввел отечественный психолог А.Г. Асмолов. Под универсальными учебными действиями понимают совокупность способов действия, обеспечивающих способность к самостоятельному усвоению новых знаний и умений, включая организацию этого процесса [3, с. 15].

Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту начального образования выделяют четыре блока основных видов универсальных учебных действий [2]:

1. Личностные универсальные учебные действия, включающие самоопределение, смыслообразование, нравственно-этическую ориентацию.

2. Регулятивные универсальные учебные действия, включающие целеполагание, планирование, прогнозирование, контроль, коррекцию, оценку, саморегуляцию.

3. Познавательные универсальные учебные действия, которые включают общеучебные и логические действия, а также действия постановки и решения проблем.

4. Коммуникативные универсальные учебные действия, включающие планирование учебного сотрудничества с учителем и сверстниками, постановку, разрешение конфликтов, управление поведением партнера, умение с достаточной полнотой и точностью выражать свои мысли в соответствии с задачами и условиями коммуникации, владение монологической и диалогической формами речи в соответствии с грамматическими и синтаксическими нормами родного языка.

Учителя–логопеды должны ориентироваться на показатели деятельностного подхода, которые определены ФГОС начального образования: придание результатам образования социально и личностно значимого характера; более гибкое и прочное усвоение знаний учащимися; существенное повышение мотивации и интереса к учению; обеспечение условий для общекультурного и личностного развития на основе формирования универсальных учебных действий.

Как известно, работа учителя-логопеда по исправлению нарушений устной и письменной речи у учащихся начальной школы непосредственно оказывает влияние на результаты овладения детьми русским языком, что, в свою очередь, является главным показателем для последующего усвоения знаний по другим предметам.

Достижение результатов в развитии универсальных учебных действий у детей, имеющих нарушения речи, может быть удачным при организованном логопедическом сопровождении, которое оказывает содействие для учителя начальных классов и охватывает работу по развитию универсальных учебных действий на всех этапах и направлениях коррекционной работы.

Логопедическое сопровождение включает в себя профилактику речевых нарушений, логопедическую диагностику, коррекцию речевых нарушений, формирование всех компонентов речи, развитие невербальных психических функций, развитие эмоционально-волевой сферы; формирование нравственных установок ребёнка.

Логопед О.В. Павлова считает, что на логопедических занятиях с детьми, имеющими нарушения речи, стоит задача не только по вырабатыванию предпосылок к усвоению общеобразовательной программы, но и к овладению полноценными навыками учебной деятельности и формированию этих учебных умений [1].

Учитель-логопед И.А. Колычева считает, что дети, имеющие нарушения письменной речи, зачастую выполняют не то, что им задает педагог, даже после объяснения задания дети переспрашивают учителя. Это связано с низкой концентрацией внимания, кратковременной памятью, нарушениями мыслительных операций, а также с невладением приемами учебной деятельности. Умение отличить новую задачу от старой, умение своевременно реагировать на вопрос учителя, четко представить то, что содержится в инструкции – вот, что характеризует ученика, который умеет учиться [1].

Дети с общим недоразвитием речи, которые поступают в первый класс и начинают заниматься на школьном логопункте, имеют ряд особенностей, затрудняющих развитие универсальных учебных действий. Среди таких особенностей А.В. Ястребова выделила психологические и речевые особенности [4, с. 55].

К психологическим особенностям она отнесла: неустойчивое внимание; недостаточную наблюдательность по отношению к языковым явлениям; недостаточное развитие способности к переключению; недостаточное развитие словесно-логического мышления; недостаточная способность к запоминанию преимущественно словесного материала; недостаточное развитие самоконтроля, преимущественно в области языковых явлений; недостаточная сформированность произвольности в общении и деятельности. Следствием этого является недостаточная сформированность психологических предпосылок к овладению полоноценными навыками учебной деятельности; трудности формирования учебных умений (планирование предстоящей работы; определение путей и средств достижения учебной цели; контролирование деятельности; умение работать в определенном темпе).

Речевые особенности являются следствием недостаточной сформированности лексико-грамматических средств языка, и к ним можно отнести: недостаточное понимание учебных заданий, указаний, инструкций учителя, трудности овладения учебными понятиями, терминами, трудности формирования и формулирования собственных мыслей в процессе учебной работы, недостаточное развитие связной речи.

Приведем примеры упражнений, которые должны использоваться на логопедических занятиях и способствовать развитию регулятивного, познавательного, коммуникативного и личностного компонентов универсальных учебных действий у детей младшего школьного возраста, имеющих нарушения речи:

1.Упражнения, развивающие умение принимать и понимать словесную или письменную инструкцию: «Объясни товарищу», «Письмо с пропусками», «Будь внимательным!».

2.Упражнения, развивающие умение планировать действия по выполнению учебной инструкции и действовать по плану: «Расскажи о ... по плану–схеме», «Определи порядок действий», «Составьте алгоритм».

3.Упражнения, развивающие умение осуществлять итоговый самоконтроль: »Возвращение к началу», «Ищем «случайные» ошибки», «Проверка предложений».

4.Упражнения, развивающие умение самостоятельно оценивать результаты своей деятельности. Для самооценивания и фиксации результатов используются: линейки достижений, лестница успеха, карта самонаблюдений.

5.Упражнения, развивающие умения планировать действия и действовать по плану: «Расскажи о звуке по плану-схеме», «Определи порядок действия», «Составь алгоритм».

Указанные упражнения способствуют развитию общения, концентрации и переключения внимания, и особенно – саморегуляции деятельности, т.к. учащиеся с нарушениями речи часто не в состоянии выполнять итоговый самоконтроль при выполнении письменных работ. Таких детей необходимо обучать контролю планомерно, тщательно, длительно. Важно убедить учеников в том, что именно самопроверка даёт возможность получить за письменную работу более высокую отметку.

Таким образом, речевые нарушения у детей чаще всего сопровождаются выраженными затруднениями в формировании познавательных, регулятивных и коммуникативных навыков. Следовательно, логопедическая работа с детьми младшего школьного возраста должна быть направлена не только на коррекцию нарушений устной и письменной речи, но и на развитие всех видов универсальных учебных действий, через овладение которыми будут преодолеваться различные речевые нарушения.

Литература:

1. Деятельность учителя по формированию учебных универсальных действий. Деятельность учителя по формированию УУД в 1 классе при внедрении ФГОС НОО. [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://ir–zhi.ru/teachers/fgos–noo/uud

2. Как проектировать УУД в начальной школе. От действия к мысли: пособие для учителя / Под ред. А.Г. Асмолова. – М., 2010.

3. Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и

науки РФ от 17 декабря 2010 г. № 1897 [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/55070507

4. Ястребова А.В. Преодоление общего недоразвития речи у учащихся начальных классов общеобразовательных учреждений. – М., 1999.

Ткаченко А.И., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВО ЮФУ
Научный руководитель: Бочарова Е.В., к.пед.н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИДАКТИЧЕСКОЙ ИГРЫ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ РЕЧЕВОГО НЕДОРАЗВИТИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Для дошкольников с нарушениями речи игра также является ведущим видом деятельности, как и для их сверстников без речевых патологий. Дидактическая игра способствует физическому, умственному, нравственному и эстетическому развитию детей. Общеобразовательное, воспитательное, коррекционно–развивающее значение дидактических игр для детей с нарушениями речи раскрыто в исследованиях С.А. Мироновой, В.И. Селиверстова, Г.С. Швайко и других ученых.

В нашем экспериментальном исследовании мы использовали дидактическую игру как средство коррекции всех нарушенных сторон речи (звукопроизношение, фонематическое восприятие, лексика, грамматика, словообразование, словоизменение, темп, тембр, ритм, интонация, связная речь). Дидактическая игра использовалась на занятиях всех специалистов, работающих с детьми, имеющими нарушения речи (логопед, воспитатели, музыкальный руководитель, руководитель изостудии, инструктор по физическому воспитанию). Кроме того, дидактическая игра рекомендовалась родителям в качестве средства коррекции нарушений речевого развития у дошкольников в условиях семейного воспитания. Приведем примеры использования дидактических игр для коррекции нарушений разных сторон речи, применяемые в деятельности специалистов ДОУ.

Для коррекции нарушений звукопроизношения нами использовалось логопедические лото «Найди пару». На картинах нарисованы предметы, обозначающиеся словами–паронимами (бочка – почка, дуб – зуб, мышка – миска и т.д.). Один ребенок называет предмет, изображенный на картинке, другой ребенок показывает свою картинку и называет слово–пароним. В этих играх дети упражняются в правильном произнесении звуков в слове. Такие игры широко используются на занятиях логопеда, в дидактических играх, организованных воспитателем в совместной с детьми деятельности. На занятиях музыкального руководителя и руководителя изостудии применяются дидактические игры с элементами фонетической ритмики «Угадай звук». Педагог выполняет движение фонетической ритмики и беззвучную артикуляцию звука. Например, широко разводит руки в сторону, показывает беззвучную артикуляцию звука «А». Дети повторяют движения фонетической ритмики и произносят звук «А». В этих играх дети упражняются в одновременном выполнении движений и произнесении

звуков. На занятиях руководителя изостудии применяются следующие игровые приемы коррекции нарушений звукопроизношения. Педагог сообщает детям, что им надо угадать то, что они будут рисовать (лепить, апплицировать, конструировать), при этом две картинки размещены изображениями к доске, т.е. не видны детям. Педагог описывает натуру, не называя ее: «У нее красивые крылья. На крыльях разноцветные узоры. Она летает около цветов». Затем педагог показывает две картинки «бабочка» и «бабушка». Дети называют нужную картинку. В таких играх дети упражняются называть слово, подходящее по смыслу к описанию. Слова должны отличаться друг от друга одним-двумя звуками.

Для коррекции нарушений фонематического восприятия логопед использует дидактическую игру «Кто где живет». На доске размещаются изображения домов с окнами – карманами для предметных картинок. На крыше каждого дома изображена буква (например, «с», «з», «ш»). У детей предметные картинки с изображениями животных, названия которых начинаются с этих звуков. Педагог произносит название животного, ребенок с соответствующей картинкой определяет первый звук в слове и размещает картинку в окне дома. В этих играх дети упражняются в выделении первого звука в слове. Аналогичные дидактические игры на определение позиции звука в слове, на подбор слов к заданному звуку применяет воспитатель в совместной деятельности с детьми. На занятиях музыкального руководителя используются распевки на материале слогосочетаний типа «да–та–дя–тя» и др. В этих распевках дети упражняются в восприятии на слух слогов, близких по звучанию, и в быстрой смене артикуляции при произнесении парных звуков по твердости–мягкости и глухости–звонкости. На занятиях инструктор по физическому воспитанию часть инструкций произносит за экраном (например «спрыгни», «подпрыгни», «перепрыгни»). Дети упражняются в разных видах прыжков и дифференцированном восприятии их названий, отличающихся одним или несколькими звуками. Инструктор по изобразительной деятельности аналогично произносит некоторый речевой материал за экраном с целью развития фонематического восприятия детей (например «нарисуй», «дорисуй»).

Обогащение лексики детей с нарушениями речи происходит на занятиях всех специалистов с использованием дидактических игр, требующих называния предметов («Кто это?», «Что это?», «Домашние животные и их детеныши», «Кому что нужно» и т.д.), действий («Сделай наоборот», «Что перепутал художник?», «Один – много» и т.д.), признаков («Найди такой же», «Покажи другой», «Чей, чья, чье?», «Из чего сделано?» и т.д.). В этих играх дети уточняют значения слов, относящихся к лексическим темам.

При коррекции нарушений грамматического строя речи специалисты ДОУ используют дидактические игры на овладение способами словообразования и словоизменения («Один – много», «У кого что есть и чего нет?», «Кому подарили игрушку?», «Кто с чем играет?» и т.д.). В

процессе выполнения практических действий на разных занятиях дети упражняются в употреблении форм единственного и множественного числа, в изменении частей речи по падежам, родам, лицам, времени, в согласовании слов во фразе.

Коррекция нарушений просодических компонентов речи (темп, тембр, ритм, интонация) осуществляется на занятиях всех специалистов. Дети учатся менять темп речи при произнесении стихотворений, скороговорок, при вокальных упражнениях, при выполнении движений в сочетании с речью (физические упражнения с речевым сопровождением, логоритмические игры). Тембральная окраска голоса у детей меняется в упражнениях на произнесение фраз тихо и громко, высоким, средним и низким голосом («Дети заблудились», инсценировки сказок «Маша и три медведя», «Теремок», «Колобок», «Заячья избушка» и др.). Ритмический рисунок слов и фраз дети усваивают в дидактических играх на восприятие ритма («отхлопай, сложи, нарисуй, играй ритм») и его воспроизведение («Скажи похожее слово: ТА–та–та, та–ТА–та, та–та–ТА», «Волшебный поезд», «Заколдованное письмо» и т.д.). Различные типы интонации дети усваивают в играх–инсценировках, дидактических играх с сюжетом («В гостях у куклы», «Магазин», «День рожденья», «Новый год» и т.д.), при чтении стихотворений, рассказывании рассказов и сказок, при чтении скороговорок, потешек с различной интонацией, при загадывании загадок, в процессе пения.

Коррекция связной речи в процессе дидактических игр направлена на развитие ситуативной речи в общении детей друг с другом и со взрослыми (дидактический материал – предметные картинки по лексическим темам, сюжетные картинки, образные игрушки, настольно-печатные игры, потешки, сказки, стихотворения), на обучение диалогической речи в специально организованных коммуникативных ситуациях (беседы, выполнение поручений, игровая деятельность), на обучение пересказу хорошо знакомых и незнакомых сказок, рассказов, на обучение самостоятельному составлению описательных рассказов по игрушке, по картинке, на обучение составлению повествовательных рассказов по серии сюжетных картинок, по вопросам, по образцу, по плану, самостоятельно, на обучение составлению рассказа из личного опыта, на обучение включению в повествование элементов описаний действующих лиц, природы, диалогов героев рассказа с соблюдением последовательности рассказов.

При организации логопедической работы мы стремились к тому, чтобы дидактические игры использовались на занятиях всех специалистов ДОУ и в условиях семьи, и имели коррекционно–развивающую направленность.

Тютюникова В.И., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Акименко В.М., к.пед.н.

ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ СВЯЗНОЙ РЕЧИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ НА УРОКАХ ЛИТЕРАТУРНОГО ЧТЕНИЯ

Актуальность исследования обусловлена тем, что в современном мире новейшие технологии развиваются и внедряются в информационное пространство, которое затем влияет на методы организации уроков литературного чтения в начальной школе и его содержание.

В курсе урока чтения метод проекта используется в рамках программного материала практически в контексте любых тем, поскольку отбор тематики проводится с учетом практической значимости для школьника. Самым главным и важным этапом будет сформулировать проблему, над которой школьники будут работать [1].

Центральной задачей в речевом развитии и воспитании детей является развитие связной речи. Обусловлено это, прежде всего ее социальной значимостью и ролью в формировании личности. В связной речи реализуется основная коммуникативная функция языка и речи.

По мнению С.Л. Рубинштейна, А.А. Леонтьева, Л.С. Выготского, Ф.А. Сохина и Т.В. Ахутиной, связная речь является высшей формой речи и мыслительной деятельности, которая определяет уровень умственного и речевого развития детей.

При решении учебных задач по усвоению теоретических знаний требуются постоянные рассуждения, мыслительные и речевые действия по оценке и анализу условий задач, поиску и нахождению способов их решения, выбора приемов рассуждения на пути к решению. Идет развитие психических процессов, развиваются и совершенствуются способности рассуждать и творчески оценивать ситуацию. Ребенок в школе, помимо прочего, учится излагать логически правильно свои мысли, а не просто повторять заученные из книг слова, то есть, он учится мыслить, и мыслить в речевой форме. В процессе идет одновременное и взаимосвязанное развитие процессов мышления и речи, что является важнейшим эффектом учебной деятельности ребенка. Важной задачей начальных классов является обучение школьников выражению собственных мыслей. Учителя начальных классов должны с первых шагов приучать школьников к грамотным, четким, ясным и содержательным высказываниям.

В исследованиях отечественных педагогов уделялось огромное внимание методам организации занятий по чтению. Все связано с важностью литературных произведений как факторов развития эстетического, нравственного, речевого и социального воспитания детей. Для того, чтобы ребенок познакомился с литературным жанром и произведением, педагогу важно спланировать учебную деятельность исходя из знаний об индивидуальных и возрастных особенностей детей, целесообразно грамотно подходить к организации и проведению занятия по литературному чтению.

В современных условиях жизни и при общественных отношениях педагогов заставляют находить новые образовательные пути и резервы. Одним из таких путей является внедрение в образовательный процесс проектной деятельности [6]. На сегодняшний день задачей является создание условий, при которых ребенок сможет проявить свои таланты и реализовать свой творческий потенциал. В данном случае проектная деятельность младшего школьника является одним из важных направлений в личностно–ориентированном обучении. Необходимо знать, что система обучения начинает меняться уже начальной школе, так как именно здесь начинается формироваться личность младшего школьника, желание учиться и его мировоззрение. В ряде фундаментальных исследований, базирующихся на психологических предпосылках, нельзя не упомянуть об отечественных педагогах, занимавшихся проблемой проектного обучения: П.П. Блонский, П.Ф. Каптерев и другие.

На современном этапе в педагогической практике возвращаются к вопросам, касающимся проблематики проектного метода обучения на основе теоретической базы (В.Д. Симоненко, П.Р. Атутов, Ю.Л. Хотунцев, М.В. Ретивых).

В современных исследованиях указывается, что метод творческого проекта наиболее в полной мере проявляет свои положительные характеристики обогащенной развивающей образовательной среды.

Проектная деятельность, по мнению Матяш Н.В. является видом интегративной деятельности, синтезирующей в себе элементы познавательной, учебной, игровой, коммуникативной, ценностно–ориентационной, преобразовательной, а главным образом, творческой деятельности.

Проектная деятельность учеников на уроках литературного чтения связана, прежде всего, с проблемой творчества и поэтому является творческой, по сути. Исходя из выше сказанного, Матяш Н.В. говорит о том что, проектная творческая деятельность детей это, прежде всего деятельность по созданию изделий и услуг, которые обладают субъективной или новизной и имеют общественную или личностную значимость. В педагогической теории вместе с тем не выявлены содержательные особенности проектной деятельности, педагогические условия и способы ее организации, обеспечивающие успешное внедрение ее на уроках чтения в начальной школе.

В процессе выполнения творческих заданий на уроках чтения развиваются и совершенствуются многие психические процессы такие как: память, внимание, мышление, воображение, а так же совершенствуется и развивается связная речь [6].

Метод проекта ориентируется всегда на самостоятельную деятельность школьников: парную, индивидуальную, групповую, которую школьники выполняют в течение определенного отрезка времени. Метод проекта предполагает решение какой–либо проблемы. Решение проблематики

предусматривается, с одной стороны – использование совокупности разнообразных методов и средств обучения, а с другой, предполагает необходимость интегрирования знаний, умений и навыков [3].

Понятие «проектная деятельность» находит своё отражение на стыке двух тесно связанных гуманитарных дисциплин – психологической и педагогической науки. При обучении проектной деятельности учащихся предполагается учет как основных закономерностей педагогического процесса, так и их психологическое содержание [5].

Проектная деятельность выполняет следующие функции:

1) преобразующая – развитие конструкторского образа и его использования для построения собственного объекта. Школьник в процессе разработки конкретного проекта переструктурирует, осознает в системе новых предметных замыслов полученные ранее знания, умения и навыки;

2) отражательная – использование имеющихся образов, формирование в процессе деятельности новые. Эта функция проявляется в отражении объективно существующих закономерностей и законов окружающего мира;

3) технологическая – владение приемами технологической деятельности, включающей элементы моделирования, конструирования. Знание основных технологических процессов, закономерностей;

4) программно–целевая – реализуется стратегия проектной деятельности, которая включает прогнозирование, целеполагание, организацию и планирование деятельности;

5) контрольно – регулятивная – в ней реализуется тактика проектной деятельности, включающая акт принятия решения , коррекции и контроля;

6) исследовательская – специфика проектной деятельности требует от ученика анализа существующих аналогов, обобщений существующих ситуаций, выбор наилучшего варианта, и тем самым ориентирует школьника на анализ динамической и процессуальной сторон окружающего мира;

7) креативная – генерирует новые идеи на основе обобщенного анализа и суммы полученных знаний, как в социальном плане, так и в учебной деятельности. Креативность проектной деятельности определяет все стороны психического развития ученика, поднимая его на более высокие уровни осознания им самого себя, как субъекта деятельности.

Школьники активно включаются в проектную деятельность на уроках чтения (метод проектов), относят данную деятельность к программам гуманитарного цикла, который предполагает определение целей и разработку средств в их реализации; учитываются социальные и культурные условия, т.е. т.е, исходя из которых ведется учет позиций иных участников проекта. Из определения И.Д. Чечеля следует следующее: современный проект школьника – это как дидактическое средство активизации познавательной деятельности и развития креативности одновременно, формирование личностных качеств. Метод проектов – это педагогическая технология, которая ориентирована не на интеграцию имеющихся знаний, а на их применение путем самообразования. При активном включении учащихся в

создание новых проектов даёт им возможности осваивать, совершенствовать новые способы человеческой деятельности в социокультурном мире [4].

Джон Джонс приводит много определений проектирования, главным в его работах является следующее определение: проектирование – это вид деятельности, который дает начало в изменениях искусственной среды. Нельзя не отметить ту закономерность, что в современном мире актуальной проблемой в образовании имеет место проблема проектирования и его внедрения [6].

Проектная деятельность школьников – это совместная творческая, учебно–познавательная, или игровая деятельность учеников, имеющая в своем арсенале общую цель, способы деятельности и согласованные методы, которая направлена на достижение общего результата деятельности [4].

Можно отметить следующие достоинства технологии по использованию проективного метода на уроках чтения:

7. повышение мотивации учащихся в учебе;
8. получение навыков самостоятельного поиска и обработки необходимой информации;
9. повышение самооценки учащихся, занимающихся выполнением проектной работы на уроках чтения;
10. предоставление каждому возможностей самореализации;
11. развитие творческих способностей;
12. развитие коммуникативных навыков, умения работать в коллективе;
13. получение навыков презентации себя и своей работы в различных форм: устной, письменной с использованием новейших технологических средств.

Литературное чтение как учебный предмет, изучающий искусство слова, создает особые условия для овладения учащимися приемами творческого труда, исследовательской поисковой работы, творческого проекта, связанного с умением самостоятельно решать сложные проблемы, с критическо-оценочной деятельностью на материале изучаемых художественных произведений, подготовкой устных выступлений и письменных работ различных типов и жанров [6]. В учебном труде развиваются творческие способности, школьники понимают практическую направленность своей работы, а также оценивают собственные возможности, что повышает заинтересованность в результатах.

Литература:

1. Бондаренко А.И. Проект как одна из форм организации образовательно-воспитательного процесса в начальной школе // Начальная школа плюс До и После. – 2004. – №5.– С. 9-13.
2. Бритвина Л. Ю. Метод творческих проектов на уроках технологии// Начальная школа. № 6. – 2005. – С.44.
3. Бычков А.В. Метод проектов в современной школе. – М., 2004.
4. Васильев В. Проектно-исследовательская технология: развитие мотивации // Народное образование. – 2006. – № 9. – С.177-180.

5. Господникова М.К. и др. Проектная деятельность учащихся. – Волгоград, 2009.

6. Краля Н.А. Метод учебных проектов как средство активизации учебной деятельности учащихся: Учебно–методическое пособие / Под ред. Ю.П. Дубенского. – Омск, 2005.

Шкурина А.В., г. Новосибирск, ФБОУ ВПО НГПУ
Научный руководитель: Климова Т.В., к.пед.н.

СИСТЕМА КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ III УРОВНЯ

В философских, психолого-педагогических исследованиях раскрывается и отмечается роль освоения социального и предметного пространства, в построении или создании ребенком целостной картины мира, понимании своего места в нём. Всестороннее развитие ребенка неосуществимо без включения развития у него способности к ориентировке в пространстве. Пространственные представления имеют большое значение для всех сторон деятельности человека, включая различные стороны взаимодействия его с действительностью.

Дошкольное образовательное учреждение – первое и самое главное звено в общей системе образования. Главным доказательством эффективности дошкольного учреждения является принятие ребенка в общеобразовательную школу. В последнее время условия по приёму первоклассников в школу изменились, а программы общего образования дошкольного общеобразовательного учреждения остаются пока ниже на уровень школьных. От того, насколько хорошо воспитатели, учителя-логопеды, психологи и другие работники детского учреждения подготовят ребенка к общеобразовательной школе, зависит будущее дошкольника. Смогут ли взрослые, имеющие педагогическое образование, развить способности ребенка, развить интерес к учебной деятельности таким образом, чтобы у ребенка проявилось желание учиться.

Пространственные представления имеют большое значение для всех сторон деятельности человека, включая различные стороны взаимодействия его с действительностью. В философских, психолого-педагогических исследованиях раскрывается и отмечается роль освоения социального и предметного пространства, в построении или создании ребенком целостной картины мира, понимании своего места в нём. Всестороннее развитие ребенка неосуществимо без включения развития у него способности к ориентировке в пространстве.

Как указывал Н.И. Панов, «…дезориентировка в пространстве – это одна из причин, которая вызывает затруднения в овладении детьми навыками рисования, лепки, вырезания картинок, и последующим овладение чтением и письмом. В связи с этим считается актуальным развитие у дошкольников реальных способов восприятия пространства, полноценных

пространственных представлений и довольно прочных навыков ориентировки в пространстве» [1, с. 258].

Таким образом, необходимо разработать систему коррекционных занятий по развитию пространственных представлений уже в период дошкольного детства для детей с общим недоразвитием речи.

Нами было проведено экспериментальное исследование с 13.11.2013 года по 6.05.2014 на базе МБДОУ №451 «Теремок». К исследованию было привлечено 20 детей, которые и составили выборку экспериментальной и контрольной группы. Все дети посещали МБДОУ на протяжении учебного года. Средний возраст детей с общим недоразвитием речи III уровня составил 3–4 года.

В ходе обследования было выявлено, что у большинства детей проявляется нарушение пространства в окружающей среде. В связи с этим, мы разработали систему логопедических занятий по устранению нарушения в развитии пространственных представлений у детей среднего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

При разработке системы коррекционной работы учитывались основные положения отечественной психологии, в частности, теория деятельности, возрастная периодизация развития, теория поэтапного формирования умственных действий, а также основные подходы коррекционно–развивающего обучения детей с нарушением речи на современном этапе.

Логопедическая работа по развитию пространственных представлений у детей среднего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня реализовывалась в три этапа.

Первый этап коррекционной работы (подготовительный) – налаживание социальных связей детей, установление эмоциональных контактов.

Весьма эффективным коррекционным приемом на данном этапе было проведение с детьми среднего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня сюжетно-ролевых игр с речевым сопровождением, где снимался «зажим», напряжение, появлялась доверчивость, желание общаться. Такие игры, как ««Чего не хватает?», «Кого не стало?», «Что изменилось?», «Кто лишний?», «У кого кто?»« – составленные А.В. Семенович [4, с.83].

Второй этап коррекционной работы (основной) – развитие пространственных представлений в специально организованной коррекционно–логопедической деятельности.

На одном из занятий использовалась сюжетно-ролевая игра «Собери части лица», автором развивающей игры является С.С. Миронова [3, с.56]. Данное занятие рассчитано на развитие ориентировки тела человека. Использовалась Smart – доска, где по центу доски нарисован овал, и необходимо верно расположить части лица человека на овале. Каждое выполняемое действие ребенок должен сопровождать речью. Занятие проводилось с каждым ребенком индивидуально (Е.Л. Малиновская) [2, с.64].

Третий этап коррекционной работы (заключительный) – включение коммуникативных способностей в свободную, игровую, познавательную, творческую деятельность.

Для этого целесообразно было провести коллективное занятие. «В данном занятии использовались задания на составление геометрических фигур из палочек, на нахождение недостающей фигуры, задания, требующие определить «лишнее слово», задания на логику и зрительное восприятие» – разработанные отечественным педагогом М.А. Поваляевой [25, с.17].

По результату проделанной работы осуществлялось изучение достоверности и значимости полученных диагностических данных.

Математико-статистическая обработка полученных данных по критерию Манна-Уитни с детьми дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня оказалась в зоне значимости, то есть у детей устранилось нарушение дезориентировки в пространстве.

Таким образом, цель исследования была достигнута и в ходе проведенной работы была представлена система занятий по развитию пространственных представлений у дошкольников среднего возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

Литература:

1. Данильян О.Г., Панов Н.И. Современный словарь по общественным наукам. – М., 2009. – 528 с.

2. Малиновская Е.Л. Формирование пространственно-временных отношений в системе коррекционного обучения детей с нарушениями речи // www.Logoped.ru. – 2012. – №2(57). – С. 64-66.

3. Миронова С.С. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях. – М., 2011.– 178 с.

4. Семенович А.В., Умирихин С.О. Пространственные представления при отклоняющемся развитии детей. – М., 1998. – 176 с.

Якуба М.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Жукова С.В., к.психол.н,

ЗНАЧЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ КООРДИНАЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ПИСЬМУ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Навык письма имеет большую социальную и культурную значимость, поскольку при его несформированности принципиально невозможно обучение ребенка в школе.

Трудности обучения, как правило, отмечаются уже в начальной школе, когда закладываются все базовые навыки, в том числе навык письма. Трудности овладения навыком письма могут привести не только к школьной неуспеваемости по отдельным предметам, но и в целом явиться причиной школьной дезадаптации. Можно с уверенностью утверждать, что разработка наиболее оптимальных подходов к выявлению трудностей при письме, к их преодолению и предупреждению является актуальной проблемой специальной педагогики на современном этапе.

В психолого-педагогических исследованиях письмо рассматривается как психический процесс. Письмо, как сложный вид речевой деятельности, является высшей психической функцией. В соответствии с теорией Л.С. Выготского о высших психических функциях, навык письма социален по природе, прижизнен по формированию, опосредован по строению и произволен по способу регуляции. Очевидна сложность структуры и содержания навыка письма. Его реализация обеспечивается интегративной деятельностью всего мозга.

Являясь сложной функциональной системой, письмо включает в себя ряд компонентов.

Во–первых, человек должен услышать и понять, распознать обращенную к нему речь. Для этого требуется сохранность особого речевого слуха, который позволяет различать отдельные фонемы и соединять их в слова, т. е. осуществлять звуковой анализ и синтез, запоминать услышанное.

На следующем этапе осуществляется перевод воспринятых звуков в их графические обозначения – фонем в графемы. При этом следует отметить, что для правильного перевода фонемы в графему требуется достаточный уровень сформированности пространственных представлений.

И, наконец, последним звеном является двигательный акт написания графемы. Для его реализации необходима сохранность динамического праксиса руки, а также способность сличать выполняемое действие с заданной программой с целью контроля деятельности.

Таким образом, очевидно значение нескольких условий для успешной реализации навыка письма: достаточный уровень сформированности фонематического слуха и восприятия, пространственных представлений, динамического праксиса, произвольной регуляции деятельности. Указанные факторы обеспечиваются взаимосвязанной и согласованной работой сразу нескольких отделов коры головного мозга [1].

Существует онтогенетическая взаимосвязь развития моторики с созреванием соответствующих зон мозга и развитием важнейших психических функций, выявлена возрастная динамика этого процесса, показано его совершенствование в ходе развития ребёнка. Сформированность зрительно-моторной координации является одним из важнейших показателей готовности ребенка к обучению в школе.

Зрительно-моторная координация [от лат. co(n) – c or dinatio – расположение в порядке] – согласованность движений и их элементов в результате совместной и одновременной деятельности зрительного и двигательного анализаторов.

По мнению Н.И. Гуткиной, процесс развития зрительно-моторной координации включает в себя:

• способность дорисовать элементы, детали, части фигур по образцу;

• способность копировать буквы, цифры, соблюдая размерность и направленность штрихов и элементов;

• способность срисовывать (копировать) простые геометрические фигуры, сочетания фигур, пересекающиеся линии, соблюдая размеры, соотношение и направленность штрихов [4].

Как и все процессы зрительно-моторная координация развивается постепенно. В период от 1 года до 4-5 лет ребенок овладевает произвольной регуляцией движений руки. При этом следует отметить, что развитие способности осуществлять контроль выполнения заданного действия, обратной связи (афферентации) осуществляется с опорой на кинестетические ощущения. В этом возрасте активно формируется так называемая «память руки». Ребенок рисует и при этом практически не осуществляет зрительный контроль за движениями руки, опираясь только на кинестезии от мышц руки. Постепенно происходит межсенсорная интеграция кинестетических ощущений во время рисования и зрительных образов, воспринимаемых при этом. Наибольшего уровня развития межанализаторное зрительно-двигательное взаимодействие достигает в возрасте 6–8 лет. С этого момента зрительно-моторная координация начинает занимать ведущее положение в регуляции графо-моторных движений и развитии соответствующих навыков.

По данным М. М. Безруких к 6-7 годам ребёнок способен:

– различать и выделять простые геометрические фигуры (круг, овал, квадрат, ромб и т. п.) и сочетания фигур;

– дифференцировать и классифицировать фигуры по форме, величине;

– различать и выделять буквы и цифры, написанные разным шрифтом;

– мысленно находить часть от целой фигуры, достраивать фигуры по схеме, конструировать фигуры (конструкции) из деталей;

– срисовывать простые геометрические фигуры, пересекающиеся линии, буквы, цифры с соблюдением размеров, пропорций, соотношения штрихов;

– координировать движения пальцев, кисти руки при выполнении бытовых действий, при работе с конструктором, мозаикой и т. п.;

– выполнять простые графические движения (вертикальные, горизонтальные линии, овалы, круги и т. п.) [2].

Существуют объективные причины, из-за которых у многих первоклассников возникают существенные трудности при списывании с доски, из книг, прописей и других пособий, не вырабатывается каллиграфический почерк. Особое место среди таких детей занимают учащиеся с нарушениями речи. Известно, что для детей с речевой патологией характерны не только нарушения речевого развития, но и неречевые проявления такие как: трудности пространственных представлений, недостаточная сформированность мелких движений руки, трудности зрительно-моторной координации. Успешное выполнение графических работ по визуальным образцам возможно только при наличии координации зрительного анализа с двигательными реакциями, моторикой пальцев ведущей руки. В связи с этим становится очевидной необходимость проведения целенаправленной работы по развитию зрительно-моторной

координации на этапе обучения письму младших школьников с нарушениями речи.

Рассмотрим основные методы и приемы, способствующие развитию зрительно–моторной координации.

Для развития зрительно-моторной координации в работе с младшими школьниками используются следующие задания:

1. «продолжи узор»,
2. рисование вертикальных и горизонтальных прямых палочек и комбинаций из них, дугообразных, волнистых линий, кругов, овалов;

– печатание букв по клеточкам;

– печатание цифр;

– графические диктанты;

– рисование фигур сложной формы путем подсчета клеточек на образце («нарисуй такую же фигуру») [3].

Развитию зрительно-моторной координации способствуют графические диктанты. При этом следует учитывать, что для развития ориентировки на плоскости листа в клетку лучше диктовать последовательность проведения линий, но для развития зрительно-двигательной координации необходимо дать ребенку образец, который он должен скопировать.

В процессе выполнения описанных упражнений у ребенка укрепляется мелкая мускулатура пальцев ведущей руки, совершенствуется ориентировка в микропространстве, зрительно-моторная координация, развивается произвольное внимание, зрительная память.

Так как зрительно-моторная координация представляет собой согласованные движения рук и глаз, помимо зрительных представлений необходимо развивать мелкую и общую моторику. Детям, у которых не сформированы координированные зрительно-моторные реакции, сложно выполнять отдельные рисовальные движения, даже самые простые. Движения рук у них скованные, неуверенные. Изображаемые линии часто хаотичны, набегают одна на другую [5].

Развитие моторной сферы позволит младшему школьнику координировать свои действия, регулировать силу нажима, быть точным в направлении руки.

С этой целью с детьми проводятся различные гимнастики, пальчиковые игры, зрительные физминутки [3].

Таким образом, необходимо комплексно и своевременно воздействовать на развитие зрительно-моторной координации, общей и мелкой моторики, развитие пространственных представлений, ориентировки на листе бумаги, что обеспечит правильное становление графомоторных навыков у младших школьников с нарушениями речи, и, как следствие, устранит возможное появление ошибок при чтении и письме.

Литература:

1. Венгер Л.А., Венгер А.Л. Готов ли ваш ребенок к школе? – М., 1994.

2. Иваненко С.Ф. К диагностике нарушений чтения и письма у младших школьников (логопедический аспект). // Дефектология. – 1994. –№1. – С. 52-55.
3. Моисеева Л.Г. Готовим руку к письму. – Спб., 2004.
4. Никулина Г.В. Развитие зрительного восприятия. – СПб., 2003.
5. Павлова Т.Л. Диагностика готовности ребёнка к школе. – М., 2004.

РАЗДЕЛ IV. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Александрович А.В., г. Ессентуки, ГБОУ ВПО СГП филиал в г. Ессентуки
Научный руководитель: Краснянская Т.М., д.психол.н.

ТРУДНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Последнее десятилетие характеризуется ростом социальной заинтересованности в оказании помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. В наибольшей степени дети с задержкой психического развития нуждаются в помощи в преодолении трудностей социальной адаптации.

Термин «социальная адаптация» широко используется в философии, социологии, физиологии, педагогике, психологии при рассмотрении вопросов приспособления человека к окружающим условиям среды (Дзугкоева Е.Г., Иванов Н.Я., Личко А.Е. и др.). Под родовым для него понятием «адаптация» в самом широком смысле слова понимается приспособление организма к внешним условиям его существования. Социальная адаптация, соответственно, характеризует собой уравновешенность для человека характеристик социальной действительности и социального начала в нём самом. В рамках психологии развития понятие социальной адаптации конкретизируется через понятия адаптивного поведения, адаптивного состояния и собственно адаптации в качестве условия эффективного взаимодействия детей и подростков в системе воспитания со взрослыми.

В настоящее время выделяются следующие варианты социальной адаптации:

– радикальная адаптация, обнаруживающаяся через уровни самореализации при изменении личностью существующего социального мира;

– гармоничная адаптация, представляющая собой самореализацию личности в социуме через ориентацию на социальные требования;

– гиперадаптация, как самореализацию в рамках влияния сверхдостижений личности на социальную жизнь;

– девиантная адаптация, связанная с самореализацией за счёт отказа от существующих социальных требований;

– конформистская адаптация, обнаруживающаяся в приспособлении личности посредством блокировке самореализации и подавления индивидуальности;

– социально-психологическая дезадаптация, представленная состояниями разрушения процессов самореализации и адаптации [1, с. 150].

Выступая интегрированным показателем состояния человека, социальная адаптация отражает его возможности выполнять определенные биосоциальные функции. В их состав включаются: адекватная система отношений и общения с окружающими; адекватное функционирование организма; адекватное отражение окружающей действительности; способность к труду, общению, обучению; приспособительные возможности поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других.

Не всегда механизмы социальной адаптации позволяют человеку достигать необходимого уровня адаптации. В этом случае говорят о трудностях социальной адаптации. Крайним их случаем является нарушение процессов социальной адаптации. Чаще всего нарушения социальной адаптации наблюдаются в детском возрасте. При этом у ребёнка возникают трудности различного рода: в организации самостоятельной деятельности, в установлении контактов со сверстниками и взрослыми, в адекватном самообслуживании и т.д. Итогом является рост тревожности, напряжённости, агрессивности. Ребёнок утрачивает ресурсы, необходимые для его развития. Это состояние можно связать с нарушением психологической безопасности личности [2, с. 149–151].

У детей с нарушением психического развития наиболее распространённой формой трудностей социальной адаптации является неспособность организовать совместную игровую деятельность. Между тем, данный вид деятельности является очень значимым для преодоления имеющегося у них психического отставания.

Отметим, что деятельность каждого человека выступает компонентом или составной частью совместной деятельности с другими людьми. Особенностью совместной деятельности является обладание ею теми же психологическими «составляющими», что и деятельность индивидуальная. Однако эти составляющие распределяются между членами группы и выступают в качестве их специальных функций. Данная разновидность деятельности имеет общую цель, план, оценку результатов, формы принятий решений, содержит общий фонд информации, используемый всеми участниками деятельности. Кроме того, внутренним моментом совместной деятельности выступает процесс общения и характер межличностных отношений в группе.

Для детей ведущей формой совместной деятельности является игровая деятельность (Запорожец А.В., Леонтьев А.Н., Люблинская А.Л., Маллаев Д.М., Репина Т.А., Усова А.Н., Эльконин Д.Б. и др.). Игра понимается в качестве специфической деятельности, связанной с развитием психики человека.

С позиции психоанализа (Фрейд А., Кляйн М. и др.) игра рассматривается как проекция трудностей и конфликтов, существующих в реальной жизни ребенка, в его взаимоотношениях с близкими взрослыми. Считается, что ребенок может преодолевать реальные конфликты через разрыв травмирующих его ситуаций. Игра рассматривается при этом в качестве способа успешной адаптации ребенка к социальному миру. Вместе с тем, в психоанализе игра не связывается с достижением качественных изменений в психике ребёнка.

В концепции Ж. Пиаже жизнь ребенка подчинена принципу удовольствия в противоположность принципу реальности, используемому взрослыми. С его позиции, интеллект ребенка не обеспечивает ему должного уровня приспособления к требованиям общества. В результате ребёнок вынужден уподоблять себе, включать в свои структуры внешние воздействия, оказываемые на него из мира взрослых. Наиболее удачно это происходит в форме символической игры. По Ж. Пиаже, игровые символы выступают особым языком ребёнка, обеспечивающим для него перевод всех влияний внешнего мира. Соответственно, в игре ребенок приспосабливает враждебную ему реальность к специфическим потребностям своего «Я».

В исследованиях отечественных психологов (Басов М.Я., Выготский Л.С., Рубинштейн С.Л., Эльконин Д.Б. и др.) и педагогов (Алиев М.Н., Аркин С.А., Макаренко А.С., Маллаев Д.М. и др.) показано, что сюжетно–ролевая игра – это наиболее доступная как дошкольникам, так и младшим школьникам самостоятельная, эмоциональная, творческая и коллективная деятельность, в процессе которой происходит усвоение ими социального опыта взрослых. Она высоко социальна по своим мотивам, по происхождению, структуре и функциям. Д.Б. Эльконин пришёл к выводу, что сюжетно–ролевая игра является организуемой взрослым формой подготовки ребенка к будущей жизни в человеческом обществе. Установлено, что у детей игра появляется тогда, когда им знакома не только предметная сфера деятельности человека, но и специфика его взаимоотношений с другими людьми. В игре осуществляется воссоздание социальных отношений между людьми вне условий непосредственно утилитарной деятельности. Сюжетно–ролевая игра в детские годы определяет развитие всех сторон психики ребёнка. В её рамках также зарождаются тенденции его дальнейшего развития. По сути, данная форма игры создаёт «зону ближайшего развития» ребенка.

У детей с задержкой психического развития смена ведущих видов деятельности, в кризисный период – возраст 7-8 лет, не происходит. В силу этого они испытывают трудности в организации совместной игровой деятельности. Причина лежит в особенностях психического развития таких детей. Следствием нарушения внутреннего плана совместной деятельности является неспособность детей с задержкой психического развития к овладению компонентами игры – социальной потребностью в ней, целью, структурой, игровыми действиями и т.д.

В немалой степени причина этому концентрируется в неправильной организации и методике проведения игры. Нарушения психолого-педагогических условий создают трудности при овладении всеми структурными компонентами игровой деятельности: сюжетом, игровыми действиями, содержанием, ролью и практическим действием. У детей с отсутствием социального опыта практическое развертывание сюжета ограничено. Необходимые для игры навыки и действия часто заменяются словесными описаниями. Выстраиваемые ими социальные отношения не отражают реально существующих отношений между предметами и партнерами по игре из-за отсутствия практического опыта и глубокого их понимания.

Подобные нарушения легко визуализируются в ходе наблюдения за детьми с задержкой психического развития. В рамках прохождения практики нами были зафиксированы особые проявления нарушения у них социальной адаптации. Такие дети, несмотря на внутреннюю мотивированность, испытывают трудности включения в совместную учебную и игровую деятельность. Свойственная им высокая тревожность препятствует запоминанию детьми условий совместной деятельности, включению в обсуждение проблем, в выполнение заданий. Всякая совместная деятельность, приводя к малейшим неудачам, выступает основой фрустрации и элементов агрессии. Вместе с тем, трудности в социальной адаптации сочетаются у многих из детей с достаточно высоким уровнем общей культуры и воспитанности.

Наблюдения показали, что педагоги в недостаточной степени используют развивающие возможности, связанные с организацией совместной игровой деятельности детей. Очевидно, что педагогам, работающим с детьми с задержкой психического развития, необходимо совместно с психологом преодолевать трудности их социальной адаптации через организацию совместной игровой деятельности.

Литература:

1. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). – М., 2004. – 288 с.

2. Краснянская Т.М. Безопасность как предмет психологического анализа // Вестник интегративной психологии. – 2004. – № 2. – С. 149-151.

Ахриева Э.И., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Черепкова Н.В., к.психол.н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОВЗ

В современное время в России возрос интерес из различных областей специалистов к проблеме семьи, семейного воспитания, а особое место занимают семья, в которой воспитывается ребенок с различными ограничениями возможности здоровья. По данным Минздрава России

численность детей-инвалидов в России составила 545 тыс. человек и почти 78% из них проживают в семьях [2].

В настоящее время семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, рассматривается как реабилитационная система, которая обладает достаточными возможностями для создания благоприятных условий для развития ребенка с ОВЗ. Для такой семьи необходима психологическая поддержка и помощь специалистов, потому как они не могут исполнять в полной мере своей роли. Психолого-педагогическая помощь нужна для того, чтобы не возникали такие факторы как травматизация членов семей вследствие рождения ребенка с особенностями, немотивированность к оказанию помощи ребенку с ОВЗ, непринятия особенностей ребенка.

При программировании работы с семьей, в которой воспитывается ребенок с ограниченными возможностями здоровья, специалистам особое место стоит отводить особенностям семьи, реагированиям родителей на ребенка с ОВЗ и возможности оказать консультативную помощь на различных этапах работы [3, с. 5]. Родители испытывают разные эмоции, чувства в зависимости от возраста и отклонения в развитии. Следует отметить, что родители, находящееся на этапе адаптации могут иметь ряд особенностей такие, как отрицание, протест, неспособность организовывать совместную деятельность, эмоциональный дефицит при сотрудничестве с ребенком, ограничение в общении, контакта. Также имеются особенности в воспитании ребенка с ОВЗ: неадекватное построение воспитательного процесса, неадекватное отношение к ребенку.

Как отмечают А. Роуз, Т. Шибутани в своей концепции социальных представлений, где центральное место занимает фактор социального взаимодействия. Объединяющая идея исследователей – неизбежность отпечатка социальных установок, стереотипов и способа контакта участвующих в общении субъектов. Это некие стандарты, ярлыки, обеспечивающие определенное состояние готовности к однозначной реакции и оценке. Благодаря правильно выстроенному социальному партнерству родители могут способствовать как социальной адаптации своего ребенка, так и гуманизации общества, формируя у здоровых его членов толерантное отношение к людям с ограниченными физическими и интеллектуальными возможностями, сочувствие и желание оказывать им помощь.

Попадая в сложную жизненное ситуацию, в данном случае рождение ребенка с ограниченными возможностями, каждый член семьи как личность начинает переоценку самого себя, своей деятельности, изменяются отношения к социуму и к себе. В таком случае просто необходима работа по развитию мотивационного уровня семьи, для преодоления сложным жизненных ситуаций и препятствий встречающиеся им на пути в воспитании и развитии ребенка с ОВЗ.

В психолого-педагогических исследованиях, проведенных В.А. Вишневским, Б.А. Воскресенским, Р.Ф. Майрамян, И.А. Скворцовым, Л.М. Шипициной и др., описывается психотравмирующее влияние ребенка с

отклонениями в развитии на отношения в семье и возникновение в связи с этим психопатологических расстройств у матерей. Так, психологическое исследование межличностных отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, проведенное Л.М. Шипициной, показало, что большинство семей не в состоянии самостоятельно справиться с проблемами, связанными с появлением ребенка–инвалида в семье. В большинстве из них имеют место конфликтность, тревожность, эмоционально неоднозначно окрашенные семейные отношения, отчужденность, одиночество в семье.

Таким образом, семьи воспитывающие детей с ОВЗ имеют свои особенности, которые приводят к определенным трудностям. Происходят изменения в эмоциональном плане, в межличностных отношениях, функционирования семьи в целом. На начальных этапах адаптации семьи без помощи специалистов складывается неблагоприятный психологический климат в семье, который отражается не только на ребенке с ОВЗ, но и на членах семьи. Стоит отметить, что даже семья, которой оказывается психолого–педагогическая и досуговая помощь, переживает ряд критических состояний, связанных с заболеванием ребенка.

По данным А. Торнбала, можно выделить следующие стрессовые периоды которые переживает семья: первый период (ранний и дошкольный возраст) – это рождения ребенка с отклонениями и установления диагноза (эмоциональные переживания, адаптация и привыкания); второй период – школьный период, на данном этапе остро стоит вопрос об обучении и развитии ребенка как личности, возможности инклюзивного или специализированного образования. Третий период – подростковый возраст, повышенная самокритичность, неадекватная самооценка, и острая проблема связанная с возрастными особенностями этого периода[4, 3]. Четвертый – период «выпуска», признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации семьи. Пятый период – постродительский период, перестройка взаимоотношений между членами семьи, в случае, если ребенок начал самостоятельную жизнь.

Семьи можно разделить на несколько групп. К первой группе относится семьи, которые оказывают чрезмерную заботу, то есть гиперопека, что в свою очередь приводит к определенным трудностям в воспитании самостоятельности и личностных качеств ребенка с ОВЗ.

Ко второй группе относится семьи, которые эмоционально отстраняются от ребенка. Характеризуется холодным отношением к ребенку и испытывают дискомфортность, что плохо сказывается на развития ребенка.

Третья группа – является самым благоприятным для воспитания ребенка с ОВЗ. В данной группе семья осуществляет адекватный подход к воспитанию и развитию ребенка с отклонением в развитии. Родители

заинтересованы в правильной организации социально–развивающего процесса, для максимальной социализации особенного ребенка.

К последней – четвертой группе относятся такие семьи, где преобладает авторитарный стиль воспитания. За неудачей выполнения какого–либо поручения или задания следует наказание, при этом не учитываются особенности ребенка с ОВЗ. Это приводит ухудшению здоровья, расстройства личностных качеств ребенка.

Таким образом, каждая семья реагирует на рождение ребенка с отклонениями в развитии отрицательно, появляется страх и эмоциональная нестабильность. Но главным является то, как в дальнейшем будет проявлять себя семья в воспитании такого ребенка. Важную роль для успешной социализации ребенка с ОВЗ играет участие родителей, которые должны содействовать коррекционному процессу, создавать благоприятный психологический климат в семье. Но к сожалению, не каждая семья встает на путь помощи ребенку.

Литература:

1. Варнакова Ю.В. Психологическая помощь семьям, имеющих детей – инвалидов // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 8. – С. 99–101.

2. Поташова И.И. Современные аспекты психолого-педагогической работы с семьями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Психологическая наука и образование. – 2011. – №3. (Портал психологических изданий PsyJournals.ru)

3. Стребелева Е.А., Закрепина А.В. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. – 2005. – № 1.– С. 3-10.

4. Черепкова Н. В., Кузнецова М. Ю. Формирование самоотношения в подростковом возрасте // Современные научные исследования. Концепт. – 2013. – Вып. 1. – ART 53601. – URL: http://e–koncept.ru/2013/53601.htm – Гос. рег. Эл № ФС 77– 49965. – ISSN 2304–120X.

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

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧАСТНИКОВ ПРОЦЕССА ОБРАЗОВАНИЯ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ИНТЕРНАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Проблемы обучения дошкольников с комплексными нарушениями развития главным образом связаны с неоднородностью состава детей этой категории, но все они должны обучаться в пределах своих возможностей. В связи с этим возникает необходимость создания концепций, организационно–нормативных документов, освоения новейших реабилитационных и педагогических технологий, разработки комплекса мероприятий по медико-социальной реабилитации и педагогической коррекции, и механизма

постоянного психолого-педагогического и медико-социального сопровождения.

Появление и актуальность комплексных программ сопровождения ребенка с ОВЗ и его семьи, составляемых специалистами в области медицины, специальной педагогики и психологии, связана с кризисом образования: эффективность обучения снизилась на фоне усложнения содержания образования и повышения требований к обученности выпускников, при этом методики преподавания продолжают совершенствоваться; с другой стороны, смещается внимание исследователей с педагогических технологий на личность ребенка, организацию его деятельности, формирование образовательной среды, адекватной его потребностям и особенностям. Об этом свидетельствуют исследования Л.И. Аксеновой, М.В. Брызгалова, Л.А. Головчиц, А.В. Гущиной, Т.В. Егоровой, С.Д. Забрамной, А.В. Капланского, Е.И. Капланской, А.Н. Коноплевой, Г.А. Мишиной, Т.В. Розановой, М.Л. Скуратовской, Л.И. Соловьевой, Е.А. Стребелевой, Р.А.Сулеймановой, Л.М. Шипициной, Н.Д. Шматко и других ученых.

В нашем экспериментальном исследовании, проводимом в семи образовательных учреждениях г. Ростова-на-Дону и Ростовской области, были определены и апробированы условия оптимизации процесса обучения глухих и слабослышащих дошкольников с комплексными нарушениями развития в группах для детей с недостатками слуха. Среди этих условий мы обозначили повышение профессиональной компетентности всех участников педагогического процесса, усиление их взаимодействия, активизацию педагогического потенциала родителей ребенка с комплексными нарушениями.

С целью повышения профессиональной компетентности всех участников педагогического процесса нами был разработан и реализован годовой план работы ДОУ (или специальных дошкольных групп), в котором тематика педсоветов, семинаров, консультаций и открытых занятий отражала основные вопросы обучения глухих и слабослышащих детей с комплексными нарушениями в условиях их совместного обучения в группах детей, имеющих только нарушения слуха. В этих традиционных формах работы принимали участие все специалисты, работающие с дошкольниками, имеющими комплексные нарушения: сурдопедагоги, психолог, воспитатели, инструктор по физической культуре, музыкальный руководитель, руководитель изостудии. Наиболее эффективными формами явились обучающие семинары-практикумы и анализ открытых занятий.

Для усиления взаимодействия всех участников педагогического процесса мы применяли разные организационные формы и технологии.

Взаимодействие специалистов ДОУ или дошкольных групп отражалось в процессе диагностического обследования дошкольников, проводимого три раза в год (сентябрь, январь, июнь), и при составлении индивидуальной коррекционно-развивающей программы обучения и воспитания ребенка с

комплексными нарушениями, составляемой на полугодие по результатам диагностики. Ведущую роль при этом занимает сурдопедагог, так как именно он обладает максимальным уровнем профессиональной компетенции в различных областях специальной педагогики.

Осуществление преемственности в работе специалистов выражалось в коллективном перспективно–тематическом планировании занятий на год и определении содержания для каждого ребенка по этой теме. В зависимости от этапа обучения каждая тема изучалась в течение одной или двух недель. При этом соблюдалась определенная последовательность тематического планирования на занятиях, проводимых разными специалистами. Например, по теме «Игрушки» на первой неделе октября проводились занятия воспитателя по ознакомлению с окружающим миром, где дети знакомились с названиями игрушек и действиями с ними, правилами пользования и способами ухода. На второй неделе на занятиях по развитию речи сурдопедагог отрабатывал речевой материал по теме в различных грамматических конструкциях (предложения повествовательные, побудительные, вопросительные, восклицательные), в разных видах связной речи (диалог и монолог), в ходе разнообразных заданий и игровых упражнений («Чудесный мешочек», предметные, парные, разрезные картинки, сюжетные картины и их серии, конструктивные картины, рассматривание книг и иллюстраций, составление рассказов–описаний, отгадывание загадок, чтение стихов и рассказов, инсценировка сказок). На третьей неделе на занятиях по изобразительной деятельности и конструированию, труду, формированию элементарных математических представлений, развитию слухового восприятия и обучению произношению, физическому и музыкальному воспитанию специалисты закрепляли знакомый речевой материал по данной теме в различных видах детской деятельности, подчиняя конкретной тематике все занятие или его часть. На четвертой неделе данная тема реализовывалась в игровой деятельности детей на занятиях воспитателя в процессе дидактических, сюжетно–ролевых, конструктивных, театрализованных и подвижных игр. Такое планирование способствует поэтапному усвоению речевого материала (знакомство с новыми словами, закрепление лексического материала в различных грамматических конструкциях, развитие лексико–грамматической стороны речи в изобразительных и элементарных трудовых видах детской деятельности, автоматизация речевых и коммуникативных навыков в ведущем виде деятельности дошкольников – игре).

Текущие вопросы обучения дошкольников с комплексными нарушениями отражались в тетради взаимосвязи специалистов, где они давали друг другу рекомендации по использованию конкретных игр, упражнений, заданий в процессе работы с этими детьми. Посредствам такой документации специалисты узнавали о трудностях и успехах ребенка по разным разделам программы, знакомились с использованием конкретных методических приемов обучения детей в работе коллег. Ведение этой тетради

было особенно важным для тех специалистов, которые не часто взаимодействовали друг с другом в режиме реального времени из-за разных графиков работы.

В каждом образовательном учреждении функционировал педагогический консилиум, в состав которого входили заведующая, старший воспитатель и основные специалисты. На педагогический консилиум выносились наиболее дискуссионные вопросы обучения детей с комплексными нарушениями: анализ результатов диагностики и содержания индивидуальной программы коррекции и развития, обоснование модели интеграции и выбора методов и средств обучения. Сурдопедагог представляет подробную психолого-педагогическую характеристику ребенка, используя при этом материалы диагностики, продукты деятельности ребенка, видеозаписи занятий. Решение о продолжении или корректировки процесса обучения ребенка с комплексными нарушениями принимается коллегиально.

Преемственность детского сада и школ 1 и 2 видов осуществлялась в ходе взаимных посещений занятий с последующим их обсуждением. В начале учебного года после проведения диагностического обследования ребенка подготовительной группы сурдопедагог и учитель того класса, где на следующий учебный год предполагается набор детей с комплексными нарушениями посещают детский сад, изучают документацию ребенка, знакомятся с ним во время режимных моментов и свободной игровой деятельности, посещают занятия или просматривают их видеозаписи и беседуют с педагогами группы, а по возможности и с родителями. В ходе таких встреч специалисты обсуждают предполагаемый результат обучения ребенка за год, педагоги школ высказывают свои пожелания в отношении реализации приоритетных направлений обучения и воспитания дошкольника с комплексными нарушениями. Аналогичная встреча проводится в конце учебного года после обследования ребенка на областной ПМПК. Педагогов школы знакомят с заключением ПМПК и предоставляют возможность сравнить динамику развития ребенка за год. В свою очередь педагоги детского сада посещают школу в середине учебного года (как правило – в конце второй четверти), где наблюдают за деятельностью своего выпускника на занятиях и во время новогоднего праздника, беседуют с педагогами. На этих встречах педагоги детского сада получают представления о желаемом и фактическом уровне подготовки ребенка, что необходимо для реализации преемственных связей дошкольного и школьного этапов обучения детей с комплексными нарушениями.

В рамках экспериментального исследования нами два раза в год проводились городские методические объединения с участием специалистов из разных областей специальной педагогики и врачей областной клинической больницы. Тематика обсуждаемых проблем касалась вопросов интерпретации медицинских диагнозов и возможностей использования комплекса медицинских, педагогических и психологических средств

коррекции нарушений в развитии дошкольников с различным сочетанием сенсорных, интеллектуальных и двигательных патологий. Актуальной для сурдопедагогов и воспитателей явилась не только консультативная помощь со стороны врачей, но и специалистов, работающих с дошкольниками, имеющими нарушения зрения, интеллекта, ЗПР, опорно–двигательного аппарата.

Для повышения образовательного потенциала семейного воспитания нами использовались различные формы работы с родителями: групповые собрания, коллективные и индивидуальные беседы и консультации, знакомство с результатами диагностического обследования своего ребенка и с основными направлениями индивидуальной программы коррекции и развития, анкетирование, показ и последующее обсуждение занятий с детьми, обучающие семинары-практикумы, знакомство с методической литературой и статьями в периодических изданиях, совместная разработка альбомов для занятий с детьми дома. Педагоги групп сообщали родителям, что на занятиях всех специалистов ДОУ и в условиях семейного воспитания для всех детей с комплексными нарушениями коррекционная работа проводится с опорой на сохранные анализаторы и развитие нарушенных функций при обязательном использовании всех рекомендованных технических средств коррекции. Важнейшим условием является постоянный медицинский контроль за состоянием органов и систем ребенка, включая и сохранные функции, систематическое комплексное обследование детей и четкое выполнение рекомендаций врачей педагогами и родителями. Для ребенка с комплексными нарушениями развития в образовательном учреждении и семье создана особая коррекционно-развивающая среда, насыщенная необходимыми стимулами для развития социального, эмоционального, сенсорного, двигательного опыта детей, который лежит в основе формирования основных видов детской деятельности и становления личности дошкольника с ограниченными возможностями здоровья. Элементы коррекционно-развивающей среды соответствуют уровню психофизического и речевого развития ребенка и удовлетворяют специфические образовательные потребности детей, обусловленные различными сочетаниями и разной степенью выраженности сенсорных, интеллектуальных и двигательных нарушений.

Итак, проведенное исследование позволило нам определить перспективные направления совершенствования обучения глухих и слабослышащих дошкольников с комплексными нарушениями развития в группах для детей с недостатками слуха, в том числе 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.

Гиздатуллина Ф.И., г. Елабуга, ЕИК(П)ФУ
Научный руководитель: Мокшина Н.Г., к.пед.н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ–ИНВАЛИДОВ

В последние десятилетия заметно возросло число детей инвалидов. И в связи с этим особую значимость приобретает проблема социальной адаптации ребенка, который страдает той или иной патологией, и семьей, в которой он воспитывается. Педагоги и психологи, которые работают с «особыми» детьми решают многие задачи, которые касаются ребенка, и их работа не ограничивается взаимодействием только с ребенком, она включает в себя и работу с семьей.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что понимание того, что испытывают родители детей-инвалидов, может помочь социальным работникам, психологам, педагогам более эффективно организовывать работу с семьей, которая воспитывает ребенка с ограниченными возможностями.

Трудности, испытываемые родителями детей-инвалидов, очень сильно отличаются от забот, которые волнуют обычную семью. Сам факт рождения аномального ребенка уже, в какой-то степени, деформирует семью. Это происходит из-за огромной психологической нагрузки, которую несут члены семьи. К сожалению, многие родители в сложившейся стрессовой ситуации оказываются совершенно беспомощными.

Можно выделить следующие уровни качественных изменений в семье, в которой родился «особый» ребенок:

Психологический уровень. На первых этапах рождение ребенка-инвалида воспринимается родителями как великая трагедия, они оказываются в растерянности. Чаще всего это связано с тем, что надежды, связанные с появлением ребенка на свет, рушатся в один миг. Со временем семья полностью посвящает себя больному ребенку, родители начинают отрицать собственные проблемы, обращая внимание только на проблемы ребенка.

Социальный уровень. На данном уровне семья, которая воспитывает ребенка-инвалида, становится малообщительной, избирательной в контактах. Сужается круг знакомых, ограничивается взаимосвязь с родственниками.

На соматическом уровне переживания, выпавшие на долю родителей, очень часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных заболеваниях [1].

Семья, в которой воспитывается ребенок-инвалид, переживает целый ряд кризисов, обусловленных различными причинами. Это состояние сами родители очень часто описывают как чередование взлетов и падений. При этом важно отметить, что семьи, которые ощущают психологическую и социальную поддержку, намного легче преодолевают эти кризисы.

По данным исследований О.К. Агавеляна, рождение ребенка с отклонениями влечет за собой родительский кризис, динамику которого можно описать в четырех фазах:

Первая фаза характеризуется состоянием растерянности, беспомощности. Родителей постоянно преследует вопрос: «Почему это случилось именно со мной?». Очень часто родители оказываются просто не в состоянии принять случившееся. В таких случаях очень важно, чтобы рядом с родителями были люди, которые смогут оказать им необходимую помощь, поддержку.

Далее идет фаза отрицания случившегося. Родители сохраняют определенный уровень надежды на то, что это может быть какая либо ошибка и при повторных обследованиях выяснится, что диагноз был поставлен неправильно.

Негативизм, как правило, временное явление, и с принятием реальности родители погружаются в печаль, депрессию. Эта депрессия в основном обусловлена тем, что состояние ребенка не меняется в лучшую сторону, со временем надежды родителей на его выздоровление начинают исчезать.

Четвертая фаза связана с осознанием реальности, адаптации. Родители постепенно привыкают к тому, что их ребенок особенный, не такой как все. Они уже в состоянии объективно оценить всю сложившуюся ситуацию. На данном этапе очень важно, чтобы члены семьи не стремились целиком и полностью подчинить свои интересы интересам ребенка. Если в этой семье есть другие здоровые дети, они ни в коем случае не должны ощущать заброшенность и отсутствие внимания. Родителям следует учитывать, что у здоровых детей есть право на собственную личную жизнь и собственные интересы и контакты [2].

Психологическая работа с семьей, которая воспитывает ребенка-инвалида, должна начать проводиться с самого рождения ребенка, ведь часто в такой ситуации оказываются молодые родители, у которых очень мало жизненного опыта. Можно назвать следующие основные задачи такой работы:

– вооружение родителей различными способами коммуникации;

– помочь избавиться от чувства обособленности, брошенности;

– помочь в формировании адекватной оценки психологического состояния детей.

Литература:

1. Если ваш ребенок не такой, как другие. / Под ред. А.М. Панова. – М. 1997.

2. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок. – М.,1976.

Гусева А.Е., г. Ессентуки, ГБОУ ВПО СГПИ,
филиал в г. Ессентуки
Научный руководитель: Краснянская Т.М., д.психол.н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Тенденцией современного общества является постоянный рост агрессии. Агрессия «выплёскивается» на нас из средств массовой информации, из телевизионной продукции, из рекламы. Укрепляется мнение, что агрессия является свидетельством «здоровой» энергии, стремления к достижениям. Вместе с тем, практика показывает, что она, отнюдь, не безобидна, а сочетается с расширением асоциальных общественных явлений. Особенно разрушительна агрессия при нарушениях психического развития человека. Прежде, чем обратиться к этой стороне проблемы, уточним, что понимается под самим феноменом «агрессия».

Агрессия в дословном переводе с латинского языка означает поведение, которое направленно на нанесение кому-либо вреда, физического или психологического, вплоть до уничтожения объекта агрессии. Агрессия реализуется через осознанные действия, причиняющие или имеющие намерение причинить ущерб другому человеку, группе людей или животному. Она чаще всего возникает в качестве реакции человека на стресс, фрустрацию, физический или психологический дискомфорт. Данное состояние сочетается с проявлениями враждебности, гнева, ненависти и т.д. Зачастую агрессия связана с достижением некоторой цели. Это, например, может быть повышение за счет самоутверждения собственного статуса. Агрессия может обнаруживаться как физическая или вербальная агрессия; в прямой (непосредственно направленной против кого или чего–либо) или косвенной (направленной на враждебное лицо окольным путем) форме. Выделяют также инструментальную, альтруистическую агрессию и аутоагрессию [1, с. 28].

На сегодняшний день существует три подхода к объяснению причин агрессии. Основоположником теории влечения выступает З. Фрейд. Он считал, что агрессивное поведение по своей природе инстинктивное и неизбежно. Возникновение и дальнейшее становление агрессивности у З. Фрейда связывается со стадиями детского развития.

Новый подход изложен в работах К. Лоренца, который считал, что агрессия берет начало, прежде всего, из врожденного инстинкта борьбы за выживание, который присутствует у людей так же, как и у других живых существ.

Фрустрационная теория Д. Долларда определяет агрессивное поведение как ситуативный, а не эволюционный процесс. В её трактовке, фрустрация всегда приводит к агрессии в какой-либо форме, а агрессия всегда является результатом фрустрации.

В соответствии с теорией социального научения, агрессия представляет собой усвоенное поведение в процессе социализации через наблюдение

соответствующего образа действий и социальное подкрепление [3, с. 150].

Агрессивные действия у ребенка можно наблюдать уже с самого раннего детства. В основе детской агрессивности может лежать различная мотивационная направленность. Это может быть спонтанная демонстрация себя, достижение своих практических целей или подавление и унижение другого. Однако, несмотря на эти очевидные различия, всех агрессивных детей объединяет одно общее свойство – невнимание к другим детям, неспособность видеть и понимать другого. В первые годы жизни агрессия проявляется почти исключительно в импульсивных приступах упрямства, часто не поддающихся управлению взрослыми [2, с. 61].

Структура проявления различных форм агрессии обусловлена одновременно как возрастными, так и половыми особенностями. Мальчики испытывают агрессию в таких межличностных отношениях, как учеба, спорт, личная угроза. Девочки более бурно реагируют на интрапсихические события (недооценивание внешних или духовных данных, неблагодарность, психологическое ущемление). Их гнев зачастую определяется качеством межличностных отношений, в результате чего и возникает неконтролируемая ситуация. В младшем школьном возрасте у мальчиков доминирует физическая агрессия, а у девочек она выражена незначительно – они отдают предпочтение вербальной форме проявления агрессии. Уже в возрасте 10-11лет как у мальчиков, так и у девочек, наиболее выраженной оказывается такая форма проявления агрессии как негативизм.

Проявления агрессивности у младшего школьника является следствием множества причин, наиболее значимыми из которых являются:

– неудовлетворенность ребенка содержанием общения с близкими взрослыми и со сверстниками;

– низкий социальный статус ребенка в группе;

– неуспех в совместной со сверстниками деятельности, обусловленный как трудностями операционального характера, так и изменением мотивационной стороны деятельности;

– неудовлетворенность потребности в признании [4, с. 67–69].

У детей с задержкой психического развития агрессия обусловливается их физиологической и психологической незрелостью, сочетанием резидуально-органических нарушений деятельности мозга и задержки темпов психического развития.

Проведённое нами наблюдение за ребёнком с нарушением психического развития показало, что в целом, такие дети не отличаются высоким уровнем агрессивности. Вместе с тем, отдельные проявления агрессии характеризуются бурным и сильно выраженным характером протекания.

Рассмотрим проявление агрессии при нарушении психического развития на примере одного ученика. Наиболее яркие вспышки его агрессии обнаружились в ходе выполнения им совместных игровых занятий с другими детьми. Упражнение на развитие памяти, требующее запоминания порядка

стоящих детей, спровоцировало демонстрацию им прямой символической агрессии в отношении одноклассников, допускающих ошибки в выполнении задания. Об укоренённости агрессии на внутреннем уровне свидетельствовала также сделанная испытуемым последняя зарисовка смерти человека в серии рисунков, характеризующих полет самолета. Агрессию подтвердил также выбор ребёнком ситуации «похороны» в качестве основы возникновения наиболее привлекательной для него эмоции. Его агрессия распространяется не только на сверстников, но и на педагогов. Она имеет, преимущественно, вербальную форму. Возникновение агрессии приводит не только к созданию препятствий для выполнения заданий, но и прерыванию учебных занятий. Проведение с данным ребёнком проективного рисуночного теста позволило выявить интересные особенности. Было выяснено, что наиболее агрессивный ребёнок не получает дома нужного тепла и заботы. В основе демонстрируемой им агрессии лежит опасение в том, что ему могут помешать добиться того, что он хочет, заставляет его действовать с лихорадочной напряженностью. В результате этого у него обнаруживается чрезмерная агрессивность и замкнутость. В его мир могут войти лишь «избранные». Беседа с педагогом позволило нам получить подтверждение выявленному причинному полю агрессии ребёнка.

Мы считаем, что как с данным конкретным ребёнком, так и с остальными детьми младшего школьного возраста с нарушением психического развития, ещё не поздно предпринять своевременные меры для преодоления тенденций закрепления агрессивного поведения. Подобная работа должна быть направлена не на безопасный выход агрессии через достижение эмоциональной разрядки, не на повышение самооценки и не на развитие коммуникативных навыков или игровой деятельности, а на преодоление внутренней изоляции. У таких детей должна формироваться способность видеть и понимать других.

Решение такой задачи требует отказа от некоторых привычных форм работы школьных педагогов и психологов. Традиционные формы воздействия, такие как убеждение и объяснение, приведение положительных примеров и призывы не обижать других обычно обнаруживают свою малую эффективность при работе с агрессивными школьниками. Причина лежит в том, что многие из них уже владеют категориями «хорошо/плохо», но сверстник, выступающий образцом в интерпретации взрослых, может вызвать только неприязнь со стороны ребёнка.

Важным также представляется отказ от соревновательного начала в играх и занятиях. Всевозможные игры-соревнования, конкурсы, поединки и состязания концентрируют внимание ребёнка на собственных успехах, порождают ориентацию на конкурентность и противопоставленность другим. В итоге, независимо от выигрыша или проигрыша ребёнка возникает ситуация разобщённости и отчуждённости детей.

Основной задачей в работе педагога и психолога с агрессивными детьми, в том числе, и с задержкой психического развития должно стать

формирование общности с другими, закрепление способности видеть и понимать своих сверстников. Главное при этом является оказание ребёнку помощи в овладении способностью видеть в ровеснике не противника или конкурента, а интересного и самоценного человека, партнёра по общению и совместной деятельности.

Литература:

1. Лоренц К. Агрессия (так называемое зло). – М.: Просвещение, 1994.

2. Осницкий А.К. Психологический анализ агрессивных проявлений учащихся // Вопросы психологии. – 1994. – №3. – С.61.

3. Паренс Г. Агрессия наших детей. – М.: Форум, 1997. – 160 с.

4. Смирнова Е.О. Психологические особенности и варианты детской агрессивности // Вопросы психологии. – 2002. – №5. – С.67–69.

Даудгаджиева З.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: Ершова В.В., к.психол.н.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЕ ПРОДУКТИВНЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Всестороннее развитие ребенка связано с формированием различных видов деятельности: предметной, игровой, изобразительной, конструктивной и трудовой. В процессе развития деятельности происходит ознакомление с предметами и явлениями окружающего мира, отношениями складывающимися между людьми, развитие речи и формирование навыков общения, происходит становление личности ребенка. Полноценное формирование различных видов деятельности у детей происходит в процессе целенаправленного воздействия на них.

Одной из форм развития ребенка является продуктивная детская деятельность, которая формируется в дошкольном возрасте и имеет наибольшее значение для развития психики ребенка. Как считают многие исследователи (Л.А. Парамонова, В.Ф. Изотова, А.Н. Давидчук и др.), в ходе продуктивной деятельности у ребенка развивается:

– сенсорная сфера;

– ориентировка в пространстве;

– мыслительная деятельность, мыслительные операции;

– моторика и зрительно-моторная координация;

– эмоционально-личностная сфера;

– эстетическое восприятие и творческие умения;

– коммуникация и речь[3].

Раскрытие творческих умений и способностей ребенка также происходит через деятельность, которая направлена на получение определенного продукта.

Продуктивная деятельность – это деятельность ребенка с целью получения продукта (постройки, рисунка, аппликации, лепной поделки и т. п.), обладающего определенными заданными качествами.

Основными видами продуктивной деятельности являются:

– конструктивная деятельность – это практическая деятельность, направленная на получение определенного, заранее задуманного реального продукта, соответствующего его функциональному назначению.

– изобразительная деятельность – это деятельность, направленная не только на отражение впечатлений, полученных в жизни, но и на выражение своего отношения к изображаемому предмету.

Продуктивная деятельность тесно связана с познанием окружающей жизни. Вначале это непроизвольное знакомство со свойствами материалов (бумага, карандаш и т.д.), познание связи действий с полученным результатом. В дальнейшем ребенок продолжает приобретать знания об окружающих предметах, о материалах и оборудовании.

Для детей имеющих нарушения слуха, продуктивная деятельность обладает таким же важным значением, что и для детей с сохранным слухом. Однако особенности их познавательного развития, замедленное развитие мыслительных операций, в частности таких, как анализ и синтез, абстракция, трудности в выделении и осознании цели, более позднее становление предметной и игровой деятельности, речевое недоразвитие и трудности общения, обуславливают некоторые особенности развития продуктивной деятельности глухих и слабослышащих детей [2].

У неслышащих детей становление предметного рисунка происходит на более поздних этапах развития, содержание рисунков обеднено, изображения отличаются большой стериатипностью. Отмечается тяготение к образцам, большая склонность к точному и скрупулезному прорисовыванию деталей и элементов. Рисование сюжетных изображений появляется у них поздно и развивается ограниченно. Сюжеты изображений достаточно долго остаются очень упрощенными и ограниченными, примитивным оказывается и рисование по замыслу.

В процессе систематических занятий конструированием и рисованием у детей интенсивно развиваются сенсорные и умственные возможности, способствующие успешной учебной деятельности на всех уроках. Продуктивные виды деятельности у детей с нарушенным слухом, выступают как одно из условий компенсации и коррекции вторичных нарушений в развитии, так как наблюдается отставание в психических, речевых, моторных процессах.

На занятиях продуктивной деятельностью дети приучаются аккуратно пользоваться материалом, содержать его в чистоте и порядке, использовать только необходимые материалы в определенной последовательности [4].

Основные задачи обучения детей с нарушениями слуха изобразительной и конструктивной деятельности:

1. Формирование самой деятельности, всех ее компонентов, но в первую очередь мотивационного и потребностного плана. Развить интерес к изобразительной деятельности можно в процессе наблюдения за рисованием взрослых и других детей, изучения и обыгрывания рисунков, поделок,

аппликаций, а так же соотнося продукты изобразительной деятельности с реальными игрушками и предметами.

2. Формирование восприятия, сенсорное воспитание детей. Для того чтобы изобразить предмет в рисунке, необходимо целостно его воспринять, т. е. выделить те свойства, которые важны при его изображении. Особенности восприятия, имеющиеся у детей с нарушениями слуха, являются основной причиной замедленного формирования рисования. В процессе обучения неслышащих детей проводится планомерное систематическое развитие разных видов восприятия: зрительного, тактильного, двигательного. Их развитие происходит в ходе рассматривания, обведения предметов по контуру перед рисованием или ощупывания перед лепкой. Для передачи основных свойств предмета в продуктивной деятельности нужно обучить восприятию всех сенсорных эталонов пространственных свойств и отношений, определению направлений пространства, его протяженности.

3. Формирования представлений о предметах и явлениях. Важным в обучении неслышащих детей является формирование умения рисовать не только те предметы, которые находятся перед ними, но и те, которые воспринимались детьми ранее, актуализировать представления, возникавшие после прочтения или рассказывания. Повлиять на целостное формирование представлений возможно, если соединять воспринимаемые объекты со словом. Накаплевание образов и соединение их со словом, умение видеть за словом разнообразные образы предмета или явления является важным. Благодаря этому в процессе продуктивной деятельности работа по формированию представлений оказывается тесно связанной с работой по развитию речи.

Речевое развитие детей с нарушениями слуха в процессе продуктивной деятельности также выступает в качестве одной из задач, так как дети овладевают словарем, связанным с названием материалов и инструментов, действий, восприятием предметов и явлений, характерных для данной деятельности (лепить, рисовать, строить, раскрашивать, штриховать, обводить, ощупывать) [3].

Согласно исследованиям П. Олерона, на эффективность обучения влияет не только правильное употребление языковых средств, но и то, насколько обучение позволяет достичь понимания значений слов. Необходимо чтобы языковые средства использовались в реальной познавательной деятельности детей, они должны быть связаны с мыслительными операциями, с установлением отношений между предметами и явлениями окружающего мира.

Дети с нарушениями слуха большие трудности испытывают при решении многих задач, сформулированных словесно, при оперировании понятиями, выражающими разностное и кратное сравнение величин («больше на...», «меньше на...», «во сколько раз...), при понимании взаимообратных отношений между величинами, в переходе от текста задачи к наглядному представлению ее содержания, в выделении в наглядной

ситуации определенных отношений [1].

Целенаправленное развитие и обогащение изобразительной и конструктивной деятельности детей дошкольного возраста с нарушениями слуха способствует их эстетическому и познавательному развитию.

Так же в процессе продуктивной деятельности происходит нравственное воспитание детей, что отражается в содержании детских работ, закрепляющих определенное отношение к окружающей действительности. Развиваются такие качества как: 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.

Конструирование и изобразительная деятельность также служит средством физического воспитания детей, поскольку происходит развитие зрительно-двигательной координации, мелкой моторики. Достижение поставленных целей, их результаты доставляют радость детям, вызывают эмоциональный отклик [3].

Таким образом, продуктивная деятельность является важным средством всестороннего развития детей. Обучение рисованию, лепке, аппликации, конструированию способствует умственному, нравственному, эстетическому и физическому воспитанию детей с нарушениями слуха.

Литература:

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М., 2002.
2. Венгер А.А. Обучение глухих дошкольников изобразительной деятельности. – М., 1972.
3. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха. – М., 2001.
4. Катаева А.А. Конструирование и изобразительная деятельность детей с нарушениями слуха // Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л.П. Носковой. – М., 1993.

Дрововозова Я.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Мизина Н.Н., к.психол.н.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПОМОГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Происходящие в настоящее время в мире социально-экономические изменения обусловили новую волну интереса к проблеме альтруизма и помогающего альтруистического поведения. Сегодня отношения с другими являются средством реализации личных потребностей, достижения личных целей. Выбор между личной выгодой и благом другого человека становится острым.

В психологии различают социальное и индивидуальное поведение [6, с. 256].

Исходя из цели нашего исследования, подробнее остановимся на рассмотрении социального поведения человека.

Социальное поведение – это система социально обусловленных языком и другими знаково-смысловыми образованиями действий, посредством которых личность или социальная группа участвует в общественных отношениях, взаимодействует с социальной средой.

Социальное поведение рассматривается в логике социального действия, теория которого разработана М. Вебером, Ф. Знанецким, Р. Макайвером, Г. Беккером, В. Парето, Т. Парсонсом, Ю. Хабермасом. Интересны работы Ж. Фурастье, в которых автор подчеркивает сложность современного управления и акцентирует внимание на отсутствии равновесия между социальными и биологическими началами в поведении человека.

Современные отечественные социологи В. С. Афанасьев, А. Г. Здравомыслов, Г. В. Осипов, Ж. Т. Тощенко, С. Ф. Фролов, В. М. Шепель, В. А. Ядов рассматривают социальное поведение как социальные действия индивидов или социальных групп [5, с. 208].

Структура социального поведения включает поведенческий акт, действие, поступок, деяние. Каждый из элементов структуры имеет свою смысловую нагрузку, свое психологическое содержание.

Социальное поведение – это процесс реализации индивидом своих возможностей «быть» в пространстве межличностных отношений.

В соответствии с данным определением Р. М. Шамионов выделяет различные виды социального поведения: массовое, групповое, альтруистическое (просоциальное), антисоциальное, помогающее, девиантное (отклоняющее) и противоправное.

Подробнее остановимся на рассмотрении помогающего альтруистического поведения.

Альтруистическое – это поведение, которое направлено на благо других и не рассчитано на внешнюю награду. [3, с. 123–145].

Термин «альтруизм» был предложен основателем позитивизма Огюстом Контом. Автор обозначил этим термином противоположный эгоистическим взаимоотношениям принцип жизни, О. Конт считал, что под воздействием альтруистических тенденций общество будет развиваться в направлении гуманизации ценностей. О. Конт обозначил альтруизм «социальным чувством».

Вслед за О. Контом, альтруизм и альтруистическое поведение самопожертвования и сопомощи исследовали и другие философы. Все они рассматривали альтруизм в рамках понятия нравственного поведения.

Отечественный философ В. С. Соловьев считал, что основанием альтруистического, нравственного отношения к другим могут быть только сострадание и жалость.

А. Шопенгауэр в качестве одного из основных принципов человеческих взаимоотношенийрассматривал благожелательность.

Автору принадлежит идея о том, что сочувствие людей друг другу основывается на переживании общности собственной природы.

А. Швейцер изучал сочетания эгоизма и альтруизма. Автор пришёл к выводу о возможности следующих соотношений между эгоизмом и альтруизмом:

1) эгоизм превращается в альтруизм;

2) альтруизм первоначально становится убеждением общества, и только потом возникает в мышлении индивидов;

3) эгоизм и альтруизм всегда уживаются в человеческом мышлении [7, с. 123].

С началом XX века с интересом обратились к исследованию альтруизма психоаналитики (З. Фрейд, А. Фрейд, К. Хорни, Э. Фромм и др.) и психологи (в частности, отечественные психологи Л.Н. Антилогова, А.Г. Асмолов, И.Д. Бех, Л.И. Божович, М.И. Боришевский, Л.П. Выговская и др.) [4, с. 156 – 162].

Нужно отметить, что большинство научных исследований сущности альтруистического поведения антагонистичны и продолжают конфликтовать между собой и сегодня. [1, с. 143–144]

Представители глубинной психологии утверждают, что альтруистическая мотивация отсутствует совсем. О «небескорыстном» характере альтруизма говорят также социальные психологи.

В качестве одной из мотиваций альтруизма психологи рассматривают и чувство страха. Такому альтруистическому поведению дали название «принудительный альтруизм».

Кроме того даже самый настоящий альтруизм в большом количестве становится обременителен для того, по отношению к кому он направлен [2, с. 3].

Необходимо отметить, что к настоящему времени при наличии ряда исследований, посвященных дошкольному и младшему школьному возрасту (Е. В. Субботский и др.), проблема развития альтруизма младших подростков с нарушениями зрения является недостаточно изученной.

Отметим, что именно в младшем подростковом возрасте формируются базовые ценности, социальные установки, нормы поведения личности.

Проведенные исследования в основном рассматривали зависимость альтруистического поведения подростков от их социального статуса, Я–концепции и уровня агрессивности. При этом оценивалось именно поведение подростка. Однако позиции подростка, его представления об альтруизме исследовано недостаточно.

Все сказанное позволяет нам утверждать, что необходимо более подробное исследование альтруистического помогающего поведения младших подростков с нарушениями зрения, его проявлений и лежащей в его основе мотивации.

Литература:

1. Андреева Г.М. Социальная психология. – М., 2009. – С.143-144.

2. Антилогова Л.Н. Альтруизм как показатель уровня развития нравственного сознания личности // Социальная педагогика и социальная работа в Сибири. – Омск, 2010. – С. 3-4.

3. Кейсельман (Дорожкин) В.Р. Альтруизм: так называемое добро. – Симферополь, 2010. – 123 с.

4. Ким В.Е., Насиновская Е.Е., Овчинникова О.В. О диагностике альтруистических установок личности // Вестник МГУ. – Сер. 14.. – 2010. – № 2. – С. 156-162.

5. Парыгин Б. Д. Социальная психология. – СПб., 2011. – С. 208-210.

6. Ребер А. Большой толковый психологический словарь. – М., 2011. – 256 с.

7. Социальная психология / Под ред. А. Л. Журавлева. – М., 2012. – С.123-128.

Есешкина Н.П., г. Новосибирск, ФАПОГОУ ВПО НГПУ
Научный руководитель: Чистобаева А.Ю., к.психол.н.

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИХ СЕМЬЯМ

Не для кого не секрет, что люди всей планеты отличаются друг от друга по различным признакам: по национальности – есть русские, а есть башкиры, по религиозному мировоззрению – кто-то верит в Иисуса, а кто-то преклоняется перед Богом Солнца, по социальному статусу – одни правят, а другие им подчиняются, и, к сожалению, людей делят по состоянию здоровья – есть здоровые, а есть люди с ограниченными возможностями здоровья. Именно об этой категории людей мы будем говорить. Численность детей с ограниченными возможностями здоровья с каждым годом неустанно растет, все чаще такие дети замыкаются в себе, а их родители теряют интерес к окружающему. Становится очевидным, что таким семьям требуется помощь, в первую очередь психологическая.

Следует сказать, что дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания [2, с.22]. Причем, степень проявления нарушений в развитии может быть весьма различной: это могут быть практически нормально развивающиеся дети, которые испытывают временные и сравнительно легкоустранимые трудности и дети, с необратимыми тяжелыми поражениями центральной нервной системы.

Широко известно, что любовь значимых близких взрослых – родителей, спокойная атмосфера в семье, доброжелательное отношение могут служить предпосылкой нормального психического развития ребенка [5, с. 15]. Соответственно противоположные факторы, такие как неблагоприятное состояние окружающей среды, неустойчивое экономическое положение в обществе, плохая наследственность и здоровье

родителей, неблагополучные условия жизни и воспитания в семье, в образовательном учреждении будут служить причинами аномального развития ребенка [4, с. 123].

Процесс включения ребенка в социум начинается в семье, поэтому именно семья в которой воспитывается ребенок с ограниченными возможностями здоровья несет на себе большую ответственность. Основы самостоятельности, жизнестойкости, представления о своих возможностях и о себе в целом закладываются в ребенке через общение с самыми близкими людьми. Однако, многие родители недооценивают свою роль в развитии ребенка, отрицают появление вторичных дефектов в его развитии из–за неблагополучных отношений в семье. Как правило, такие родители надеются только на специалистов, считают, что воспитатели и учителя справятся со всеми проблемами самостоятельно.

Для родителей детей с ограниченными возможностями здоровья характерны стрессовые состояния, общая подавленность, апатия, чувство вины, предрасположенность к развитию нервно-психических расстройств. Крайняя точка стрессового состояния – негативизм, родители не признают свою вину, отрицают заболевание малыша, обвиняют медицинских работников и прочих лиц. Как только родители начинают понимать истинную картину заболевания, начинается депрессия.

Следовательно, начинать работу нужно с оказания психологической помощи родителям. Необходимо снять нервное и эмоциональное напряжение, страхи и тревоги, депрессивное состояние. Нужно объяснить родителям основы психологической техники самопомощи в стрессовых ситуациях, как избавиться от негативного эмоционального состояния и накопить положительную жизнеутверждающую энергию [1, с. 86].

И. Никифорова в своей работе «Основы семейной гештальттерапии» предлагает при работе с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья использовать метод «Опросник на самоосознание детско–родительских отношений». Опросник помогает родителям вспомнить свое детство, чувства, которые испытывали при взаимодействии с собственными родителям, анализировать ситуации, которые травмировали их в детстве, осознать, что сценарий отношения к собственному ребенку они принесли из своей родительской семьи. Родители переоценивают свои установки и, как правило, отношение к собственному ребенку с ограниченными возможностями здоровья меняется [3, с. 24].

В свою очередь действенными методами для развития возможностей ребенка являются сказкотерапия, игротерапия, песочная терапия, психогимнастика, релаксация. Это помогает сформировать активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, а так же развить его интеллектуальные, эмоционально-волевые, нравственные качества.

Актаков Л.И. в своей работе «Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья» предлагает плавное и поэтапное включение ребенка в коммуникативную среду. Работа проходит в пять

этапов: на первом – ребенок адаптируется к специалистам и игровому пространству, на втором – происходит развитие предпосылок к коммуникативной деятельности, на третьем этапе организуется групповое занятие, целью четвертого этапа является формирование непосредственного коммуникативного поведения между двумя детьми в паре, и только на пятом этапе осуществляется интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в массовые группы [1, с. 45].

В завершении работы хотелось бы сказать, что при работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья необходимо учитывать принцип комплексности, принцип деятельностного похода, осуществлять гуманно-личностный и личностно-ориентированный подходы. Родителям, близким такого ребенка, не нужно замыкаться в себе и в пределах своей семьи, тем самым, ограничивая его от всего, что происходит вокруг. Дети должны жить полноценной жизнью, пусть даже в каких-то моментах ограниченной.

Литература:

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы. – М., 2003. – 368 с.

2. Бондаренко Б.С. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы. – М., 2009. – 300 с.

3. Кемплер У. Основы семейной гештальттерапии. – СПб., 2001. – 224 с.

4. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1986. – 192 с.

5. Руководство по подготовке родителей к рождению и воспитанию здорового ребенка / Под ред. В.С. Коваленко. – СПб., 2004. – 412 с.

Ефремова Н.А., г. Курск,ФГБОУ ВПО КГУ

Научный руководитель: Лукьянов В.В., д.мед.н.

ВЛИЯНИЕ СПЕЦИФИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ НА РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА

В специальных научных исследованиях, в медицинском, педагогическом, психологическом аспектах болезнь Дауна рассматривается как с точки зрения «лечения», так и с позиции систематического обучения.

До середины XX в. в науке сложились представления о невозможности обучения таких детей, ввиду тотального органического поражения ЦНС и стойкого недоразвития интеллектуальной сферы.

С конца XX в. сведения, имеющиеся в отечественной науке, относительно лиц с синдромом Дауна носят более развернутый информативный характер в области биогенетических и клинических исследований [1].

Менее изученными в данный период истории специального образования являются психолого–педагогические особенности людей данной категории. Основы современной коррекционной педагогики и результаты

современных исследований, представленные в работах Е.А. Стребелевой, Е.А. Екжановой, создали предпосылки для более глубокого анализа состояния познавательных и эмоционально-волевых процессов детей синдромом Дауна.

Вопросы изучения эмоциональной сферы рассматривались многими известными отечественными психологами, среди них А.В. Запорожец, Н.Д. Левитов, К.К. Платонов, Л.С. Выготский [2, 5]. П. Л. Жиянова., С.Б. Лазуренко, О.Б. Половинкина отмечают, что у детей с синдромом Дауна сохранены только элементарные эмоции: радость, страх, грусть, но вне зависимости от степени нарушения интеллекта у детей указанной категории положительные эмоции наблюдаются чаще, чем отрицательные, поэтому многие их называют «солнечными». Поведение детей добродушием, ласковостью, они легко вступают в контакт. В личностном плане именно детям с синдромом Дауна, в отличие от других детей с нарушениями интеллекта в большей степени свойственна внушаемость и подражательность действиям, что открывает большой потенциал для коррекционно–воспитательного процесса [3].

По мнению В.В. Нагаева, Т.В. Бендас существуют определенные закономерности связи эмоциональных состояний с качеством мышления и волевых процессов.

Изучив литературу по данному вопросу, мы предположили, что особенности эмоциональной сферы детей с синдромом Дауна влияют на развитие их познавательной деятельности.

В рамках обозначенной проблемы нами было проведено экспериментальное исследование эмоциональной сферы детей дошкольного возраста с нарушениями интеллекта.

Экспериментальное исследование проводилось на базе МКДОУ «Детский сад комбинированного вида № 86», в котором приняли участи 10 детей дошкольного возраста: 5 детей с синдромом Дауна в анамнезе развития (экспериментальная группа) и 5 детей с нарушениями интеллекта, у которых синдром Дауна в анамнезе отсутствует (контрольная группа).

Целью исследования: определение влияния особенностей эмоциональной сферы детей с синдромом Дауна на формирование познавательных процессов.

Дети дошкольного возраста с нарушениями интеллекта стали объектом исследования.

Предметом исследования выступили особенности развития детей дошкольного возраста с синдромом Дауна.

В соответствии с целью, объектом и предметом исследования были поставлены следующие задачи:

– на основе анализа литературы теоретически обосновать актуальность вопросов изучения познавательной и эмоционально-волевой сферы детей с синдромом Дауна;

– провести пилотажное исследование развития эмоциональной сферы дошкольников с нарушениями интеллекта, в том числе детей с синдромом Дауна;

– выявить особенности эмоциональной сферы детей дошкольного возраста с синдромом Дауна и определить степень влияния эмоционального состояния на развитие их познавательной деятельности.

В связи со сложностью психофизического состояния детей для обследования нами были использованы следующие методики:

– диагностика эмоционального состояния по типу сдвига цветовой чувствительности (авт. Э.Т. Дорофеева);

– методика «Эмоциональная идентификация» (авт. Е.И. Изотова);

– методика «Какие предметы спрятаны в рисунках?» (оценка уровня развития внимания и зрительного восприятия);

– методика «Разрезные картинки» (выявление уровня развития целостного восприятия предметной картинки);

– методика «Почтовый ящик», (оценка уровня развития внимания, мышления и зрительного восприятия, развития мелкой моторики);

– методика «Найди пару» (оценка уровня процессов обобщения);

Исследование проводилось в определенной последовательности: ежедневно, в течение недели, перед работой с методиками по определению уровня развития познавательной деятельности с детьми проводилась диагностика эмоционального состояния, данные фиксировались в протоколах обследования.

Результаты показали следующее:

– детям с нарушениями интеллекта не доступны сложные и тонкие переживания, они сводят их к более простым и элементарным (80% исследуемых);

– у детей с синдромом Дауна, в отличие от детей контрольной группы, положительное и нейтральное эмоциональное состояние превалирует над отрицательным (80% – у детей экспериментальной группы, 40% – у детей контрольной группы);

– параметры развития познавательной активности положительно связаны с эмоциональным состоянием дошкольников. У детей с нарушениями интеллекта, в том числе и у детей с синдромом Дауна незрелость эмоционально-волевой сферы является одним из факторов, тормозящим развитие познавательной деятельности. Это факт в очередной раз доказывает выводы Л.С. Выготского, А.В. Запорожца о том что «только согласованное функционирование аффекта и интеллекта, их единство может обеспечить успешное выполнение любых форм деятельности» [4].

Проведенное исследование и выявленные результаты позволяют сделать следующие выводы:

– благоприятный эмоциональный настрой оказывает положительное влияние на развитие познавательной активности дошкольников, в том числе и детей с синдромом Дауна;

– коррекционная работа по формированию и развитию эмоциональной сферы необходима всем детям дошкольного возраста с нарушениями интеллекта.

Литература:

1. Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Демидова И.А., Берешева А.К. Хромосомные синдромы, выявляемые в первые годы жизни ребенка; данные клинических, цитогенетических и молекулярно–цитогенетических исследований // Дефектология. – 2001. – №1. – С. 9-15.

2. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. – М., 1995.

3. Жиянова П.Л., Поле Е.В. Малыш с синдромом Дауна. – М., 2007.

4. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребёнка: теория и практика. – М., 2004.

5. Запорожец А.В. Воспитание эмоций и чувств у дошкольника. – М., 1989.

Зурман М.А., г.Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ

Научный руководитель: Эм. Е.А., к.пед.н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ И ЕГО СЕМЬИ

К категории детей с нарушением зрения относится разнородная по своим проявлениям группа – от незначительного снижения зрительной функции у ребенка (слабовидящие дети), до грубых нарушений зрения – (слепые дети). При осуществлении работы по обучению и воспитанию ребенка с нарушением зрения необходимым направлением также является психологическое сопровождение как самих детей, так и воспитывающих их семей. Это обусловлено тем, что ребенку с нарушением зрения важно обеспечить социализацию в обществе, адаптацию среди его сверстников, возможность наравне со всеми участвовать в общественной жизни, развиваться как личность в процессе взаимодействия с окружающими его людьми.

Нарушение зрения у детей влияет на процесс развития всех психических процессов – речи, внимания, памяти и т.д. Органический дефект, нарушая познавательную деятельность и ограничивая социальные контакты, может привести к целому ряду отклонений в формировании и развитии личности слепых и слабовидящих детей в целом. К личностным особенностям детей относятся изменения в динамике потребностей, сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного опыта, отсутствие или нарушение внешнего проявления внутренних состояний [1, с. 100].

Развитие психики ребенка со зрительной патологией происходит в ведущем виде деятельности, в соответствии с определенным возрастным периодом, на котором он находится. У детей с нарушением зрения проявляются следующие психологические особенности: снижение уровня притязаний, самооценки, активности при взаимодействии с окружающими

его людьми. Процесс восприятия отражает те же основные фазы и общие закономерности формирования образа, что и у нормально видящих детей. Однако процесс становления зрительного образа характеризуется большей длительностью и развернутостью [3, с. 50].

Психологическое сопровождение детей с нарушением зрения включает в себя:

1) комплексное обследование ребенка;

2) подбор для каждого воспитанника индивидуальных методов, приемов и средств обучения и воспитания, учитывающих их личностные и физиологические особенности;

3) развитие личностных качеств ребенка.

Психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья рассматривается в исследованиях таких ученых, как Г. Бардиер, М.Р. Битянова, Э.Ф.Зеер, Е.В. Руденский, Е.М.Мастюковой, И.Ю.Левченко. Так, А.К. Маркова в своем исследовании говорила о том, что выделяется 4 этапа психологического сопровождения: диагностика, информация о методах решения проблемы, консультация на этапе принятия решения, помощь на этапе реализации.

Психологическое сопровождение ребенка с нарушением зрения необходимо как в дошкольном образовательном учреждении, на этапе школьного обучения, так и в процессе получения им высшего профессионального образования. Сопровождение включает поддержку семьи, воспитывающей ребенка со зрительной патологией, так как семья является первым социальным институтом для его развития. Необходимо, чтобы родителями могли определить адекватный стиль воспитания своего ребенка, соответствующий его личностным особенностям, позволяющий принимать своего ребенка как полноценного члена общества, вне зависимости от имеющейся у него патологии. Психологическое сопровождение семей, воспитывающих детей с нарушением зрения включает в себя:

- консультирование психологом родителей,
- проведение семинаров по вопросам воспитания детей,
- психологическое просвещение,
- организация круглых столов.

Чем раньше организовывается психологическое сопровождение ребенка с нарушением зрения и его семьи, тем достигаются более высокие результаты. Комплексное психологическое сопровождение ребенка со зрительной патологией обеспечивается системой профессиональной деятельности «команды» специалистов (психолог, педагог, педиатр, офтальмолог и др.), направленной на создание психолого-педагогических и медико-социальных условий для успешного обучения и развития каждого ребенка, независимо от уровня его способностей и жизненного опыта в конкретной социальной среде. Полезным будет привлечение для работы с ребенком с нарушениями зрения и музыкального работника, организующего

для него музыкальные занятия, которые направлены не на решение каких-либо конкретных задач развития определенных способностей и умений, а помощь в создании условий, поддерживающих в ребенке его естественную способность к творчеству.

Первым этапом в организации психологического сопровождения ребенка с нарушениями в зрительном анализаторе выступает комплексная диагностика особенностей его развития. Она осуществляется разными специалистами, работающими в составе психолого-медико-педагогических комиссий. При реализации психологического сопровождения ребенка с нарушением зрения и его семьи важно установить контакт со всеми участниками сопровождения ребенка.

При реализации психологического сопровождения детей с нарушением в работе зрительного анализатора в дошкольном образовательном учреждении, воспитателю важно обращать внимание на создание разнообразной предметной среды в группе. Зрячий ребенок сотни раз видит различные предметы до того, как начнет их называть. Ребенку должна быть предоставлена возможность исследовать и взаимодействовать с различными материалами с целью получения сведений об окружающем мире и разнообразных сенсорных ощущений.

Психологическая помощь семьям позволяет оптимизировать проблемы личностного и межличностного характера, возникающие вследствие рождения в семье ребенка с отклонениями в развитии. Главной целью в этой работы является изменение самосознания родителя, а именно: формирование у него позитивного восприятия ребенка с нарушениями развития, принять его.

Таким образом, развитие всех психических процессов у ребенка с нарушением зрения происходит сложнее и длительнее, чем у нормально развивающихся их сверстников; в процессе преодоления личностного недоразвития детей со зрительной патологией необходимо взаимодействие родителей, детей и психолога на всех этапах развития ребенка.

Литература:

1. Богдан Н.Н., Могильная М.М. Специальная психология. – М., 2013. – 201с.

2. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб., 2008. – 220 с.

3. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов / Под ред. Г.Ф Безух. – СПб., 2007. – 112 с.

4.Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. – М., 2000. – 126 с.

5.Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. – М., 2007. – 140 с.

Коваленко А.И., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Черепкова Н.В., к. психол. н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Ребенок с ограниченными возможностями имеет одинаковые для всех детей потребности – прежде всего, в родительской любви и ласке. Родители детей, которые имеют ограниченные возможности здоровья, задаются множеством вопросов по поводу воспитания и приобщения к социальной жизни своих детей. Несмотря на эти переживания, родители в таких семьях, очень адаптивны и зачастую более сосредоточены на том, что имеет большее значение в жизни. Для того, чтобы помочь родителям развивать психологическую устойчивость, существует необходимость в помощи психологов, которые способны проанализировать переживания таких родителей. Помощь проявляется в оказании поддержки и консультирования [2, с. 98].

По данным современных исследований, таких ученых, как М.С. Мацковский, Л. Козер и других, занимающихся проблемами семьи, было выявлено, что родители детей с ограниченными возможностями могут испытывать стрессовые состояния в различные периоды времени, например, на момент постановки диагноза, в момент лечения, или когда ребенок госпитализирован, особенно если ему необходимо провести длительное время в больнице.

Некоторые родители, более восприимчивы к травматическим стрессовым ситуациям, чем другие, это обусловлено собственным опытом. Например, если родители имели трудное детство или в прошлом обладали тесным контактом с людьми, имеющими ОВЗ. Исследования современного психолога Э. Ландольта, показали, что матери, в большей степени склонны к психологическим травмам, но тем не менее, все родители подвержены травматическим реакциям, если стресс является интенсивным.

Несмотря на многие трудности, связанные с уходом за ребенком с инвалидностью, родители быстро адаптируются и развивают психологическую устойчивость. Многие родители развивают в себе навыки, которые никогда не появились, если бы их ребенок не имел инвалидность. Общим для всех родителей из данных семей, является то, что все они становятся более сострадательными.

Тенденции к адаптивным реакциям согласуются с феноменом «посттравматического роста»[3, с. 116]. Это определяется как опыт, где люди имеют положительную тенденцию к развитию, после отрицательного события из-за усиленных представлений о себе и переосмыслении произошедших событий.

В настоящее время большой проблемой является недостаточное информирование родителей, имеющих детей с ОВЗ. Зачастую, при рождении детей с нарушением в развитии, родители испытывают эмоциональное

потрясение, думая, что их ребенок будет не таким, как все, будет испытывать трудности в социализации, что их ребенок не способен к обучению. Для правильного понимания сложившейся ситуации, необходима помощь психолога [1, с. 211]. Зачастую родители детей с ОВЗ нуждаются в возможности высказаться, поделиться своей проблемой со сторонним человеком, в чем ему способствует психотерапевтическая помощь. Психологи также должны помнить, что родители должны пропагандироваться со стороны медицинских работников, которые способны проинформировать родителей в прогнозе коррекционной работы с их ребенком, что несомненно внесет ясность в представление о будущем таких детей.

Одним из вариантов работы психолога с такими родителями, является индивидуальное психологическое консультирование, где психолог проводит занятия по снятию нервного, эмоционального напряжения, страхов и тревоги, депрессивного состояния. Обучает родителей психологическим техникам самопомощи в стрессовых ситуациях, избавления от негативного эмоционального состояния и накоплению положительной жизнеутверждающей энергии, способам саморегуляции и релаксации.

Необходимым условием успешной психологической помощи является вовлечение родителей в образовательный процесс ребенка. Психологу необходимо проводить беседы с родителями, для того, что бы поспособствовать им адаптироваться к сложившимся условиям. Это дает родителям возможность помочь своим детям в процессе овладения знаниями.

Другим вариантом психологической помощи родителям, воспитывающим детей с ОВЗ, является консультирование в психологических клубах. Основная цель психологических клубов заключается в оказании социально–психологической поддержки семей. Основными задачами являются:

а) оптимизация детско-родительских отношений;

б) улучшение психо-эмоционального состояния родителей;

в) гармонизация супружеских отношений;

г) создание и укрепление отношений между семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья, в целях расширения круга взаимодействия.

Работа психологического клуба родителей предполагает как индивидуальную, в рамках одной семьи, так и групповую формы работы. Эффективность работы зависит от участия родителей в прослушивании лекций по особенностям психического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, в тренингах, направленных на коррекцию эмоциональных состояний, межличностных и детско-родительских отношений.

Учитывая особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, для оптимального сотрудничества с ними важными являются позитивность консультирования, преодоление пассивной позиции семьи.

Таким образом, можно сделать вывод о важности психологической помощи родителям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья. Неоспоримым фактом является то, что от психологического здоровья и эмоциональной подготовленности родителей, зависит положительный прогноз развития детей.

Литература:

1. Василькова Т.А. Социальная педагогика. – М., 2010. – 240 с.

2. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование. – М., 2011. – 176 с.

3. Черепкова Н.В. Психологическая диагностика и прогнозирование конституционально–типологической недостаточности у детей в дошкольном возрасте // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Социология. Психология. Педагогика. – 2011. – С. 61-68.

4. Шнейдер Л.Б. Семейная психология. – М., 2002. – 512 с.

Косогорова Т.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Ершова В.В., к.психол.н.

ВЛИЯНИЕ ВЛАДЕНИЯ СРЕДСТВАМИ РУССКОГО ЖЕСТОВОГО ЯЗЫКА НА УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ МЫШЛЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Одной из центральных проблем сурдопсихологии и сурдопедагогики является проблема интеллектуального развития ребенка с нарушением слуха. Познание окружающего мира и процесс развития, способности решать мыслительные задачи при отсутствии такого важнейшего способа получения информации как слух, являлись предметом изучения многочисленных отечественных и зарубежных ученых.

Значимой особенностью психического развития детей с нарушенным слухом является овладение ими несколькими видами речи – словесной, дактильной и жестовой [1].

Роль жестовой речи на познавательное развитие детей с нарушениями слуха отмечалась в работах Р. М. Боскис, Н. Г. Морозовой, И. М. Соловьева, В. Петшак, Т. Г. Богдановой, Т. В. Розановой и т.д.

Жестовая речь служит своеобразным компенсирующим механизмом частичного или полного отсутствия устной речи и выступает средством, помогающим ребенку с нарушенным слухом общаться с окружающими людьми. Жестовая речь особая система, обладающая собственным словарным составом и грамматическим строем. Характерные черты формирования и применения жестовой речи в процессе общения, ее значимость в обучении детей с нарушениями слуха изучены Г. Л. Зайцевой.

В жестовом языке отмечают две разновидности: разговорная (русская) жестовая речь и калькирующая жестовая речь [3].

Общение со сверстниками, старшими учащимися и взрослыми глухими привело к выделению коммуникативной функции РЖР как главного средства межличностного общения. В обстоятельствах официального

общения зачастую возникает необходимость в сопровождении устной речи выступающих жестами, так как существенное расстояние усложняет понимание устной речи. Таким образом, КЖР берет на себя функции обслуживания общения глухих в официальной обстановке [3].

Применение жестовой речи в обучении и воспитании детей с нарушенным слухом сопровождается обсуждением вопроса о том, как жестовый язык оказывает влияние на речевое и познавательное развитие ребенка, на изучение образовательных программ, которые обычно опираются на овладение устной речью. В зарубежных исследованиях изучается воздействие речевой среды на развитие ребенка. К примеру, сравниваются семьи, где применяется словесный и билингвистический (устная и жестовая речь) способ коммуникации, с точки зрения воздействия на формирование мышления и грамотности ребенка [2].

Влияние семьи на психическое развитие, в том числе познавательное, ребенка с нарушениями слуха рассматривается как одно из важных условий наравне с наличием неврологических заболеваний и спецификой обучения. Одним из важнейших условий умственного развития ребенка считается его ближайшее социальное окружение. В семье ребенок приобретает первые знания о мире, о людях и отношениях между ними. Взаимоотношения, которые строят с ребенком его родители (обеспечение самостоятельности, степень контроля, отношение к достижениям и успехам ребенка) напрямую оказывают влияние на развитие ребенка [2].

Морфорд (Morford J.) провела анализ исследований, приуроченных изучению «Домашнего жестового языка» (Homesign). Данный вид жестового языка, как правило, применяется в семьях, где у слышащих родителей рождаются дети с нарушениями слуха. Обычно обозначения домашнего жестового языка не выходят за пределы одной семьи и сначала предполагают собой, в основном, выразительные или естественные жесты.

В семьях, где родители не владеют жестовым языком своей страны, «домашний жестовый язык» представляет весьма немаловажную роль. Когда наступает критический для овладения речью период, считает Морфорд, ребенок начинает воспринимать естественные жесты родителей как языковую информацию, запоминает их и использует в дальнейшем для общения с ними. Как правило, домашний словарь ограничен и не используется в общении за пределами семьи. По этой причине, несомненно, то, что в развитие ребенка значительный вклад вносит национальный жестовый язык, так как он позволяет раскрыть наиболее широкий диапазон источников информации. Как только ребенок попадает в среду, где используется национальный жестовый язык, он достаточно быстро перестраивается с домашних жестов на общепринятые жесты сообщества глухих своей страны [2].

Согласно результатам исследования Хохловой А.Ю., дети с патологией слуха из семей глухих в младшем школьном возрасте в среднем показывают такой же уровень умственного развития, как и слышащие дети, в то время

как дети с патологией слуха слышащих родителей значительно уступают слышащим сверстникам. Это связано с тем, что дети с апологией слуха из семей глухих демонстрируют более высокие результаты в решении задач, где требуется быстрая визуальная обработка информации [1].

Наибольшее отставание показателей умственного развития детей с нарушенным слухом из семей, слышащих родителей обуславливается трудностью понимания значений вербального языка. Этот факт подтверждается итогами тестирования и наблюдением за коммуникацией между слышащими родителями и их детьми в эмпирической ситуации. У этих детей оказались сформированы устойчивые понятия для обозначения предметов и явлений окружающего мира, они применяли выразительные жесты, которые не являлись языковыми обобщениями и ни как не фиксировались в словаре ребенка [5].

Согласно материалам отечественных и зарубежных исследований, определено, что наблюдаемое двуязычие у детей с патологией слуха, оказывает влияние на их познавательное, в том числе интеллектуальное развитие. Рассмотрим результаты полученные Т.В. Розановой (1978).

Экспериментатора интересовало, как запоминают учащиеся IV классов слова и соответствующие им жесты. В результате исследования было установлено, что испытуемые запоминали жесты лучше, чем слова. Испытуемые наиболее благополучно группировали жесты по смыслу. В смысловые группы по 3 и более жеста было объединено учащимися IV классов примерно 8, 10 и 12 жестов и 3, 5 и 10 слов соответственно. Такой результат показывает о высокой эффективности и осмысленности запоминания жестов детьми с нарушениями слуха. Т.В. Розанова определила, что в долговременной памяти таких детей образуются сложные системы, в которых отражается процесс взаимодействия устной и жестовой речи, при этом со временем устанавливаются более тесные связи между смыслом слова и жестом [3].

Количественные данные исследования свидетельствуют о том, что младшие школьники в 55% случаях обозначают словесно показанные им жесты, школьник среднего звена в 70% случаях, старшие школьники в 95% случаях. Это доказывает то, что формирование тесных взаимосвязей между значениями слов и жестами может поспособствовать более прочному запоминанию тех и других, что в свою очередь облегчит их воспроизведение.

Meadow K. в своей работе «Влияние жестового общения в раннем возрасте на интеллектуальное развитие и на становление социальных и коммуникативных навыков» указывает внимание на то, что наиболее значимым для формирования словесной речи ребенка выступает не объем словарного запаса, а возможность ребенка высказывать с помощью свои мысли и чувства. Жестовая речь, которая применяется в семьях глухих, позволяет ребенку с нарушением слуховой функции успешно взаимодействовать со всеми членами семьи, обмениваться с ними

информацией, что благополучно способствует его умственному развитию и социальной адаптации [5].

Frostad P. установил, что дети с нарушениями слуха используют те же стратегии решения задач на простые арифметические операции, что и слышащие дети. Они пользуются не только устным счетом, но и жестовыми обозначениями чисел. В этом случае жесты выступают важным вспомогательным средством в процессе счета [1].

Результаты исследований свидетельствуют о том, что успешность запоминания и узнавания слов, а также осмысленное понимание письменной речи, значительно повышается при использовании жестового языка одновременно с чтением текста, а также видео-переводов рассказов, подготовленных с целью чтения. В связи с этим разрабатываются особые программы обучения чтению с помощью жестового языка.

Таким образом, младшие школьники с патологией слуха отстают от слышащих сверстников по уровню развития мыслительных способностей, что объясняется определенным дефицитом общения в их семьях. Однако дети с нарушениями слуха, свободно общающиеся со своими глухими родителями с помощью жестовой речи, существенно опережают своих глухих сверстников из семей слышащих по уровню выполнения интеллектуальных заданий, предъявляемых на жестовом языке. Из-за недостаточного использования в детско-родительском общении символических средств (жестового языка) является то, что дети с нарушениями слуха в семьях слышащих развиваются в условиях недостатка информации. Это приводит к более низкому уровню познавательного, в том числе интеллектуального развития детей с нарушениями слуха.

По этой причине необходимо проводить консультативно–профилактическую работу по повышению коммуникативной компетентности родителей и разработать систему обучения родителей эффективным средствам общения с их неслышащими детьми.

Литература:

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М., 2002. – 224 с.

2. Богданова Т.Г., Мазурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология. – 1998. – №3. – С. 40-44.

3. Зайцева Г.Л. Жестовая речь. Дактилология. – М., 2000. – 192 с.

4. Специальная психология / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева. – М., 2003. – 464 с.

5. Фрумкина Р.М. Психолингвистика. – М., 2001. – 320 с.

Марковская М.О., г. Ставрополь, (СФ) МГГУ им. М.А. Шолохова
Научный руководитель: Черепкова Н.В., к.пед.н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И ПРИЁМОВ В МУЗЫКАЛЬНОМ ВОСПИТАНИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Эмоциональные нарушения детей с ограниченными возможностями здоровья, являются одной из наиболее острых проблем не только для психологов, педагогов, но и для общества в целом. Развитие личности ребёнка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) часто сопровождается эмоциональными нарушениями. Основными причинами, которых являются: отставание в развитии нервной системы, церебральная недостаточность, нарушения в аффективной сфере, низкие возможности произвольной регуляции поведения и деятельности. Поэтому возникает необходимость проведения специальной работы с детьми дошкольного возраста, имеющих ограниченные возможности здоровья. Использование различных арттерапевтических методов и приемов в музыкальном воспитании дошкольников с ОВЗ позволяет корригировать и развивать индивидуальные и творческие способности детей наиболее полно. Арттерапевтические методы и приемы в силу своей новизны вызывают интерес у детей, способствуют развитию творческой активности, любознательности, речедвигательных навыков, дети учатся выстраивать гармоничные отношения со взрослыми и сверстниками.

Анализируя основы специальной педагогики, психологии и психокоррекционной работы с детьми с ОВЗ, многие авторы отмечают, что в дошкольном возрасте одним из наиболее эффективных методов является музыкотерапия [1, с. 9]. О положительном эффекте воздействия музыкотерапии пишут многие специалисты.

Психолог Б.М. Теплов писал: «Музыка, прежде всего путь к познанию огромного и содержательнейшего мира человеческих чувств. Лишённая своего эмоционального содержания музыка перестаёт быть искусством» [6, с. 18].

Захарова О.В., Новикова Л.П. отметили, что «включение ребёнка в систему педагогического воздействия с помощью средств музыки позволяет исправлять конкретные дефекты речи, гармонизировать психоэмоциональную сферу, создавать условия для положительной динамики общедвигательного развития [4, с. 32].

В России специальные исследования Л.С. Брусиловского, В.И. Петрушина, В.М. Бехтерева, И.М. Гриневой, С.В. Шушарджан, Г.П. Шипулина и многие другие выявили, что музыка воздействует на многие сферы жизнедеятельности ребенка через 3 основные фактора: физиологический и психологический, вибрационный.

Физиологический фактор музыки изменяет различные функции организма, такие как, дыхательная, двигательная, сердечнососудистая.

Психологический фактор меняет психическое состояние ребенка.

Вибрационный фактор музыки является стимулятором обменных процессов на уровне клетки. Звуки имени ребенка, в буквальном смысле слова, формируют его организм. Каждое имя имеет свой набор звуков, создающих уникальное вибрационное поле [3].

Музыкальное воспитание в дошкольном учреждении для детей с ОВЗ является составной частью учебно-воспитательного процесса и в комплексе с другими видами воспитания решает воспитательные, образовательные, коррекционно-развивающие и лечебно-компенсаторные задачи.

Одним из условий развития детского творчества на занятиях музыкальной деятельностью является использование различных арттерапевтических методов и приемов, таких как: музыкотерапия, имаготерапия, игротерапия, танцевальная терапия, сказкотерапия, психогимнастика. Эти методы и приемы дают положительные результаты почти при всех видах нарушений (ЗПР, речи, зрения, слуха, умственной отсталости и т.д.). Наиболее оптимальным для использования арттерапевтических методов и приёмов в коррекционной работе с дошкольниками с проблемами в развитии является возраст 6-7 лет, так как в этом возрасте у детей уже сформированы двигательные, речевые навыки, элементарные умения в различных видах деятельности, развивается самопознание, что является основой для использования арттерапевтических методов и приёмов.

Одним из видов арттерапии, дающим положительные результаты в работе с дошкольниками с ограниченными возможностями здоровья, является музыкотерапия. Музыкотерапию применяют в 2-х формах: активной и рецептивной (пассивной).

Активная музыкотерапия – это воспроизведение, фантазирование, импровизация с помощью голоса или выбранных музыкальных инструментов.

Рецептивная – совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание коммуникативных контактов, взаимопонимания и доверия, на достижение катарсиса и снижение нервно-психического напряжения.

С детьми прослушиваются специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждаются переживания, воспоминания, фантазии, возникающие в ходе прослушивания.

При использовании активной музыкотерапии детям предлагается набор простейших музыкальных инструментов или предметов, издающих звуки. Благотворно влияют на организм ребенка записи «Голосов природы» (шум моря, шум дождя, голоса леса, голоса птиц и т. д.), хорошая классическая, современная, народная и детская музыка.

В результате музыкотерапевтической работы развивается слуховое восприятие детей, воображение, создается эмоциональный настрой. Музыкотерапия оказывает рецептивное, регулятивное, катарсистическое (очищающее в духовно-эмоциональном смысле) влияние.

Занимаясь музыкальной деятельностью с детьми имеющих ОВЗ на занятиях, необходимо ставить перед собой задачу – развивать творческие способности детей, сохраняя и развивая их индивидуальность, свое видение мира в процессе освоения музыкального искусства, стараться строить занятия так, чтобы каждый ребенок смог проявить себя при решении поставленных задач. При этом внимательно относиться к естественным проявлениям ребенка, обеспечивая условия для творческой самореализации, уважать позицию ребенка в решении музыкальных задач.

Активная музыкотерапия в работе с дошкольникам с ограниченными возможностями здоровья используется в разных вариантах: вокалотерапия, танцетерапия и др.

Вокалотерапия – это активный вид музыкотерапии. Хоровое и индивидуальное пение обеспечивает коррекцию психоэмоциональных нарушений и гармонизацию внутреннего мира ребенка, поэтому в работе используются песни-формулы. Отдельные песенки, основанные на самовнушении положительных установок (автор В.И. Петрушин), эффективны в коррекционной работе с детьми с проблемами, например «Колыбельная самому себе» или «Я хороший, ты хороший», «Формула радости» и др. [6. с. 35]. Помимо жизнеутверждающих песен-формул в занятия с дошкольниками включаются знакомые оптимистические по содержанию детские песни, которые могут исполняться под фонограмму группой детей. Такое исполнение даёт возможность ребенку почувствовать уверенность во время пения и наполняет положительными эмоциями от коллективной вокальной деятельности.

Имаготерапия – метод восприятия и проживания образа через себя, через движения, это один из видов арттерапии, в основе которого лежит театрализация. Это образные, имитационные движения со словесной опорой, этюды, психогимнастика, инсценирование стихотворений, песен, игры-драматизации, все виды театров.

Развивает то обучение, которое основывается на активности, самостоятельности, инициативе воспитанников, поэтому на занятиях используется не образец для подражания, а прием показа нескольких способов движений. За ребенком остается право самостоятельного выбора. Важно, чтобы, выполняя то или иное задание, ребенок нашел свой уникальный вариант решения и создал свой неповторимый образ, а образные движения были своеобразными и отличались друг от друга.

Имитационные движения нравятся детям с ОВЗ. Они с удовольствием имитируют катание на санках, коньках, лыжах, игру в снежки, перепрыгивают через воображаемые лужи, плавают в озере и т. д. Элементы импровизации используются не только в движениях, но и в пении, играх. Импровизация развивает творчество детей, будит детскую фантазию. В младших группах используются подражательные движения. Малыши идут как мышки, крадутся как кошечки, прыгают как зайчики, бегут как лисички, ходят как медведи и т.п.

На музыкальных занятиях используются игры-драматизации. Музыка усиливает эмоциональную сторону игры, погружает ребенка в мир сказочных персонажей, знакомит с народными традициями. Происходит процесс самовыражения в движении через творчество детей. Творческие проявления дошколят в движении являются важным показателем музыкального развития. Ребенок начинает импровизировать, создавать свой музыкально–игровой образ, танец.

Создаваемые имаготерапией условия способствуют музыкально-творческой деятельности детей; проявлению индивидуально-творческих способностей ребенка; пробуждению чувства достоинства, уверенности в себе, самореализации; разностороннему формированию личности ребенка.

Сказки положительно влияют на детей с ОВЗ и направлены на обогащение эмоционального мира ребёнка за счёт переживания различных состояний (уходят подавленность, неуверенность, робость). Дети с различными нарушениями любят сказки и с интересом слушают их и если сказка любима, то дети с удовольствием разыгрывают ее по ролям, придумывают выразительные движения для раскрытия образа героев. Участие в театрализованной деятельности помогает детям выражать своё собственное отношение к добру и злу, преодолевать робость, неуверенность в себе, застенчивость [2, с. 56].

Танцевальные упражнения служат средством развития эмоциональности ребёнка с ОВЗ, сплочения и снятия психофизического утомления, негатива. К ним относятся свободные, выразительные движения, импровизации. Эмоциональность достигается не только музыкальным сопровождением и элементами танца, но и образными упражнениями, сюжетными композициями, которые отвечают возрастным особенностям дошкольников, склонных к подражанию, копированию действий человека и животных [7, с. 4].

В музыкальные занятия включаются элементы психогимнастики, мимические упражнения, пантомимика. Работа над ними помогает обучать детей дошкольного возраста умелому и уместному использованию жестов и мимики не только в музыкальной деятельности, но и во всех сферах жизни. Благодаря мимическим упражнениям и аутотренингу дети преодолевают барьеры в общении, лучше понимают себя и других, у них снимается психическое напряжение, создается возможность для самовыражения. Элементы психогимнастики и аутотренинга способствуют воспитанию эмоций, развитию выразительности движений. Можно использовать мимические и пантомимические этюды под музыку, игры, «минуты шалости» (например, дети превращаются в добрые приведения и свободно «летают» по залу).

Таким образом, использование арттерапевтических методов и приемов в музыкальном воспитании дошкольников с ограниченными возможностями здоровья позволяет посредством художественного самовыражения заботиться об эмоциональном самочувствии и психологическом здоровье

детей; пение, жесты, мимика, движения детей становятся более выразительными, дети учатся выражать свои чувства и понимать чувства других, они становятся более уверенными в себе.

Литература:

1. Артпедагогикаи арттерапия в специальном образовании / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М., 2001.

2. Белошенко М.А. Театрализованная деятельность в коррекции психоэмоционального и психофизического состояния ребёнка с ограниченными возможностями здоровья //Дошкольная педагогика. – 2014. – № 6. – С. 54-57.

3. Виноградов Л.В. Развитие музыкальных способностей у дошкольников. – СПб., 2009.

4. Захарова О.В., Новикова Л.П. Музыкальное воспитание детей в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних // Ярославский педагогический вестник. – 2011. – № 3. – С. 29-32.

5. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми. – СПб., 2006.

6. Теплов Б.М. Психология музыкальных способностей. – М., 2003.

7. Фирилева Ж.Е., Сайкина Е.Г. Танцевально-игровая гимнастика для детей. – СПб., 2007.

Марченко А.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Тинькова Е.Л., д.биол.н.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И МЕТОДЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В последнее время распространенность сахарного диабета (СД) приобрела характер пандемии, охватившей многие государства мира, в том числе и Россию. На 2014г. в нашей стране насчитывается 3683,8 тыс. пациентов с данным заболеванием. Из них дети с СД составляют 18854, подростки – 19 106 человек. Учитывая динамику заболеваемости и смертности за последние 10 лет, демографические особенности России, к 2030 году число зарегистрированных больных может возрасти до 8,85 млн. человек.

Высокая распространенность, тяжелое течение заболевания, наличие фобических реакций и повышенной тревожности у лиц страдающих СД заставляет рассматривать СД как актуальную проблему современной медицины, педагогики и психологии.

Вопросам эмоционально-личностных особенностей больных сахарным диабетом уделяется много внимания в специальной психологической литературе и в изданиях по эндокринологии. Есть такие работы, посвященные патопсихологическим аспектам сахарного диабета[1].

Психологами Н.А.Бабенковой, А.Т.Филатовым, З.И. Цюхно отмечается, что у всех больных СД в той или иной степени наблюдаются

психические нарушения. Психические изменения при сахарном диабете тесно связаны со степенью тяжести заболевания и уровнемегокомпенсации.

Доминирующим психопатологическим синдромом при сахарном диабете является астенический, основные симптомы которого - повышенная ранимость, обидчивость, слезливость, быстрая утомляемость, раздражительность, колебание настроения (от глубокого недовольства собой, вялости до состояния эйфории, экзальтации с переоценкой своих способностей, многоречивостью, пренебрежительным отношением к себе и лечению).

Крайним выражением взглядов о характерологическом своеобразии больных СД является концепция «специфической личности» психосоматической школы К. Менингер. Согласно этой концепции, больные сахарным диабетом обладают особой личностной структурой, отличающей их как от больных с другими хроническими заболеваниями, так и от здоровых людей[4].

Ф. Александер считал, что СД характеризуется не типом личности, а типичной конфликтной ситуацией, ядром эмоционального конфликта, которые и определяют соматические особенности при этом заболевании. Так, описывая часто встречающиеся у больных диабетом черты эгоцентризма, раздражительности, капризности и несдержанности, отмечал и ту особенность, что «среди больных диабетом чаще, чем в среднем населении, встречаются люди интеллигентные и энергичные».

В. Палмер, напротив, утверждал, что больные диабетом не обладают особой психической структурой.

Однако имеются и многочисленные свидетельства в пользу существования определенных личностных особенностей у больных диабетом: шизоидные черты в сочетании с параноической готовностью, конституциональная эмоциональность, явная или скрытая тревожность еще до болезни[1, 2].

Многие учёные отмечают, что у людей, страдающих сахарным диабетом, усиливается аддиктивное поведение.

Н. Пезешкиан (1996) выделяет 4 формы аддиктивного поведения как бегства от реальности, переработки актуального конфликта (психосоциальная ситуация перенапряжения)

Бегство в тело: хронический «голод по любви» больной диабетом утоляет защитным образом при помощи еды, особенно сладостей. Вследствие выросших ограничений, которые выставляет сахарный диабет, часто возникают страх и чувство безысходности. Часть больных реагирует на потерю автономности отчаянием и равнодушием. Другие «вытесняют» или просто отрицают свое заболевание. Некоторые протестуют чрезмерным потреблением пищи и спиртных напитков.

Бегство в работу: в сфере рассудок (деятельность) больные диабетом отличаются дисциплинированностью и точностью. Обычно им несвойственны решительность, честолюбие и экспансивные стремления.

Бегство в контакты или одиночество: в сфере контактов часто присутствует негативный опыт. Чрезмерная потребность больных диабетом в зависимости и изнеживании в редких случаях может устраивать партнеров. Несмотря на разочарование, такие больные относительно редко расстаются со своими партнерами обычно из-за силы привязанности.

Бегство в фантазии: фантазия о будущем, в конце концов, стремление к чему-то также может быть попыткой скрыться от «суровых» будней, по крайней мере, в воображении, во всепозволяющих и всесильных представлениях быть тем и получать то, что недоступно в реальности. Актуальные способности справедливость, сомнение, обязательность, верность и привязанность особенно выражены у диабетиков[5].

Все перечисленные психологические нарушения являются дезаптивными проявлениями личности. Эти процессы не только разрушают психологический статус, но и усугубляют проявление основного заболевания.

Однако с точностью установить степень психологической дезадаптации возможно только при глубоком изучении психологического статуса таких больных. Одним из таких способов является метод психофизиологического тестирования. С целью выбора наиболее эффективных психофизиологических диагностических методик нами был проведён эксперимент[3].

Были сформированы две группы с учетом возрастных и специфических особенностей лиц страдающих сахарным диабетом - это лица юношеского возраста (16-18 лет), и лица 18-55 лет, внутри каждой группы выделяются подгруппы лиц, страдающих инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД) и инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД).

Наиболее важными, на наш взгляд, являются следующие исследования:

1. Определение уровня тревожности, общего функционального состояния и адаптации лиц, страдающих сахарным диабетом.
2. Выбор наиболее эффективных методов диагностики нарушения психофизиологического гомеостаза.
3. Скрининг оптимальных методик психофизиологического сопровождения лиц с признаками дезадаптации на основании психофизиологического статуса[2].

Исследования проводились на базе ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный педагогический институт» в региональной научно-исследовательской лаборатории прикладной психофизиологии.

В исследовании приняло участие 25 человек с сахарным диабетом в возрасте от 16 до 55 лет.

В процессе исследования использовали следующие психофизиологические методики: тесты для оценки психосоматических проблем: вариационная кардиоинтервалометрия; простая, сложная и трёхэтапная сложная зрительно-моторная реакция; многоуровневый личностный опросник "Адаптивность"; оценка реактивной и личностной

тревожности по Спилбергеру; психодиагностическая анкета; тест "Дезадаптивные нарушения"; анкета самооценки состояния; тест "Самочувствие-Активность-Настроение"; «Здоровье – Причина – Болезнь», «Здоровье – Эмоция – Характер – Роль», «Аддикции»;«Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»» (МЛО-АМ)[7].

На основании многомерного анализа синхронно регистрируемой информации по физиологическим параметрам и параметрам пиктографической деятельности эксперту предоставляются результаты обработки в виде профилей смысло-физиологической значимости с указанием статистической достоверности по различным смысловым кластерам, таблиц и графиков, трехмерного представления «облака» показателей, отражающих индивидуальные реакции по этапам обследования.

В ходе диагностики фиксируются следующие психофизиологические показатели: кожно-гальваническая реакция (КГР), пульс, частота дыхательных движений, изменение биоритмов мозга – электроэнцефалография (ЭЭГ), показатели тонуса сосудов – фотоплетизмограмма (ФПГ). Регистрируемые показатели ЭЭГ косвенно характеризуют центральную феноменологию эмоций, а показатели КГР, ФПГ, ЭКГ отражают изменения в вегетативной нервной системе и косвенно характеризуют висцеральную феноменологию эмоций. Одновременная фиксация сигналов ЦНС и ВНС снижает вероятность противодействия испытуемого при диагностике.

Оценка полученных результатов показал, что у 45-50% испытуемых функциональное состояние в целом удовлетворительное. Незначительное утомление вызвало легкие явления истощения в функционировании сердечно-сосудистой системы. Нагрузка на организм в целом соответствует его функциональным возможностям, однако активность снижена. Энергетические и обменные процессы в организме замедлены, наблюдается состояние легкой заторможенности. Способность преодолевать жизненные трудности значительно снижена.

В таком состоянии требуется применение специальных дополнительных мероприятий по оздоровлению и профилактике. Желательно увеличение времени отдыха и уменьшение уровня своих нагрузок.

Однако у 55-60% испытуемых показали следующие результаты - функциональное состояние неудовлетворительное. Хотя напряжение сердечно-сосудистой системы оптимально и отсутствует утомление, наблюдается небольшое нервное напряжение, повышен уровень тревожности и наблюдается снижение уровня психической адаптации у людей с сахарным диабетом.

Анализ результатов методики вариационная хронокардиоинтервалометрия (ВКР) показал, что психофизиологический статус у всех испытуемых имел определённые различия, что в процентном отношении составило 34-38%, а именно у части испытуемых установлена

степень активации ЦНС выше средней. Характерно преобладание процессов возбуждения. Ответные реакции на стимул быстрые и достаточно стабильные. Внутрицеребральные отношения достаточно эффективные. Уровень функциональных возможностей ЦНС высокий. Состояние благоприятное для операторской деятельности, у другой части участники эксперимента показали следующие результаты: средний уровень активации ЦНС при достаточно высокой стабильности ответных реакций на стимул. Стабильное состояние церебрального гомеостаза. Соответственно 62-66% результатов психофизиологических показателей указывали на: высокий уровень тревоги, зависимости, эмоциональную агрессивность, нарушение уровнясоциальной адаптации, ригидность самооценок[6].

Таким образом, при условии, что сахарный диабет как тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет психологическую и социальную жизнь больного, возможно улучшение общего состояния организма, если своевременно проводить психофизиологические диагностические мероприятия и в дальнейшем продолжать сопровождение лиц, результаты психофизиологической диагностики которых были неудовлетворительными.

Исследования проводились в рамках реализации гранта «Участник молодежного научно-инновационного конкурса» («УМНИК»), договор № 0002497/НИОКР при поддержке «Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере».

Литература:

1. Александер Ф.Г. Психосоматическая медицина. – М.. 2000. – С. 55-69.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – М., 1988. – 270 с.
3. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети и потребность в психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерпия. – 2002. – № 5. – С. 175-180.
4. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. – СПб., 2003. – С.107-117.
5. Малкина-Пых И.Г. Диабет. Освободиться и забыть. Навсегда. – М., 2007.
6. Низова А.В. Метод биологической обратной связи // Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами / Под ред. Тихоненко В.А. – М., 2005. – С. 111-128.
7. Низова А.В. Показания к применению метода биологической обратной связи при лечении нервно-психических расстройств // Современные аспекты терапии и профилактики нервно-психических расстройств: Сб. матер. междунар. научно-практич. конф. / Под ред. В.Я. Семке, С.Н. Мосолова. – Владивосток, 2003. – С. 127-128.

Махонько А.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Коблева А.Л., к.пед.н.

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В последние годы, в связи с резким увеличением рождения детей с различными патологиями, в обществе наметилась особенно высокая тревожность и обеспокоенность будущим, остро стоит вопрос об оказании помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Рождение ребенка с какими–либо психофизическими отклонениями возможно в любой семье, так как факторы, располагающие появлению отклонений различны и могут нести в себе генетическую предрасположенность. Однако лишь 78 % рождающихся детей с ОВЗ остаются в семьях, в оставшихся случаях – их отдают в детские дома.

Отметим, основополагающей концепцией семьи является социально–экологическая, предложенная еще в 1970 году и включающая в себя биологические и физические составляющие организма и окружения, взаимодействующие с психосоциальными характеристиками, составляющие единую взаимодействующую между собой систему [4, с. 7].

Было определено, что ребенок (с ОВЗ или без патологий), растущий в семье, имеет больше шансов на нормальное развитие. В случае прогнозирования развития ребенка с особенностями в развитии, воспитание в семье имеет основополагающую роль: на первых этапах развития необходим эмоциональный контакт с матерью, без которого впоследствии появятся большие отклонения в психофизическом развитии, за первичным дефектом будет следовать более осложненный вторичный.

Выделим основные показатели значимости влияния семьи на развитие ребенка:

- Эмоциональный характер воспитания, влияющий па психическое развитие ребенка, его первый контакт с окружающей средой, умение чувствовать и сопереживать;
- Постоянство воспитательного процесса оказывает влияние на формирование личностных особенностей ребенка, его характера, привычек, вкусов, восприятия окружающего мира;
- Реализация хозяйственно-бытовой сферы, обучение самостоятельности в выполнении собственных потребностей [4, с. 48].

На первом этапе, когда ребенок только родился и родители узнали о его непохожести на остальных, главной задачей специалистов является подробное описание болезни, возможных причин и отклонений в развитии в контексте «особенностей» ребенка. Необходимо стабилизировать поведение родителей, которые чаще всего в первые месяцы заняты не воспитанием ребенка с ОВЗ, а поиском причин возникновения отклонения именно у их ребенка.

Появление ребенка с «особенностями» развития может принести в семью разлад. Ученые (В.Н. Касаткин, Н.Ю. Иванова, А.Г. Румянцев)

отмечали, что в данный период принятия сложившийся ситуации специалистам важно восстановить семейные отношения, создав благоприятный психологический климат. Родители должны принять на себя долю ответственности, узнать о патологии ребенка из различных источников (книги, специалисты), научившись правильно взаимодействовать с ребенком для положительного оказания реабилитации[5, с. 228].

Но самое главное, что должны осознать родители – это необходимость их собственного участия в воспитании ребенка. Без помощи родителей, их активного участия и взаимодействия ни одна коррекционно-педагогическая работа не будет полностью реализована. Ребенок без семьи – это «социальный сирота».

Социальные сироты – это дети, лишенные родителей, то есть сироты при живых родителях. Более 50% детей помещаются в дом ребенка по социальным причинам: лишение родительских прав, плохие материальные и жилищные условия, внебрачное положение женщины, нахождение родителей в местах лишения свободы, алкоголизм родителей. Как следствие, даже здоровые дети, помещенные в детские дома, имеют психофизическое расстройство, отличаются повышенной агрессивностью, неуверенностью в себе, расстройством эмоционально–волевой сферы.

В процессе воспитания могут возникать следующие проблемы:

1. Родители могут стесняться «особенностей» своего ребенка, не выводят на улицу, лишая новых впечатлений и знакомств, отсюда развивается замкнутость и неуверенность;
2. Виня себя в «особенностях» ребенка, родители могут принять необдуманные решения по поводу лечения, которое может не только ухудшить положение, но и пошатнет уверенность ребенка с ОВЗ;
3. Осознав, что ребенок таким и останется, родители отдаляются, перестают обращать на него внимание;
4. Не желая мириться с недостатками, родители принижают их, завышая планку требований для ребенка, оказывают психическое давление[3, с. 17].

Одним из основополагающих факторов нормального развития любого ребенка является создание оптимальной благоприятной среды в доме, где ребенка будут воспринимать адекватно, помогая ему достигать успехов в любой деятельности, разбирая не получающиеся на данный момент задачи, активно соприкасаясь с жизнью ребенка и его учебой.

Закрытость семьи от контактов с внешней средой может сформировать замкнутого, девиантного ребенка, потому очень важно родителям поддерживать связи с друзьями и близкими родственниками, не замыкаться в четырех стенах.

Воспитание ребенка требует немалых материальных затрат, однако важно помнить, что внимание и опека обоих родителей является базовым фактором для успешной адаптации и формировании личности: ребенок перенимает модели поведения, учится взаимодействовать с окружающими,

строить собственную модель взаимодействия. Родители направляют своего ребенка, задавая ему те качества, которые имеют сами. Отсюда следует, что в первую очередь необходимо работать над самим собой, чтобы подавать правильный пример [4, с. 58].

В семье, отличающейся конфликтностью, будет расти ребенок с повышенной агрессией, с девиантными задатками и эмоциональной неуравновешенностью. Неправильное воспитание или даже подача неправильного жизненного примера сказывается на развитии личности ребенка, привитие ему как положительных, так и вредных привычек, сказывающихся на здоровье, возникновении психических отклонений.

Лишь в связи с увеличением рождения детей с патологиями возрос интерес к исследованию функционирования семей с детьми с ОВЗ, структурой и особенностями социальных, педагогических и психологических методов взаимодействия. Это дает теоретическую базу для коррекционно-педагогической работы, основанной на построении общих особенностей и изучения индивидуально-личностных потребностей. Разработаны определенные методики (Т. Гордон, М. Карнес, Р. Бэндлер, М. Эриксон) взаимодействия и помощи, основанную на педагогическом просвещении родителей и семейной терапии.

Растет количество специальных образовательных учреждений, ориентированных на определенные группы патологии, где разрабатываются индивидуализированные методики обучения и воспитания. Создаются общества родителей, имеющих детей с ОВЗ и ставящих перед собой главной задачей информирование и помощь другим родителям с детьми с патологией.

Главными задачами для обеспечения комфортной среды для воспитания ребенка с ОВЗ в семье является:

- создание государственных и негосударственных учреждений по защите прав ребенка и сохранении его в семье;
- осуществление системы раннего выявления отклонений у детей;
- комплексная помощь семьям с детьми с ОВЗ, консультирование по поводу особенностей данной патологии, ее развития и коррекционной работы;
- стабилизация внутрисемейных отношений, находящий баланс в воспитании и отношении к ребенку (преодоление гиперопеки и гипоопеки);
- создание сервиса данных по разновидностям социальной поддержки с адресами служб помощи;
- формирование положительного образа средствами СМИ родителей ребенка с ОВЗ, его особенностей и, главное, объяснение нулевого наличия отрицательного воздействия ребенка с патологией на здоровых детей.

Семья – это первая ячейка, где формируются личностные качества каждого ребенка, имеющая наибольшее воздействие на него. Пока еще инклюзия не вступила в свои права в России, только набирает обороты, поэтому именно родители ребенка с ОВЗ должны формировать его взгляды

на окружающий мир и самого себя, и именно родители таких детей должны отстаивать права подобных.

Литература:

1. Воробьева Г.Е. Роль семьи как необходимое условие в системе комплексной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Молодой ученый. – 2014. – №15. – С. 250-252.
2. Галкина Е.В. Работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) // Актуальные вопросы современной педагогики: Материалы II междунар. науч. конф. – Уфа, 2012.
3. Егорова Ю.Д. Роль семьи в воспитании ребенка с ограниченным возможностями здоровья. – Томск, 2012. – 41 с.
4. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М., 2003. – 408 с.
5. Шаповал И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития. – М., 2005. – 320 с.

Мирзоян А.Г., г. Железноводск, ГБОУ ВПО СГПИ
филиал в г. Железноводске
Научный руководитель: Иванченко И.В., ст. преподаватель

СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕСТВО ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Значимость выбранной темы заключается в том, что процесс социализации детей с ограниченными возможностями с давних пор был весьма противоречивым и сложным. В периоды обновления и модернизации общества заметно увеличиваются трудности в их социализации.

Различают следующие виды заболеваний детей с ограниченными возможностями здоровья: дети плохим зрением; дети с нарушениями слуха; дети с нарушениями интеллекта; дети с дефектами речи; дети с нарушениями опорно–двигательного аппарата; дети с задержкой психического развития.

Формирование безграничных условий для достижения образования детей с учетом их психофизических особенностей, необходимо рассматривать в качестве одной из основных задач в области осуществления права на образование детей с ограниченными возможностями здоровья [2, с. 7].

В XX веке проблемы социализации в стране изучались как приспособление к социуму, требованиям, нормам, обычаям общества. На сегодняшний день они рассматриваются как процесс согласования человека и общества с учетом объективных возможностей самого субъекта социализации. Этот подход осуществляется на методологических разработках проблемы социализации, исследуемых в трудах Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева и др.

Теоретические и прикладные подходы интеграции детей с нарушенным развитием решаются, в последние годы, в области специальной педагогики.

К сожалению, исследования не систематичны, понятие «интеграция» употребляется специалистами зачастую в противоположном смысле. Теория социальной интеграции как в западной, так и в отечественной научной литературе представлена в виде различных теоретических подходов к некоторым ее проблемам, а это осложняет научную классификацию ее направлений. Научное понятие «интеграция» рассматривается либо относительно локальной проблемы, либо интерпретируется в наиболее обобщенном виде: интеграция – сторона процесса развития, связанная с объединением в целое ранее частей и элементов.

Следовательно, интеграция в обществе детей с ограниченными возможностями здоровья включает компоненты:

– противодействие социальной среды и общества на личность детей с нарушениями в развитии;

– непосредственное активное участие в этом процессе самого индивида;

– совершенствование общества, системы отношений, которая в силу определенной жесткости критерий к своим потенциальным субъектам оказывается недостижимой для обучающихся с ограничениями жизнедеятельности.

Доказано, что социализация – это такой процесс, который длится в течение всей жизни под влиянием как возникающих факторов, так и социально определенных, нацеленных и контролируемых обстоятельств. Другими словами можно сказать, что социализация – это особый процесс получения индивидом навыков, необходимых для полноценной жизни в обществе и окружающем его мире. Нарушения социализации могут принимать разнохарактерные формы и выражаться различными причинами.

Нарушение в умственном, а так же и в физическом развитии выдвигают не только проблему сглаживания и частичного преодоления отклонений психосоциального и личностного развития, но и отстаивания интересов и прав детей, которым особо необходима поддержка в обществе. Ученые доказали, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья не может познать смысл человеческих отношений теми способами, которые используют ребенок развивающийся в соответствии со своим уровнем возрастных особенностей.

Определение психолого–педагогических и социально–психологических факторов является существенным направлением решения проблемы социализации ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а также критических, индивидуальных и личностных особенностей, усложняющих развитие и реализацию этих детей. Помочь ребенку с интеллектуальными и сенсомоторными дефектами, включиться в социальное отношение общества – значит показать всю специфику системы специального образования, способы, пути, организационные формы и педагогические аспекты их исполнения в современных условиях общества. Особое внимание в воспитании и социализации детей с ограниченными возможностями должно

уделяться определенным критериям социализации, а так же на процессе усвоения, упорядочения и дальнейшего воспроизведения системы ценностей. И поэтому, социализация наиболее эффективна в условиях интеграции.

В настоящее время, все чаще становится актуальной проблема объединения детей с ограниченными возможностями в мир нормально развивающихся детей, формирования для них условия без барьерной среды, благодаря которой они могли бы чувствовать себя необходимыми участниками этого общества.

Благополучие социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья зависит не от окружающего социума и принятия их в нем как полноценных членов, но и от особенностей развития личности ребенка. Многолетний опыт, как в России, так и за рубежом показывает, что люди с ограниченными возможностями имеют огромное количество нерешенных психологических проблем, связанных с отрицательным воздействием их макросоциального окружения (прежде всего это семья и школа) и психогенной травматизацией в связи с наличием физического, сенсорного, или психического нарушения в развитии.

В последние годы произошли положительные сдвиги в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья, но несмотря на это, особое внимание вызывает отсутствие в России таких комплексных федеральных государственных социальных программ, которые бы позволяли обеспечить жизнедеятельность этим людям, а так же каждому из них самореализовываться и не чувствовать себя не нужными в обществе. К сожалению, отсутствуют необходимые законодательные акты для воплощения конституционного права каждого на образование и включения всех детей в систему обучения. Кроме того, в общественном сознании превосходит понятие об инвалиде как о «человеке, не способном полностью или частично участвовать в производстве материальных благ» и в меньшей степени как «человеке, крайне нуждающемся в особом внимании и помощи».

В современной системе образования достаточно сложно исследовать проблемы без помощи средств информации в становлении мнения общества относительно таких людей, обладающими равными правами с людьми, без образовательной политики нашей страны, при которой образование действительно включало бы всех [1, с. 10–17].

В конце XX века в Российской Федерации в сфере специального образования произошли явные изменения, относящиеся к новому восприятию детей с ограниченными возможностями здоровья в обществе. В связи с расширением процессов интеграции положительные сдвиги к принятию инвалидов, как детей, так и взрослых, отмечаются в разных слоях нашего населения (пожилых людях, специалистов, интеллигенции, молодежи и др.).

Благодаря интегрированному обучению наибольший интерес уделяют изменению психолого-педагогических особенностей в отношении к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Немало важные особенности имеет и социализация детей с глубокими интеллектуальными и сенсомоторными отклонениями, которые, прежде всего, связаны с лишением личности права выбора, свободы действий, именно это отрицательно сказывается на процессе их социализации.

Совместное обучение преподносит учебный материал в достаточно широком количестве, как здоровым школьникам, так и детям с отклонениями в развитии. Интеграция способствует созданию у здоровых детей терпимости к физическим, эмоциональным и психическим недостаткам сверстников, чувство взаимовыручки, дружелюбию и стремления к сотрудничеству. У обучающихся с ограниченными возможностями в развитии совместное обучение направляет к формированию положительного отношения к сверстникам, обдуманное поведения, наибольшей реализации потенциала развития и обучения.

Действенность интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья во многом зависит от двух значительных факторов:

– толерантности к людям и воспитания её в общеобразовательных организациях, но прежде всего, желания и умения помочь детям в их самореализации;

– достоверности и полноты информированности о проблемах и правовой грамотности в их отношении учителей и обучающихся различных типов образовательных организациях.

Учет данных обстоятельств особенно важен для социальной интеграции и формирования комплексной системы психолого–педагогической и медико–социальной реабилитации и сопровождения обучающихся с нарушениями в развитии.

Следовательно, можно сделать вывод, что: социализации и интеграции учащихся с ограниченными возможностями с позиций потребностей современной гуманистически ориентированной науки и практики является весьма актуальнойпроблема изучения в настоящее время.

Литература:

1. Алферова Г.В. Новые подходы к коррекционно-развивающей работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья // Дефектология. – 2001. – №3. – С. 10-17

2. Самсонова Е.В., Дмитриева Т.П. и др. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях. – М., 2012.

Морозова Ю.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

ОРГАНИЗАЦИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ (МАССОВЫХ) ШКОЛ

В современной педагогике признается уникальность и неповторимость каждого ребенка. Основной задачей образовательного процесса является создание таких условий, при которых учащиеся сумеют полностью раскрыть

свои возможности в обретении знаний и определить линию своей личной и профессиональной судьбы.

В последние годы увеличивается количество детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в общеобразовательной школе. Дети с ограниченными возможностями здоровья зачастую испытывают недоброжелательное отношение как со стороны одноклассников и их родителей, так, к сожалению, и со стороны педагогов.

В связи с этим особую актуальность приобретает вопрос создания таких условий обучения, которые являлись бы комфортными для детей с ограниченными возможностями здоровья и способствовали бы достижению максимального уровня развития, а также социальной реабилитации ребенка и его интеграции в общество.

Можно констатировать тот факт, что на сегодняшний день проблема инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательные учреждения является недостаточно разработанной в теоретическом плане. Отсюда, нерешенными остаются организационные и практические вопросы [3].

Инклюзивное обучение предполагает обеспечение непрерывного сопровождения ребенка в образовательном процессе. По мнению Е. И. Казаковой, под сопровождением, понимается метод, обеспечивающий создание условий для принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора. При этом субъект развития определяется и как развивающийся человек, и как развивающаяся система [4].

Ситуация жизненного выбора – множественные проблемные ситуации, при разрешении которых ребенок учится определять для себя путь возрастающего или регрессивного развития.

Комплексное сопровождение в образовательном учреждении – система профессиональной деятельности «команды» специалистов, которая направлена на оказание медико-психолого-педагогических и социальных условий для успешного обучения и развития каждого ребенка независимо от его умений и эффективности в достижении целей и жизненного опыта, в определенной социальной среде [2].

Комплексное сопровождение в образовательном учреждении включает несколько взаимосвязанных компонентов:

– регулярное отслеживание статуса ребенка в динамике его психического развития;

– создание условий для эффективного психического развития детей в общество;

– систематическая психологическая помощь детям с отклонениями в развитии в виде психологической поддержки, консультирования, психокоррекции;

– систематическая психологическая помощь семье детей с проблемами в развитии;

– организация жизнедеятельности ребенка в социум с учетом их психических и физических возможностей [6].

Цели и задачи сопровождения – это беспрерывное поддержание силами всех специалистов равновесной ситуации между реальными возможностями ребенка и динамическими показателями образовательных воздействий со стороны родителей, педагогов, других субъектов образовательного процесса.

При организации сопровождения следует учитывать следующие закономерности:

– психолого-педагогическое сопровождение является неэффективным, если оно повторяет учебный процесс во всех его проявлениях, не отвечает внутренним потребностям детей;

– дети и взрослые лучше развивают и понимают друг друга, когда все вместе решают значимые задачи;

– педагоги, дети, родители от противостояния приходят к взаимопониманию, если они с уважением относятся друг другу, серьезно подходят к решению жизненных проблем, имеют право и навыки самостоятельного выбора [1].

Организация психолого-педагогического сопровождения может быть представлена следующими этапами:

1) Мотивационный этап – предоставление внешних подходящих ситуаций для реализации процесса поддержания и мотивации будущей деятельности. Применительно к любой категории детей с ОВЗ существенен эмоциональный контакт между взрослым, ребенком и сверстниками, прежде всего между родителями и учителями. От характера сформировавшихся взаимоотношений в триаде учитель-ребенок-родитель зависит дальнейшая психолого-педагогическая работа. Только лишь при обеспечении поддерживающего окружения и скоординированных мероприятий всех участников образовательного процесса вероятно осуществление результативного процесса коррекции в короткие сроки. Мотивационный этап во многом зависим от персональных черт и профессионализма педагога–дефектолога, специального психолога, насколько убедительно они смогут изложить стратегию психолого-педагогического сопровождения. Правильная постановка и объяснение целей и условий предстоящей работы дает высокие результаты для совместной работы. На этом этапе подчеркивается, что участники образовательного процесса обоюдно определяют дальнейший успех ребенка.

2) Ориентировочный этап – определение смысла и сущности предстоящей работы, выработка общего отношения, определение ролей и профессиональных позиций касательно ребёнка, разделение функциональных обязанностей между участниками сопровождения. На этом этапе конкретизируются структурные элементы сопровождения (раскрытие причин затруднений, школьной дезадаптации ребенка; обоснование содержания коррекционно-развивающей работы и форм её реализации; подбор способов организации этого процесса с учётом ресурсов самого

ребенка и возможностей взрослых, участвующих в реализации сопровождения; выясняется мнение родителей о затруднениях ребёнка и ожидаемых результатах). Коррекционно-развивающий процесс будет осуществляться в реальной ситуации обучения ребенка и в процессе специальных занятий.

3) Содержательно-операционный этап – создаются коррекционные программы на диагностической основе применительно к конкретному ребенку по осуществлению конкретных задач. Проводится работа с детьми, учителем-дефектологом, психологом, учителями, родителями в целях их взаимодействия. При необходимости ведется психолого-педагогическая подготовка тех, кто затрудняется в работе.

4) Оценочный этап – охватывает итоговую диагностику, анализ результатов всеми специалистами команды, самоанализ. Учитывается степень удовлетворенности родителей, их рекомендации на будущее. Подведение итогов может послужить основой для дальнейшей работы [7].

Таким образом, основными принципами сопровождения ребенка в условиях жизнедеятельности в образовательном учреждении являются:

1) системность;

2) непрерывность;

3) обеспечение положительного эмоционального самочувствия всех участников образовательного процесса;

4) индивидуальный подход;

5) междисциплинарное взаимодействие в команде специалистов сопровождения.

Существование междисциплинарной команды специалистов в образовательном учреждении является не только одним из основных условий совершенствования педагогического коллектива в направлении развития инклюзивных подходов, но и условием результативной деятельности образовательного учреждения в целом [5].

Итак, ограниченные возможности здоровья различаются у детей разных категорий, поскольку задаются особенностями нарушения психического развития и определяют особую логику построения учебного процесса, находящее свое отражение в структуре и содержании образования.

Литература:

1. Битянова М. Р. Организация психологической работы в школе. – М., 1997. – 298 с.

2. Грибанова Г.В. Руководство по организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) / Г.В. Грибанова // Дефектология : научно-методический журнал / Ред. В.И. Лубовский, А.И. Чайкина. – 2001. – №6 2001. – С. 66-94.

3. Инклюзивное образование. Вып. 1. – М., 2010. – 272 с.

4. Казакова Е.И. Теоретические основы развития общеобразовательной школы (системно-ориентационный подход): автореф. дисс…. канд. пед. наук. – СПб., 1995. – 32 с.

5. Казакова Е.И. Система комплексного сопровождения ребёнка: от концепции к практике // Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребёнка: Матер. Всерос. научн.-практ. конф. – СПб., 1998.

6. Психолого-медико-педагогическое сопровождение ребёнка с ограниченными возможностями здоровья. Методическое пособие / Под общ. ред. Н.А. Заруба. – Кемерово, 2007. – 114 с.

7. Создание и апробация модели психолого–педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. – М., 2012. – 156 с.

Мустафаева А. Г., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Ершова В.В., к.психол.н.

ОСОБЕННОСТИ СЛУХОРЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНЫМИ ИМПЛАНТАМИ

Слуховая функция является важной при процессе ориентации человека в окружающей среде и жизнедеятельности. Развитие слуховых процессов способствуют обогащению словарного запаса, речевому и общему генезу ребенка, а любые возникшие нарушения слухового восприятия ведут непосредственно к невозможности более полного овладения речью, формированию устной речи, в частности, затруднению процесса общения и личностного генеза.

В настоящее время, с развитием и усовершенствованием акустических приборов, основным и наиболее эффективным методом коррекции потери слуха является кохлеарная имплантация, обеспечивающая восстановление порогов слухового восприятия до 40 Дб в соотношении к порогам слышимости. Иными словами встроенное электронное устройство обеспечивает возможность адекватного восприятия речи во всем частном диапазоне.

В связи с успешными операциями и постоянным совершенствованием кохлеарных имплантов, разрабатываются подходы и методы слухоречевой реабилитации, которые освящены в работах: А.Н. Белоконь, М.Р. Богомильский, Н.А. Дайхес, Х.Ш. Давудов, И.В. Дмитриева, О.С. Жукова, О.В. Зонтова, И.В. Королева, А.А. Ланцов, Э.В. Миронова, И.Т. Мухамедов, Т.В. Николаева, Ю.М. Овчинников, Е.А. Огородникова, О.С. Орлова, А.В. Пашков, С.М. Петров, В.И. Пудов, А.Н. Ремизов, Л.И. Руленкова, И.В. Сатаева, Г.А. Таварткиладзе, О.К. Янов и многие другие [1].

По их мнению, особое внимание следует уделять формированию естественного поведения имплантированного, поскольку воспринимаемые звуки образуют общий шумовой поток. Для этого необходимо научить ребенка реагировать на любые звуки адекватно, определять источник звука, соотносить его с ним и действовать с предметом самостоятельно, а также сформировать способность имитировать речевые и неречевые звучания в

ситуации эмоционально общения.

Своевременное определение нарушений слуха, комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение ребенка и успешного проведения операции по вживлению кохлеарного импланта, особую актуальность приобретает на этапе реабилитации ребенка к новым слухоречевым условиям в послеоперационный период.

Процесс реабилитации сложен и развернут во времени, проявляющийся в определенных сдвигах физиологических систем организма и возможности приспособления к условиям учебных нагрузок. Достигнутый реабилитационный эффект и степень напряжения функциональных систем определяются совокупностью биологических свойств организма и факторами учебного процесса, вызывая формирование целостной адаптационной реакции.

Специфические закономерности реабилитации, обусловленные структурой дефекта, возрастными закономерностями развития познавательных процессов и личностных образований, определяют подходы к работе с детьми после кохлеарной имплантации. Пороги слуха у имплантированного ребенка составляет в пределах 25 – 40 Дб, соотносимые с первой степенью тугоухости. Такой порог перцепции затрудняет процесс восприятия окончаний слов, предлогов, приставок, согласных звуков ([п], [т], [ф], [к], [в], [х], [ц]), при обращении шепотом или на большой удаленности от ребенка наблюдается плохая локализация звука в пространстве.

Кохлеарная имплантация сразу же после подключения речевого процессора, по мнению Зонтовой О.В., не дает возможности глухим детям и взрослым дифференцированно различать звуковые сигналы и пользоваться речью в коммуникативных целях [2]. После включения процессора большинство пациентов с нарушениями слуха сообщают, что они слышат даже тихие звуки, но речевые и неречевые звуки сливаются в непрерывно меняющийся шумовой поток. Предупредив о том, что будет произнесено, они не могут узнать на слух знакомые звуки и слова. Многие пациенты говорят о том, что малейшие звуки, отдающиеся в ухе, невозможно различить и понять, все слова и звуки сливаются воедино, хотя и помнят о том, как это должно звучать, но не могут найти соответствия с тем, что слышно.

Особое впечатление на пациентов оказывает восприятие гласных звуков: видя артикуляцию произнесенного звука, воспринимается совершенно другой звук. Например, вместо [и], слышится [у].

Отмечается также несогласованность воспринимаемого речевого материала и артикуляцией по времени: апперцепция происходит с задержкой. Пациент продолжает слышать речь даже тогда, когда прекращается процесс говорения, т.е. звук отстает от артикуляции говорящего.

К просодическим характеристикам восприятия речи относят то, что многие пациенты не могут отличить мужской голос от женского, не различают интонацию, все голоса звучат очень «высоко, напоминая голоса мультипликацитонных героев или же с металлическим оттенком».

Все эти особенности указывают на то, что коммуникативные умения формируются на основе функционирования мозга, реализовывая интегративные системы, в процессе использования языковых средств и порождения речи [4].

Воспринимаемые и передаваемые кохлеарным имплантом речевые и неречевые звуки в слуховую систему отличаются от воспринимаемых звуковых колебаний нормально функционирующей улитки: кохлеарный имплант слабо функционирует и преобразовывает звуковые колебания в импульс и приводит к более медленной обработке звуковой информации, в отличие от преобразующих волосков здоровой улитки.

Королева И.В. выявила, что особенностями восприятия речи и звуков ребенка с кохлеарным имплантом проявляются в следующем [3]:

– окружающие шумы и процесс реверберации очень мешают узнавать и запоминать речь и звуки среды: гладкие стены и пол, мало мебели к комнате, отсутствие занавесок и т.п.;

– несформированность слуховых центров мозга оказывают сложности при запоминании и воспроизведении новых понятий, концентрации внимания;

– при нахождении говорящего с противоположной стороны от импланта или на большом расстоянии, либо речь обращена к другому человеку, то внимание ребенка не фиксируется;

– наблюдается неразборчивость восприятия при монотонной, не интонированной речи или при незнакомом голосе;

– билингвизм.

Все перечисленные и многие другие особенности детей с кохлеарным имплантом в звуковосприятии и звуковоспроизведении речи обусловлены тем, что их речь имеет некую специфику: напевная, замедленная, с короткими простыми фразами и многочисленными повторами.

На процесс успешной реабилитации ребенка с КИ играют родители. Многие исследования на послеоперационном этапе показали, что серьезный и правильный подход к развитию своего ребенка, позволили сформировать у него адекватное слуховое восприятие речевых и неречевых звучаний: реагирование на музыку, ритм, исходящий от звучания, звуки речи, выполнение простых просьб с обращением внимания на собеседника, понимание обращенной речи с интонационной окраской. Немногим детям также удается воспринимать свободно бытовые звуки, понимать беглую речь, даже если собственная речь состоит из простых фраз с использованием предметных обозначений или действий с ними. В основном такие успехи наблюдаются при проведении операции на долингвиальном этапе, т.е. до процесса формирования речи.

В своих исследованиях Зонтова О.В. отмечает, что использование ребенком кохлеарного импланта от двух и более лет способствует процессу понимания речи на слух в пределах активного словаря, обретают способность выражать свои мысли, просьбы, потребности словесно, используя

правильные грамматические единицы с небольшими аграматизмами [2].

Учитывая то, что получаемая информация ребенком через кохлеарный имплант искажается, что в свою очередь, требует от ребенка напряжения и затраты сил для восприятия речи, необходимо создать такие условия, чтобы он мог в полной мере воспринять, запомнить и дифференцировать всю лингвистическую основу речевых сигналов в окружающей среде.

Для того чтобы ребенок с КИ мог адекватно и правильно воспринимать и запоминать речь и звуки окружающего мира, по мнению Королевой И.В. необходимо обеспечить оптимальные условия реабилитации к новой слухоречевой среде [4]:

1. Во время обучения исключить шумы, которые создают помехи в звуковом потоке, для правильного восприятия несущей информации.

2. Необходимо находиться рядом с имплантированным ухом на расстоянии до 1 метра, либо перед ним, и главное привлечь его внимание.

3. Говорить с ребенком следует чуть медленнее обычного естественной речью, используя простые короткие фразы, выделяя интонацией ключевые слова, тихие части слов: предлоги, окончания и т.п.

4. Формировать способность к дифференцированию звуков в пространстве и стимулировать ребенка к попыткам использования речи как средства общения.

5. Определить ведущую языковую систему в условиях билингвизма для эффективного приспособления ребенка с КИ к новым слухоречевым условиям.

При создании оптимальных условий развития создается возможность для ребенка с КИ свободно воспринимать речь на слух или на зрительно–слуховой основе, позволяющие обеспечить формирование и развитие речи в соответствии с возрастом, обрести возможность к внятной, членораздельной устной речи. Нормализация речевой функции позволяет активизировать коммуникативные умения в процессе общения со сверстниками и дает возможность успешной интеграции и социализации.

Все перечисленные и многие другие показатели свидетельствуют о том, что у ребенка происходит реконструкция коммуникации и взаимодействия с окружающей средой, связанные с новыми слуховыми возможностями. Появление устойчивого интереса к новым звучаниям, развитие эмоционального общения родителей с ребенком создают основу для слухоречевого генеза, в которой главной основой выступает формирование потребности в речевом общении и овладение пониманием и самостоятельным использованием речи.

Литература:

1. Ершова В.В. Психология детей с нарушениями слуха.– Ставрополь, 2013. – 156 с.

2. Зонтова О.В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации. – СПб., 2007.

3. Королева И.В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых.

СПб., 2009. – 752 с.

4. Королева И.В. Кохлеарная имплантация и дети. Все самое важное для родителей. – СПб., 2010. – 208 с.

5. Нейман Л.В. Слуховая функция тугоухих и глухонемых детей. – М.. 1961.

Муха А.О., Афанасьева С.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Попова М.Р., ассистент

СПЕЦИФИКА ПРОФИЛАКТИКИ КОНФЛИКТОВ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Часто проблемы семей, которые имеют и воспитывают детей с ограниченными возможностями здоровья, в нашей стране рассматривались исключительно через особые проблемы своего ребенка. Ограничение в работе с родителями заключается только в консультациях по поводу развития и обучения ребенка, но при этом упускается из виду очень серьезный аспект – эмоциональное состояние самих родителей. Для многих родителей детей с ОВЗ характерна особая ранимость и ощущение себя изгоями в обществе. Общество, к сожалению, не всегда толерантно относится не только к самим детям с особыми образовательными потребностями, но и к их родителям. Поэтому для них необходимо найти людей, которые поняли бы их проблемы, не осудили и поддержали, отнеслись бы к ним без негативизма. Беседы с различными специалистами (воспитателями, дефектологом, социальным педагогом и психологом) – это одна из основных возможностей, которая помогает решить возникшие проблемы, преодолеть негативное восприятие, стабилизировать нервную систему, получить ответы на самые сложные вопросы [2].

При работе с такими семьями можно выделить основные виды профилактики:

– формирование позитивной самооценки родителей, снятие тревожности;

– развитие умений самоанализа и преодоления психологических барьеров;

– развитие детско-родительских отношений;

– совершенствование коммуникативных форм поведения;

– формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

В ходе индивидуальных консультаций родителям детей с ОВЗ предоставляется определенная информация о возможностях психологической разгрузки и снижении уровня эмоциональных переживаний, связанных с особым выполнением роли родителя ребенка [1].

Очень часто родители полностью категорично отрицают диагноз и завышают требования к ребенку, в конечном итоге результат не оправдывает ожиданий родителей, возникают конфликты.

Иногда получается, что в основе таких проблем лежит внутренний страх, неуверенность, поэтому работа с родителями таких детей ведется очень деликатно и долговременно.

В таких семьях, где воспитывается ребенок с особыми образовательными потребностями, зачастую возникают конфликты, осложняются отношения между супругами, родственниками, что болезненно сказывается на эмоциональном состоянии ребенка. При работе с такими родителями необходимо устранить проблему, стабилизируя детско-родительские отношения.

Неоднократный опыт показывает, что всем семьям, имеющим ребенка с ОВЗ, требуется социально-психологическая поддержка. Необходимо, предусмотреть, чтобы родители не оставались один на один со своей бедой. Очень важно, чтобы семья не стеснялась своего ребёнка и уделяла ему как можно больше внимания. При благополучной семейной атмосфере, доброжелательное отношение к ребенку сохраняется [1].

Воспитывая ребенка с нарушениями в развитии в первую очередь требуются от родителей большие физические и духовные силы, поэтому взрослым необходимо сохранить физическое здоровье и душевное равновесие и оптимизм. От того, насколько хорошо в дальнейшем поведут себя родители, во многом будет зависеть судьба их ребенка и самой семьи. Считается, что наилучшим способом помощи детям с ОВЗ – является помощь их родителям.

Дети, которые имеют проблемы в развитии являются наиболее сложной и разнообразной группой. Различные нарушения развития у таких детей по-разному могут, отражаются на формировании их социальных связей. У родителей является особой необходимостью формировать правильное понимание закономерностей развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Особое понимание родителями причин отклонения от нормального развития ребенка, а также возможных последствий, является необходимым условием для правильно организованного воспитания ребенка.

Помощь таким детям, требует социально-педагогической поддержки их семей. Воспитание и развитие ребенка в огромной степени зависит от семейного благополучия, участия родителей в его физическом и духовном состоянии, правильности воспитательных действий [2, с. 83].

Выделяют некоторые формы отношения родителей к своим детям, имеющим проблемы в развитии:

1. Родители не редко могут стесняться неполноценности своего ребенка, в таких случаях наблюдается гиперопека, прячут от людей, не посещают общественные места, лишая его жизненных впечатлений. Развитие ребенка проходит медленно, он не спокоен, замкнут и не уверен в себе.

2. Ошибка родителей состоит в том, что они считают себя виновными в состоянии ребенка, часто добиваются проведения самых неразумных методов «лечения», этим самым они не только не приносят ребёнку никакой пользы, но и очень расстраивают его.

3. Родители думают, что состояние их ребёнка безнадежно, исходя из этого, проявляется снижение каких-либо знаков внимания, заботы и любви. Не редко такие родители отдают ребёнка на попечение государства. Оставаясь же в семье ребенка или обижают, или перестают уделять внимание, формируя у ребенка негативизм и подавленное состояние

4. Многие родители не могут принять неполноценность своего ребенка, отсюда следует, что они не хотят замечать его недостатков, часто предъявляют ему слишком высокие требования. Такое давление вызывает у ребенка упрямство и раздражительность.

5. Часто родители полностью принимают недостатки своего ребенка такими, какие они есть. Не сужают круг его общения. Ребенок уверенный, счастливый и воспринимает себя так же как и его сверстники.

По мнению многих родителей, основную роль в преодолении нарушений в развитии играет медикаментозному лечение. Но немаловажно помнить, что оно является эффективным только при проведении качественной коррекционной работы и правильном семейном воспитании [3, с. 124].

Существует ряд условий, при соблюдении которых можно достигнуть высокого уровня развития ребёнка, к ним относят:

– раннее начало коррекционной работы,

– благоприятная семейная обстановка,

– взаимодействие детского сада с семьей,

– медицинское сопровождение.

Чтобы полноценно воспитать такого ребёнка в семье нужно соблюдать основные принципы коррекционной работы. Теплые отношения в семье учет различных возрастных особенностей ребенка с ОВЗ в процессе воспитания и обучения, стремление к созданию благоприятной психологической атмосферы в семье положительно влияет на психическое и социальное здоровье ребенка.

Семья становится «особой», если в ней рождается ребенок с ограниченными возможностями здоровья. Она имеет много своих особенностей, так как находится в другом положении в обществе, чем семья обычного здорового ребенка. Это накладывает значительный отпечаток на психологические проблемы и типы семейного воспитания.

Гармоничность в такой семье зависит от успешности решений этих проблем. Психолого–педагогическая и медико–социальная помощь ребенку является наиболее значимой для социальной адаптации детей с ОВЗ. Только при помощи совместных усилий специалистов и родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, и готовности социума к оказанию поддержки таким семьям, возможно достичь такого качества жизни, при котором они смогут чувствовать себя полноценной частью нашего общества [3].

Литература:

1. Госпорьян А., Новикова М. Тенденции развития семьи в России // Социальное обеспечение. – 2005. – № 24. – С. 4-7.

2. Гуров В.Н. Социальная работа образовательных учреждений с семьей. – М., 2005.
3. Сатир В. Психотерапия семьи. – М., 2010.

Пименова Е.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Шведенко Ю.В., к.психол.н.

РОЛЬ ПРОСТРАНСТВЕННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ СРЕДЫ В СОЗДАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РЕБЁНКА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Не маловажной задачей дошкольного образовательного учреждения является осмысление особенностей пространственно-развивающей среды. Такая среда должна через своё содержание и свойства обеспечить творческую деятельность ребёнка с нарушением слуха, а именно, активного взаимодействия ребёнка с окружающим его миром, где происходит развитие и совершенствование психических процессов, пополнение и усложнение форм познания, постепенное усвоение социального опыта [3].

Понятие «среда» имеет много трактовок. Многие учёные предлагают более широкие определения данного понятия, включая в него всё то, среди чего пребывает ребёнок и посредством чего он реализует себя в обществе как личность.

Р.С. Немов рассуждает о среде, как о совокупности внешних условий, факторов и объектов, среди которых рождается, живёт и развивается организм.

По мнению Л.С. Выготского «среда» выступает в отношении развития высших специфических для человека свойств и форм деятельности в качестве источников развития, т.е. взаимодействие со средой является источником того, что у ребёнка возникают эти свойства [1].

Исследуя среду, учёные по-разному определяли её воспитательный потенциал:

– среда, включающая нравственно-эстетические ценности даёт способ жить и развиваться, создаёт мир заново, в ней есть сила и действие (В.С. Библер);

– среда создает отношение к базовым ценностям, способствует более глубокому усвоению социального опыта и приобретению необходимых для жизни качеств (Н.В. Гусева, Л. П. Буева);

– представляет целостную социокультурную систему, которая способствует рассмотрению новых культурных ценностей, стимулируя групповой интерес, усиливая взаимоотношения (Ю.Г. Волков, В.С. Поликарпов);

– является способом трансляции внешних отношений во внутреннюю структуру личности (В.А. Мудрик);

– окружает, принизывает, завлекает в орбиту деятельности субъекта, удовлетворяя его потребности (В.А. Нечаев).

Важную роль при изучении пространственно-развивающей среды и влиянии среды на личность психологии механизмов воздействия среды, роль отводят «социальной ситуации развития».

Л.С. Выготский под этим подразумевает своеобразие, соответствующее возрасту неповторимое отношение между ребёнком и окружающим его миром [2].

Пространственно-развивающая среда это и есть психологическая реальность, которая содержит специальные условия для формирования личности, а так же возможности для развития, включённые в социальное окружение. Психологическая сущность реальности – совокупность коммуникативных актов и взаимоотношений участников учебно–воспитательного процесса. Данная реальность возможна только через систему отношений участвующих в ней субъектов.

Создание пространственно-развивающей среды приобретает особое значение при формировании высших психических функций у ребёнка с нарушением слуха.

Среда становится одним из основных средств развития личности ребёнка, источником его индивидуальных знаний, социальных навыков. Представление о пространственно-развивающей среде как системном образовании базируется на анализе результатов развивающего воздействия на ребёнка с нарушением слуха, к которому можно отнести такие, как развитие потребности личности в самопознании, формировании когнитивно-моторных способностей, связанных с самоактуализацией и самореализацией, ощущения собственной ценности, системы средств познания мира.

Пространственно-развивающая среда детей с нарушением слуха активизирует тенденции (всеобщности, доступности), не оставляя, однако, без внимания и вопросы индивидуального, личностного подхода к каждому ребёнку в коллективе. Все изменения психологического содержания деятельности относимы с возрастом, имеют ярко выраженную иерархию пространственно-развивающей среды. Соответствию возрасту – одно из значимых и в то же время сложно выполнимых условий. Связано это с тем, что материалы, сложность и доступность их содержания должны соответствовать сегодняшним закономерностям и особенностям развития детей данного конкретного возраста и учитывать те особенности зон психологического развития, которые характерны данному возрасту.

В связи с этим можно рекомендовать ориентироваться на такие показатели соответствия пространственно-развивающей среды возрасту детей:

личностное развитие; умственное развитие; эстетическое развитие; развитие детской деятельности.

Социальное развитие детей с нарушением слуха – это многогранный процесс, предполагающий присвоение культурных, а также нравственных ценностей общества, определяющих взаимоотношения с другими детьми,

развитие самосознания, формирование личностных качеств осознание своего места в обществе.

Формирование взаимодействия и общение ребёнка со взрослыми относится к важнейшему источнику психического развития дошкольника.

В дошкольном учреждении ведущая роль в организации межличностного общения детей с нарушением слуха старшего дошкольного возраста принадлежит взрослым.

Основным условием взаимодействия взрослых с детьми дошкольного возраста: развитие интереса, создание комфорта (эмоционального). Необходимо развивать интерес, сотрудничество со взрослыми (доверие ко взрослому). Психологи стремятся обеспечить эмоциональный комфорт детей в группе.

Формирование отношения ребёнка к окружающему миру связано с усвоением знаний об общественной жизни, труде и деятельности взрослых, отношения между взрослыми и детьми.

Умственное развитие детей с нарушением слуха старшего дошкольного возраста связанно с обогащением речи. Важное условие: введение новой информации в деятельность ребенка, наличие у детей интереса к предметам и явлениям.

В процессе целенаправленного воздействия формируется личность дошкольника с нарушением речи. Игровая деятельность – ведущая деятельность в дошкольном возрасте.

Ребенок проводит много времени в детском саду. В детском саду ребёнок получает: удовлетворение всех своих духовных потребностей (потребность в художественной деятельности).

Чтобы развивать творческую инициативу ребёнка с нарушением слуха надо использовать свободные игры (развивая воображение, мышление). Вовремя этих игр дети сами выбирают, планируют и организуют деятельность, самостоятельность. Происходит развитие эстетических суждений, самовыражение.

Главное в этой деятельности – ориентир на возраст ребенка. Развивающая среда в изобразительной деятельности размещается в любом удобном для ребёнка месте.

Важнейшим условием эстетического развития детей с нарушением слуха – среда, которая окружает детей. У детей дошкольного возраста эстетическое отношение характеризуется эмоциональным откликом, особенно на все яркое. Взрослые привлекают разные виды чувствительности, что обогащает сенсорную культуру ребёнка.

Большое место в развитии эстетических представлений детей с нарушением слуха имеет игра-драматизация. Начальное эмоциональное, яркое рассказывание сказки психологом, закрепляемое действиями кукольного театра, иллюстрациями производит на детей впечатление. В процессе проведения демонстраций дети овладевают образным поведением, которое они могут перенести в пространственно-развивающую среду [4].

Красочная организация интерьера дошкольных образовательных учреждений активно воздействуют на ребёнка: положительно влияют на его развитие, самочувствие, в том числе и психологическое или становятся преградой, мешающий ребёнку проявить творческую инициативу, может негативно сказаться на процессе обучения.

Если правильно подобрано цветовое оформление, дети с нарушением слуха используют большой эмоциональный подъём от активного участия в празднике, чувствуют ответственность за свои выступления, переживают другим детям [1].

Прогулка при правильной психологической организации может быть одной из форм эстетического развития дошкольников.

Чтобы определить цели и задачи на будущее и достигнуть положительных результатов, нужно критично оценивать свою пространственно–развивающую среду.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Анализируя многочисленные определения понятия среда, говорит о его ёмкости, которое включат в себя всё то, среди чего пребывает ребёнок и посредством чего они реализуют себя как личность.

Пространственно-развивающая среда – психологическая реальность, содержащая реальность, содержащая условия для установления личности. Пространственно-развивающей среды рассматривается с позиции её функций организационной, воспитательной, развивающей.

Пространственно-развивающая среда для детей с нарушением речи дошкольного возраста опирается на следующие показатели: личностное развитие, умственное развитие, эстетическое развитие, развитие деятельности детей с нарушением слуха.

Литература:

1. Головчиц Л.А. Игра в жизни детей с нарушениями слуха // Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л.П. Носковой. – М., 1993.

2. Данилова Т.А. В мире детских эмоций.– М., 2004. – 160 с.

3. Миронова Э.В., Шматко Н.Д. Интеграция детей с нарушенным слухом в дошкольные учреждения общего типа // Дефектология. – 1995. – № 4. – С.66-74

4. Развитие детей с нарушениями слуха во внеурочной деятельности / Под ред. Е.Г. Речицкой. – М., 2005.

Плотникова А.С., г. Ессентуки, ГБОУ ВПО СГПИ филиал в г. Ессентуки

Научный руководитель: Кузьмина А.Б., ст. преподаватель

МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Право на качественное образование – одно из самых значительных прав человека современности, поскольку находится в тесной связи с правами

человека на развитие своих способностей и правом на будущее. Актуальность выбранной нами темы объясняется тем, что современные реалии нашей действительности диктуют необходимость обеспечения безусловной доступности образования для всех членов общества, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Мы полагаем, что развитие инклюзивного образования, можно считать отправной точкой для реализации данного права.

Развитие в нашей стране процесса включения (инклюзии) детей с ограниченными возможностями здоровья в среду обычных сверстников является не только отражением времени, но и представляет собой реализацию прав детей на получение образования. В связи с этим повышается значимость комплексного сопровождения в условиях интегрированного (инклюзивного) образования детей с проблемами в развитии [2].

Мы считаем, что в структуре комплексного сопровождения детей с ОВЗ основополагающая роль должна быть отведена такой форме работы, как психологическое сопровождение. Психологическое сопровождение – это система профессиональной деятельности педагога-психолога, направленная на создание оптимальных условий для успешного обучения, развития и социализации ребенка.

Основные задачи, которые решает педагог-психолог в процессе индивидуально-ориентированного сопровождения детей группы риска, следующие: выявление неблагополучных семей, способных принять социально-психологическую помощь, определение причин семейного неблагополучия, планирование и проведение с ними работы; содействие созданию в школе обстановки психологического комфорта и безопасности личности учащегося; помощь в решении личностных трудностей и проблем социализации, в построении конструктивных отношений с родителями и сверстниками; предоставление ребенку реальных возможностей самоутверждения в наиболее значимых для него сферах жизнедеятельности, где в максимальной степени раскрываются его способности и возможности (средствами индивидуальной и групповой коррекционно-развивающей работы, консультативной помощи) и т.д. [1].

Анализируя все выше сказанное, мы сделали попытку разработать систему психологического сопровождения детей с проблемами в развитии.

Разработанная нами система представлена в виде модели, включающей ряд взаимосвязанных звеньев: цель, задачи сопровождения, направления, блоки работы и критерии эффективности.

При создании данной модели, мы пытались ответить на вопрос: «Какие должны быть созданы психолого-педагогические условия в образовательной среде, которые бы способствовали «безбарьерной» адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья», что и определило цель нашей модели. Цель психологического сопровождения – проведение комплекса

психологических мероприятий, направленных на создание условий, способствующих социализации детей с ОВЗ в общей образовательной школе.

Для успешной реализации обозначенной цели необходимо решить следующие задачи: предупреждение возникновения проблем развития ребенка; помощь (содействие) ребенку в решении актуальных задач развития, обучения, социализации: учебные трудности, проблемы с выбором образовательного и профессионального маршрута, нарушения эмоционально–волевой сферы, проблемы взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями; психологическое обеспечение образовательных программ; развитие психолого-педагогической компетентности (психологической культуры) учащихся, родителей, педагогов.

Решение выше перечисленных задач должно осуществляться в рамках работы трех направлений: с самими детьми с ОВЗ, с их родителями (семьей) и с педагогами.

Работа с детьми должна быть была направлена на оказание «прицельной» психологической помощи детям с проблемами в развитии. Основной целью такой работы является создание комплексной системы психолого-педагогических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме.

Работа с родителями и педагогами имеет цель сформировать у родителей и педагогов психологические знания по вопросам психологии детей с ОВЗ и по способам конструктивного взаимодействия с такими детьми.

Актуальность работы с родителями и педагогами обусловлена тем, что дети с ОВЗ, как и все люди, не являются изолированными индивидами, они взаимодействуют с социальной средой, и, в частности, с ближайшим своим окружением – родителями и педагогами. Правильно построенное такое взаимодействие, по нашему убеждению, может послужить одной из причин, способствующих успешной адаптации детей с проблемами в развитии в образовательной среде и в социуме. И в соответствии с ним мы считаем, что будет целесообразно работать не только с детьми, но и с их родителями и педагогами.

Для реализации вышеназванных направлений, в модель системы психологического сопровождения детей с ОВЗ были включены такие блоки, как: психологическая профилактика, психологическая диагностика, психологическое просвещение, психологическая коррекция и индивидуальное психологическое консультирование. Эти блоки представляют собой психологические направления работы школьного психолога. Их суть заключается в том, чтобы максимально с использованием различных психологических методов, приемов и техник оказать помощь детям с ОВЗ, педагогам и родителям в решении имеющейся проблемы.

В основу данной модели был заложен принцип целостности. Этот принцип основан на том, что работа системы психологического

сопровождения детей с ОВЗ строится с учетом активного привлечения ближайшего социального окружения.

Дополнительными принципами такой системы стали: принцип конструктивности, принцип учета возрастно-психологических особенностей детей и принцип экологичности.

Введение принципа конструктивности было обусловлено тем, что система психологического сопровождения ориентирована не на выявление ошибок и нарушений, повлекших у детей отклонения в развитии, а на поиск внутренних и внешних ресурсов, способствующих их адаптации [4].

Принцип учета возрастно-психологических особенностей был введен с целью учета психического и личностного развития детей. Этот принцип позволил учитывать не только важность формирования у детей саморазвития, но и необходимость развивать способность к эффективному взаимодействию с другими людьми [3].

Принцип экологичности в нашем случае был использован при выборе психологических блоков работы. Этот принцип основывается на том, что модель психологического сопровождения детей с ОВЗ должна строиться на неманипулятивных и ненасильственных способах работы, обеспечивающих безопасную психологическую атмосферу для всех участников системы сопровождения [4].

Опишем содержание основных блоков разработанной нами модели.

Психологическая профилактика в модели представляет одно из важных психологических мероприятий направленных на создание условий способствующих адаптации детей с ОВЗ и саморазвитию.

Психологическая диагностика как специально организованная целенаправленная деятельность психолога в модели направлена на: 1) отбор проблемных детей нуждающихся в психологическом сопровождении; 2) оценивание эффективности проводимой психологической работы с детьми с ОВЗ; 3) выбор оптимальных средств и способов в проведении психологической профилактики.

Психологическое просвещение, проводимое в форме бесед и лекций, призвано: 1) доступно разъяснить педагогам и родителям источники и причины психологических трудностей детей с ОВЗ; 2) обсудить с педагогами, родителями и проблему инклюзивного образования и ценности данного феномена в обществе; 3) мотивировать детей с ОВЗ на активную работу в тренинге и работу над собой.

Психологическая коррекция, проводимая в форме тренинга, в модели представила собой активную деятельность психолога по формированию стремления к саморазвитию. Этот вид работы позволил реализовать на практике необходимые психологические условия, благоприятствующие развитию у подростков способности к самопознанию, формированию навыков уверенного поведения и уверенности в себе.

Модель системы психологического сопровождения детей с ОВЗ также предполагает возможность пройти психологическое консультирование – это

еще один важный вид деятельности в работе психолога, способствующий успешной адаптации детей с проблемами в развитии, помощи родителям и педагогам в организации взаимодействиями с проблемными детьми.

Литература:

1. Загуменнов Ю.Л. Инклюзивное образование: создание равных возможностей для всех учащихся // Минская школа сегодня. – 2008. – № 6. – С. 3-6.

2. Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей–инвалидов в современной России // Саратов. – 2003. – 255 с.

3. Осипова А.А. Общая психокоррекция. – М., 2002. – 510 с.

4. Педагогическая психология / Под ред. Н.В. Клюевой. – М., 2003. – 400 с.

Свириденко Е.М., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Демиденко О.П., к.пед.н.

СКАЗКОТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Вопрос организации ранней медико-психолого-педагогической помощи детям с ОВЗ сегодня является очень актуальным. Это определено возрастанием количества новорожденных с проблемами здоровья.

Отяжеляющий фактор – позднее включение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в систему коррекции и психолого-педагогической диагностики.

Организация внутреннего мира ребенка с ОВЗ сложна и многообразна. Чтобы помочь этим детям познать свое Я, раскрыть его и полноценно существовать и взаимодействовать в социальной среде, психологи системы образования в настоящее время широко используют креативные методики в коррекционной работе, а именно, технологии арт-терапии.

Арттерапия – это совокупность психокоррекционных методик, которые различаются и имеют особенности, определяющиеся как принадлежностью к конкретному виду искусства, так и направлением, технологией психокоррекционного лечебного применения.

В психокоррекционной работе арт-терапия рассматривается педагогами и психологами как система методик, созданных на использовании различных видов искусства в необычной символической форме, позволяющих при помощи стимулирования творческих действий ребенка выполнить коррекцию поведенческих и психоэмоциональных, а также других проблем личностного развития.

Суть арт-терапии заключается в коррекционном и терапевтическом действии искусства на ребёнка, которое обнаруживается в:

– восстановлении психотравмирующей обстановки за счет художественно-творческой креативной деятельности;

– актуализации волнений с выведением их во внешнюю форму через конкретный продукт художественной деятельности;

– выработке новых, эмоционально позитивных эмоций, их накоплении;

– актуализации творческих потребностей и их творческом самовыражении.

Сказкотерапия – это одна из широко распространённых форм арт-терапии.

Следует отметить, что чем раньше приступают к психокоррекционному лечению ребёнка с ОВЗ, тем больше шансов на успех. С двух лет детей с ОВЗ можно лечить, воспитывать, развивать при помощи сказкотерапии.

Ознакомление со сказкой начинается с первых лет жизни ребёнка. Он слушает сказки и учится родной речи. Чем старше становиться ребёнок, тем больше ощущает красоту и точность строения речи. Сказки поддерживают воспитание глубины ощущений и эмоциональной чуткости ребёнка. Сопереживая, он инстинктивно при помощи чувств постигает то, что осмыслить разумом ему удаётся не всегда. Память чувств одна из самых сильных и остаётся с ребёнком на всю жизнь. С устойчивыми во все века эталонами добра и зла знакомит детей именно сказка, но не в наставительной форме, а так что ребёнок понимает сам, что плохо, а что хорошо. С поступками приглянувшихся героев сказки ребёнок может сверять свои поступки. На образцах сказочных героев формируют такие значимые качества, как жизнерадостность, вера в свои силы, целеустремлённость, ответственность, смелость, честность, доброта, заботливость и др. Сказки также развивают фантазию, воображение, учат мыслить логически. Детские фантазии одно из необходимых условий гармоничного развития личности ребёнка, залог его внутреннего благополучия. Сказочные сюжеты не только учат, воспитывают, но и лечат. Именно это является необходимым для детей с ОВЗ. Детские психологи говорят о том, что сказка помогает справляться ребёнку со стрессовыми нагрузками. Проигрывание сказочных сюжетов, особенно конфликтных, содействует решению противоречивых вопросов, которые порой выглядят для детей неразрешимыми.

Сказки достаточно легко вводятся в различные образовательные программы, не изменяя их содержания, поэтому сказкотерапия является эффективной и в обучении детей с ОВЗ.

Сюжеты сказок смоделированы на собственное поведение и обыденные ситуации в жизни ребенка, следовательно, ребенок с психологом с помощью сказкотерапии находит и преодолевает свои проблемы в поведенческой, эмоциональной, коммуникативной сфере. Сказки может сочинять сам ребенок или составлять их вместе с психологом. Запечатление сказки в форме рисунка или составления текста, а также беседа по сказке помогают лучше понять и запомнить содержание, что обеспечивает больший психотерапевтический эффект. Тексты сказок пополняют словарный запас,

учат находить причинно-следственные связи, положительно воздействуют на формирование и развитие речи ребенка.

Сказка во множественных проявлениях используется в педагогике и психологии и развивает все стороны личности ребенка, раскрывает его индивидуальность. Дети с ОВЗ отличаются особенностями восприятия и воспроизведения, а значит, не способны овладевать учебным материалом на уровне нормально развивающихся детей. Несмотря на это, эти дети очень тонко воспринимают эмоциональный фон и замысел сказки, характер и взаимоотношения героев, образы добра и зла в сказочном сюжете. Следовательно, задачи коррекции развития личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, безусловно, могут быть решены при помощи сказкотерапии.

Шавлова Д.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Гостунская Я.И., к.психол.н.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОРОЛЕВЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ПОДРОСТКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В последние годы в зарубежной, а также в отечественной психологии увеличился интерес к такой проблеме, как формирование полоролевой идентичности. Проблема полоролевой идентичности, включающая в себя вопросы формирования психологического пола, психологических половых различий и полоролевой дифференциации – одна из важных и актуальных проблем в современной психологии.

Достаточно спорный и сложный процесс формирования полоролевых представлений у подростков, так как, обнаруживается большое несовпадение традиционных и реальных представлений, а также имеет место разнонаправленность представлений девочек и мальчиков, что в дальнейшем может затруднять их взаимоотношения между собой.

Особое место в исследованиях предоставляется изучению особенностей становления половой идентичности у детей, лишенных родительского попечительства (М. Лангмейер, З. Матейчек; В.С. Мухина; А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых; Т.И. Юферева). Существуют различные аспекты данной проблемы: нарушение условий формирования половой идентичности у детей дошкольного возраста в условиях депривации, приводящих к ограниченным ориентациям на пол, к искаженному эмоционально–оценочному отношению к телу (С.Б. Данилюк); упрощение, недифференцированность полоролевых представлений и несоответствие поведенческого репертуара традиционным моделям полоролевого поведения у старших подростков, воспитывающихся в условиях депривации (Н.Н. Крыгина); зависимость развития самопринятия от процесса идентификации с другими людьми у детей в семейной ситуации развития и в условиях детского дома (Н.К. Радина), обусловленность сексуальных отклонений в поведении детей из учреждений интернатного типа нарушениями процесса половой идентификации (А.А. Аладьин, И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова).

Однако на сегодняшний день проблема половой идентичности и полоролевых представлений ребёнка в специальной психологии почти не обозначена и на данный момент, описывается лишь в нескольких работах, предметом изучения которых являются особенности отдельных пунктов личностного развития детей и подростков различного генеза с учётом их половой принадлежности (Н.В.Заиграева, И.А.Коробейников, 2007; В.Л.Кокоренко, 1997; О.Г.Нугаева, 2003; Т.П.Павленко, 2009; Н.С.Уллубиева, 2005; У.В.Ульенкова, Е.В.Самойленко, 2006 и др.). Следует учитывать тот факт, что очень малое количество в современной, а также и специальной психологии комплексных теоретико-экспериментальных разработок, обозначающих суть, содержание, специфику важного процесса становления половой идентичности и в целом представлений подростков с нарушением интеллекта, отслеживающих общие и специфические закономерности данного процесса в сравнении со сверстниками с нормальным психическим развитием.

Своеобразие индивидуального развития детей с интеллектуальной недостаточностью состоит в том, что развитие их психики затруднено, неблагоприятными факторами, включающие в себя внешние и внутренние. Главными из этих факторов являются: слабая любознательность и замедленная обучаемость ребенка, также его плохая восприимчивость ко всему новому. Эти признаки являются внутренними, биологическими признаками интеллектуальной недостаточности. Из-за этого такие дети не включены в детский коллектив, пропускают два важнейших этапа психического развития (овладение предметными действиями и ролевой игрой). Вторично у них наблюдается неполное развитие всех высших психических функций (мышления, памяти, внимания и т.д.).

Половые сексуальные потребности и интересы у большинства детей с интеллектуальной недостаточностью пробуждаются преждевременно, чаще всего в подростковом возрасте. Чаще всего они оказываются рано возникшими, а также извращенными вследствие наличия неправильных воздействий или примеров окружающих их людей, старших юношей и девушек, родителей. Однажды возникнув, они приобретают очень большую побудительную силу. Духовные потребности мало развиты у этих детей, также отсутствует личностная оценка переживаний и действий. Подверженность подростка с интеллектуальной недостаточностью такого рода преждевременным сексуальным устремлениям негативно влияет на весь ход его психического развития. Интеллектуальная недостаточность препятствует возможности самостоятельного приобретения полоролевых и гендерных представлений, поэтому у части детей и подростков они неполноценны, недифференцированны или искажены (Е.Н. Денисова, Е.А. Морщинина)

Работы Е.Н.Денисова, Е.А. Морщинина, содержат, главным образом, сведения о несформированности у этих подростков адекватных

представлений о будущей семейной жизни и о несформированности половых представлений.

У детей с интеллектуальной недостаточностью ограниченное взаимодействие с окружающим миром вследствие дефекта сказывается на восприятии и усвоении полоролевых образцов, транслируемых окружающими. Важным социальным институтом в формировании полоролевой идентификации у таких детей будет выступать семья, при легкой степени интеллектуальной недостаточности. Именно в семье для таких детей идет усвоение полоролевых стереотипов, половых ролей, полоролевого поведения, что в итоге завершается принятием одного из типов полоролевой идентификации. Сложность может вызвать не только ограничение в общении с членами семьи или со сверстниками, но и переживанием требований общества, предъявляемых к гендерной роли и с последующим появлением у подростка внутренней тревожности, связанной с неуверенностью в своих возможностях реализации полоролевого поведения, вследствие своего данного дефекта [5].

Как отмечает Л.М.Шипицына (2005) у подростков с интеллектуальной недостаточностью, особенно с глубоким нарушением интеллекта отмечается недостаточная сформированность полоролевого поведения в целом. На актуальность этой проблемы указывает необходимость адекватного решения вопросов полового воспитания подростков с интеллектуальной недостаточностью, проживающих как в специальных учреждениях, так и в домашних условиях. Социальная адаптация может быть нарушена по мнению В.И. Гарбузова (1986), из–за отклонения формирования половой идентичности и освоении половых ролей. Поражения ЦНС создают трудности для нормального психосексуального развития. Изучение психосексуального развития детей с интеллектуальной недостаточностью по данным изучения по вопросам пола было проведенно Д.Н. Исаевым и В.С. Каганом (1980).Ими было отмечено, что дети с интеллектуальной недостаточностью заслуживают большего, особого внимания ,так как их половое развитие намного отличается от полового развития здоровых детей.

При любой форме интеллектуальной недостаточности, деформируется система взаимоотношений таких детей со взрослыми, сверстниками, вследствие недоразвития высших форм познавательной деятельности и личности ребенка в целом. Затрагиваются, как считали Д.Н. Исаев, Л.С. Выготский, В.В. Ковалев, все стороны психической деятельности: ощущений, восприятия, внимания, мышления речи, моторики, эмоционально-волевой сферы.

Также дети с интеллектуальной недостаточностью имеют меньшее представление о жизни.

Следует отметить исследование, которое провела Н.В. Заиграева и вместе с А. Коробейниковым (2007), в котором были получены данные об особенностях гендерной социализации подростков с интеллектуальной недостаточностью. Ими было изучено и выяснено в процессе исследования,

что процесс формирования полоролевых представлений у подростков с интеллектуальной недостаточностью подчиняется как общим, так и специфическим закономерностям развития личности. Недостаточность позитивной эмоциональной окрашенности, полученной вследствие неблагополучных семейных отношений, отмечается, как общей особенностью у детей с интеллектуальной недостаточностью. Исследования показали, что неблагополучная семья не может дать ребенку правильный гендерный стереотип, что очень негативно сказывается на качестве его полоролевой социализации.

Для развития личности в подростковом возрасте важным является определение гендерной идентичности. От взаимоотношений ребенка с родителями зависит успешность его гендерной социализации. К основным механизмам социализации относятся: подражание, внушение, комфортность, убеждение, идентификация. В процессе гендерной социализации в детстве наиболее сильными механизмами являются: подражание и идентификация с родителями своего пола.

Главными эталонами гендерного поведения, как считала Н.В.Заиграева [3] являются родители, именно они дают поведенческие нормы и установки, демонстрируют гендерные черты личности, предъявляют требования к внешности. Депривированные, лишенные материнской опеки девочки-подростки с интеллектуальной недостаточностью составляют одну из групп наиболее высокого риска нарушения процесса идентификации с женской гендерной ролью, препятствующего приобретению адекватного опыта полоролевого поведения. Они демонстрируют слабую гендерную идентичность, которая у многих из них проявляется в неудовлетворенности женской роли.

Таким образом, интеллектуальная недостаточность препятствует возможности самостоятельного приобретения полоролевых и гендерных представлений, поэтому у части детей и подростков они неполноценны и недифференцированны или искажены. Дети с интеллектуальной недостаточностью заслуживают большего, особого внимания в связи с тем, что их половое развитие намного отличается от полового развития здоровых детей, психика таких детей развивается с определенными особенностями и требует большего изучения этой проблемы.

Литература:

1. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков / Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А. и др. – М., 2002.

2. Воронцов Д.В. Современные подходы к определению понятия «гендер» в социальной психологии // Вестник ОГУ. 2002. № 8. С. 10–22

3. Еникеев М.И. Общая и социальная психология. – М., 2000.

4. Заиграева Н. В. Полоролевые представления подростков с интеллектуальной недостаточностью: генезис и особенности. Иркутск, 2007.

5. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта. – СПб., 2002.

Шамина Е.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Мизина Н.Н., к.психол.н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В последние десятилетия изучение неблагоприятных психологических состояний человека – психической напряженности и стресса – стало популярной темой в психологической науке и практике. Актуальность данной проблематики очевидна. Уже не подлежит сомнению, что все возрастающая интенсивность и напряженность современной жизни проявляются на психологическом уровне в увеличении частоты возникновения негативных эмоциональных переживаний и психологических состояний, которые ведут к увеличению риска развития целого ряда заболеваний.

Психологическое состояние человека – это относительно устойчивая структурная организация всех компонентов психики, выполняющая функцию активного взаимодействия человека с внешней средой, представленной в данный момент конкретной ситуацией.

Зарубежными и отечественными учеными уже исследованы различные неблагоприятные психологические состояния человека, разработаны методы их оценки и психологической коррекции (С. Касл, Ф. Д. Горбов, Л. И. Гримак, Л. Г. Дикая, А. С. Кузнецова, А. Б. Леонова, В. И. Медведев и др.) [2].

Весьма обширна и литература, в которой можно найти более или менее подробную характеристику определенных направлений работы по оптимизации неблагоприятных психологических состояний (Г. Ш. Габдреева, Л. П. Гримак, Л. Г. Дикая, А. Б. Леонова, В. С. Лобзин и др.). Однако в этой литературе практически не анализируется возможность и особенности проведения психологической работы по оптимизации психологических состояний детей с ограниченными возможностями здоровья.

На наш взгляд, потребность в разработке и совершенствовании методов психологической профилактики и коррекции неблагоприятных психологических состояний детей с ограниченными возможностями здоровья высока.

В последние годы усилился интерес к решению рассматриваемой нами проблемы на основе использования человеком способов саморегуляции и самоуправления состоянием. Овладение навыками саморегуляции становится необходимым элементом психологической культуры.

Предпринятый нами анализ исследований, посвященных проблеме использования психологического тренинга как способа оптимизации неблагоприятного психологического состояния индивида (К. Роджерс, К. Рудестам, И. Шульц, Ю. Н. Емельянов, Б. Д. Карвасарский, Л. А. Петровская и др.) показал, что некоторые аспекты проблемы (например, возможность использования в целях оптимизации состояния индивида психологического тренинга, направленного на выработку навыков саморегуляции (аутогенной тренировки и т. п.), рассмотрены достаточно хорошо. Однако возможность использования в целях оптимизации психологического состояния человека психологического тренинга другой направленности (коммуникативного тренинга, тренинга личностного роста) изучены все еще недостаточно.

Таким образом, нужно отметить, что на сегодняшний день существует противоречие между возрастающей потребностью в разработке эффективных способов формирования и совершенствования у детей с ограниченными возможностями здоровья внутренних средств регуляции своего состояния и недостаточной исследованностью возможностей использования в этих целях различных направлений психологического тренинга.

Групповой психологический тренинг – совокупность психотерапевтических, психокоррекционных и обучающих методов, направленных на развитие навыков самопознания и саморегуляции, общения и межперсонального взаимодействия, коммуникативных и профессиональных умений – является способом внутренней оптимизации состояния, направлен на формирование адекватных внутренних средств, позволяющих человеку с ограниченными возможностями здоровья осуществить специальную деятельность по изменению своего состояния [1].

Анализ литературы показал, что наиболее эффективны в плане формирования у субъекта внутренних средств, необходимых для оптимизации его психологического состояния: психологический тренинг саморегуляции, направленный на развитие способности контроля и управления физиологическими функциями, оптимизацию эмоционального состояния и снижение психологического напряжения; психологический тренинг коммуникативной ориентации, (тренинг умений регуляции эмоционального напряжения в общении); психологический тренинг, стимулирующий личностный рост, в частности тренинг жизненных умений, направленный на развитие уверенности в себе и тренинг эмоционального самоконтроля (основанный на методах нейролингвистического программирования) [3].

Однако нужно отметить, что психологический тренинг – это вид психологической помощи, который может быть использован в работе не со всеми категориями детей с ОВЗ: только с детьми с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи (дефицитарное развитие) с сохранным интеллектом, а также с детьми с патологией развития характера (дисгармоничное развитие).

Литература:

1. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. – М., 2003. – 224 с.

2. Леонова А.Б. Психологические технологии управления состоянием человека. – М., 2009.

3. Пахальян, В.Э. Групповой психологический тренинг. – СПб., 2006. – 224 с.

Шачнева К.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Мизина Н.Н., к.психол.н.

РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ С ОВЗ СРЕДСТВАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА

На современном этапе развития специальной психологии и педагогики все более актуальной становится проблема психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

В связи с нарастающими социально-экономическими преобразованиями в современном обществе возникла необходимость формирования социально активной личности, способной эффективно и нестандартно решать новые жизненные проблемы. В связи с этим встает важная задача развития социально-психологических качеств личности детей с ОВЗ.

Личность – феномен общественного развития, конкретный живой человек, обладающий сознанием и самосознанием. Структура личности – целостное системное образование, совокупность социально значимых психических свойств, отношений и действий индивида, сложившихся в процессе онтогенеза и определяющих его поведение как поведение сознательного субъекта деятельности и общения.

Социальную успешность человека с ОВЗ, успешность его социально-психологической адаптации определяют такие социально-психологические свойства личности, как способность к эмпатии, социальной перцепции, рефлексивность, коммуникативная компетентность и др.

Анализ психологических исследований позволил нам предположить, что формирование и развитие социально значимых свойств личности старшеклассников с ОВЗ, помогающих их социально-психологической адаптации, может быть осуществлено средствами психологического тренинга.

Чтобы рассмотреть проблему влияния психологического тренинга на формирование и развитие социально значимых свойств личности старшеклассников с ОВЗ, нами был предпринят анализ психологических исследований, посвященных проблеме использования психологического тренинга в различных областях человеческой практики (работы Емельянова Ю. Н., Петровской Л. А., Эйдемиллера Э. Г., Берна Э., Кратохвилла С., Роджерса К., Рудестама К., Сатир В. и др.).

Анализ литературы показал, что многие аспекты проблемы влияния психологического тренинга на развитие личности участника разработаны достаточно хорошо. В то же время вопрос развития социально значимых свойств личности старшеклассников с ОВЗ при помощи психологических тренинговых занятий рассмотрен недостаточно [2].

Исследователями выделяется активное психологическое обучение – социально-психологическое направление комплексного характера, которое ориентировано на различные сферы социальной практики людей. В рамках этого направления используются разные формы и методы психологического и социально-психологического воздействия с целью развития у индивидов способности к более эффективному социальному функционированию, а также повышения их психологической культуры и социально-психологической компетентности как субъектов общения (Ковалев Г.А. и др.)

Наряду с понятием «активное психологическое обучение» отечественными психологами используются понятия «психологический тренинг» и «социально-психологический тренинг», которые, по сути, обозначают один и тот же феномен.

Социально–психологический тренинг – это тренинг, цель которого – формирование у его участников эффективных коммуникативных навыков, повышение их психологической компетентности в общении. (Форверг М., Петровская Л. А. и др.) [3].

В настоящее время термин тренинг обозначает широкий круг методик, которые основываются на различных теоретических принципах. Общей классификации терминов не существует.

Выделяют коммуникативные тренинги (тренинги коммуникативных умений)ю Это групповые варианты социально-психологического тренинга. Цели их проведения – формирование и совершенствование общей коммуникативной компетентности личности. Исследователи отмечают, что термин «социально–психологический тренинг» уместен при работе со здоровыми людьми с целью формирования или развития коммуникативных навыков.

Также выделяют тренинги, стимулирующие личностный рост. Они имеют разные теоретические основы и направлены на развитие отдельных сторон личности участников тренинга (осознавание смыслов, самопонимание, развитие стратегии личностного развития, навыки социальной перцепции и др.). Тренинг личностного роста – собирательное понятие, которое обозначает развитие личности с точки зрения разных концепций. Можно выделить тренинг личностного роста динамической, гуманистической, когнитивной и другой ориентации. К тренингу личностного роста динамической ориентации могут быть отнесены психодраматические группы. Тренинг личностного роста гуманистической направленности объединяет группы встреч Роджерса (Rogers C.R.), группы гештальт–ориентации Перлза (Perls F.S.), группы экзистенциального

тренинга, а также социально-психологический тренинг, направленный на развитие социальной перцепции и базирующейся на теоретических подходах отечественной психологии.

В заключение следует отметить, что, как указывают В. Ю. Меновщиков [1] и другие исследователи, психологический тренинг – это вид психологической помощи, эффективный только для человека со здоровым состоянием психики. Поэтому данный вид психологической помощи может быть использован при работе только со старшеклассниками с нарушениями развития зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи (дефицитарное развитие) с сохранным интеллектом, а также со старшеклассниками с патологией развития характера (дисгармоничное развитие).

Литература:

1. Меновщиков, В. Ю. Введение в психологическое консультирование В. Ю. Меновщиков. – М., 1998. – 109 с.

2. Пахальян В.Э. Групповой психологический тренинг. – СПб., 2006. – 224 с.

3. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. – М., 1982.

РАЗДЕЛ V. ПРЕВЕНЦИЯ И ИНТЕРВЕНЦИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Алексеева М.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Алексеева Т.И., г. Михайловск, учитель начальных классов, МКОУ «СОШ с углубленным изучением отдельных предметов №4»
Богданова М.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Подростковый возраст – это возраст от 10-12 до 15 лет, отличающийся резким подъемом жизнедеятельности и сильной перестройкой организма. В это время протекает не только физическое становление человека, но и интенсивное формирование личности, резкий рост моральных и интеллектуальных сил. Подростковый возраст другими словами называется переходным возрастом, поскольку он характеризуется переходом от детского к взрослому, от незрелости к зрелости. Подросток – уже не ребенок, но еще и не взрослый. Такое развитие завершается приблизительно к 16 годам переходом подростка в девушку или юношу. Важно иметь в виду, что к этим годам подросток становится зрелым в половом отношении, но его духовное и физическое развитие еще не завершено, духовная и физическая зрелость наступает на 3-4 года позже.

Как указывает М.В. Гамезо, процесс формирования новообразований, который отличает подростка от взрослого, растянут во времени. И, в связи с этим, в подростке одновременно существуют и «детское», и «взрослое». По Л.С. Выготскому, в его социальной ситуации развития присутствует

несколько тенденций: 1) тормозящая развитие взрослости (занятость школьной учебой, отсутствие других социально значимых и постоянных обязанностей, материальная зависимость, родительская опека и т.п.); 2) овзрослящая (субъективное ощущение взрослости, некоторая самостоятельность, акселерация и т.п.). Все это создает огромное разнообразие индивидуальных вариантов развития в подростковом возрасте – от школьника, с детским обликом и интересами, до почти взрослого подростка, уже приобщившегося к некоторым сторонам взрослой жизни [3].

Л.Ф. Обухова выделила следующие зоны развития, а также основные задачи развития в подростковом возрасте.

1. Пубертатное развитие (возрастной период от 9–11 до 18 лет). В рамках данного периода, занимающего примерно 4 года, организм ребенка претерпевает серьезные изменения.

2. Когнитивное развитие (это временной промежуток от 11–12 до 16 лет). Интеллектуальная сфера здесь характеризуется качественными и количественными изменениями, отличающими его от детского способа познания мира. Когнитивные способности отличаются несколькими основными достижениями: 1) способностью к абстрактному мышлению и 2) расширением временной перспективы.

3. Преобразования социализации (возрастной период от 12–13 до 18–19 лет). Отрочество характеризуется важными изменениями в связях с окружающей средой и социализации, поскольку преобладающее влияние семьи заменяется влиянием группы сверстников, главным источником референтных норм поведения и получения определенного статуса. Данные изменения проходят в двух направлениях: 1) постепенное освобождение от опеки родителей; 2) вхождение в группу сверстников, которая становится каналом социализации и требующую установления отношений конкуренции и сотрудничества с партнерами обоих полов.

4. Становление идентичности (данный период выходит за границы отрочества, от 13–14 до 20-21 года). В течение переходного возраста формируется новая субъективная реальность, которая преобразует представления индивида о себе и о других. Становление психосоциальной идентичности, которая лежит в основе феномена подросткового самосознания, включает в себя следующие задачи развития:

– осознание временной протяженности собственного «Я» (включает в себя прошлое и проекцию себя в будущем);

– осознание себя как отличного от интериоризированных родительских образов;

– осуществление системы выборов, которые обеспечивают цельность личности (речь идет в основном о выборе профессии, идеологических установках и половой поляризации).

Д.И. Фельдштейн, Т.Н. Батанжиева указывают на то, что данный возраст, а именно его отдельные стадии, относятся к критическому периоду психического развития. Остро протекает психический перелом, который

обусловливает его исключительную сложность и противоречивость. При этом противоречивый характер может проявляться не только в психосексуальном, физическом и в интеллектуальном, а также в социальном развитии.

Е.И. Туревская указывает, что в подростковом возрасте происходят преобразования в различных сферах психики. Серьезные изменения затрагивают мотивационную сферу подростка. В содержании мотивов на первый план выходят мотивы, которые связаны с формированием мировоззрения, с проекцией себя в будущей жизни. С мотивационной сферой тесно связано нравственное развитие подростка, которое сильно изменятся в подростковом возрасте. Принятие подростком нравственного образца происходит тогда, когда он совершает настоящие нравственные поступки в важных для него делах. Совместно с развитием убеждений формируется нравственное мировоззрение, которое представляет собой систему убеждений, что приводит к качественным сдвигам во всей системе потребностей и стремлений подростка [8].

Важным мотивом поведения в подростковом возрасте выступает желание утвердиться в обществе, в котором находится подросток, заслужить авторитет, уважение. Нужно отметить, что в данном возрасте практически невозможно встретить адекватную самооценку. Самооценка может быть завышена, что помогает подростку справляться со многими характерными для данного возраста трудностями, или заниженная, вызванная какими-либо отрицательными отклонениями в жизни подростка, это может быть неблагополучная семья, психологическая травма и т.д. Подростки склонны концентрироваться на ближайших результатах своей деятельности и своих решений [2]. Еще одно важное новообразование – самоопределение, появляется ближе к концу учебы в школе, когда подросток стоит перед необходимостью решать проблему своего будущего. Основывается оно на уже устойчиво сложившихся интересах и стремлениях субъекта, предполагает учет своих способностей, внешних обстоятельств и возможностей и связано с выбором профессии. Самоопределение в конце переходного возраста характеризуется уже не только пониманием самого себя – своих возможностей и стремлений, а также пониманием своего назначения в жизни и места в обществе.

Возможно, самым важным и специфическим новообразованием в личности является, по мнению Е.И. Туревской, возникновение у подростка представления о том, что он уже не ребенок (чувство взрослости); в действительности этого представления проявляется в стремлении быть и считаться взрослым. Специфическая социальная активность подростка заключается в большой восприимчивости в усвоении ценностей, способов поведения и норм, которые находятся в мире взрослых и в их отношениях. Новообразование самосознания является самой важной особенностью личности, ее структурным центром, так как выражает новую жизненную позицию подростка по отношению к миру и людям, определяет

специфическое содержание его социальной активности и направление, переживаний, систему новых стремлений. Это имеет серьезные последствия потому, что дети и взрослые представляют две разные группы и имеют разные права и привилегии, обязанности [5].

Подростковый возраст еще называется периодом диспропорций в развитии. В это время происходит увеличение внимания к своим физическим особенностям, мнение окружающих становится очень важным, повышается чувства собственного достоинства и обидчивость. Физические недостатки часто преувеличиваются.

Значительным этапом в психофизиологическом развитии подростка является половое созревания и половая идентификация, которые являются двумя линиями единого процесса психосексуального развития. Подростки на психофизиологическом уровне испытывают дискомфорт от особенностей высшей нервной деятельности, высокого уровня ситуативной тревожности и неустойчивости эмоциональной сферы.

Особенности физического развития часто становятся причиной снижения у подростков самоуважения и самооценки, а также приводить к страху оценки их со стороны общества. Недостатки внешности (реальные или выдуманные) переживаются чаще всего очень болезненно, вплоть до полного неприятия себя, появления чувства неполноценности. Стремление жить по своим правилам, выработка образцов поведения может приводить к столкновениям взглядов на жизнь подростков и их родителей, создавать конфликтные ситуации. В связи с бурным физическим развитием и стремлением к самостоятельности у подростков возникают трудности во взаимоотношениях со сверстниками [1].

Негативизм, обидчивость, упрямство и агрессивность подростков чаще всего является эмоциональными реакциями на неуверенность в себе. В данный период могут впервые возникнуть или заметно обостриться различного рода патологические реакции, которые связанны с развитием психических (а иногда и соматических) заболеваний. У большинства подростков встречаются акцентуации характера – своего рода определенное заострение отдельных черт характера, которые создают некоторую уязвимость подростков (невротические расстройства, делинквентное и аддиктивное поведение.) [2].

Проблема зависимого поведения подростков, формирующегося в результате взаимодействия с объектами, способными вызвать зависимость, в образовательных учреждениях вплоть до настоящего времени не решается комплексно, поскольку не разработано ни в научном, ни методическом аспекте психолого–педагогическое обеспечение решения этой проблемы, в связи с этим отсутствуют специалисты, которые способны оказать помощь школьникам. Список зависимостей очень широк: игры, люди, источники информации, работа, культы, различные вещества и т.д. Их можно классифицировать по специфике объекта зависимости: отношения, вещества, процессы. Некоторые зависимости поощряются обществом, другие

представляют личностную проблему для человека, но не являются социально опасными, третьи являются социально опасными. Любая из зависимостей, что-то отнимает у человека.

Различные аспекты зависимого поведения представлены в работах российских исследователей (Габиани А.А., Братусь Б.С, Дмитриева Н.В., Битенский В.С., Кулаков С.А., Короленко Ц.П., Д.В. Колесов, Личко А.Е., Курек Н.С., Никольская И.М., Менделевич В.Д., Сидоров П.И, Пятницкая И.Н., Худик В.А., Эйдемиллер Э.Г. и др.).

Особую опасность для общества представляет проблема зависимого поведения школьников, которое связанно с употреблением ПАВ. Данную проблему рассматривают в нашей стране как угрозу безопасности нации. В поколении, родившихся за последние двадцать лет и употребляющих ПАВ, к 16 годам успевают познакомиться с психоактивным веществам примерно почти 61,6%. Статистический анализ этих данных показывал, что если нижняя граница первого знакомства с психоактивными веществами, в частности наркотические вещества, в ближайшие годы подтянулась бы к порогу 16-летнего возраста, то только одно это уже через три-четыре года сократило бы количество потребителей наркотиков практически вдвое [4].

В психолого-педагогической практике зависимое поведение подростка рассматривают как поведение, над которым школьник потерял контроль, в результате психологической зависимости от какого либо объекта. Предполагается, что интегративной характеристикой для всех видов зависимого поведения является психологическая зависимость от специфического объекта (идеального или материального, или в совокупности), которая лежит в психике человека.

Зависимое поведение в подростковом возрасте можно рассмотреть не только с позиции дихотомии (независимое или зависимое), но и с позиции континуума, со стороны развития. В развитии зависимого поведения школьника история и предыстория, на ход которой влияет ряд факторов. Исследование данных факторов предоставляет возможность рассмотреть индивидуальную каузальную картину изменений, происходящих на разных уровнях жизнедеятельности школьника. Необходимость такого подхода обусловлена современными требованиями к оказанию психологической помощи с опорой на причины, а не на симптомы проблемы.

Проблемы ребенка в той или иной степени обусловлены жизненным стилем семьи, ее правилами, нормами, способами урегулирования конфликтов, ролями и т.д., это обуславливает подключения семьи и изменения ее позиций по отношению к подростку для оказания ему настоящей помощи. Работая с семьей школьника, педагог-психолог должен в сотрудничестве с ней найти ответы на вопросы: что происходило с ребенком до того, как появилась проблема; что с точки зрения родителей ребенка послужило причинной выбора новой формы поведения (включая и уход в субъективную реальность); когда появляться первые симптомы потери контроля; когда близкие подростка стали считать поведение ребенка

проблемным; как проблемное поведение отразилось на других сферах жизни подростка; что делалось, для того, чтобы изменить ситуацию; к чему это привело.

Возможны разные подходы к проблеме:

- зависимое поведение можно изменить и довести до состояния управляемого;
- зависимое поведение можно переключить на другой, социально приемлемый объект зависимости;
- зависимое поведение может быть сублимировано в творчество;
- зависимое поведение не может изменится без вмешательства специалистов.

У зарубежных специалистов сложились, традиционные психологические подходы к решению проблем человека. Выделяются базовые положения, на основе которых строятся модели деятельности специалистов по оказанию помощи в решении проблем связанных с зависимым поведением.

Таким образом, зависимое поведение в подростковом возрасте в большинстве случав вызвано проблемами ребенка, жизненным стилем семьи, ее правилами, нормами, способами урегулирования конфликтов, ролями и т.д. Зависимое поведение подростка проявляется в следующих формах: зависимое приготовление домашней работы, воровство, неуправляемая страсть к разнообразным компьютерным играм, страсть к азартным играм, неуправляемое употребление психоактивных веществ, уход в культы и т.д. Зависимое поведение в подростковом возрасте можно рассмотреть не только с позиции дихотомии (независимое или зависимое), но и с позиции континуума, со стороны развития.

Литература:

1. Ананьева Г. Родителям о наркотиках и наркомании. – Казань, 1999.

2. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии: В 2 т. – М., 2002.

3. Аскевис-Леерпе Ф. Психология. – М., 2006.

4. Войскунский А.Е. Феномен зависимости от Интернета // Гуманитарные исследования в Интернете / Под ред. А.Е. Войскунского. – М., 2000.

5. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 65-77

6. Кривцова С.В. Практическое руководство для школьного психолога. – М., 1997.

7. Крыжановская Л.М. Психология семьи: проблемы психолого-педагогической реабилитации. – М., 2005.

8. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения: В 2 т. Т. I. – М., 1983.

Белоусова Ю.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Ершова В.В., к.психол.н.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

В настоящее время профилактика девиантного поведения у подростков с нарушениями слуха является важной составляющей педагогического процесса. В связи с общественным кризисом нашего общества интерес к проблеме девиантного поведения значительно возрос. Поэтому необходимо более тщательно исследовать причины, разработать этапы, задачи, а также эффективные меры профилактики девиантного поведения.

Девиантное поведение, понимаемое как нарушение социальных норм, приобрело в последние годы массовый характер и поставило эту проблему в центр внимания педагогов (В.Д. Менделевич, К.С. Лисецкий, С.В. Березин), психологов (А.Е. Личко, В.С. Битенский), медицинских работников (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова), работников правоохранительных органов.

Причинами возникновения отклонений в поведении ребенка могут стать: политическая, социально-экономическая и экологическая нестабильность общества, усиление влияния псевдокультуры, изменения в содержании ценностных ориентаций молодежи, неблагоприятные семейно-бытовые отношения, отсутствие контроля за поведением, чрезмерная занятость родителей, большое количество разводов. Все эти факторы подрывают уверенность ребенка в себе, понижают уровень саморегуляции, вызывают неспособность к самоутверждению в жизненноважных ситуациях, вызывают чувство одиночества и незащищенности [1].

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) [3].

Говоря о подростках с нарушенным слухом, важно отметь, что общение этих детей 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, приводящие к нарушению социальных контактов, дезадаптации, снижению самооценки, замкнутости, стигматизации, что и ведет ребёнка прочие качества, которые могут склонить глухого или слабослышащего к девиантному поведению.

Именно в подростковом возрасте наблюдается относительный пик девиантных расстройств, определяемых психологическими особенностями

подростка (возникшее противоречие потребностью проявить самостоятельность и реальными возможностями ее осуществления выступает в качестве своеобразного конфликтообразующего фактора), поведением субъективной ценности нравственного здоровья (С.В. Коваленко) [3].

Однако, несмотря на достаточно широкий круг исследований по проблеме девиантного поведения подростков, аспекты организации психолого-педагогической деятельности по предупреждению девиантного поведения подростков в школе недостаточно разработаны [4].

Для предупреждения девиантного поведения необходима правильно организованная профилактика несовершеннолетних, которая должна включать следующие основные этапы: этап ранней профилактики, этап непосредственной профилактики, этап профилактики предпреступного поведения. Эти этапы, по мнению Ю.А. Клейберга характеризуются следующими задачами:

а) оздоровление среды и оказание помощи несовершеннолетним, оказавшимся в неблагоприятных условиях жизни и воспитания, еще до того, как отрицательное действие этих условий существенно скажется на поведении таких лиц (этап ранней профилактики);

б) своевременное обеспечение исправления лиц со значительной уже степенью дезадаптации, совершающих правонарушения непреступного характера (этап непосредственной профилактики);

в) создание условий для исправления лиц, систематически совершающих правонарушения, характер и интенсивность которых указывают на вероятность совершения преступления в ближайшем будущем [5].

К способам профилактики Максимова Н.Ю. относит:

1. Обеспечение эффективного участия семьи. Оно связано с развитием помощи семьям, воспитывающим подростков в условиях трудной жизненной ситуации; потерявшим четкие представления о месте и задачах семьи в воспитании подростков; незнающим свои права и обязанности в этой сфере, способы их осуществления, возможности получения помощи от специальных служб, в ситуации необходимости защиты прав подростков или пресечения негативного влияния на них.

2. Оказание эффективной помощи в создании жизненной стратегии для подростков с ограниченными возможностями здоровья. В связи с трудностями адаптации в социальной среде, вероятность возникновения девиантного поведения у них повышена. Поэтому необходимо расширение сети специальных учреждений, оказывающих помощь детям в адаптации и консультационную помощь родителям, воспитывающим таких подростков.

3. Совершенствование деятельности образовательных учреждений. В образовательных учреждениях должна реализовываться педагогика диалога и сотрудничества, совместная деятельность с семьей. Педагоги должны обладать высоким уровнем квалификации, культурного и нравственного развития и в школе для них должны быть созданы материальные условия и

психологическая атмосфера, которые стимулировали бы реализацию их воспитательного потенциала.

4. Деятельность учреждений, способствующих трудоустройству и трудовой адаптации подростков, не продолжающих обучение. В условиях современного общества особенно важным представляется обеспечение сохранения преимущества в приеме на работу подростков и особого порядка их увольнения; сохранение специальных должностных лиц по работе с подростками на предприятии, а также материального и морального поощрения наставничества.

5. Деятельность учреждений, организующих досуг подростков и в особенности тех, кто воспитывается в неблагополучных семьях, и относится к группе риска. В настоящее время наиболее актуальны мероприятия, которые должны возобновить деятельность сети клубных учреждений для несовершеннолетних. Особенно велика здесь роль органов местного самоуправления, наделенных широкими полномочиями. Учитывая то, что местом формирования группировок несовершеннолетних по месту жительства являются микрорайоны с особо низким уровнем культуры и возможностей досуга молодежи, перечисленные выше мероприятия еще более актуализируются в качестве социальной основы профилактики.

6. Развитие службы социальной защиты и помощи семье и несовершеннолетним. В списке учреждений социальной помощи необходимо организовать работу территориальных центров социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационные центров для несовершеннолетних, центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей, социальных приютов, детских домов-интернатов для детей с ОВЗ и т.д.

7. Участие добровольных фондов, общественных организаций, общественных объединений и движений. На базе этих организаций и объединений реализуются различные меры ранней профилактики: повышение педагогической и правовой компетентности родителей; устройство детей в интернат, группу продленного дня и т.д.; материальная помощь из средств социальной службы; направление на лечение и т.д. Выявление семей, нуждающихся в помощи, и семей, в отношении которых необходимо принять меры воздействия в целях обеспечения нормальной обстановки, осуществляют органы социальной защиты и помощи семье и несовершеннолетним во взаимодействии с образовательными учреждениями и общественными объединениями [6].

Таким образом, эффективное предупреждение девиантного поведения несовершеннолетних возможно лишь на основе научного подхода, применения в практической деятельности новейших теоретических разработок и открытий из разных областей знаний, включая общую и пенитенциарную педагогику.

Литература:

1. Алемаскин М.А. Воспитательная работа с подростками. – М., 1979.

2. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). – М., 2003.
3. Коваленко С.В. Психологические детерминанты развития межличностных отношений в подростковом возрасте //Психология обучения. – 2007. – №9. – С.64-72
4. Кондрашенко В.П. Девиантное поведение у подростка. – Минск, 1988.
5. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения.– М., 2003.
6. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. – Р-н-Д., 2000.
7. Розанова Т.В. Дети с нарушениями слуха // Специальная психология. – М., 2009.

Евтюшина М.С., г. Улан–Удэ, ФГБОУ ВПО ВСГУТУ
Научный руководитель: Халтагарова О.Д., к.психол.н.

СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА «ВЫХОД ЕСТЬ» ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ (РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Одна из актуальных проблем российского общества – совершение суицидов среди молодого поколения. В основном – это старшеклассники и студенты вузов. Основными причинами суицида является непонимание в семье, запреты, неразделенная любовь, комплексы, психические расстройства.

По уровню самоубийств среди подростков Россия находиться на одном из первых мест в мире – средний показатель самоубийств среди населения подросткового возраста более чем в 3 раза превышает средний показатель в мире. В год кончают жизнь самоубийством 1500 детей и ещё 4 тысячи совершают попытку самоубийства. По данным ЮНИСЕФ 45% российских девочек и 27% русских мальчиков хотя бы раз в жизни серьёзно обдумывали возможность самоубийства [3].

Бурятия занимает 6 место среди субъектов нашей страны по уровню суицидальной активности среди всего населения и 2 место по частоте суицидов среди детей и подростков. За 2012 г. в Улан–Удэ данный показатель составил 43,2 случаев на 100 тыс. человек [1]. За 2009 г. по Республике Бурятия было совершено 23 суицида несовершеннолетними, за 2010 г. – 19, за 2011 г. – 23, за 2012 г. – 29, за 2013 г. – 19, за первые три месяца 2014 г. – 5 [2].

С целью решения приведенной выше проблемы преподавателями и студентами кафедры социальных технологий ВСГУТУ была разработана социально–психологическая программа «Выход есть», направленная на проведение профилактических мероприятий по борьбе с суицидами среди подростков и формирование позитивного отношения к жизни.

В рамках данной программы предусмотрен комплекс мероприятий направленный на повышение ценностей, ориентиров и взглядов на «жизнь»

среди школьников. Реализация проекта предусмотрена в форме социально-психологического обучения в виде тренингов, бесед, игр, конкурсов с раздачей информационного материала.

Данные мероприятия рассчитаны на два дня, и преследуют цель помочь подросткам понять проблемы и ошибки, научится разрешать и не допускать их, также понять ценность жизни. Подросткам предоставляется информация о том, куда можно обратиться в случае возникновения трудной жизненной ситуации. Данная программа является востребованной и реализуемой поскольку, процент суицидов среди подростков, как на уровне страны, так и республики достаточно высокий. На 2013 и 2014 гг. данная проблема в республике является одной из актуальных и приоритетных, по словам Главы Республики Бурятия В. Наговицына. По окончании реализации проекта предусмотрено размещение баннера в г. Улан-Удэ, как результат реализации проекта. Баннер представлен как социальная реклама по борьбе с суицидами.

В данной программе предусмотрено проведение шести тренингов на различные тематики. Для выявления общего настроя к работе школьникам предлагаются мини-анкеты по изучению их психологического состояния на каждом этапе взаимодействия.

Первый тренинг направлен на командообразование, в ходе которого происходит сплочение группы, знакомство тренеров с командой и диагностика у школьника склонности к суицидам. Знакомство участников начинается с упражнения «Моя вещь обо мне», где каждый школьник должен рассказать о себе от имени своей вещи. После того как состоялось первое знакомство, можно приступить к изучению основных правил социального тренинга. Среди которых можно выделить общение по принципу «здесь и сейчас», искренность, уважение, доверие, активность и правила «Поднятой руки», «Стоп». Склонность школьника к суицидальному поведению и отношение к суициду выявляется по опроснику суицидального поведения Айзенка, который позволяет определить нейропсихическую лабильность, уровень экстраверсии и психотизма. Упражнениями на сплочение группы являются «Уменьшающая газета», «Мост» и «Воздушные замки», которые позволяют тренировать навыки совместной деятельности. Упражнение «Воздушные замки» обычно проходит в дружественной и веселой атмосфере и позволяет эффективно завершить тренинг.

Второй тренинг «Позитивное мышление», направлен на формирование стрессоустойчивости у подростка. Его целью является научиться преобразовывать негативные мысли в позитивные, повысить стрессоустойчивость. Занятие начинается с воспоминания участниками приятных моментов, которые произошли у них в последнее время и рассказа о них группе. Тренер рассказывает мини-лекцию о позитивном настрое, а затем проводит упражнения «Из тени в свет перелетая», «Хорошо–плохо», «Оттолкнуться от дна». Упражнения направлены на борьбу с мрачными мыслями, формирования умения найти позитив в любой ситуации. Между упражнениями предусмотрены энергизаторы «Добрые пожелания» и

«Пересядьте те, кто…». В конце тренинга проводиться рефлексия – обсуждение участниками тренинга, что нового они узнали и уяснили для себя.

Главным из тренингов является «Выход есть», его главная задача сформировать у подростков положительное отношение к трудным жизненным ситуациям. В ходе тренинга школьники смотрят фильм о Нике Вуйниче, проповеднике и ораторе, рожденном с синдромом Тетра–Амелия, который предусматривает отсутствие четырех конечностей. После просмотра проходит обсуждение.

Так же здесь проводится ролевая игра «Решение проблем: письмо в редакцию». Группам предлагается представить, что они – редакция молодежной газеты и им пришло письмо с просьбой дать совет. Задачей является написать ответ и зачитать его. В конце – обсуждение: выбрать, какой совет был самым квалифицированным и правильным, чей ответ больше всем понравился и почему. Школьникам рассказывается мини–лекция о Телефоне Доверия и раздаются листовки. Между упражнениями проводятся энергизаторы «Поздороваться с комплиментами», «Подмигивание», «Ты лучше всех», для снятия психологического напряжения в группе. По окончании проводится рефлексия.

Тренинг «Как достичь успеха» должен помочь школьникам раскрыть скрытый потенциал, настроить на позитивное отношение к жизни и построить планы на ближайшие два года. Здесь, происходит определение индивидуальных особенностей восприятия времени, выявления факторов, от которых зависит успех. Участники делятся своими прошлыми достижениями и своими настоящими интересами. А также строят лестницу достижений: план на два ближайших года.

Затем в программе предусмотрен тренинг «Лидерство», целью которого является выявление и формирование лидерских качеств у подростка. Школьники обсуждают: кто такой лидер, какие качества ему присущи. Упражняются в способности убеждать, развивают творческое мышление. Данный тренинг позволяет разобраться в себе, понять природу своих лидерских качеств, потренироваться в переговорном процессе. В ходе занятия проводятся упражнения: «Реклама», «Ты и твое имя», «Круг и я», «Трудный разговор».

В конце второго дня со школьниками проводиться занятие «Я выбираю жизнь», в ходе которого происходит разработка социальной рекламы по борьбе с суицидами. Ученики делятся на несколько команд. За определенное время необходимо создать плакат, который будет демонстрировать все прелести жизни, сформулировать понимание смысла жизни и подготовить презентацию социальной рекламы. Лучшая социальная реклама размещается на баннерах в г. Улан-Удэ.

Данный проект оценивается по результатам положительных изменений в сознании школьников, подростков по отношению к суициду. Это

определяется путем проведения анкетирования среди школьников в начале и по окончании реализации совместной работы с ними.

При реализации программы могут возникнуть проблемы, связанные с низким контактом школьников с реализаторами проекта, для разрешения данной проблемы в каждом занятии предусмотрены социально–психологические упражнения, направленные на снятие психологического напряжения и повышения доверительных отношений в группе.

Данные мероприятия были реализованы в школах №9, №17, №31 г. Улан-Удэ. Проведенная программа помогла подросткам понять проблемы и ошибки, научится разрешать и не допускать их, а также понять ценность жизни. Из проведенного исследования следует, что настроение в группах улучшилось, тренинги в целом оказались успешными и понравились школьникам. Работа тренеров оказалась продуктивной. Программа была оценена со стороны Управления по делам молодежи Администрации г. Улан-Удэ и рекомендована к дальнейшей реализации в остальных школах города.

Литература:

1. Бурятия – яма российского суицида [Электронный ресурс] URL: http://www.newbur.ru/articles/10872 (Дата обращения 20.03.2014).

2. По данным МВД по Республике Бурятия на 2014 г.

3. Статистика самоубийств в России [Электронный ресурс] URL: http://www.city–n.ru/view/316640.html (Дата обращения 20.03.2014).

Зубова А.А., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ

РАБОТА С ДЕВИАНТНЫМИ ДЕТЬМИ: БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ

«Это мы не проходили, это нам не задавали…» знакомая для всех фраза, не так ли? Совершенно недавно сама окончила школу и прекрасно понимаю то, о чём хочу с вами поделиться.

Ребёнок ведёт себя плохо, не слушается, дерзит, прогуливает уроки, издевается над одноклассниками и т. д. Что делает педагог? Разумеется, старается справиться собственными силами с маленьким бунтарём. Не получается – спешим за помощью к директору, социальному педагогу, педагогу–психологу. Все они стремятся понять истинные причины такого поведения, понять и помочь, как бы сказали бихевиористы: «устранить нежелательные формы поведения и выработать полезные для человека навыки поведения». Конечно же, ребёнок после долгих бесед, лекций, тренингов и, возможно, уговоров принимает это поведение и становится «примерным» школьником. Это всё хорошо, тем более, если при этом у школьника меняется не только внешнее поведение, но и мировоззрение.

Но, к сожалению, реалии дня отличны от приведённого выше примера.

Недавно я столкнулась с таким наглядным примером в одной из школ на уроке математики. Учительница – женщина зрелого возраста объясняет тему, стоя к классу спиной, слушают её три человека, ещё двое пытаются это сделать, но у них совершенно не получается, потому что остальные, а именно двадцать один человек, занимаются чем угодно, но только не математикой:

кто–то слушает музыку без наушников (!), две девушки подбирают себе платья на выпускной, человек десять «залипают» в телефоны, при этом разговаривая, почти во весь голос! Что же делает педагог? С абсолютным хладнокровием и спокойствием объясняет тему дальше, звенит звонок, все уходят. Учитель отправляется на обед.

Вот и всё. И таких примеров десятки, сотни. Меня всегда поражало, почему сами учителя так халатно относятся к собственному труду и дисциплине. Неужели им совсем не обидно, что их предмет не интересен ученикам?! И что они, учителя, не могут заинтересовать школьников в изучении своего предмета?!

А как работают педагоги-психологи в школах! В начале года они проводят социометрию; в течение года – тесты, опросники, иногда к ним приходят школьники, и педагоги- психологи проводят с ними консультации, форма проведения такой консультации – беседа. Возможно, применяются проективные методики, типа «Несуществующее животное» и «Дом. Дерево. Человек». Всё остальное время педагог-психолог занимается только «бумажной волокитой».

Так как же предотвратить девиантное поведение и вовремя оказать психологическую помощь ребёнку? Напомним, что такое девиантное поведение. В философском энциклопедическом словаре девиантное поведение рассматривается как «отдельные поступки или система поступков, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам» [1].

Я считаю, что проблема девиантного поведения не такая уж и глобальная проблема, как может казаться поначалу. Главное – хотеть помочь человеку и смотивировать у него такую потребность, потребность к изменениям. Необходимо понять, почему школьник так себя ведёт и просто хотя бы выслушать его. Проблема многих преподавателей в том, что они не слушают и не слышат своего ученика. Главное для педагога – вовремя сдать документацию и иметь положительный статус среди коллег. Для этого им и необходимы только хорошие оценки, только хорошее поведение своих подопечных. А чувства, эмоции учеников уходят на второй план, являются фоном «идеально нарисованной педагогом картины».

Каждый педагог и психолог получил высшее образование и наверняка изучал так называемую «третью силу» психологии – гуманистическую психологию. Вспомним, о чём говорит эта теория А. Маслоу. Итак, гуманистическая психология – направление в западной (преимущественно американской) психологии, признающее своим главным предметом личность как уникальную целостную систему, которая представляет собой не нечто заранее данное, а «открытую возможность» самоактуализации, присущую только человеку. В гуманистической психологии в качестве основных предметов анализа выступают: высшие ценности, самоактуализация личности, творчество, любовь, свобода, ответственность, автономия, психическое здоровье, межличностное общение [2].

Карл Рождерс, последователь А. Маслоу и создатель клиент–центрированного подхода в психологическом консультировании, говорил о том, что каждый человек стремится к совершенствованию себя, к самореализации и достижении полной гармонии. Так почему у некоторых людей получается это сделать или они хотя бы пытаются и стремятся к этому, а другие нет? Давайте вспомним возрастную психологию: на развитие и становление личности влияют три фактора – наследственность, среда и воспитание. Первый фактор педагогу и психологу уже никак не исправить, но с двумя другими вполне можно поработать и постараться изменить.

Также следует помнить об индивидуальном подходе (об этом тоже говорили гуманисты) при работе с каждым учеником, тем более с тем, который проявляет признаки девиантного поведения.

Возможно, у меня ещё нет достаточных оснований и компетенции, чтобы так говорить, но всё же, я полагаю, что можно найти «ниточку» к каждому ну или почти к каждому человеку, тем более, ребёнку.

Опираясь на собственный опыт (я работаю вожатой, на моём счету уже одиннадцать смен в ДОЛ), могу сказать, что в своей профессиональной деятельности я сталкивалась с детьми, склонными к такому поведению. Мне было сложно, тяжело, я винила себя, напарника, но я не разговаривала с ребёнком. Это было моей главной ошибкой. К счастью, я осознала это не так уж поздно и решила применить тот самый давно известный индивидуальный подход. После беседы с ребёнком, я решила, что его поведение и энергию нужно просто направить в нужное для меня русло, и назначила его ответственным за «подъём» и «строй» отряда. Через пару дней его было не узнать, он вставал теперь раньше всех, помогал мне закрывать комнаты, мог сам отвести детей на завтрак. Он стал первым помощником после капитана, и мы с напарником очень гордились нашей маленькой победой.

Ещё одним примером может послужить мальчик восьми лет, который первые три дня кричал, падал на асфальт и не хотел идти дальше. Тут же приняв меры, мы выслушали его, попросили рассказать о семье. Его монолог свёлся к тому, что мама совсем не уделяет ему внимания, а папа с ними не живёт. Делаем вывод, естественно ребёнок испытывает депривацию и своим «неадекватным» поведением стремится указать на себя. Мы долго думали, как можно помочь этому ребёнку, в итоге выбрали самый, как нам показалось, подходящий вариант – как и бывает в лагере, старшие дети следят за младшими, так было и у нас в отряде. Старшие девочки и мальчики играли с маленькими, помогали укладывать их спать, рисовали с ними, строили фигурки из песка, исключением не стал и тот самый ребёнок. Результаты поразили меня – через неделю я уже не слышала никаких криков, шагал он всегда строем, не отставал от старших ребят и даже нашёл себе девушку из соседнего отряда!

Возможно, причины «не работы» с такими детьми являются не только «нехотение», «нежелание», но и эмоциональное выгорание многих педагогов. Некоторые из них считают преподавательство в школе,

техникуме, ВУЗе – единственной целью в жизни, высшей формой деятельности, и не стремятся к саморазвитию и самосовершенствованию. А ведь как говорил всё тот же гуманист Карл Роджерс – каждый человек целостен, он личность, в которой заложены все необходимые инструменты к саморазвитию, нужно только немного усилий, стараний и много терпения, чтобы всего этого достичь! Чего я Вам искренне желаю!

Литература:

1. Мэй Р. и др. Экзистенциальная психология. – Львов, М., 2005. – 160 с.

2. Философский энциклопедический словарь. – М., 2010.

Исхакова С.Х., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Шаповаленко З.И., к.психол.н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ, ПОПАВШИХ В ДЕСТРУКТИВНЫЙ КУЛЬТ

Деструктивные культы – это организации и группы, как указывает Е.Н. Волков, использующие неэтичные техники манипулирования для вербовки и удержания своих членов, или прямо осуществляющие тотальный контроль чувств, мыслей и поведения своих приверженцев с целью удовлетворения интересов лидеров, их возглавляющих [4].

Чаще всего для прикрытия они используют религиозные, политические, коммерческие, псевдотерапевтические, восточные медитационные организации и даже группы людей, желающих избавиться от алкоголя и наркотиков.

Ученые, изучающие социальные и психологические аспекты деструктивных культов, не могут сойтись на едином мнении о том, кто и почему попадает в такие организации. Одни считают, что в культы попадают только неуверенные в себе, испытывающие комплекс неполноценности люди, лица, страдающие психическими заболеваниями, другие – предполагают, что в культе может оказаться любой человек в определенный период своей жизни, когда он сталкивается с различными жизненными проблемами.

Военный психолог А.А. Скородумов в своём труде, посвященном дезадаптации личности человека находившегося в деструктивном культе, приводит некоторые мнения разных специалистов о том, что является главной причиной вступления людей в культовые группы [2].

Вовлечённым в культовые группы может оказаться любой человек, особенно во время кризисных и критических периодов своей жизни.

На уязвимую личность влияют определенные факторы, обуславливающие её попадание в различные культовые группы:

– этап развития (например, подростки, свободные от серьезной ответственности и обязательств, стремящиеся к неоправданному риску, чей недостаток опыта часто сопровождается наивностью и инфантильностью.)

– ситуация (развод, безработица, переезд, смерть близкого и т.д.).

– психологическая предрасположенность (низкий уровень толерантности, психические расстройства, застенчивость, доверчивость, наивный идеализм, разочарование в культурных ценностях и идеалах и т.д.) [1].

Насколько человек здоров, хорошо образован или счастлив, не играет особой роли, всякий человек может переживать в той или иной мере разочарование, состояние эмоциональной неустойчивости, глубокое отчаяние. Отсюда вытекает вывод, что нет гарантированного иммунитета от деструктивных культов и вовлечения людей в их организации.

Одна из причин увлечения деструктивными культами – стремление к самопознанию, саморазвитию, осознанию реальной ценности своего «Я», избавлению от физических и психических недугов и душевного дискомфорта, а также поиск истины.

Д.Г. Трунов полагает, что люди становятся членами секты для того, чтобы удовлетворить свои нереализованные потребности. Он не разделяет точку зрения (хотя и не опровергает её), утверждающую, что в сектах имеется арсенал специальных средств «кодирования», которые влияют на людей таким образом, что они становятся психологически зависимыми. Д.Г. Трунов также утверждает, что в сектах и без «программирующих средств» имеется огромное количество благоприятных факторов, которые способствуют тому, чтобы сделать некоторых людей в полной мере счастливыми и потому нуждающимися в таких культовых организациях [3].

Психологи считают, что распространение культов определяется ограниченностью социальных контактов молодёжи. Среди этих причин – отсутствие детских и молодежных организаций в школах, мобилизующих детей на совместные групповые действия позитивной направленности, сокращение количества «мероприятий» общественной направленности и др.

Следует подчеркнуть тот факт, что культовые лидеры используют неосведомленность и неопытность людей в психологических, духовных, коммерческих, политической и других знаниях. Также они искусно манипулируют такими чувствами как привязанность, любовь, уважение, гордость, страх, ненависть, эгоизм и т.д. Известно, что каждый человек, по мнению А.Н. Елизарова, нуждается в уважении, любви, в потребности общения с ним. Поэтому с первых дней попавший в секту человек со всех сторон окружается вниманием и заботой её членов и приверженцев [5].

Любой человек, если он недостаточно владеет е механизмами и закономерностями функционирования своей психики, плохо понимает и не достаточно отчетливо осознает, что именно с ним происходит в конкретной жизненной ситуации, и поэтому чрезвычайно уязвим для различных приёмов психологического насилия и психологической эксплуатации.

Манипулирование – это психологическое насилие, оказывающее, по мнению Е.Б. Волкова, влияние на сознание, эмоции и чувства человека со стороны другого лица или группы людей, побуждающими действовать его в

соответствии со скрытыми целями и интересами манипуляторов, особенно на первых этапах вовлечения его в секту [3].

У механизма манипулирования есть две стороны, неотделимые друг от друга: одновременно используются как потребность человека в любви, сочувствии и внимании, так и подверженность страхам, которые его преследуют, т. е. насилие над личностью происходит и в форме «любви», и в форме прямых и косвенных угроз и запугиваний.

Типичным приёмом деструктивных культов является активное использование различных видов искусственной, мнимой «любви» на первых этапах вовлечения жертвы в ловушку и применение угроз лишения «любви» на последующих этапах эксплуатации и манипулирования личностью.

Консультирование лиц, попавших в деструктивный культ, весьма своеобразно и требует определённой подготовки психологов и психотерапевтов, которые занимаются такой деятельностью. Эта практика, с точки зрения Е.Б. Волкова, требует владения многими навыками и знаниями, отсутствующими в распространенных техниках консультирования и психотерапии [3].

Цель психологического консультирования – не насильственное удержание клиента, ставшего членом того или иного культа, в семье, а добровольное восстановление навыков критического и реалистического мышления для осознания того, что тобой манипулируют, что ты находишься в состоянии гипнотического внушения. Консультанты не нарушают право клиента на самоопределение и не пытаются непрофессиональными способами повлиять на его религиозные, идеологические или духовные ориентации [5].

Основными методами консультирования, по мнению А.Н. Елизарова, являются:

1. Профилактическая работа, целью которой является сообщение клиенту объективной информации об истории возникновения и практике деструктивного культа. Основная задача – сформировать осознанное критичное отношение к данному сектантскому движению, дать человеку возможность сознательно осуществить свой выбор между продолжением общения с сектантами или полностью отказаться от него.

2. Подход стратегического взаимодействия (ПСВ). Специфика консультирования заключается в том, что оно осуществляется при активном участии близких людей и друзей клиента. Главную роль при этом играет подготовительная работа – создание группы «поддержки», которая позволит клиенту осознать свою «психологическую травму», преодолеть ее и продолжать жить дальше. Друзья и родные должны сделать все, что зависит от них, чтобы показать, что они по–прежнему его любят и уважают, в полной мере интересуются его жизнью и хотят сохранить с ним прежние тёплые отношения.

Культы только имитирует любовь к ближнему, и рано или поздно «жертва» осознает это и почувствует. Если со стороны родных и близких

человек будет окружён искренней заботой и вниманием к себе, то в его сознании вполне возможен перелом, который оттолкнет его от секты и возвратит в семью.

3. Консультирование по выходу из секты ведётся в форме конструктивного диалога, так как разубеждать сектанта бесполезно. Логика, критика и обращение к здравому смыслу не помогут, наоборот, заставят сектанта более замкнуться, уйти в свой собственный мир [5].

В секте предусмотрительно заранее предупреждают человека, только что попавшего в неё, о будущих нападках на него и преследовании. Необходимо пробуждать в человеке стремление мыслить самостоятельно, критично, осознанно. Важным моментом конструктивного диалога является побуждение жертвы рассказывать о том, что с ней происходит, направлять её к самостоятельным размышлениям, в любом случае, избегая конфронтации с ней.

Таким образом, к лицам, попавшим под влияние деструктивных групп и организаций, следует применять в индивидуальном консультировании набор психологических средств и приёмов, позволяющих им понять неправильность своего выбора, осознать деструктивность своих действий, связанных с уходом в иную реальность, позволяющую освободиться от сложных проблем, удовлетворить потребность в сочувствии и любви со стороны других людей.

Литература:

1. Аронсон Э. Общественное животное. Введение в социальную психологию. – М., 1998. – 517 с.

2. Белорусов В.А. Феномен «кодирования» // Журнал практического психолога. – 1998. – № 3. – С. 32-38

3. Волков Е. Н. Консультирование жертв интенсивного манипулирования психикой: основные принципы, особенности практики // Журнал практического психолога. М.: Фолиум. 1997. – № 1. – С. 102-109.

4. Волков Е. Н. Преступный вызов практической психологии: феномен деструктивных культов и контроля сознания (введение в проблему) // Журнал практического психолога. – 1996. – №2. – С. 87-93.

5. Елизаров А. Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования. – М., 2003. – 336 с.

Коваленко А.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Шаповаленко З.И., к.психол.н.

ОСОБЕННОСТИ И ПРИЧИНЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

В настоящее время особо актуальна проблема нарушения поведения у детей подросткового возраста, которые относятся к «группе риска». В профилактике отклоняющегося поведения подростков особую роль приобретают социально-психологические знания, раскрывающие сущность и

природу асоциального поведения подростков, а также разрабатываются коррекционные меры по предупреждению девиантных проявлений.

Чтобы лучше понять уникальную природу отклоняющегося поведения подростков, следует проанализировать то, что характерно представителям этой возрастной категории.

Еще Аристотель утверждал, что подростковый возраст – это ряд «пубертатных трансформаций». Биологические изменения, происходящие в организме подростка, могут влиять на резкие изменения его поведения, проявляющегося в ярко выраженных внешних признаках [7].

М. Мид, изучавшая влияние социальных факторов на психо–физиологические особенности подростков, доказала, что причины девиантного поведения связаны с нарушением процесса социализации [7].

Л.С. Выготский указывал типичные черты подростка, влияющие на проявление поведения, отклоняющегося от нормы: формирование интроспекции, направленной на самоанализ; возникновение особого интереса к своим переживаниям, разочарованность окружающим миром, уход в себя, стремление к самоутверждению, противопоставление себя окружающим, конфликты с ними [1].

Задержка физического или психического созревания, нарушая развитие личности, может проявляться в различных формах девиантного поведения.

Л.С. Славина, исследуя недисциплинированных школьников с нарушениями в аффективно-волевой сфере личности и с неправильно сформировавшимся отношением к школе, констатировала, что следует обращать внимание на самобытность личности подростка, его достижения в иных сферах деятельности, иначе его самооценка будет характеризоваться односторонностью [5].

Как отечественные, так и зарубежные учёные считают подростковый возраст периодом противоречий, характеризующийся стремлением к взрослости и признанию, углублением самоанализа, развитием самосознания, формированием «Я-концепции», стремлением к социальному и личностному самоопределению. Большинство психологов утверждают, что стремление к новому, взрослому положению, выход за пределы дозволенного стимулирует возможность дальнейшего развития личности несовершеннолетнего. Подростковый протест, негативизм, искаженные формы самоутверждения могут появиться, когда взрослые продолжают относиться к подростку как к ребенку.

Сколько бы противоречий подросткового возраста не называли психологи, все соглашаются с тем, что это возраст социализации (врастания в мир человеческой культуры и общественных ценностей) и индивидуализации, т.е. открытия и утверждения своего индивидуального и своеобразного «Я».

М. Ю. Кондратьев считает «искривлением» деятельностной линии психического развития недостаточную обученность подростка, его психическую неподготовленность к определённым возрастным нормам,

характерного для данного социума способам взаимодействия с окружающей действительностью [3].

Индивидуализация подростка может осуществляться в форме самоутверждения, которое имеет позитивное влияние на процесс и продуктивность общественной и учебной деятельности. В то же время, согласно мнению Д.И. Фельдштейна, самоутверждение подростков может иметь и социально-полярные основания – от подвига до правонарушения, совершённого им. [6].

Следует отметить, что стремление подростка к нестандартным ситуациям, острым приключениям, завоеванию признания, испытанию границ дозволенного, истолковываются взрослыми как отклоняющееся от нормы поведение. Таким образом, нарушения поведения могут быть причиной проявления подросткового кризиса – кризиса идентичности (Дольто Ф., Эриксон Э., Сагатовская Л.С. и др.).

Участие в неформальных подростковых группах, «кодекс чести» которых базируется на доминирование групповых норм над общечеловеческими, является причиной появления девиантного поведения подростка. Механизм этого поведения состоит в том, что формы предпреступного поведения превращаются в поведенческие стереотипы, закрепляя асоциальный стиль поведения, который может со временем превратиться в устойчивый антисоциальный.

Негативные последствия для личностного становления подростка наблюдаются также в условиях социальной депривации.

Современные исследования подчёркивают сложность и амбивалентность отношений подростка к взрослым (Дубровина И.В., Усанова О.Н., Шаховская С.Н.). Отчуждение между подростком и родителями, постоянные ссоры, дефицит общения, отдаление подростка от семьи, становится фактором риска появления психических нарушений и различных поведенческих отклонений.

Причинами отклонений в поведении подростков являются также отвержение ими базовых социальных ценностей, принятых в современном обществе. Морально-психологический «сдвиг» проявляется у несовершеннолетних демонстрацией поступков асоциального поведения и сопровождается правонарушениями, побегами, заболеваниями по наркологическому признаку, серьезными нервно–психическими расстройствами (Ананьев В.А., Вахромов Е., Еникеев М.И.).

В связи с этим специалисты по профилактике и коррекции асоциального поведения акцентируют внимание на том, что противоправное поведение современных детей и подростков растет в два раза быстрее, чем у взрослых.

Необъяснимые поведенческие поступки подростков могут также стать следствием акцентуаций характера (Кон И.С., Личко А.Е., Мудрик А.В, Реан А.А. и др.). Если раньше акцентуации считались аномалией личности, то теперь они входят в критерий нормы, поскольку характерны 90% подростков.

А. Е. Личко считает, что подростку могут быть свойственны сразу несколько акцентуаций характера одновременно, которые к концу подросткового возраста исчезают [4].

Е.В. Заика, Н.П. Крейдун, А.С. Ячина выделяют личностные особенности делинквентных подростков, характеризующие деформацию их характера: конфликтность с окружающими, непримиримое отношение к позиции взрослого; сниженная потребность в общении, которая является средством самоутверждения и компенсации неудовлетворенности своим положением [2].

Понимание механизма отклоняющегося развития личности (Зюбин Л.М., Уэда К., Щур Э.) невозможно без учета следующих его составляющих:

– постепенное усугубление отдельных негативных качеств личности, складывающихся в криминогенный комплекс;

– особое стечение обстоятельств и действие факторов, приводящих к «со–настройке» и взаимодействию криминогенных качеств, их развитию и фиксации;

– условием для образования и развития криминогенного комплекса является наличие у подростка общих трудностей и отставания в развитии личности;

– наличие криминогенного комплекса делает подростка нечувствительным к воздействию воспитательных мер, направленных на коррекцию отдельных сторон его личности.

Важно отметить, что отклоняющееся поведение безнравственного, аморального, неэстетичного характера практически не имеет гендерных различий (Бочкарева Н.И., Менделевич В.Д.).

Таким образом, большинство причин девиантного поведения подростка следует искать в нарушениях процесса социализации и индивидуализации личности, которые связаны с психофизическими, умственными, социально–эмоциональными изменениями, определяющими особенности взросления и поведения подростка.

На отклоняющееся поведение подростка оказывают влияние особенности взаимоотношений со сверстниками, родителями и учителями, участие в подростковых группах с асоциальной направленностью, события и реалии современной жизнедеятельности общества.

Литература:

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т.4. – М., 1984.

2. Заика Е.В., Крейдун Н.П., Янина А.С. Психологическая характеристика личности подростков с отклоняющимся поведением // Вопросы психологии. – 1990. – № 4. – С. 83–90.

3. Кондратьев М.Ю. Социально–ролевая детерминация, межличностного восприятия в группах трудновоспитуемых подростков и юношей: автореф. дисс…. канд. психол. наук. – М., 1983. – 24 с.

4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983. – 253 с.

5. Славина Л.С. Трудные дети. Избранные психологические труды / Под ред. В.Э. Чудновского. – М., 2006.

6. Фельдштейн Д.И. Психологические особенности развития личности в подростковом возрасте // Вопросы психологии. – 1988. – № 6. – С. 31-41.

7. Шульц Д. П., Шульц С.Э. История современной психологии. – СПб., 2002.

Кокорева Н.А., г. Ставрополь, ГОУ ВПО СФ МГГУ
Научный руководитель: Черепкова Н. В., к.психол.н.

АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

На сегодняшний день наркомания является важной проблемой всех развитых стран, и не в последнюю очередь России. Растущее число наркозовисимых в стране, а также все большее «омоложение» наркомании имеет место сейчас. Все это порождает сильную необходимость в организации профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде.

Профилактика – это система государственных и общественных, социально-экономических психолого-педагогических и медицинских мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на укрепление здоровья.

Профилактическая работа как правило, базируется на комплексной основе и осуществляется совместными усилиями учителей, психологов, медиков, социальных работников, сотрудников правоохранительных органов. Тем не менее, несмотря на все усилия и финансовые вложения, профилактика является наиболее слабым звеном в цепи по борьбе с наркоманией.

Рассмотрим некоторые зарубежные профилактические программы и способы профилактики наркомании.

По мнению Джил Керликовске, директора комитета национальной политики за наркоконтролем, превентивные (профилактические) программы однозначно дают положительные результаты, но требуется более тесное взаимодействие между родителями и взрослыми – регулярные беседы о важности выбора здорового образа жизни [1].

Похожего мнения придерживаются многие исследователи Р. Каталано[2], С. Эннет [3], Д. Хоукинс [4], Д. Хэдлунд [5], Р. Брюэр [6].

Керр, Леве и Чемберлен считают, что взрослые должны уделять подросткам больше внимания и способствовать выводу их из среды сверстников с девиантным поведением [7].

Наиболее распространенной является разработанная в США программа «Скил Лайфс» («Успешная Жизнь»). Базовых принципы этой программы в обязательном порядке реализуются на специальных занятиях. Занятия проводятся педагогами и психологами, прошедшими специальную подготовку. Количество часов отводимых на эти занятия от 100 до 200

учебных часов в год, категория с которыми проводится работа – дети от дошкольного возраста до старшего школьного.

Программа Alert была призвана изменить отношение школьников к алкоголю, табакокурению и марихуане. Предлагается 11 уроков в 7 классе и 3 закрепительных урока в 8 классе. Уроки способствуют выработке у школьников сопротивления наркотическому давлению и осознанию эмоциональных и физических последствий употребления наркотиков.

В Германии бюджетное здравоохранение в основном ориентировано на оказание прямой помощи наркозависимым, т.е. медицинской. В Дании, Бельгии и Норвегии создана достаточно обширная сеть реабилитационной помощи наркоманам. В этих странах пристальное внимание обращается на организацию альтернативного приему наркотиков отдыха, особенно в вечернее время.

Анализ мировой и отечественной наркотической ситуации позволяет отметить основные факторы, определяющие негативное развитие проблемы. Условно можно выделить: социально-экономические, социально-идеологические, медицинские факторы, а по степени распространения – глобальные, геополитические, региональные, присущие отдельным группам общества, семьям, личностям.

В течение последних нескольких лет Россия стала крупным рынком сбыта наркотиков. Наша страна оказалась на «перекрестке» мировых потоков наркотиков, а также стала пограничной страной по отношению к тем регионам, в которых наркобизнес является одним из основных и прибыльных – Чечня, Таджикистан, Казахстан, Афганистан и др.

Среди основных причин, влияющих на распространение наркомании и в подростковой среде, одно из лидирующих мест занимает легкая доступность ПАВ. Места приобретения наркотиков согласно исследованиям: школы, дискотеки, кафе, парки, а также квартиры торговцев наркотиками. Наркодельцы давно определили для себя образовательные учреждения как мини–рынки сбыта наркотиков в подростковой и юношеской среде. В итоге общество столкнулось с действительной беззащитностью детей и подростков перед наркотической экспансией. Следовательно, без жестких и действенных мер противодействия незаконному обороту наркотиков и силового противостояния наркогруппировкам, добиться реального повышения эффективности антинаркотической профилактической работы только за счет мер и усилий, принимаемых воспитателями, учителями, врачами, психологами, социальными работниками, невозможно.

Еще одним важным фактором наркотизации является снижение у большинства подростков превентивной психологической защиты и низкий ценностный барьер. Подросток, начинающий пробовать наркотики, находится в противоречивой социально-психологической ситуации: с одной стороны – массовое распространение наркотиков, навязывание нового стиля жизни и новых ощущений, связанных с их употреблением, в сочетании с подростковыми мотивами любопытства и подражания: с другой –

растерянность и неосведомленность родителей, педагогов, социальных работников; с третьей – борьба правоохранительных органов с потребителями ПАВ.

Положение усугубляется тем, что в недавнем прошлом ранняя алкоголизация и наркотизация чаще всего поражали детей из неблагополучных семей, т.е. семей с асоциальным образом жизни. На сегодняшний день число молодых наркоманов пополняется в почти равной степени и подростками из благополучных слоев населения, как правило, с высоким достатком. В таких случаях гиперопека и невысокие морально–этические нормы, складывающиеся в таких семьях, сочетаются с финансовой свободой подростков, связанной с легко доступными деньгами. Детям из этих семей свойственно формировать особую молодежную субкультуру, главными ценностями которой являются свободное, гедонистическое времяпрепровождение и употребление наркотиков, алкоголя, и другие девиации.

На личностном уровне, главным фактором для начала употребления наркотиков, выделяются индивидуальная дисгармоничность, генетическая предрасположенность, врожденные аномалии характера, проявляющиеся в виде негативных аффективных и поведенческих нарушений.

Примечательно и то, что наше население обладает достаточно низким уровнем информированности по профилактике наркомании; также можно отметить и малую доступность профессиональной бесплатной консультативной и лечебно-реабилитационной работы. В стране отсутствуют государственные детско-подростковые реабилитационные центры, а оплачивать дорогостоящие услуги коммерческих клиник и центров наши граждане просто не в состоянии.

Таким образом, эпидемия наркомании в стране обусловлена не только совокупностью многих патогенных личностных, социальных, геополитических и др. факторов, но и их сложным взаимовлиянием. Такое понимание этого сложного биопсихосоциального явления предполагает выбор определенных стратегий и подходов в поисках путей решения проблемы наркомании с использованием потенциала государственных институтов и гражданского общества.

Цель профилактической работы современной школы – создание образовательной среды, способствующей развитию. В тоже время, наркотизация молодежи, о чем было сказано выше, продолжается, и к наркотикам приобщаются и в школьной среде.

Целесообразно включение в образовательный цикл предметов, интегрированных курсов, спецкурсов и факультативов, направленных на расширение объема знаний о реальной жизни. Эта работа может быть дополнена рядом внеклассных мероприятий профилактического характера (беседы, ролевые игры, психологические тренинги, театральные постановки).

Для повышения эффективности вся профилактическая работа обязательно нуждается в психологической и социальной разработке, научно-

методической экспертизе. Информация о наркотиках и наркопреступности, поданная без учета подростковой психологии, может возбудить нездоровый интерес у слушателей и даже побудить их к употреблению наркотических средств.

Логика построения программ профилактики наркозависимости основана на формировании у ребенка, прежде всего:

– навыков самосохранения (избегать пассивного курения, избегать контактов с наркоманом, алкоголиком);

– эмоционального неприятия зависимых форм поведения в качестве положительной ролевой модели (формирование представления о наркомании как о болезни, а больных жалко, а походить, или быть на «жалким» не престижно);

– осознания возможности очень быстрого возникновения зависимости (некоторым людям достаточно одной пробы, чтобы стать зависимым, но никто не может гарантировать, что ты не относишься к таким людям);

– собственной жизненной позиции, которая позволяла бы формировать круг интересов, выстраивать доверительные и гармоничные отношения с людьми, не прибегая к дополнительным «активаторам» общения в виде сигареты, рюмки;

– умения отстаивать свою точку зрения в любой ситуации.

В самом общем виде, профилактическая работа должна быть направлена на формирование негативного отношения к психоактивным веществам на уроках и внеклассных мероприятиях. Целью профилактических мероприятий является создание личного иммунитета против первого приема наркотиков, вызвать неприятие и отвращение ко всем видам и формам употребления наркотических веществ, причем не только на уровне понимания, знаний и умений, но на уровне ощущений, эмоций, идущих из подсознания. Это можно сделать, если ввести элементы ненавязчивого воздействия на сознание и подсознание ребенка в процессе ежедневной педагогической деятельности, в процессе обучения и воспитания.

Специалисты, имеющие опыт работы по профилактике аддиктивного поведения среди учащихся, говорят о необходимости дифференцированного подхода, в зависимости от возраста ребенка, так как младший, средний и старший школьный возрасты, значительно отличаются друг от друга многими критериям, характеру и уровню сформированности ценностных ориентаций, сфере интересов и потребностей, социальными условиям для формирования правильного, т.е негативного отношения к употреблению психоактивных веществ.

Литература:

1. Monitoring the Future Results [Электронный ресурс] www.drugabuse.gov/drugpages/MTF.html. [Дата обращения 11 ноября 2014 года].

2. Catalano R.F. et al. Raising healthy children through enhancing social development in elementary school: Results after 1.5 years. // *Journal of School Psychology*. – 2003. - N2. – P. 143–164.

3. Ennett S.T. et al. A comparison of current practice in school-based substance abuse prevention programs with meta-analysis findings // *Prevention Science*. – 2003. – Vol. 17. – N. 6.

4. Hawkins J.D., Catalano R.F., Kosterman R., Abbott, R., and Hill K.G. Preventing adolescent health–risk behaviors by strengthening protection during childhood // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* – 2004. - Vol. 18. – N. 6. – S. 226-234.

5. Naimi T.S, Brewer R.D, Mokdad A., Denny C., Serdula M.K., Marks J.S. Drinking among US adults // *JAMA.* – 2003. – N.289. – S.70-75.

6. Kerr D.C.R., Leve L.D., Chamberlain P. Pregnancy rates among juvenile justice girls in two randomized controlled trials of Multidimensional Treatment Foster Care. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2009. – N. 77(3). – S.558–593.

Кононенко Е.А., г. Ставрополь ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Соломатина Г.Н., к.пед.н.

ОТКЛОНЕНИЯ В ПОВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

В настоящее время проблема отклонений в поведении является актуальной как в зарубежной, так и в отечественной психологии и педагогике. Все большее внимание привлекают проблемы изучения психологических причин отклонений в поведении у детей различных возрастных групп, разработки программ их предупреждения и коррекции [8, с. 6].

По данным современных исследований, проведенных за рубежом, примерно, от 12 до 17% детей и подростков имеют нарушения поведения и расстройства эмоционально-волевой сферы [3, с. 22].

Так как дошкольный возраст является периодом психического и физиологического созревания ребенка важным является предупреждение и устранение отклонений в поведении. Дошкольный возраст играет важную роль в психическом развитии ребенка так, как в этот период жизни начинают формироваться психологические новообразования деятельности и поведения. Дети старшего дошкольного возраста перестают быть непосредственными и становятся менее понятными для окружения. Причиной этих изменений является дифференциация в сознании ребенка его внутренней и внешней жизни. Осознание включается во все сферы жизни старшего дошкольника, то есть он начинает осознавать отношение к себе окружающих знакомых и незнакомых людей и выражать свое отношение к ним и к себе самому, свой индивидуальный опыт, результаты собственной деятельности и т.д. [2]

По мнению Ковалева В.В., наибольшая роль в возникновении отклонений в поведении отводится патохарактериологическому развитию, возникшему в связи с неблагоприятными условиями микросоциальной среды, неправильным воспитанием или психотравмирующими ситуациями [5, с. 41].

Такие психологи, как Захаров А.И., Казакова Е.И., Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. относят к отклонениям в поведении следующие проявления: агрессивность, излишняя замкнутость, тревожность, вредные привычки и другие [4, с. 362].

Вот некоторые отклонения в поведении, встречающиеся у детей и подростков [6, с. 15].

Агрессивность – это нарушением социальных норм, от которого в большей степени страдают окружающие. Агрессия может проявляться, как в вербальной, так и в невербальной форме. Она может быть направлена против людей и животных, а также на разрушение материальных объектов (М.В. Алфимова).

Гиперактивность – это лишь одно из проявлений целого комплекса нарушений, отмечаемых у таких детей. Главная же проблема – неразвитость механизмов внимания и тормозящего контроля. Основные нарушения поведения сопровождаются серьезными вторичными – слабой успеваемостью и затруднениями в общении с другими людьми (Г.Ф. Стилл). Гиперактивные дети не могут долго играть со сверстниками, являются источником постоянных конфликтов и быстро становятся отверженными.

Нарушения внимания проявляются в неспособности к нормальному обучению, импульсивностью, повышенной возбудимостью. У множества детей с дефицитом внимания обнаруживают задержку в развитии [7, с. 209].

Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности резко выделяются на фоне сверстников своим поведением: чрезмерной активностью, излишней подвижностью, суетливостью, невозможностью надолго сосредоточить внимание на чем-либо.

Тревожные расстройства – это отклонения от нормы, в результате которых страдает ребенок и его семья. Это может быть чрезмерное горе от возможной или фактической разлуки со значимым лицом, отказ от посещения школы, а также жалобы на физические нарушения. В качестве дополнительных психосоматических нарушений могут возникнуть удушье, тошнота, рвота, нарушение сна (З.Фрейд).

Социофобия – расстройство избегания контактов или же социальная неуверенность. Социально неуверенные дети становятся в присутствии незнакомых людей робкими, застенчивыми, уклоняются от социального взаимодействия с друзьями. В случае сильной социальной тревоги у них появляется избирательный мутизм, они начинают заикаться, теряют уверенность в себе и становятся пассивными (Ж. Эскироль).

Избирательный мутизм – это совокупность симптомов: нарушения речи, которые приводят при общении детей с некоторыми партнерами к

полной «немоте». С членами семьи происходит адекватное возрасту общение (Трамер) [6, с. 18].

К вредным привычкам относят сосание пальца, а иногда и одеяла и грызение ногтей. Они характерны для детей с чрезмерной двигательной расторможенностью. Эти дети больше всего доставляют беспокойства учителям и родителям. Причинами могут выступать тревожность детей и детские страхи [1, с. 10].

Таким образом, можно отметить, что дети с отклонениями в поведении – это разнородная группа детей, имеющих поведенческие нарушения, в возникновении которых определяющими факторами являются либо органическое поражение центральной нервной системы, либо условия обучения и развития, стиль взаимоотношений с взрослыми, особенности семейного воспитания.

Литература:

1. Захаров А.И. Неврозы у детей. – СПб., 1996. – 417с.
2. Ковалева Н.В. Профилактика агрессивного поведения у детей разного возраста. – М., 2008. – 48с.
3. Клиническая психология / Под ред. М. Перре и У. Баумана.– СПб., 2002. – 362 с.
4. Лаврентьева М.В. Общая характеристика развития детей старшего дошкольного возраста. СПб., 1998. – 336с.
5. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. – М., 2000. – 41 с.
6. Лютова Е.К. Психопрофилакционная работа с гиперактивныими, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – СПб., 2002. – С.15-18.
7. Марцинковская Т.Д. Детская практическая психология. – М., 2001. – 209 с.
8. Нариевская И.Н., Сабирова Н.Г. Профилактика нарушений в поведении дошкольников. – М., 2009. – С. 6.

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

ПРОБЛЕМА КОМПЬТЕРНОЙ АДДИКЦИИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Согласно исследованиям американских ученых, с каждым годом увеличивается количество людей, страдающих компьютерной зависимостью. По официальным данным, в России 2-4% людей, подверженных данному виду аддикции, но достаточно осмотреться вокруг, чтобы понять, что эта статистика недостоверна: большая часть людей так или иначе, но посматривает на экраны своих смартфонов.

Аддикция (аддиктивное поведение, зависимость) – особый тип деструктивного поведения, которое выражается в стремлении к уходу от реальности посредством специального изменения своего психического

состояния [1]. Компьютерная зависимость – пристрастие к занятиям, связанным с использованием компьютера, приводящее к резкому сокращению всех остальных видов деятельности, ограничению общения с другими людьми. Компьютерная зависимость – это форма ухода от реальности.

В психолого-педагогической литературе выделяют следующие виды компьютерной зависимости:

Кибераддикция – пристрастие к компьютерным играм. В зависимости от вида игры (ролевая и неролевая) разделяют и подтип аддикции.

Сетеголизм – пристрастие человека проводить время в сети интернет, в поисках информации (веб-серфинг) или же общения в социальных сетях.

Основными признаками компьютерной зависимости, на которые родителям необходимо своевременно обратить внимание являются: пренебрежение повседневными обязанностями и общением с друзьями ради лишнего времени, проведенного в интернете, за игрой; предвкушение следующего сеанса за компьютером; увеличение числа денег, расходуемых он–лайн; человек предпочитает есть перед монитором; пренебрежение личной гигиеной; эйфория при работе за компьютером.

Обратимся к причинам компьютерной зависимости.

Прежде всего, это родительская гиперопека. Привыкший к тому, что все его желания выполняются, что родители стремятся сделать максимум для него, ребенок теряет стимул для развития собственных способностей. Впоследствии сталкиваясь с реалиями мира и тем, что не все можно подчинить своему желанию, появляется ощущение собственной слабости, раздражение.

Иной причиной может послужить домашнее насилие или игнорирование ребенка. Регулярные издевательства, отсутствие эмоциональной подпитки и поддержки дома можно «забыть» и получить в интернете. Пристрастие к играм же можно объяснить, как выплеск неконтролируемой злобы, обиды за издевательство, ощущения себя-Героя, себя-Идеального, Избранного. Возможность погружения в идеальный мир не может не захватить детскую психику, создать иллюзию собственной значимости и важности.

Третья причина – проблемы в школе, неудачи при общении со сверстниками. Подростки, в силу каких-то личностных качеств неспособные влиться в коллектив класса и, вследствие этого, неспособные удовлетворить одну из основных потребностей – потребность в общении. Как и во втором случае, эту потребность можно восполнить при помощи интернета и социальных сетей, понимающих «друзей», знакомых и просто анонима.

Четвертой причиной может послужить отсутствие увлечений и хобби, не связанных с компьютером.

Профилактика компьютерной зависимости предполагает использование комплекса психолого-педагогических технологий:

1) диагностических, позволяющих выявить симптомы и причины зависимого поведения;

2) коррекционно-развивающих, позволяющих внести необходимые коррективы в тот или иной компонент личности молодого человека.

На первом этапе профилактической работы используются диагностические технологии: психологические методики исследования личности [3].

Диагностика компьютерной зависимости предполагает использование ряда методик, которые проводятся как с самими молодыми людьми, так и с их родителями. Такой подход позволяет получить надежные результаты, поскольку при ответе на вопросы опросников респондент не всегда может объективно оценить себя. Многие признаки зависимого поведения ими не указываются. Тогда как родители могут отмечать те особенности поведения, которые не регистрируются самим подростком.

С целью выявления признаков компьютерной зависимости нами было проведено исследование, цель которого – выявить студентов первого курса (возраст 17 лет), имеющих признаки зависимого поведения. В исследовании приняло участие 50 респондентов в возрасте 17 лет. В качестве диагностического инструментария мы использовали: тест на Интернет-зависимость (С.А.Кулаков); тест на установление зависимости от компьютерных игр; тест для определения степени компьютерной зависимости.

В результате проведения теста на Интернет-зависимость (С.А.Кулаков) высокого уровня интернет-зависимости не было зарегистрировано (80 и более баллов). 50-80 баллов набрало 3 человека, что свидетельствует о том, что данным респондентам необходимо учитывать серьёзное влияние Интернета на их жизнь.

Следующей методикой диагностики стал тест на установление зависимости от компьютерных игр. При обработке и интерпретации результатов мы ориентируемся на следующие количественные показатели: если респонденты дали 25% и более положительных ответов, то это говорит о зависимости от компьютерных игр. Анализ и интерпретация полученных данных показали, что признаки выраженной зависимости от компьютерных игр имеет 14 человек, из них: 25 % – 4 чел., 31% – 5 чел., 37 % – 2 чел., 43 % – 1 чел., 50 % – 1 чел., 87 % – 1 чел.

Заключительной методикой диагностики, направленной на получение данных от степени компьютерной зависимости, выступил тест для определения степени компьютерной зависимости. При обработке полученных данных мы ориентировались на следующие количественные показатели: 70-80 – высокая доля вероятности наличия зависимости, стоит обратиться к специалисту; 40-69 – ярко–выраженное влияние интернета и компьютера на жизнь человека, группа риска; менее 39 – влияние компьютера на жизнь человека умеренное.

Диагностика показала, что в исследуемой группе у двух человек отмечены завышенные количественные данные: 39 баллов и 48 баллов соответственно.

Полученные данные по методикам диагностики были соотнесены между собой и позволили выявить из 50 респонедентов группу риска – 14 человек и 2 человек имеющих признаки ярко выраженной компьютерной зависимости.

Вторым этапом психопрофилактической работы является профилактическая и коррекционно–развивающая работа [3]. На основе полученных результатов была сформирована выборка студентов, проявляющих компьютерную аддикцию.

Работа с данной группой проводилась по следующим направлениям:

1. Формирование мотивации на эффективное социально–психологическое и физическое развитие. Формирование у студентов позитивного отношения к окружающему миру, желания вести здоровый образ жизни.

2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение. У каждого человека должна быть возможность поделиться своими бедами, печалями или радостями, ощутить поддержку «значимого другого». Она есть не у всех. Поэтому важно научить студентов социально-поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Студенты, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие) легче справляются с проблемами, могут более эффективно преодолевать стрессы.

3. Развитие протективных факторов здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий студентов. Студент, эффективно использующий поведенческие стратегии, имеющий социально-поддерживающее окружение, успешно использующий копинг-ресурсы, оказывается более защищенным перед лицом стрессовых факторов. В этом случае уменьшается вероятность зависимого поведения.

4. Формирование знаний и навыков в области профилактики компьютерной зависимости. Информирование человека о действии и последствиях влияние компьютера на жизнь человека в сочетании с развитием стратегий и навыков адаптивных форм поведения помогают сформировать у него образ жизни, способствующий здоровью.

5. Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения. Подобная работа проводится со студентами группы риска. Для того, чтобы студенты захотели изменить свое поведение, необходимо сформировать у них желание, мотивацию на изменение. Решать эту задачу помогают краткосрочные и длительные профилактические мотивационные программы.

6. Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные. Для этого необходимо осознать свои реальные чувства, преодолеть те психологические защиты, которые личность выстраивает для ухода от решения проблем, осознать свои поведенческие проявления и захотеть изменить их на более адекватные формы поведения.

7. Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых. Любой человек должен иметь возможность получить помощь социально-поддерживающего окружения. Поэтому, если у него нет естественных социально поддерживающих сетей, необходимо искусственно создать структуры, которые могут оказывать поддержку. Следует расширять обучение сверстников и взрослых в ситуации взаимодействия в вузе, формировать у них навыки социально-поддерживающего и стресс-преодолевающего поведения.

Основными способами реализации этих задач является обучение социальным навыкам, позволяющим преодолевать стресс, а также оказание студентам адекватной социальной поддержки. Обучение может проводиться в форме групповых дискуссий и социально-психологического тренинга (тренинг разрешения проблем, поиска, восприятия и оказания социальной поддержки, тренинг когнитивно-оценочной составляющей копинг-поведения, коммуникативных навыков посредством развития эмпатии, аффилиации, снижения чувствительности к отвержению, занятий с психологами по повышению самооценки и коррекции отдельных сфер искаженной Я-концепции, выработка мотивации достижения успеха и другие формы).

Таким образом, формирование компетентности в данном вопросе, его постановка – ведь компьютерную зависимость многие считают мифом – актуализация данной проблемы в сообществе, привлечение интереса к ней в средствах массовой информации – являются факторами, препятствующими распространению аддиктивного поведения.

Литература:

1. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – СПб., 2006. – 672 с.

2. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, лечение и профилактика. – Днепропетровск, 2006.

3. Юсупов В.В., Корзунин В.А. Психологическая диагностика зависимого поведения. – СПб., 2007.

Федорова Е.И., г. Ставрополь, НОУ ВПО СКСИ
Научный руководитель: Тембай Т.В., к.биол.н.

ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

В связи с увеличением роста преступности в подростковой среде очень важно объяснить причины роста преступлений, а также выявить маркеры

генетической предрасположенности к девиантному поведению (Андреев А.М., 2010). Важную роль в реакции на факторы среды играют особенности характера личности, которые зависят от свойств нервной системы. Функционирование центральной нервной системы имеет огромное значение для любой человеческой деятельности как результат динамического взаимодействия с внешней средой и отражает, «состояние организованного целого» (Анохин П.К. 1980). Объективным критерием функционального состояния ЦНС является время простой и сложной зрительно–моторной реакции (ЗМР), которое характеризует скорость протекания процессов торможения и возбуждения в центральной нервной системе, точность выполняемой работы и способность к дифференцировочному торможению (Губарева Л.И., 2001).

Цель работы: поиск основных маркёров девиантного поведения у подростков.

Обследовано 30 подростков от 15 до 17 лет, отбывающих наказание по ст. 105 УК РФ, ст. 158 УК РФ, ст. 159 УК РФ, ст. 161 УК РФ, ст. 162 УК РФ, 131 УК в РФ ФБУ ИЗ 26/1 УФСИН России по СК. Контрольную группу составили подростки, не состоящие на учете в отделе по делам несовершеннолетних.

Для снятия отпечатков пальцев и ладоней использовался метод типографической краски. Исследования кожного рельефа ладоней и пальцев рук проводилось с использованием методики Cummins, Midlo (1943).

Анализ дерматоглифов выявил качественные изменения пальцевых и ладонных узоров у несовершеннолетних преступников. В контрольной группе симиальная линия обнаружена в 3,2% на левой руке и в 3,7% на правой руке, у несовершеннолетних преступников – соответственно в 12,5% и 15,0%.

Таблица 1

Частота встречаемости симиальной линии у несовершеннолетних правонарушителей, в %

Показатели	Контроль		Опыт	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
	3,09%	1,01%	13%	0

Из количественных показателей наиболее значимым является величина тотального гребневого счета. В данном исследовании установлено, что достоверных различий величины гребневого счета, а также гребневогосчета на правой и левой руках у несовершеннолетних преступников, по сравнению с контрольной группой, не выявлено ($P>0,1$).

Пальцевой рисунок у несовершеннолетних правонарушителей имеет существенные отличия в сравнении с контрольной группой. Особенно следует отметить более частую встречаемость дугового узора на обеих руках. Причем, на правой руке дуговой узор встречается чаще, чем на левой.

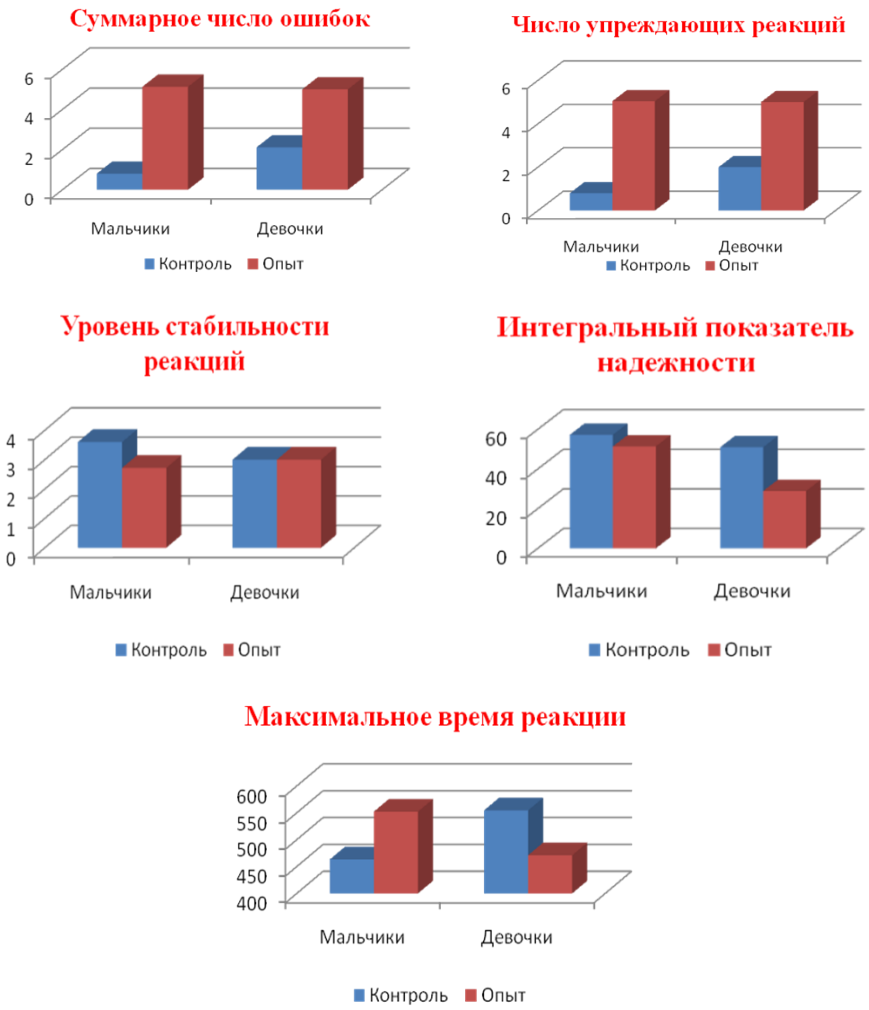
Кратные увеличения частоты встречаемости дугового узора, по сравнению с контрольной группой, – в 2-3 раза отмечали на 1-ом, 3-ем, 4-ом, 5-ом пальцах правой руки и на 2-ом, 5-ом пальце левой руки. В то же время на левой руке отмечали уменьшение частоты встречаемости завиткового узора. Качественным отличием является отсутствие у несовершеннолетних преступников завитка на 5 пальце левой руки. Менее выраженные различия наблюдались в частоте встречаемости ульнарных петель: на 2-ом пальце правой руки ульнарные петли у несовершеннолетних преступников встречаются в 1,6 раза чаще, чем в контрольной группе. Отмечается отсутствие радиальных петель на 1-ых, 3-их, 4-ых, 5-ых пальцах у несовершеннолетних преступников, в то время как в контрольной группе радиальные петли на данных пальцах встречаются.

Наличие существенных отличий по показателям дерматоглифики у несовершеннолетних преступников и подростков контрольной группы можно расценивать как косвенное свидетельство генетической детерминированности и предрасположенности к асоциальному поведению и высокой прогностической значимости таких показателей дерматоглифики как отсутствие радиальных петель на 1-ых, 3-их, 4-ых и 5-ых пальцах обеих рук, более частая встречаемость дугового узора на 2-ом и 4-ом пальцах левой руки, и 1-ом, 3-ем, 4-ом, 5-ом пальцах правой руки, высокая частота встречаемости симиальной линии (4-х пальцевая борозда), большая исчерченность на ладонях, как следствие гипоплазии, дисплазии, частая встречаемость высокого расположения угла atd.

Отсутствие достоверных различий гребневого счета, при большой частоте встречаемости простых узоров у несовершеннолетних преступников, объясняется более плотной упаковкой гребешков в петлевых и завитковых узорах (Хочкиян Х.С., 2011).

Дерматоглифические показатели коррелируют с показателями хронорефлексометрии. Для определения функционального состояния были использованы следующие показатели ПЗМР и СЗМР: интегральный показатель надежности, уровень сенсомоторных реакций, оценка стабильности реакций, оценка уровня сенсомоторных реакций, число неправильных реакций, число упреждающих реакций, суммарное число ошибок, уровень безошибочности, среднее время реакции, оценка быстродействия, уровень стабильности реакций, минимальное и максимальное время реакции, число пропущенных стимулов, уровень быстродействия. Результаты исследования функционального состояния отражены в графиках.

Анализ ПЗМР выявил, что достоверно значимые различия имеются у мальчиков–правонарушителей, в сравнении с мальчиками контрольной группы, по числу упреждающих реакций и по суммарному числу ошибок ($p<0,01$), что указывает на преобладание у них процессов возбуждения над тормозными.



У девочек-преступниц достоверно выраженные отличия, в сравнении с контрольной группой, выявлены по числу упреждающих ответов и суммарному числу ошибок ($p<0,001$), что говорит о преобладании процессов возбуждения над процессами торможения. В пользу чего свидетельствуют также более низкие показатели уровня быстродействия, максимального времени ЗМР, и более высокая оценка быстродействия ($p<0,05–0,001$). Также уровень активации и интегральный показатель надежности центральной нервной системы снижены ($p<0,05$), что можно расценить как снижение функциональных возможностей ЦНС.

Еще более значимые различия выявлены по показателям СЗМРи у мальчиков, и у девочек опытной группы.

У мальчиков-правонарушителей, по сравнению с контрольной группой, выявлено снижение показателей уровня стабильности реакции, повышение максимального времени реакции, что можно расценивать как показатель низких процессов дифференцировочного торможения. Об этом также свидетельствуют достоверно значимое увеличение числа пропущенных стимулов, снижение показателей уровня стабильности реакции и интегрального показателя надежности центральной нервной системы ($p<0,05–0,01$).

У девочек-правонарушительниц, в сравнении с контрольной группой, выявлены ещё более значимые сдвиги функционирования ЦНС,которые могут свидетельствовать о нарушении процессов дифференцировочного торможения и снижении функциональных возможностей ЦНС.

Так у девочекопытной группы число неправильных реакций в 2,2 раза больше, чем у контрольной ($p<0,001$), при этом преобладали упреждающие реакции, что, как и в случае простой зрительно-моторной реакции, говорит о преобладании процессов возбуждения над торможением. Суммарное число ошибок в сложной зрительно–моторной реакции было в 2,9 раз больше, чем в контрольной группе. Уровень безошибочности – в 2,1 раз ниже по сравнению с девочками контрольной группы ($p<0,001$). Среднее время реакции было достоверно выше у несовершеннолетних девочек-правонарушителей, чем у девочек контрольной группы, при этом показатели минимального времени реакции были достоверно ниже, а максимального времени реакции – достоверно выше, что допустимо расценивать как неуравновешенность процессов возбуждения и торможения. В пользу чего свидетельствуют низкие оценки стабильности реакций и снижение уровня быстродействия ($p<0,05–0,01$).

В целом нарушение процессов дифференцировочного торможения и снижение их скорости приводило к достоверно выраженному снижению уровня сенсомоторных реакций и их оценки ($p<0,001$) и достоверно значимому снижению интегрального показателя надежности центральной нервной системы ($p<0,001$).

Подводя итог, нужно сказать, что преобладание процессов возбуждения в центральной нервной системе, снижение способности к дифференцировочному торможению в значительной мере предопределяют предрасположенность к девиантному поведению и могут служить прогностическими маркерами формирования преступного поведения.

Литература:

1. Андреев А.М. Девиантное поведение подростков и молодежи: причины, особенности и меры предупреждения // Вестник Российского государственного торгово-экономического университета. – 2010. – № 4. – С.120-123.

2. Буханцова Е.В. Психофизиологические детерминанты формирования криминального стереотипа поведения // Современные наукоемкие технологии: Матер. междунар. научн. конф. – М., 2008. – С. 47-48.

3. Губарева Л.И. Особенности функционирования нервной и эндокринной систем и психосоциальной направленности личности несовершеннолетних правонарушителей // Нейроэндокринология – 2010: Тез. докл. VIII Всероссийской конф. – СПб., 2010. – С. 54-56.

4. Fedorova E. The peculiarities of functioning of the centra! nervous system and psychosocial orientation of the person of minor offenders / E. Fedorova, L.I. Gubareva, E.V. Buhantseva // International Journal of Psychophysiology. – 2010. – Vol. 77. – N 3. – P. 341.

Ширванян А.Э., Шаталова А.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Проблема умственной отсталости в настоящее время является особенно актуальной, так как на сегодняшний день все больше и больше рождается детей с данным нарушением. В нашем понимании, умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

Особенности поведения и его нарушения при интеллектуальной недостаточности у детей исследовались многими учеными (Л.С. Выготский, Д.Н. Исаев, Д.Е. Мелехов, С.С. Мнухин, М.С. Певзнер, С.Я. Рубинштейн, Г.Е. Сухарева, О.Е. Фрейеров) в связи с выявлением основных симптомов и патогенеза олигофрении, классификации форм олигофрении и изучением своеобразия личностных качеств при психическом недоразвитии [1, 2, 6, 7].

Ученые (И.Л. Коробейников, И.Л. Крыжановская, В.А. Портнов, Г.С. Маринчева) длительное время изучали нарушения поведения при интеллектуальной недостаточности у учащихся исключительно в рамках психиатрии детского возраста и рассматривали в клинической практике как одно из типичных проявлений интеллектуальной недостаточности, в основном, как имеющие органическую обусловленность, вне рамок сложной системы «опосредствовании», стоящей между органическим дефектом и социальным поведением. Они указывают на значительные трудности в изучении нарушения поведения учащихся с интеллектуальной недостаточностью, обусловленные сложностью взаимодействия биологических и социальных факторов в генезисе нарушения поведения и трудностями социальной адаптации учащихся, для которых характерно сочетание личностных изменений со сниженным интеллектуальным уровнем и неблагополучным семейным фоном [4].

Своеобразие дефекта при интеллектуальной недостаточности определяет специфику личности и поведения учащихся. Имеющиеся классификации форм умственной отсталости позволяют проанализировать поведение учащихся с интеллектуальной недостаточностью применительно к этим формам. Так, М.С. Певзнер, выделяя клинические варианты детей-олигофренов по особенностям нейродинамики и характеру локализации поражения головного мозга, отмечает существование среди них таких, у которых недоразвитие познавательной деятельности связано с нарушениями поведения [7].

Учащиеся, у которых недоразвитие познавательной деятельности не сопровождается грубым поражением анализаторов и нарушением эмоционально-волевой сферы, ведут себя адекватно в понятной для них ситуации, организованы в своем поведении в условиях специального обучения, указаний на недисциплинированность и выраженные нарушения поведения нет. Вместе с тем, несмотря на сохранность эмоционально-волевой сферы,

недоразвитие познавательной деятельности существенно отражается на поведении учащихся данной формы: при усложнении ситуации возникают своеобразные трудности поведения, обусловленные непониманием происходящего. По мнению В.К. Кузнецова, М.С. Певзнер эта особенность обусловлена недостаточной подвижностью нервных процессов, вследствие чего учащиеся не в состоянии менять свое поведение в связи с изменившимися условиями. При данной форме олигофрении могут возникать невротические и истерические реакции, особенно при неблагоприятных социально–бытовых условиях

У учащихся с нарушением корковой нейродинамики отмечаются изменения поведения и снижение работоспособности. По особенностям нарушения корковой нейродинамики М.С. Певзнер подразделяет эту группу детей-олигофренов на три подгруппы: 1) Дети-олигофрены, у которых нарушение корковой нейродинамики характеризуется преобладанием возбуждения над торможением. По особенностям поведения учащиеся отличаются легкой возбудимостью, расторможенностыо, раздражительностью, отвлекаемостыо, склонностью к резким аффективным вспышкам, неспособностью к устойчивой, целенаправленной деятельности. 2) Дети-олигофрены с нарушением корковой неиродинамики с преобладанием торможения над возбуждением, поведение которых характеризуется вялостью, пассивностью, заторможенностью, истощаемостыо и замедленностью психических реакций. Специфическим является однотипный характер реакции на внешние неблагоприятные условия, которые выражаются в еще большей заторможенности, напряженности, замкнутости и негативизме. В силу недостаточного осознания ситуации у учащихся отмечаются нарушения поведения. В коллективе учащиеся почти абсолютно подчиняемы. Часто они не могут найти выход из сложной, конфликтной ситуации. 3) Поведение учащихся при нарушении корковой неиродинамики со слабостью обоих нервных процессов характеризуется крайней изменчивостью: у одного учащегося могут наблюдаться различные по степени выраженности состояния вялости [7].

Нарушения поведения учащихся при олигофрении с нарушениями функции анализаторов определяются наличием помимо основного дефекта – интеллектуальной недостаточности – дефектов слуха, зрения, речи, опорно–двигательного аппарата.

М.С. Певзнер отмечает, что при олигофрении с психопатоподобными формами поведения недоразвитие познавательной деятельности сочетается с нарушением эмоционально-волевой сферы. Учащимся данного варианта олигофрении присущи снижение критического отношения к себе и окружающим, снижение работоспособности, повышенные влечения, склонность к резкой смене настроения. Нарушения поведения проявляются в двигательном беспокойстве, раздражительности, драчливости, агрессивности, неустойчивости в деятельноти и неумении владеть своим поведением [7].

Учащиеся с выраженной недостаточностью лобных систем отличаются наиболее грубыми формами нарушения поведения. Поведение одних учащихся отличается вялостью и пассивностью в сочетании с полной подчиняемостью, они легко подчиняют свое поведение установленным правилам, но оказываются не в состоянии их осознать и механически их усваивают. Поведение других учащихся носит несколько иной характер: они неорганизованны, хаотичны, импульсивны. Характерной чертой поведения учащихся этой группы является его немотивированность. В силу недостаточного учета ситуации в любой обстановке дети ведут себя одинаково. Преобладают подражательные формы поведения, которые носят характер косных стереотипов.

Исследуя симптоматику олигофрении Г.Е. Сухарева отмечает, что степень устойчивости деятельности и последовательность в поведении находятся в тесной зависимости от темперамента олигофренов, характеризующегося разнообразием. Наряду со спокойными, уравновешенными среди них встречаются и вялые, апатичные, с замедленными реакциями на все окружающее вследствие слабости побуждений и психомоторной заторможенности (торпидный тип), и чрезмерно подвижные, суетливые, неспособные сосредоточиться, неустойчивые с эйфорической окраской настроения (эретический тип). Внутри каждого из указанных типов можно выделить различные варианты личности в зависимости от степени их активности, способности к напряжению и устойчивости настроения. Общими чертами, присущими выделенным типам интеллектуальной недостаточности, являются отсутствие инициативы, самостоятельности, трудности переключения на новую деятельность, подражательность, повторение заученных штампов поведения, повышенная внушаемость, неустойчивость в деятельности. Эти особенности психики учащихся с интеллектуальной недостаточностью определяют нарушение их поведения.

Анализируя возможности социально-трудовой адаптации учащихся с интеллектуальной недостаточностью Д.Е. Мелехов, в зависимости от психопатологической структуры выделяет следующие типы олигофрении и характеризует особенности поведения учащихся каждого типа. Основной тип олигофрении отличается устойчивой эмоционально-волевой сферой и характеризуется достаточно упорядоченным поведением, целенаправленной деятельностью. Второй тип – олигофрения с неустойчивой эмоционально-волевой сферой по типу возбудимости или по тину тормозимости. Поведение учащихся данного типа олигофрении отличается повышенной возбудимостью, неусидчивостью, раздражительностью, повышенной конфликтностью, склонностью к агрессии, инертностью, сниженной психической активностью [6].

Итак, анализируя особенности поведения учащихся с интеллектуальной недостаточностью в рамках различных форм олигофрении, мы можем выделить общие причины, обусловливающие нарушения поведения: трудности переноса обобщения в новую ситуацию, в которой это обобщение должно быть реализовано в конкретном поведенческом акте, вследствие чего

поведение в ряде случаев оказывается неадекватным ситуации, противоречит нормативным требованиям; наличие противоречий между обобщенностью и отвлеченностью нравственных понятий, требований нормативного поведения и предельной конкретностью мышления учащихся с интеллектуальной недостаточностью; наличие противоречий между пониманием важности соблюдения требований нормативного поведения, неумением выполнять данные учащемуся предписания и отсутствием достаточной воли, необходимой для этого; нарушение связи между процессами возбуждения и торможения; неспособность учащихся с интеллектуальной недостаточностью к устойчивой целенаправленной деятельности, необходимой при решении жизненных задач и определяющей особенности поведения в различной обстановке; снижение критического отношения к своим поступкам, недостаткам, неспособность объективно оценивать и переживать свое состояние; болезненно переживаемое чувство собственной неполноценности; неумение разобраться в ситуации, осознать причинно–следственные связи между поступком и его результатом, установить смысл действий другого лица; повышенная внушаемость; грубое нарушение мотивов и потребностей.

Таким образом, анализ особенностей поведения в рамках различных вариантов олигофрении, выделяемых исследователями по особенностям нейродинамики и характеру локализации поражения головного мозга (М.С. Певзнер), различиям в темпераменте (Г.Е. Сухарева), клинико-физиологическому критерию (С.С. Мнухин, Д.Н. Исаев), в зависимости от психопатологической структуры олигофренического слабоумия (Д.Е. Мелехов), с точки зрения особенностей высшей нервной деятельности (С.Я. Рубинштейн), свидетельствует о том, что среди учащихся с интеллектуальной недостаточностью с точки зрения особенностей нарушения поведения наблюдаются достаточно большие различия. При этом обнаруживается определенное сходство поведения, характера, деятельности у учащихся, относящихся к одинаковым формам интеллектуальной недостаточности.

Литература:

1. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. – М, 1995.

2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков.– СПб., 2003.

3. Ковалев В.В., Маринчева Г.С, Ермолина Л.Л. Нарушения поведения у детей с умственной отсталостью (по данным эпидемиологического исследования). – М., 2012.

4. Коробейников И.А., Крыжановская И.Л., Портнов В.Л., Маринчева Г.С. Клинико-психологическая диагностика нарушений поведения у детей с интеллектуальной недостаточностью. – М., 2008.

5. Лебединская К.С., Альбрехт Э.Я., Малинаукене В.А. Состояние психической декомпенсации у подростков, страдающих олигофренией // Дефектология. – 1975. – №5. – С. 18-26.

6. Мелехов Д.Е. Вопросы систематики олигофрении в свете задач социально-трудовой адаптации больных // Проблемы олигофрении. – М., 1970. – С. 19-27.

7. Певзнер М.С. Дети-олигофрены (изучение детей олигофренов в процессе их воспитания и обучения). – М., 1959.

8. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1986.

Штыря Ю.Г., г. Железноводск, ГБОУ ВПО СГПИ
филиал в г. Железноводске
Научный руководитель: Ланцова Т.И., к.пед.н.

ВИКТИМНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

В современном российском обществе давно назрела необходимость изучения виктимного поведения и психологических особенностей в проявлении у подростков нашего времени практической и социальной значимостью каждого вопроса гуманизации общества, необходимостью решения задач и формирования социально адаптированной его личности.

Стиль жизни, правила и нормы которые проявляет современное общество, всё большая необходимость в самореализации подростков приводит к различным проявлениям в поведении виктимности. Подростки реализуют себя в полной мере и захватывают всё больше сфер для самоактуализации. Стремясь быть всегда, вокруг первыми во всём, подростки приводят в жертву свои потребности, положительные эмоции, в отношении с близкими людьми, не подозревая, что они неосознанно создают в отношении себя виктимность.

В российской психологии крайне мало экспериментальных исследований проводилось на тему виктимного поведения личности, имеются несколько работ, изучающие психологические особенности современных детей и подростков, такие как: Бурелов Э.А., Морозова И.Г., Кузнецов И.В. и Догадина М.А. Однако необходимость в таких исследованиях всё более возрастает в практическом отношении Гурьева В.А. [1, с. 122].

В настоящее время малоизученным являются проблемы генезиса виктимного поведения, системы факторов, особенности проявления такого поведения у подростков. Практически нет удовлетворительного диагностического материала, который позволяет выявлять виктимность у любой личности. Также отсутствует разработанная система превентивных мероприятий, которые направлены на предотвращение реализации виктимного потенциала [1, с. 124].

На сегодняшний день виктимность и виктимное поведение становятся предметом пристального внимания учёными такими как: в социальной

психологии – Мудрик А. В., Туляков В. А.; в психологии личности – Франк Л. В., Васильев В. Л.; в психопатологии – Рыбальская В. Я, Асанова Н. К.

Виктимность вообще рассматривается, как психологическое отклонение, закрепленное в привычных формах человеческом поведении, обуславливающих реальную предрасположенность субъекта становиться жертвой [3, с. 98].

Виктимность, определяется совокупностью эмоционально-личностных особенностей, способствующих дезадаптивному стилю реагирования субъекта, который приводит к ущербу для его эмоционально-психического здоровья [2, с. 367].

Но важнейшее психическое новообразование подросткового возраста является чувство взрослости, которое представляет собой преимущественно новый уровень притязаний, предвосхищающий будущее положение, которое подросток фактически еще не достиг.

Повышенная виктимность подростка обусловлена тем, что подросток действует исходя из чувства взрослого, но не способен предвосхитить, и справится с последствиями взрослого поведения.

Возможность реализации данных качеств во многом зависит от наличия конкретной ситуации. Поэтому изучение психологических аспектов виктимного поведения должно проводиться на двух главных уровнях: индивидуальная девиация и следствие социального процесса. Тогда, уровень виктимности может быть в пределах своей нормы, а может и выходить за рамки этой нормы, а может и проявляться как дезадаптация конкретной личности во взаимодействии со средой.

Дети, особенно подросткового возраста, наиболее склонны к проявлению у самих себя виктимного поведения. Это, прежде всего, обусловлено тем, что особым вниманием исследователей является криминальное поведение личности и рассмотрение виктимной личности, как к жертве преступления любого возраста.

Но, рассматривая виктимность по учёному, Л.В. Франку, как повышенную способность человека в силу его социальной роли и ряда физических и духовных качеств становится потерпевшим, то к «группе риска» можно отнести людей с низким социально-экономическим статусом: инвалидов, стариков и, конечно же, студентов. Таким образом, к «жертвам» можно отнести: женщин, которые старше 40 – 45 лет и мужчин, которые старше 45 – 50 лет. В связи с этим, в категорию людей, склонных к виктимному поведению, попадает часть зрелых самостоятельных личностей, желающих работать, зарабатывать и реализовываться в жизни самим [4, с. 259].

Отсюда, у многих людей присутствует потенциальный «психологический комплекс виктимности», у кого-то больше обусловленный личностными особенностями, а у кого-то социальной ситуацией развития нашего общества. В любом случае виктимность будет сказываться на

поведение всех людей и провоцировать агрессивное поведение по отношению к любой личности.

Японский виктимолог, Коити Миядзава выделял как специальную, реализующуюся в установках и свойствах личности, так и общую виктимность, зависящую от ролевых и социальных характеристик жертвы. Причем, по утверждению К. Миядзавы, при наслоении этих видов друг на друга виктимность увеличивается [3, с. 102].

Холыст Б. ввёл понятие виктимогенного потенциала, которое включает в себя состояние групповой и индивидуальной виктимизации в какой то, конкретный исторический момент. Несомненно, качества личности, которые, составляют виктимогенный потенциал, относительны лишь как элементы системы «человек – среда» в контексте в адаптационной реакции [3, с. 173].

Адаптационный потенциал и особенности психоэмоционального состояния подростков, склонные к проявлению различных видов виктимного поведения, можно разделить на три группы:

– подростки с гиперсоциальным видом виктимного поведения, у которых высокий уровень адаптации, всё это происходит за счёт позитивного отношения к себе и к другим людям. Наблюдается активность, уверенность в себе, оптимизм, отзывчивость, социальная нормативность, ответственность, высокая коммуникабельность.

– подростки с некритичным видом виктимного поведения, у которых средний уровень адаптации, всё это поддерживается в основном за счёт высокого позитивного отношения к людям вокруг себя. Однако наблюдается пониженное принятие себя, что приводит это к высокой отзывчивости и неспособности отказа другим людям.

– подростки с самоповреждающим видом виктимного поведения, у которых средний уровень адаптации, всё это поддерживается за счёт высокой уверенности в самом себе, принятия себя и вокруг себя, других людей. Психоэмоциональное состояние проявляется сниженным самочувствием и эмоциональным комфортом [4, с. 308].

Таким образом, виктимность характеризует предрасположенность подростка стать жертвой неблагоприятных обстоятельств. Виктимогенность же обозначает наличие в объективных обстоятельствах социализации характеристик, опасностей, влияние которых может сделать подростка жертвой. Соответственно, виктимизация понимается с одной стороны, как процесс влияния на подростка совокупности негативных внешних условий и факторов, а с другой как процесс социально-психологических изменений личности подростка под влиянием негативных внешних условий и факторов, формирующих в нём «психологию жертвы».

Подростки нашего времени, на наш взгляд, всё же какой-то процент проявляют склонность к виктимному поведению. Лидирующими видами виктимного поведения у подростов есть: гиперсоциальное, некритическое и самоповреждающее поведение. Разновидность проявления виктимного

поведения у подростков нашего времени обусловлена их адаптационным потенциалом и особенностями психоэмоционального состояния личности.

Гиперсоциальный вид виктимного поведения проявляется высоким уровнем адаптации. Снижение адаптации при некритичном виде виктимного поведения происходит по причине недостаточного принятия себя, что приводит к высокой отзывчивости и отказа другим людям, а в дальнейшем и к снижению эмоционального комфорта. Снижение адаптации при самоповреждающем виде виктимного поведения происходит по основной причине самоуверенности, которая приводит к снижению эмоционального комфорта и настроения [2, с. 381].

Оказалось, что в выявленных группах у студентов, склонных к виктимному поведению, не наблюдается значительного снижения адаптации. Это говорит о том, что современные подростки способны приспособиться к любой окружающей среде и реализовать себя в полной мере. Однако, у подростков, у которых проявляется, виктимное поведение нуждаются, в помощи психологической с использованием соответствующих техник психологического воздействия.

Следует уделять внимание молодежным клубам для проведения безопасного досуга, развития способностей и своих интересов на формирование морально–нравственных принципов об безопасных стереотипах поведения в различных ситуациях.

Литература:

1. Малкина-Пых И. С. Психология поведения жертвы. – М., 2009. – 329 с.

2. Мудрик А.В. Виктимология. – М., 2002. – 524 с.

3. Ривман Д.В., Устинов В.С. Виктимология. – СПб., 2006. – 320 с.

4. Франк Л.В. Виктимология и виктимность. – М., 2004. – 342 с.

РАЗДЕЛ VI. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОВЗ.

Алай Н.В., г. Минск, Беларусь, БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ I СТЕПЕНИ

Год от года увеличивается количество детей, имеющих нарушения интеллектуального развития. Частота умственной отсталости в экономически развитых странах, по данным всемирной организации здравоохранения, составляет 1-3% [1, с. 18].

Нарушение интеллекта у детей в преобладающем большинстве случаев сочетается с аномальным развитием двигательной сферы, становление которой неотделимо от познания мира, овладения речью, трудовыми навыками. Развитие координационных способностей имеет основополагающее значение, так как позволяет умственно отсталым детям лучше овладеть простейшими бытовыми двигательными навыками, которые зачастую для них труднодоступны [2, с. 32].

Умственная отсталость – это не просто «малое количество ума», это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, явившиеся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы. Это такая атипия развития, при которой страдают не только интеллект, но и эмоции, воля, поведение, физическое развитие. Такой диффузный характер патологического развития умственно отсталых детей вытекает из особенностей их высшей нервной деятельности.

Вопросы, связанные с изучением умственной отсталости, относятся к числу наиболее важных в коррекционной педагогике. Внимание к проблемам умственной отсталости вызвано тем, что количество людей с этим видом аномалий не уменьшается. Об этом свидетельствуют статистические данные по всем странам мира. Данное обстоятельство делает первостепенным вопрос о создании условий для максимальной коррекции нарушений развития умственно отсталых детей [3, с. 25].

Целью исследования явилось изучение влияния разработанной коррекционно–развивающей программы на развитие координационных способностей у умственно отсталых детей 7-10 лет.

Задачами исследования явились: изучение особенностей развития координационных способностей у детей школьного возраста с умственной отсталостью 1 степени; разработка и экспериментальное апробирование коррекционно–развивающей программы индивидуальных занятий по развитию координационных способностей у школьников 7-10 лет с умственной отсталостью 1 степени; оценка эффективности разработанной коррекционно–развивающей программы на уровень развития

координационных способностей у школьников 7-10 лет с умственной отсталостью 1 степени.

В эксперименте участвовали 3 группы детей в возрасте 7-10 лет, каждая группа состояла из 8 человек. Экспериментальную и контрольную группу представляли дети с умственной отсталостью 1 степени, третью группу – здоровые дети.

Для объективной оценки уровня развития координационных способностей нами было проведено тестирование здоровых и взятых под наблюдение детей (см. табл. 1).

Таблица 1

Особенности координационных способностей у детей с умственной отсталостью и здоровых детей до начала проведения исследований

ТЕСТЫ	Дети с УО	Здоровые	$t_{факт.}$	$t_{крит.}$	P
Ловля линейки, см	20,1±0,72	16,0±0,48	5,11	2,18	<0,01
Перекладывание фишек, с	14,3±0,69	12,0±0,75	2,33	2,18	<0,05
Проба Ромберга (простая), с	16,4±1,41	21,9±1,55	2,48	2,18	<0,05
Проба Ромберга (усложнен.), с	4,21±0,29	6,90±0,41	5,02	2,18	<0,01
Челночный бег, с	11,0±0,23	10,2±0,19	3,62	2,18	<0,01
Бросок мяча в цель, раз	1,51±0,29	2,31±0,27	2,65	2,18	<0,01
Ходьба по прямой линии, см	84,5±2,6	68,8±3,43	2,20	2,18	<0,05
Ползание по коридору, балл	1,51±0,20	2,12±0,35	2,47	2,18	<0,05

Анализируя данные, приведенные в таблице 1, можно сделать вывод, что у детей с умственной отсталостью координационные способности развиты ниже, чем у здоровых детей. Это побудило нас к разработке и внедрению коррекционно-развивающей программы, направленной на развитие координационных способностей детей с умственной отсталостью легкой степени. Занятия проводились два раза в неделю, в течение 15-20 минут. Еженедельно детям давался для выполнения домашнего задания, этапный комплекс упражнений.

Разработанная нами коррекционно-развивающая программа состояла из трех этапов. Каждый этап содержал упражнения различного уровня сложности: от простых к более сложным. На этапе начального разучивания действия: упражнения для коррекции ходьбы (дифференцировка расстояния, усилий, развитие равновесия и точности движения, быстрота переключения); упражнения для коррекции бега (усвоение темпа и ритма движений, развитие выносливости, стимуляция дыхательной и сердечно–сосудистой системы, ориентировка в пространстве, равновесие, согласованность движений); упражнения для коррекции прыжков (координация, согласованность и ритмичность движения, ориентировка в пространстве); упражнения для коррекции лазанья и перелезания (ловкость, координация движений, точность и быстрота перемещений); упражнения для метания, освоение предметных действий с мячом (точность направления и усилия, быстрота переключения зрения, координация движения рук). На этапе углубленного разучивания действия: упражнения для коррекции ходьбы (развитие мелкой моторики кисти, согласованность рук и ног, чувство ритма, быстрота

переключения на новый темп, сохранение осанки); упражнения для коррекции бега (развитие скоростных качеств, стимуляция дыхательной и сердечно–сосудистой системы, координация движений); упражнения для коррекции прыжков (координация, согласованность, точность и ритмичность движений, развитие силы разгибателей ног); упражнения для коррекции лазанья и перелезания (ловкость, координация движений, точность и быстрота перемещений, профилактика плоскостопия, ориентировка в пространстве); упражнения для метания, освоение предметных действий с мячом (точность направления и усилия, быстрота переключения зрения, координация движения рук, концентрация внимания). На этапе результирующей обработки действий: упражнения для коррекции ходьбы (согласованность рук и ног, чувство ритма, быстрота переключения на новый темп, сохранение осанки); упражнения для коррекции бега (развитие выносливости, быстрота реакции, ловкость, частота и точность движений, стимуляция дыхательной и сердечно-сосудистой системы, координация движений); упражнения для коррекции прыжков (координация, согласованность, точность и ритмичность движений, укрепление свода стопы); упражнения для коррекции лазанья и перелезания (преодоление боязни высоты, пространственная ориентировка, ловкость, координация движений, точность и быстрота перемещений, ориентировка в пространстве); упражнения для метания, освоение предметных действий с мячом (точность направления и усилия, быстрота переключения зрения, координация движения рук, концентрация внимания, сила мышц плечевого пояса, удержание правильной осанки).

Разработанная коррекционно-развивающая программа заключалась в реализации следующих условий: постепенное введение сложных упражнений на развитие координационных способностей, использование игрового метода, выполнение домашних заданий по разработанной коррекционно-развивающей программе и их контроль.

Таким образом, можно сделать вывод, что у детей с умственной отсталостью координационные способности развиты ниже, чем у здоровых детей. Это требует внедрения целенаправленной коррекционной работы средствами АФК.

Литература:

1. Веневцев С.И. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушением интеллекта средствами АФК / С.И. Веневцев, А.А. Дмитриев. – М., 2004. – 104 с.

2. Подвижные игры для детей с нарушением в развитии / Под ред. Л.В. Шапковой. – СПб., 2001. – 213 с.

3. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Под общ.ред. Б.П. Пузанова. – М., 2001. – 160 с.

Голубева Н.В., г. Минск, Беларусь, БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Одним из важных аспектов развития дошкольника в период подготовки его к школе является развитие мелкой моторики и координации движений пальцев рук [2, с. 256].

Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка [1, с. 246].

Тяжелая клиническая картина и значительная распространенность детского церебрального паралича ставят это заболевание, среди всех неврологических, приводящих к детской инвалидности, на первое место [3, с. 196].

Целью исследования явилось изучение влияния коррекционно–развивающей программы на развитие мелкой моторики у детей 6-7 лет с детским церебральным параличом.

Задачей исследования явилось определение особенности развития мелкой моторики у детей 6-7 лет с детским церебральным параличом.

Для исследования дети были разделены на контрольную группу (КГ) и экспериментальную группу (ЭГ). В контрольную группу вошло 7 детей (7 девочек), в экспериментальную группу – также 7 детей (2 девочки и 5 мальчиков). Группы были равны по взрасту и уровню физического развития. Для сравнения нами было обследовано 10 здоровых детей того же возраста из ГУО «Ясли-сад № 90» г. Витебска.

Чтобы решить задачу нашего исследования, мы провели сравнительную характеристику уровня развития мелкой моторики у 10 здоровых детей 6-7 лет и детей с ДЦП того же возраста, взятых под наблюдение (КГ и ЭГ).

Для объективной оценки уровня развития мелкой моторики был проведен ряд тестов. В таблицах 1-3 приведены полученные данные уровня развития мелкой моторики у здоровых детей 6-7 лет и детей контрольной и экспериментальной групп.

Таблица 1

Сравнение параметров развития схватывающей способности кисти у здоровых детей и детей с ДЦП

ТЕСТЫ	Здоровые дети	Дети с ДЦП	$t_{факт.}$	P
«Открой колодец», с	8,4±0,20	5,4±0,13	12,7	<0,001
«Закрой колодец», с	7,7±0,18	4,1±0,23	12,2	<0,001
«Возьми мячик», с	26,1±0,46	34,2±0,67	9,98	<0,01

Таблица 2

Сравнение показателей точной дифференцировки движений пальцев рук у здоровых детей и детей с ДЦП

ТЕСТЫ	Здоровые	Дети с ДЦП	$t_{факт.}$	P
«Шевелящиеся червячки», с.	28,3±0,68	46,1±0,58	19,8	<0,001
«Собери палочки» (правой), шт.	10,9±0,34	5,5±0,32	11,4	<0,001

«Собери палочки» (левой), шт.	10,0±0,22	4,5±0,20	18,7	<0,001
«Сокровища» (правой), шт.	9,4±0,37	5,9±0,28	7,60	<0,01
«Сокровища» (левой), шт.	9,0±0,31	5,1±0,25	9,70	<0,01

Таблица 3

Сравнение показателей тестирования зрительно–моторной координации у здоровых детей и детей с ДЦП

ТЕСТЫ	Здоровые	Дети с ДЦП	$t_{факт.}$	P
«Шарики для белочки», с	15,3±0,68	26,1±0,65	11,4	<0,001
«Вырежи круг», с	36,0±0,69	50,1±0,86	12,7	<0,001
«Зашнуруй ботинок», с	39,1±1,26	63,1±1,10	14,2	<0,001

Полученные в ходе исследования данные показывают, что развитие мелкой моторики у детей с детским церебральным параличом сильно разнится со здоровыми детьми того же возраста.

По результатам, зафиксированным в таблицах, можно сказать, что развитие мелкой моторики и зрительно–двигательной координации у здоровых детей и детей с церебральным параличом находится на разных уровнях.

Детям с детским церебральным параличом необходимо совершенствовать свою зрительно-двигательную координацию и уровень развития мелкой моторики посредством различных упражнений, точечного массажа, пальчиковых игр, пальчикового театра, дидактических игр и т.п.

На рисунке 1 показаны полученные результаты уровня развития мелкой моторики у здоровых детей 6-7 лет и детей контрольной и экспериментальной групп. При этом результаты здоровых детей приняты за 100%, а результаты детей с ДЦП – в процентах, пропорционально их величине.

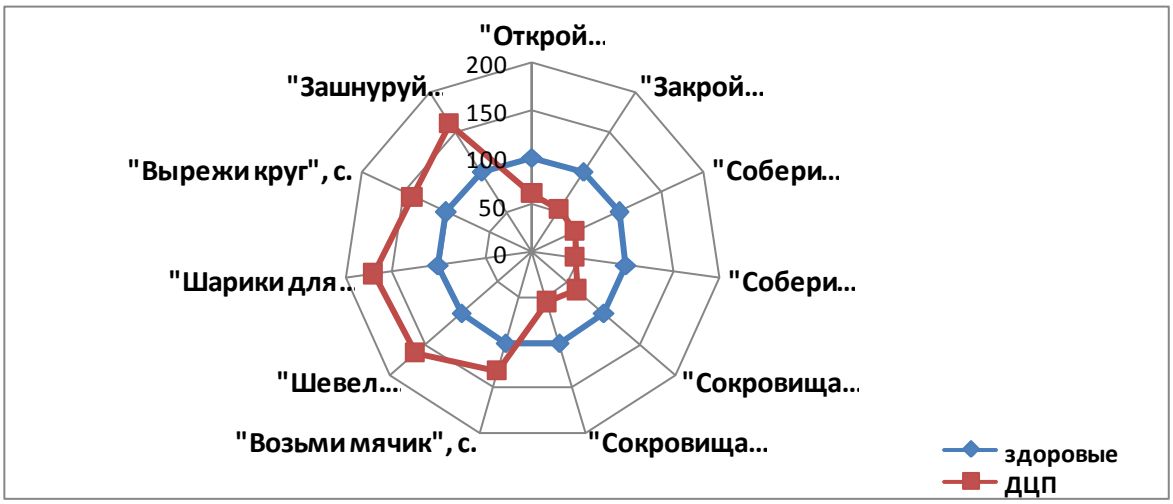


Рисунок 1 – Показатели уровня развития мелкой моторики у здоровых детей и детей с детским церебральным параличом

Как видно из рисунка, все показатели, связанные со временем выполнения тестов, дети с ДЦП выполняют в 1,5 раза дольше, чем здоровые дети, а показатели, связанные с количественными характеристиками, в 2 раза меньше у детей с ДЦП по сравнению со здоровыми детьми.

Таким образом, в ходе нашего исследования установлено, что уровень

развития мелкой моторики у детей 6-7 лет с детским церебральным параличом значительно ниже уровня здоровых детей того же возраста.

С целью развития мелкой моторики нами было предложено инструктору АФК на занятиях использовать разработанную нами коррекционно–развивающую программу, в которую были включены средства ЛФК: массаж кистей рук, пальчиковая гимнастика, дидактические игры

Литература:

1. Ботта Н. Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения / Н. Ботта, П. Ботта. – М., 2003. – 246 с.

2. Бронников В.А. Детский церебральный паралич: справочное издание / В.А. Бронников, А.В. Одинцова, Н.А. Абрамова, А.А. Наумов, О.К. Малышева. – Пермь, 2000. – 256 с.

3. Семенова К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. – М., 2001. – 196 с.

Завалеева И.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Шаповаленко З.И., к.психол.н.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО–ФОБИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Проблема тревожно-фобических состояний является междисциплинарной проблемой, которой посвящено значительное количество исследований не только в психологии, но и психиатрии, патопсихологии, физиологии и философии.

Тревожно-фобическое расстройство детского возраста – это группа расстройств, при которых тревога вызывается определенными ситуациями или объектами, в результате чего появляется чувство страха. Страх при этом приобретает уровень патологического состояния, приводящего к социальной дезадаптации личности.

Тревожно-фобические расстройства относятся к часто встречаемым нарушениям в детском возрасте, при этом у 2% от общей популяции детей они выступают как самостоятельная патология. Кроме того, тревожно-фобические состояния встречаются у лиц с различными типами дизонтогенеза, как сопутствующие основному нарушению. Дети, имеющие различные виды дизонтогенеза, относятся к группе риска по наличию тревожно-фобических состояний, так как окружающий мир преломляется ими через несформировавшиеся интеллектуальные, сенсорные и эмоциональные структуры.

Понятия «тревога», «фобия», «тревожность» «страх», изучались различными исследователями. Психологи использовали эти термины исходя из определения причин неврозов многих психосоматических нарушений, фактов дезадаптации личности. Сущность и природа этих понятий определяется переживаниями личности, их связью с его психикой.

Исследованию тревожно-фобических состояний у детей с задержкой психического развития посвятили себя такие учёные как Л.В. Кузнецова, И.Ю. Кулагина, З. Тржесоглава, Л.М. Шипицына, А. И. Захаров, Л.Н. Костина, Д.Н. Исаева, П.Г. Елисеева и многие другие.

У детей дошкольного возраста с задержкой психического развития фиксируется отставание в развитии эмоций, что выражается в эмоциональной неустойчивости, лабильности, легкости смены настроений и контрастных проявлений эмоций. Такие дети часто и легко немотивированно сменяют смех на плач и наоборот [3, с. 12].

Часто у дошкольников с задержкой психического развития наблюдаются состояния беспокойства, тревожности, страха. Дети с задержкой психического развития значительно отличаются от детей в норме по качественным состояниям этих проявлений. Это проявляется в том, что любой страх или беспокойство вносит значительные изменения в поведение ребёнка, что негативно сказывается на его психофизиологическом развитии, меняет черты его характера, отрицательно влияет на его воспитание и обучение. Психические изменения под воздействием страха и тревоги неуклонно ведут к искажению процесса социализации, развитию социально–психологической изоляции личности.

Как указывает И. А. Коробейников, социализация большей части детей с легкими формами психического недоразвития имеет ряд специфических особенностей, обусловленных заметной ролью механизма генерализации первично–органической интеллектуальной недостаточности под воздействием неблагоприятных микросоциальных факторов. В связи с повышенной эмоциональной неустойчивостью обнаруживается сниженный порог к возникновению и закреплению всякого рода страхов [1, с. 9].

По мнению А. И. Захарова, возникший и закрепившийся страх смерти – это естественный возрастной страх, возрастное отражение развивающейся концепции жизни с обязательным наличием в ней и смерти. В целом детям с задержкой психического развития присущи страхи, характерные скорее для детей более младшего возраста: боязнь персонажей сказочных героев, различных животных, темноты [4, с. 327].

Страхи и тревожные состояния детей с задержкой психического развития отличаются повышенной интенсивностью, негативно влияют на развитие ребенка, его поведение и социализацию в условиях современного общества.

Страх «быть не тем», о ком говорят хорошо, кого понимают и уважают – это ведущий страх в старшем дошкольном возрасте. Количество страхов на одного старшего дошкольника с задержкой психического развития превосходит в 1,5 раза количество страхов, приходящихся на старшего дошкольника, развивающегося в норме. Поэтому, если в норме в старшем дошкольном возрасте ребенок имеет право иметь до 6 – 8 страхов, при задержке психического развития эта цифра колеблется в пределах до 10 – 12 [2, с. 38].

Л.Н. Костина, исследовавшая специфику эмоциональной сферы детей с нормальным и задержанным психическим развитием, сделала вывод о том, что дети с задержкой психического развития проявляют большую тревожность, чем их нормально развивающиеся сверстники. Также она полагает, что дети, с задержкой психического развития, характеризующиеся неустойчивой эмоциональной сферой, слабо развитыми компенсаторными и психозащитными возможностями в сравнении с нормально развивающимися сверстниками, в меньшей степени защищены от воздействия неблагоприятных ситуаций, вследствие чего появляются страх, боязнь, тревожность [7, с. 112].

В исследованиях Д.Н. Исаева и П.Г. Елисеева указывается, что тревожность у старших дошкольников с задержкой психического развития является в большей степени ситуативной и не характеризуется сформировавшимся «личностным ядром». Так же, по мнению авторов, низкие коэффициенты полученных результатов интерпретируются известной дефектностью интеллектуальной сферы, в результате которой нервно–психические проблемы осознаются детьми с задержкой психического развития не в полной мере, а поэтому не выявляются в ходе диагностических обследований [3, с. 27].

По данным И.Ю. Кулагиной, которая занималась изучением эмоциональных реакций старших дошкольников и младших школьников с задержкой психического развития, можно свидетельствовать, что в ситуации оценки, ситуативная тревожность, влияющая на понижение результатов деятельности, была наиболее свойственна девочкам. У мальчиков гораздо больше, чем у девочек тревожность не фиксировалась и не приводила к понижению продуктивности деятельности. По мнению автора исследований, низкая самооценка редко обнаруживается в дошкольном учреждении и специальной школе. Исследования показывают, что между ситуативной тревожностью и характером самооценки старших дошкольников с задержкой психического развития не обнаружено четкой корреляции, а мотив избегания неудачи показывает эмоциональное состояние тревожности в противоположность мотиву достижения успеха, не вызывающего данное состояние [1, с. 12].

Диагностика структуры базальных эмоций детей с разным уровнем интеллектуального развития 6 и 10 лет, было осуществлено М.Ч. Расщевской, которое показало, что у детей с задержкой психического развития обнаруживается недостаток положительных переживаний, низкий уровень жизнерадостности. У них в большей мере демонстрируются эмоции страха и гнева. Дети с задержкой психического развития являются более пугливыми, по сравнению с нормально развивающимися детьми, так как у них в меньшей степени развита сила процессов возбуждения и подвижность нервных процессов, которые влияют на выносливость и быстроту реакции в тревожных ситуациях.

Детей с задержкой психического развития тревожит неадекватное отношение к себе со стороны окружающих. Многие из них переживают безысходность своего положения, отсутствие позитивных перспектив в будущем. У них формируется установка на аддиктивные формы поведения, компенсирующей переживания своей неполноценности.

Многие исследователи отмечают, что дети с задержкой психического развития тяжело переживают негативное их принятие ближайшим окружением, что приводит к формированию внутриличностного конфликта в процессе самовосприятия, к возникновению негативных установок по отношению к себе, что ведёт, в свою очередь, к появлению тревожно-фобических переживаний [7, с. 119].

Таким образом, на основе выше сказанного можно заключить, что часть представителей специальной психологии, рассматривающих проблему тревожно-фобических состояний и страхов у детей с ЗПР, в большинстве случаев указывают на повышенную тревожность исследуемой категории детей. Ими выявлено, что у детей с задержкой психического развития конституционального генеза нет предпосылок для формирования тревожности как личностного качества, обусловленных структурой их дефекта. При задержке психического развития некоторые личностные особенности могут явиться фундаментом для формирования тревожно-фобических состояний.

Литература:

1. Васильева Елена Викторовна. Особенности тревожно-фобических состояний у детей с различными видами дизонтогенеза в условиях адаптации к дошкольному учреждению: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10 Москва, 2006. – 184 с.

2. Габдреева Г.Ш. Основные аспекты проблемы тревожности в психологии // Тонус. – 2000. – № 5. – С.5-14

3. Дети с ЗПР / Под ред. Власовой Т.А. – М., 1984. – 47 с.

4. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей // Психология ребенка. – СПб., 2000. – 448 с.

5. Каптерев П.Ф. О детском страхе // Народное образование. – 2000. – №3. – С. 257–267.

6. Левитов Н. Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии, 1999. № 1. – С. 131–138.

7. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М.:Московский психолого–социальный институт, 2000. – С. 303.

Зурман М.А., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Демиденко О. П., к.пед.н.

СОСТОЯНИЕ СВЯЗНОЙ МОНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Связная монологическая речь – это сложная форма речевой деятельности, которая включает в себя такой процесс, как овладение звуковой стороной речи, словарным составом слова, грамматическим строем. Она протекает во взаимосвязи с различными и взаимосвязанными между собой сторонами речи – лексической, грамматической и фонетической.

Состояние связной речи дошкольников с нарушением зрения и у их здоровых сверстников – различно. Это связано с имеющимися у ребенка нарушениями в работе зрительного анализатора. Они усложняют и тормозят процесс развития связной монологической речи у ребенка.

Для монолога характерна внутренняя подготовка, более длительное предварительное обдумывание высказывания, сосредоточение мысли на главном. В ней также важны неречевые средства (жесты, мимика, интонация), умение говорить эмоционально, живо, выразительно. Они занимают подчиненное место [1, с. 254] Важно, чтобы у детей был сформирован такой процесс как понимание речи, который является важным для развития связной монологической речи. На основе понимания у детей развивается активная речь.

У детей с нарушением зрения возникают сложности в овладении связной монологической речью, которые характеризуются недоразвитием основных компонентов речи – фонетико–фонематической, лексической, грамматической, с возникающими недостатками произносительной, семантической (смысловой) сторон речи. В связи с имеющимися у дошкольников вторичными нарушениями таких психических процессов, как восприятия, внимания, памяти, воображения и др. возникают дополнительные затруднения в овладении связным монологом.

Для ребенка с отклонениями в зрительном анализаторе характерно изменение в темпе развития связной монологической речи, нарушение словарно-семантической стороны речи, наличие «вербализма». Из-за отсутствия зрительных впечатлений в речи редко употребляются развернутые высказывания; наблюдаются нарушение праксиса и гнозиса. У дошкольников с нарушением зрения выделяются следующие особенности лексической стороны речи:

– нарушение смысловой стороны, характеризуется соотнесением слова с его зрительным образом,

– недостаточный запас активного словаря [4, с. 17]

В связной монологической речи дошкольников отмечаются затруднения и ошибки в таких процессах, как анализ, сравнение, обобщение; нарушение звукопроизношения. Не менее значимым дефектом речи при нарушении зрения является косноязычие. Дошкольники испытывают трудности при подборе слов-синонимов и слов-антонимов.

Таким образом, можно сделать вывод, что развитие связной монологической речи у дошкольников с нарушением зрения происходит затруднительно и имеет свои особенности, что обуславливает необходимость организации специальной коррекционной работы по развитию связной монологической речи.

Литература:

1. Алексеева М.М., Яшина Б.И. Методика развития речи и обучения родному языку дошкольников. – М., 2000. – 400 с.
2. Волкова Л.С. Коррекция нарушений устной речи у детей с глубокими нарушениями зрения: автореф. дис. … д-ра пед. наук. – М., 1983.
3. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. – М., 2008. – 703 с.
4. Корнилова И.Г. Игра и творчество в развитии общения старших дошкольников с нарушениями зрения. Креативная игра–драматизация. – М., 2004.

Курушина О.В., г. Ростов–на–Дону, ФГАОУ ВО ЮФУ
Научный руководитель: Скуратовская М.Л., д.пед.н.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

По мнению Л.В. Лопатиной распространенным речевым нарушением среди детей дошкольного возраста является стертая дизартрия, которая имеет тенденцию к значительному росту. Исследования Л.С. Волковой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, К.А. Семеновой, Е.М. Мастюковой, М.Я. Смуглина, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько и других ученых выявили частое сочетание стертой дизартрии с другими речевыми нарушениями (заиканием, общим недоразвитием речи) [1].

Стертая дизартрия наблюдается при бульбарной, псевдобульбарной, корковой, подкорковой (экстрапирамидной) и мозжечковой дизартриях и характеризуется как степень выраженности их речевой и неречевой симптоматики. При диагностике следует учитывать и тот факт, что у детей могут наблюдаться смешанные формы дизартрии [2].

Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения затруднена из-за их внешнего сходства. При этом значимость дифференциальной диагностики стертой дизартрии и других расстройств звукопроизношения обусловлена необходимостью выбора адекватной методики логопедического воздействия по устранению фонетических нарушений в дошкольном возрасте.

В ходе экспериментального исследовании нами была предпринята попытка изучения клинической симптоматики стертой дизартрии у детей дошкольного возраста в процессе выполнения артикуляционных и мимических упражнений. Перед нами также стояла задача интерпретации результатов диагностики с целью определения наличия и характера неврологических нарушений в форме стертых парезов, изменений тонуса

мышц, гиперкинезов в мимической и артикуляторной мускулатуре, патологических рефлексов.

Характерными проявлениями поражения подъязычных нервов являются ограничение движений языка в сторону, вверх и вперед, пассивность кончика языка, чрезмерное напряжение спинки языка, слабость одной его половины, беспокойство языка при попытке удержания его в заданном положении, недифференцированность движений кончика языка, напряжение кончика при ускорении темпа движений, нарастающее утомление мышц, нарушения координации, повышение саливации, отклонение языка в сторону при высовывании, парез и атрофия одной половины языка, его фибриллярные подергивания.

Детям предлагались следующие диагностические задания: высунуть язык вперед, поднять его вверх, выполнить движения языком вправо и влево; коснуться кончиком языка верхних зубов, верхней губы, удержать на кончике языка маленькую конфету; выгнуть спинку языка, уперев кончик языка в нижние зубы; касаться кончиком языка попеременно правой и левой внутренней поверхности щек; касаться попеременно кончиком языка попеременно правого и левого уголка губ; высунуть острый язык вперед и удерживать его в этом положении 5-7 секунд; провести кончиком языка за верхними зубами с их внутренней стороны, между верхними зубами и верхней губой, по наружной поверхности верхней губы; высовывать острый язык вперед с постепенным увеличением темпа движений; выполнить последовательно три артикуляционных упражнения.

Педагогом отмечаются ограничение амплитуды движений, спастичность и паретичность отдельных частей языка, дискоординация движений, нарушение темпа выполнения движений, трудности переключения с одного движения на другое, гиперкинезы, гиперсаливация.

При поражениях глазодвигательных нервов наблюдаются односторонний птоз, сходящееся и расходящееся косоглазие, ограничение объема движений глазных яблок, нарушения конвергенции при выполнении проб на аккомодацию и конвергенцию.

Детям предлагаются следующие диагностические задания: прищуриться, закрывать и открывать попеременно правый и левый глаз, удивиться, приподнять брови вверх; проследить глазами за предметом, движущимся вправо и влево, вверх и вниз, по кругу, удаляющимся и приближающимся к ребенку; закрыть правый глаз и отводить левую руку с флажком влево до тех пор, пока виден флажок, затем выполнить аналогичное движение в правую сторону.

Педагогом отмечается опущение века, асимметрия уголков глаз, бровей, трудности выполнения прослеживающих движений, повороты головы в сторону лучше видящего глаза, трудности фокусировки глаз на движущимся предмете.

Односторонние поражения языкоглоточного и блуждающего нервов проявляются в недостаточном сокращении мягкого неба, отклонении

маленького язычка в сторону с легким парезом небной занавески с противоположной стороны. Детям предлагается выполнить при широко открытом рте покашливания, зевки, длительное произнесение звука «А». Педагог отмечает отклонение маленького язычка в сторону, ограниченную подвижность мягкого неба.

Поражения лицевого нерва выражаются в виде сглаженности носогубных складок справа или слева, недостаточного оскаливания зубов, слабого надувания щек с одной стороны. Детям предлагаются следующие упражнения: растянуть губы в улыбке, широко улыбнуться; приподнять верхнюю и нижнюю губы при сомкнутых зубах; наморщившись, поднять сомкнутые губы вверх; попеременное надувание щек.

Педагог отмечает асимметрию носогубных складок, неравномерность выполнения упражнений правой и левой стороной лица.

Интерпретация результатов диагностики осуществляется на основе анализа клинической симптоматики разных форм дизартрии:

− стертая форма псевдобульбарной дизартрии характеризуется нарушениями функций лицевого, глазодвигательного, языкоглоточного и подъязычного нервов;

− стертая форма гиперкинетической дизартрии характеризуется преобладанием гиперкинезов;

− стертая форма мозжечковой дизартрии характеризуется нарушением равновесия и координации, гипо- и дистоническими нарушениями скелетной и речевой мускулатур;

− стертая форма корковой дизартрии характеризуется отсутствием очаговой микросимптоматики при неполном объеме движений мимической или оральной мускулатуры;

− смешанные формы стертой дизартрии характеризуются общей моторной неловкостью ребенка, нарушениями функций глазодвигательных нервов, асимметрией глазных щелей, мозжечковыми расстройствами, большим количеством дизэмбриогенетических проявлений, наличием рефлексов орального автоматизма, изменениями со стороны вегетативной нервной системы.

Изучение клинической симптоматики стертой дизартрии позволит логопеду дифференцированно определить комплексы упражнений для коррекции неречевых нарушений у детей дошкольного возраста при разных формах дизартрии. Кроме того, такая диагностика позволит отличить стертую дизартрию от сходных речевых нарушений, например, от дислалии.

Перед проведением дифференциальной диагностики логопеду необходимо тщательно изучить анамнез ребенка из медицинской документации и со слов родителей. Это обусловлено тем, что в пренатальном, натальном и раннем постнатальном периодах воздействие внешних и внутренних патогенных факторов способствует возникновению стертой дизартрии. Таким образом, анализ анамнестических сведений позволит дополнить результаты дифференциальной диагностики на основе

клинической симптоматики стертой дизартрии у детей дошкольного возраста.

Литература:

1. Логопедия. Методическое наследие. / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. Кн. I. Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 2. Ринолалия. Дизартрия. – М., 2003. – 304 с.

2. Логопедия / Под ред. Л.С.Волковой. – М., 2004. – 704 с.

Махонько А.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: Демиденко О.П., к.пед.н.

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Каждый человек является существом биосоциальным: личность формируется в процессе взаимодействия с окружающей средой, впитывая общественно-исторический опыт. Однако дети с олигофренией, которые не вполне могут осознавать происходящие события, формируют свою личность и индивидуальные качества под специфичной призмой, влияющей на их развитие и восприятие.

Одной из основных задач специального (коррекционного) образования является построение педагогической базы для социальной адаптации детей с нарушением в развитии, а это подразумевает осознанное следование этическим и правовым нормам, принятым в данном обществе, на которых строится поведение подростка.

Умственная отсталость – стойкое психическое недоразвитие, имеющее сложную структуру; при этом наблюдается: ведущая недостаточность познавательной деятельности (в первую очередь абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения) и нарушение динамики нервных процессов (инертность психики), а так же вторичные отклонения – недоразвитие речи, эмоционально-волевой сферы, отклонения в физическом развитии и поведении [4, с. 96].

Проблема эмоционально–волевой сферы интересует умы ученых не один десяток лет. Они (Г. Е. Сухарева, М. С. Певзнер, М. Г. Блюмина, И. Л. Юркова, В. М. Явкин) отмечали, что простые школьники, не имеющие отклонений, ведут себя более агрессивно, стремясь занять лидирующее положение в своей группе, когда другим детям приходится подстраиваться. В это время умственно отсталые дети отличаются внушаемостью, эмоциональной лабильностью, личностной несформированностью, отражающейся на их подверженности к негативному влиянию [6, с. 115].

Такой замкнутый круг агрессии может привести не только к девиантному поведению, потому очень важно выяснить первопричину её возникновения и создать модель педагогического воздействия.

В подростковом возрасте происходит формирование характера и личностных особенностей. Ребенок начинает строить собственную модель поведения и взаимодействия с окружающей средой, а гормональная

перестройка организма, переход от опекаемого лица к самостоятельности – часто несут за собой отрицательные проявления, определяющиеся косвенной и вербальной агрессией, раздражением, негативизмом.

Причины возникновения агрессивного поведения:

1. Отношение родителей к ребенку и к социуму: гиперопека формирует эгоцентрические черты личности, если же родители агрессивно относятся к окружающим, то ребенок автоматически перенимает модель поведения;

2. Препятствие в реализации базовых потребностей, что ведет к реализации их через другие, более негативные источники, проявление девиантного поведения;

3. Негативные примеры в окружении – дети отражают поведение не только внутри семьи, но и в школе, перенимая сформировавшиеся устои;

4. Индивидуальные особенности ребенка, связанные с его патологией и личностной ориентацией на происходящие события.

Дети с умственной отсталостью имеют дисбаланс в процессах возбуждения и торможения, состояния напряженности, скованности и пассивности, аффективные реакции на незначительные раздражители, что оказывает влияние на их более сильную подверженность к агрессивному поведению.

Необходимым фактором для нормализации адекватного поведения является снижение уровня тревожности. Подросток не должен чувствовать себя скованным или чуждым, поэтому нужна стабилизация в отношении со сверстниками, правильное понимание их эмоций и построение собственного адекватного реагирования.

Внешне проявления агрессии у нормальных школьников и детей с патологиями одинаковы, однако у детей с умственной отсталостью это проявляется в зависимости от недостаточности интеллекта, внушаемости, слабости борьбы мотивов и других, специфичных для этой группы детей, факторов[4, с. 107].

Агрессия проявляется в различных формах: предпочитают находиться среди лиц, отличающихся девиантным поведением, пытаются как можно меньше контактировать с одноклассниками и учителями, выражая неуважение и презрение.

Работа по преодолению агрессивного поведения должна включать:

1. Диагностические мероприятия (беседы), с целью выявления особенностей индивидуально-личностных характеристик при помощи методик «Несуществующее животное» (М.З. Дукаревич) и «Тест руки» (Э. Вагнер), особенностей патологии, и на этой основе строить коррекционно-педагогическую работу.

2. Коррекционно-развивающую работу (индивидуальную, групповую), в процессе которой проводится консультирование, реализуется программа по коррекции поведения, посредством игры, проводятся объяснительные процедуры, проводится обучение по контролю реакций на раздражители;

также возможно осуществление групповой терапии, которая позволяет стимулировать осознание недостатков поведения.

3. Проводится система коррекционных занятий, направленных на формирование высших психический функций, интереса к происходящему (предметам, явлениям, людям, жизни), обучение сюжетно-ролевым играм, которыми ребенок не может овладеть самостоятельно (необходимо тесное взаимодействие специалистов с родителями).

4. Структурированная работа с процессами мышления, внимания, памяти и речи, зачастую имеющими низкий уровень, что отражается на коммуникативной способности; часто подростки с умственной отсталостью хотят общаться со сверстниками но не знают, как правильно реализовать данную потребность.

5. Коррекция работы эмоционально-волевой сферы, правильное формирование личностных качеств [5, с. 279].

Проблема агрессивного поведения влечёт за собой проблему социального характера, так как дети являются основой общества. Агрессивное поведение сказывается на коммуникативных возможностях умственно отсталых подростков, ограничивая их в круге знакомств, замыкая связь с остальным миром.

Главной задачей специалистов является предотвращение грубых форм агрессии, приводящих к отклонениям в этических и правовых нормах, а так же помощь подросткам в формировании правильных жизненных ориентиров, понимания самого себя и окружающих, непосредственная самореализация.

Литература:

1. Бажукова О.А. Девиантное поведение умственно отсталых подростков как предмет психологического исследования // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2006. – Т. 3. – №20. – С. 89-91.

2. Гринина Е.С. Особенности возникновения конфликтов в межличностных отношениях школьников с интеллектуальным недоразвитием // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – № 51. – С. 187-190.

3. Лубовский В.И. Специальная психология. Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др. – М., 2005. – 464 с.

4. Малашихина И.А., Черепкова Н.В. Специальная психология. – Ставрополь, 2010. – 313 с.

5. Назарова Н. М.. Специальная педагогика. – М., 2000. – 519 с.

6. Платонова Н. М. Агрессия у детей и подростков. – СПб., 2006. – 335 с.

7. ПузановБ.П., КоняеваН.П., ГорскинБ.Б. и др. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития: (Олигофренопедагогика). – М., 2001. – 272 с.

8. Шимолин И.А. Вопросы социальной адаптации умственно отсталых школьников // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2007. – Т.3. – № 12. – С. 349-350.

Мачнева Е.С., г. Минск, Беларусь, БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОРИЕНТАЦИИ В ПРОСТРАНСТВЕ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

В настоящее время проблема тугоухости приобретает все большее значение. Не только пожилые люди, но даже дети раннего возраста могут быть слабослышащими. Из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается с глубокой тугоухостью или тотальной глухотой. Кроме того, в течение первых 3 лет жизни тугоухость появляется еще у 2-3 детей. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году более 30% всей популяции земного шара будут страдать тугоухостью.

Занятия адаптивной физической культурой направлены на развитие у детей с нарушением слуха адекватных способов восприятия пространства, полноценных пространственных представлений и прочных навыков ориентировки в пространстве; эта необходимый элемент подготовки ребенка к школе, являющейся, в свою очередь, одной из важнейших задач дошкольного воспитания [1].

Глухие и слабослышащие дети отличаются от своих слышащих сверстников соматической ослабленностью, недостаточной подвижностью, отставанием в физическом и моторном развитии. Резко сниженная или полностью отсутствующая функциональная деятельность слухового анализатора вызывает заторможенность центра двигательного анализатора, внешними признаками этого процесса является резкое ограничение двигательной активности детей с нарушениями слуха и их постоянный контроль над каждым своим движением [2].

Необходимость поиска новых средств, организационно-методических подходов, имеющих коррекционно-компенсаторную направленность в процессе адаптивного физического воспитания с учетом физического, психомоторного развития детей дошкольного возраста с нарушениями слуха обусловило актуальность нашего исследования.

Целью исследования явилось изучение влияния коррекционно-развивающей программы на развитие ориентации в пространстве у детей с нарушением слуха.

Задачи исследования:

1) установить особенности развития ориентации в пространстве у слабослышащих детей;

2) разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу для развития ориентации в пространстве у детей 5-6 лет с нарушением слуха;

3) по результатам педагогического тестирования оценить эффективность влияния коррекционно-развивающей программы на развитие ориентации в пространстве у детей с нарушением слуха.

Методология и организация исследования. Для эксперимента были отобраны 2 группы детей в количестве по 8 человек, в возрасте 5-6 лет. Экспериментальную группу представляли дети с нарушением слуха, контрольную – дети, не перенесшие данное заболевание.

Контрольные испытания проводятся с помощью специальных тестов. Тест – это стандартизированные измерения или испытания, проводимые с целью определения физического состояния или способностей занимающихся. Тесты помогают оценить эффективность коррекционно–развивающей программы.

До начала педагогического эксперимента для оценки показателей уровня развития ориентации в пространстве были проведены следующие тесты:

Тесты динамического характера:

1. Тест «Челночный бег».
2. Тест «Прыжки по кочкам».
3. Тест: «Бег змейкой».
4. Тест «Веселая юла».

Тесты статического характера:

1. Тест «Сбивание кегель».
2. Тест «Точность попадания».
3. «Теппинг–тест».
4. Тест «Незаконченные изображения».

В таблице 1 представлен сравнительный анализ уровня развития ориентации в пространстве у детей с нейро-сенсорной тугоухостью и у здоровых детей без особенностей психофизического развития.

Таблица 1

Особенности ориентации в пространстве у здоровых детей 5–6 лет и детей с нейросенсорной тугоухостью

Тесты	Здоровые дети	Дети с НСТ	$t_{факт.}$	P
«Челночный бег 3*10 м», с	6,15±0,25	11,3±0,27	14,0	<0,001
«Прыжки по кочкам», с	9,20±0,27	17,5±0,51	14,3	<0,001
«Бег змейкой», с	7,45±0,37	11,3±0,47	6,44	<0,001
«Весёлая юла», с	6,80±0,28	11,8±0,57	7,87	<0,001
«Сбивание кегель», шт.	13,0±0,39	7,06±1,73	3,35	<0,01
«Точность попадания», раз	2,95±0,12	1,75±0,20	5,14	<0,01
«Теппинг–тест», точки	9,41±0,29	6,94±0,53	4,09	<0,01
«Закончи изображения», с	5,20±0,27	9,45±0,43	8,37	<0,001

Из данных таблицы 1 можно заключить, что уровень развития ориентации в пространстве у детей с патологией слуха ниже, чем у детей без

данной патологии. Из этого следует, что ориентация в пространстве детей с нарушением слуха требуют коррекции и дополнительного развития.

По полученным в ходе исследования результатам можно сделать следующий вывод: развитие ориентации в пространстве у слабослышащих детей занимает важнейшее место в комплексе адаптивной физической культуры. Изученные особенности развития ориентации в пространстве у детей 5–6 лет с нейросенсорной тугоухостью 2 степени показали, что их уровень значительно снижен по сравнению со здоровыми детьми. Из этого следует, что ориентация в пространстве детей с нарушением слуха требуют коррекции и дополнительного развития.

Литература:

1. Никуленко Т.Г. Коррекционная педагогика. – Р-н-Д., 2006. – 382 с.
2. Попов С.Н. Физическая реабилитация. − Р-н-Д., 2005. − 608 с.

Морозова В.В., г. Санкт–Петербург
АОУ ВПО «ЛГУ имени А.С. Пушкина»

СПЕЦИФИКА НАРУШЕНИЯ ГРАММАТИЧЕСКОГО СТРОЯ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО–ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

У детей с задержкой психического развития (ЗПР), по данным Д.И. Бойкова [3], Н.Ю. Боряковой [1], С.В. Зориной [2], Р.И. Лалаевой [3], Г.Н. Рахмаковой [5], И.А. Симоновой [6], Е.С. Слепович [7], и др., имеет место значительное недоразвитие всех компонентов морфологического и синтаксического строя речи: процесса словоизменения и синтаксической структуры предложения.

Среди клинических вариантов ЗПР наиболее сложной, стойкой и разнообразной по проявлениям является ЗПР церебрально-органического генеза (по К.С. Лебединской [4]). Вместе с тем особенности недоразвития грамматического строя речи у этой категории детей не были предметом экспериментального изучения.

При исследовании процесса словоизменения у дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза выявлено, что наибольшие трудности дети данной категории испытывали при словоизменении имен существительных.

Дети затруднялись при дифференциации в экспрессивной речи имен существительных единственного и множественного числа. Ошибки носили следующий характер: использование наиболее продуктивной флексии -ы вместо непродуктивных флексий (домы, письмы); употребление во мн.ч. уменьшительно-ласкательного суффикса -очк- и правильной флексии (мешочки); использование непродуктивной флексии с сохранением основы ед.числа (зубы – зуба); употребление непродуктивной флексии с изменением основы ед. числа (зубы, зубья).

При употреблении имен существительных в косвенных падежах множественного числа дети с ЗПР испытывали большие трудности: в родительном падеже использовалась продуктивная флексия -ов вместо

непродуктивной флексии -ей (мячов, карандашов); в дательном падеже отмечалось употребление флексии родительного падежа мн.ч. имени существительного (к стульев вместо к стульям), что свидетельствовало о наличии трудностей переключения от одного задания к другому.

Дошкольники с ЗПР испытывали большие трудности при словоизменении имен прилагательных, что проявлялось в ошибках при согласовании имени прилагательного с именем существительным в именительном и родительном падеже множественного числа (наиболее продуктивные флексии качественных форм прилагательного -ие, -ые заменялись окончанием именительного падежа единственного числа имени прилагательного -ой, -ый: большой дома, желтый листья).

При словоизменении глаголов у дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза возникали трудности при дифференциации в экспрессивной речи глаголов 3 лица единственного и множественного числа настоящего времени.

При этом наблюдались:

– замены глаголов в словосочетаниях, не соответствующих заданию и картинке (вместо ребенок поет – ребенок кричит, открывает рот);

– замены словообразовательных аффиксов при словоизменении (вместо дети наливают воду – дети поливают);

– смешения возвратных и невозвратных глаголов (вместо дети наливают воду – дети наливаются);

– нарушение согласования глагола и существительного в числе (дети наливает воду).

При выполнении задания на изменение глаголов прошедшего времени по родам дошкольники с ЗПР церебрально-органического генеза допускали ошибки: лексические замены глаголов (мальчик шлепнулся, а не упал, мяч прыгает, а не покатился); замена флексии среднего рода флексией женского рода (яблоко покатилась, дерево упала).

У детей с ЗПР церебрально-органического генеза возникали трудности при выполнении заданий на дифференциацию глаголов совершенного и несовершенного вида:

– во многих случаях отмечалось непонимание задания, лексические замены (мальчик делает тачку, а не чинит ее);

– употребление неологизмов (девочка поклала чайник, а не поставила его);

– употребление глаголов несовершенного вида вместо совершенного вида (девочка ставит чайник, вместо девочка поставила чайник).

Ошибки при выполнении заданий на словоизменение у детей с ЗПР церебрально–органического генеза обусловлены недостаточной сформированностью морфологической системы в языковом сознании дошкольников, неусвоением правил словоизменения, особенно непродуктивных форм. Вследствие этого в речи дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза имеют место аграмматизмы,

свойственные более младшему возрасту и обусловленные недостаточной упроченностью навыков согласования, управления и примыкания, а также несформированностью грамматических обобщений.

У дошкольников с ЗПР отмечалось недоразвитие как глубинно-семантической, так и поверхностной структуры предложения.

Так, при исследовании синтаксической структуры предложений выявлено, что наиболее сложным для дошкольников с ЗПР стало задание на исследование верификации предложений: дети не дифференцировали правильные и неправильные предложения; ошибочно исправляли правильные предложения или принимали за верные неправильные предложения.

Особые затруднения у дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза вызвали такие предложения, как: Деревья шумят от ветром. У Нины большая яблоко. Над большим деревом была глубокая яма. Наибольшие сложности вызывали словосочетания имени прилагательного и имени существительного среднего рода, предложно-падежные конструкции, формы родительного падежа, а также логико-грамматические конструкции, выражающие пространственные отношения.

Значительные трудности у детей ЗПР вызывало составление предложений из слов в начальной форме. Несмотря на то, что в основном дети с ЗПР адекватно использовали в бытовой речи категории числа, рода и падежа (исключение составляют употребление среднего рода имен существительных и форм родительного падежа множественного числа), при выполнении этого задания были отмечены многочисленные ошибки: неправильное согласование имени прилагательного и имени существительного, нарушения глагольного управления.

Особые затруднения вызывало предложение: Рыба ловить мальчики. Возможно, это объясняется тем, что в предложенной серии слов на 1 месте стоит дополнение, а подлежащее – в конце предложения. Часть дошкольников с ЗПР заменяли процесс конструирования предложения на повторение предлагаемого набора слов; образовывали синтаксически правильные, но неверные по семантике высказывания, сохраняя предъявленную последовательность слов (рыба ловит мальчиков) или заменяли предложенные слова в предложении на другие (папа ловит рыбу).

Задание на добавление пропущенных слов в предложения также вызывало затруднения. Особенно много ошибок отмечалось в предложениях с предлогами. При выполнении этого задания дети часто не вставляли предлог, повторяя исходную серию слов (Лена наливает чай … кружку), либо вставляли союз и, что свидетельствует о непонимании детьми семантики исходного предложения. В задании на добавление значимого слова в предложно–падежную конструкцию дети с ЗПР часто заменяли предлог, что свидетельствует о неточном понимании предъявленного предлога (Лиса убежала в …. Лиса убежала от волка). В ряде случаев дети составляли верное

по грамматическому оформлению, но неправильное по семантике предложения (Девочка гладит утюг).

Повторение предложений у большинства дошкольников с ЗПР особых затруднений не вызывало. Так, только 1 ребенок отказался от выполнения предложенной инструкции. Таким образом, имитация предложений, не требующая активного структурирования модели предложения, оказалась доступной для детей с ЗПР.

Выявленные нарушения грамматического строя речи (процесса словоизменения и синтаксической структуры предложения) имели сложный патогенез. С одной стороны, их можно расценивать как элементы аграмматизма, свойственные более младшему возрасту; с другой – в ошибках проявляется отклонение от закономерностей нормального онтогенеза, специфическое нарушение грамматического строя речи, обусловленное неусвоением закономерностей морфологического и синтаксического уровня языка, несформированностью морфологических и синтаксических обобщений.

Литература:

1. Борякова Н.Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития. – М., 1999.

2. Зорина С.В. Логопедическая работа по дифференциации грамматических форм слова у дошкольников с задержкой психического развития. – СПб., 1998.

3. Лалаева Р.И., Бойков Д.И. Особенности семантической структуры текста у дошкольников с умственной отсталостью и задержкой психического развития // Дефектология. – 1994. – №1. – С. 6–10.

4. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – №3. – С. 407-412.

5. Рахмакова Г.Н. Особенности построения предложений в речи младших школьников с задержкой психического развития // Дефектология. – 1987. – №6. – С.3-7

6. Симонова И.А. Характеристика речи детей с задержкой психического развития // Дефектология. – 1974.– №3. – С.18-25.

7. Слепович Е.С. Особенности активной речи дошкольников, отстающих в развитии. – М., 1978.

Перегудова А.Ю., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Шведенко Ю.В., к.психол.н.

ОСОБЕННОСТИ МЫСЛИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Мыслительные операции являются мыслительной деятельностью, с помощью которой любой человек решает определенные мыслительные задачи.

Мыслительные операции включают в себя множество составляющих. Операция анализа – мысленное расчленение целого на составляющие его части. Синтез – мыслительное объединение предметов в одно целое. Сравнение – мыслительная операция, позволяющая установить схожие и различные признаки предмета. Генерализация – операция, позволяющая объединять многие предметы по какому-то одному признаку. Операция абстракции – мысленное отвлечение от наименее важных свойств предмета для выявления наиболее важных признаков предмета. Конкретизация – это операция, которая позволяет представить что-либо единичное, что соответствует конкретному понятию. Классификация – разделение множества объектов на части по какому-то конкретному свойству или признаку [2].

В настоящее время достаточно много детей, которые имеют нарушения слуха. Эти нарушения вызваны многими различными причинами. Основными причинами, обуславливающими нарушения слуха, являются недоразвитие головного мозга, нарушения в развитии нервной системы, инфекции, черепно-мозговые травмы, поражения сосудов, а также интоксикации.

Нарушения слуховой деятельности у новорожденных детей могут быть результатом затяжных или стремительных родов, а также последствием может являться заболевание центральной нервной системы или инфекции матери во время беременности.

Одна из классификаций детей с нарушениями слуха была создана Р.М. Боскис. С учетом классификации выделяются 2 группы детей, имеющие недостатки слуха – глухие и слабослышащие. Группа глухих детей – это дети, которые не овладевают словесной речью вследствие глухоты при рождении или глухоты, которую они приобрели в раннем возрасте [1].

Опираясь на классификацию детей с нарушенным слухом, слабослышащие дети – это те дети, которые имеют снижение слуха, но речь которых может развиваться самостоятельно хотя бы минимально.

Глухие и слабослышащие дети обладают рядом особенностей. У них наблюдается: нарушения в развитии зрительного гнозиса, сниженная возможность восприятия и узнавания предметов, замедленное формирование подражания, а также затруднения при выборе по образцу, может отсутствовать речь и наблюдаться недостатки общения до возникновения речи. Это может привести к несвоевременному развитию когнитивной деятельности, а также недоразвитию мыслительных операций.

Исходя из ранее сказанного, следует сказать, что детям, имеющим недостатки слуховой деятельности, необходимо уделять максимально повышенное внимание их умственным способностям. На основе экспериментальных психологических исследований Р.М. Боскис, И.М. Соловьева и других ученых, можно сделать вывод о том, что мышление и мыслительные операции у детей со сниженной слуховой функцией имеют специфические особенности.

Исходя из данных исследования мыслительных операций у глухих детей, проведенного Е.М. Кудрявцевой, И.М. Соловьевым, Ж.И. Шиф, было выявлено, что мыслительные операции у глухих детей развиваются гораздо дольше, чем у детей с нормальной слуховой функцией. В ходе исследования было также обнаружено, что такие дети имеют трудности при выделении незначительных частей и свойств предметов, трудно устанавливают сходства между предметами при подчеркивании их различий. Они имеют затруднения при операции синтеза, сравнения и обобщения предметов и явлений, которые не наблюдаются непосредственно, а по описаниям.

Х. Майклбаст в ходе исследования таких детей обнаружил, что способности к абстракции у глухих детей незначительно отличаются от детей с нормальным слухом. Им было выявлено, что операции мышления у глухих детей могут развиваться быстрее, чем словесная речь.

Младшие школьники с недостатками слуха в более длительные периоды, чем слышащие овладевают обобщенными предметными действиями при решении различных практических задач. Они используют стереотипные способы решения задачи и не учитывают того, что условия могут изменяться, имеют недостатки перехода от предметно-действенных форм анализа и синтеза к мысленным и, наоборот. Не могут перенести усвоенный способ действия в другую ситуацию, из-за этого долгое время наблюдаются трудности перехода от предметно-действенных к мыслительным операциям, Длительное время не происходит формирования обратимости связей между предметами и признаками, а также действиями и тем, что они обозначают. Вследствие этого наблюдаются недостатки при осуществлении операции анализа, синтеза и обобщения [4].

Начиная школьное обучение, глухие и слабослышащие дети еще не способны выделять общие признаки предметов и объединять их смысловыми связями. Нередко возможны случайные обобщения, а не по видовой принадлежности. У глухих детей на более низком уровне, чем у слабослышащих мыслительные операции происходят в двух направлениях: от предмета к словесному значению, к понятию и от этих обобщений к предмету. Наблюдаются затруднения при операции обобщения. Выделение первостепенных признаков и отделение их от второстепенных затрудняется у детей с нарушениями слуха. Такие дети самостоятельно не вычленяют общие признаки геометрических фигур таких как форма, материал. В наибольшей степени фиксируются трудности в осуществлении обнаружения общих признаков в условиях, когда объекты различно расположены в пространстве и могут иметь разную величину и форму. Случайные, внешне ярко выступающие признаки могут заслонять, маскировать существенные.

На основе вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что мыслительные операции у детей с нарушенным слухом формируются в более длительные сроки, чем у детей с нормой слуха. Дети с нарушениями слуха испытывают большие трудности в анализе и синтезе материала, а также сведений, которые сообщены словесно, нередко ограничиваются

недостаточным выделением общих и специальных признаков. При сравнении объектов, чаще всего, выделяют различие, чем сходство, нередко переходят от сравнения двух объектов к описанию одного из них. Соотносят объекты по внешним признакам. У таких детей выявляются трудности сравнения объектов при непосредственном восприятии.

Операция абстрагирования у глухих детей связана с более поздним развитием у них игры. При использовании знакомых предметов в новом функциональном назначении глухие дети испытывают трудности в отвлечении от основного назначения этих предметов. При абстрагировании выделяемого признака объекта трудности возрастают из-за более позднего и медленного овладения речью неслышащими детьми. Абстракция невозможна без какого–либо обозначения, которое наиболее значимо в форме словесной речи. Операция обобщения у глухих и слабослышащих детей сначала оказывается неточной, так как осуществляется фрагментарный анализ предмета, а не целостное его восприятие. Глухие дети в начале своего обучения испытывают трудности при выделении общих признаков предметов и их объединении. При окончании младших классов у таких детей происходит совершенствование операции абстрагирования и обобщения признаков предметов.

Дети с недостатками слуха испытывают трудности такой мыслительной операции, как классификация. По мнению Ж.И. Шиф, глухим детям нередко очень трудно дается усвоение того, что один и тот же предмет может иметь собственное имя, а также видовое и родовое обозначение. Глухие дети в неполной мере владеют понятиями второй степени обобщенности. Например, глухие младшие школьники знают слово «цвет», но не могут им воспользоваться как понятием для выделения принципа обобщения предметов по цвету. Эти дети почти не знакомы с понятиями формы, величины, материала, из которого сделан предмет.

Мысленные операции вырабатываются у глухих детей как сознательно применяемые способы мыслительной деятельности. Дети с нарушениями, по мнению Н.С. Глуханюк, С.Л. Семеновой, А.А. Печеркиной и др. учатся выделять признаки предметов по определенному плану:

– внешние свойства (цвет, форма, величина; внешнее строение), части и частицы и их свойства, отношения между частями предмета, их свойствами;

– внутренние свойства и признаки (материал, из которого сделан предмет; внутреннее строение);

– функциональные свойства и назначение предмета [3].

Глухие дети испытывают большие трудности при переходе от возможностей понимания определенных логических отношений к их раскрытию. Исходя из психологических исследований, можно сделать вывод о том, что при описании серии картин глухие учащиеся II – V классов почти не описывают внутренние зависимости между событиями и поступками

персонажей, но установление таких зависимостей становится возможным детям после прямого вопроса взрослого.

Неспособность операции анализа негативно отражается на последовательности и системности синтеза.

На основе вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что особенностями мыслительных операций у детей с нарушениями слуха являются:

– более позднее овладение способностью выделять не только сходства, но и различия;

– сравнивание предметов не на основе их восприятия, а только по представлению;

– упрощение задачи при использовании операций анализа и синтеза;

– неспособность достаточного анализа и, вследствие этого, отрицательная последовательность и системность синтеза;

– сложный переход от понимания логических отношений к их раскрытию;

– выделение признаков предмета по определенному плану;

– трудности в выделении признаков и их обобщении.

Литература:

1. Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. – М., 1998.

2. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М., 2002.

3. Глуханюк Н.С., Семенова С.Л., Печеркина А.А. Общая психология. – М., Екатеринбург, 2005.

4. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии. – М., 2003.

Порошина Г.Н., г. Ессентуки, ГБОУ ВПО СГПИ,
филиал в г. Ессентуки
Научный руководитель: Краснянская Т.М., д.психол.н.

СПЕЦИФИКА ПАМЯТИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Общество заинтересовано в том, чтобы каждый его член принимал активное участие в процессах его развития, чтобы он продуктивно трудился и создавал материальные и духовные ценности. В значительной степени данное условие определяется особенностями психики человека, а точнее, его познавательных психических процессов, среди которых немаловажную роль играет память.

Под памятью в современной психологии понимается психический познавательный процесс запечатления, сохранения и воспроизведения такого материала, который человек воспринимал, отражал, переживал или реализовывал. Память несёт на себе очень большую смысловую нагрузку. Так, только благодаря памяти, у него формируются представления о воспринятом ранее окружении, о предметах или явлениях. Под влиянием этого действия содержание сознания человека не ограничивается актуально поступающими к нему ощущениями и восприятиями, но включает в себя

опыт и знания, которые были приобретены в прошлом. Человек запоминает свои эмоции и мысли, сохраняет в памяти возникшие понятия о предметах и закономерностях их существования [1, с. 33].

Благодаря сохранённой в памяти информации, накопленный опыт используется им в будущих действиях, поведении, деятельности. Если бы человек не обладал памятью, его мышление стало бы очень ограниченным, так как проводилось бы лишь на материале, получаемом в процессе непосредственного восприятия. Без памяти человек утрачивает значимую часть ключевых для него функций, а многие из них существенно ухудшаются. В подобных случаях можно говорить о нарушениях психологической безопасности личности [2, с. 252–258]. В полной мере это относится к детям с задержкой психического развития.

Нами было реализовано наблюдение за особенностями памяти у детей с задержкой психического развития. Наблюдение проводилось на базе коррекционного класса. По итогам наблюдения у детей с задержкой психического развития были зафиксированы явно выраженные трудности запоминания. Визуализированным подтверждением этому выступила неспособность детей с задержкой психического развития с первого раза запомнить информацию, поступающую от учителей. В силу этого дети часто переспрашивали заданные им вопросы, затруднялись повторить сказанное учителем. Во многом, как нам кажется, трудности с запоминанием были вызваны тем, что большинство из детей не могли сосредоточить свое внимание на изучаемом предмете, отвлекались. У них было обнаружено снижение объемов памяти, диапазон которого определялся, в первую очередь, способом преподнесения материала. К особенностям памяти детей с задержкой психического развития отнесём также зафиксированное нами медленное нарастание продуктивности запоминания при повторных предъявлениях материала, повышенная тормозимость следов побочными воздействиями, нарушения порядка воспроизведения словесных и цифровых рядов [3, с. 88].

Мы констатировали, что объём кратковременной и долговременной памяти у детей с задержкой психического развития снижен. Им также характерны достаточно низкие показатели образной и ассоциативной памяти. Учитывая данные особенности памяти рассматриваемой категории детей, учитель при организации учебной работы использовал комплекс различных приёмов предъявления материала, активизирующих резервы механической, зрительной и слуховой памяти, а также сочетал их вместе. Процессы запоминания у детей с задержкой психического развития стимулировались также использованием обширного диапазона наглядного материала.

Отметим также то, что у детей с задержкой психического развития преобладает вид активной непроизвольной памяти. В силу этого стимулирование процессов их запоминания предполагает использование яркого и необычного дидактического материала.

Важно также учитывать, что у детей с задержкой психического

развития недоразвито словесно-логическое мышление. В силу этого такой ребёнок долго не может освоить свернутые мыслительные операции. Информацию, идущую от учителя, ученик с задержкой психического развития воспринимает замедленно и так же ее перерабатывает. Для более полного восприятия он, соответственно, нуждается в наглядно-практической опоре и в предельной развернутости инструкций. Для таких детей рекомендуется использование группового запоминания и многократное повторение.

Таким образом, познавательные процессы памяти у детей с задержкой психического развития характеризуются значительными проблемами своего психического развития. Для того чтобы повысить эффективность учебной деятельности таких детей, с ними требуется проведение дополнительной работы коррекционно-развивающего характера. Немаловажным условием является также грамотная организация процесса предъявления детям с задержкой психического развития разнообразного учебного материала. Опора на активное непроизвольное запоминание ими материала, характеризующегося яркостью, нестандартностью, неожиданностью, позволяет значительно повысить эффективность учебной деятельности детей с задержкой психического развития.

Литература:

1. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М., 1991.

2. Краснянская Т.М. Экстремальная ситуация как актуализатор потребности человека в безопасности и развитии // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – 2006. – Т.56. – №1. – С. 252-258.

3. Обучение детей с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой. – М., 1981.

Толмачева В.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Мизина Н.Н., к.психол.н.

ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРА

Освоение любой деятельности связано с различными трудностями. Учебная деятельность специфична. Поэтому она обладает объективной сложностью. Учащийся должен освоить то, чего он раньше не знал, чем не владел. И при этом учащийся сталкивается с разнообразными трудностями.

Одни младшие школьники справляются с этими трудностями достаточно легко. Другие могут справиться с трудностями, только если мобилизуют все свои ресурсы. Третьи вообще не способны сами, без помощи справиться с возникшими проблемами.

Дети же с патологией развития характера являются особой группой детей, которым необходима помощь и особое внимание на первоначальном этапе обучения, когда происходит становление учебной деятельности в младшем школьном возрасте.

Ребенок младшего школьного возраста только–только попадает в атмосферу школьной жизни. Учебная деятельность предъявляет к нему требования, которые не предъявлялись на предыдущих этапах его возрастного развития. Сталкиваясь с трудностями, не все младшие школьники могут их преодолеть. Это связано с их личностными и интеллектуальными особенностями.

Именно на этапе обучения в начальной школе у детей закладывается основа знаний, которые пополняются в дальнейшие годы. В это же время формируются и развиваются умственные операции и навыки. Без них невозможны последующие учебная и практическая деятельность. Отсутствие этого основания, начальных знаний и умений приводит к трудностям в освоении школьной программы.

Диагностика причин трудностей в обучении и оказание младшему школьнику с патологией развития характера своевременной психолого-педагогической помощи помогает справиться с неуспеваемостью.

Младший школьник – это начало общественного бытия человека как субъекта деятельности, в данном случае учебной. В этом качестве младший школьник характеризуется, прежде всего, готовностью к ней.

Ведущей деятельностью младшего школьника является учебная деятельность. С момента поступления ребенка в школу она начинает опосредовать всю систему его отношений [4].

По мнению Д. Б. Эльконина, объяснение возникающих в школьном возрасте основных новообразований невозможно вне анализа процесса формирования учебной деятельности и ее уровня [5, с. 78].

Л. И. Божович подробно исследовала роль учебной деятельности для развития психических процессов и личности младшего школьника [2, с. 25].

Итак, при поступлении в школу ведущей деятельностью детей становится учебная деятельность, при этом значительное влияние на процесс обучения, эффективность и результативность учебной деятельности оказывает патология развития характера младших школьников. Многие проблемы, которые возникают в обучении, напрямую связаны с нарушениями в развитии характера ребенка.

Отдельные аспекты рассматриваемой нами проблемы уже изучены.

Особенности учебной деятельности младших школьников изучали А. Ф. Ануфриев, Ю. З. Гильбух, С. Н. Костромина, Н. П. Локалова и другие исследователи. Причины сложностей в учебной деятельности учащихся младшей школы рассматривали многие педагоги и психологи (Ю. К. Бабанский, М. М. Безруких, Н. Ф. Круглова, А. Р. Лурия, Н. Г. Лусканова, Л. В. Орлова, Н. Я. Семаго, Л. С. Славина, Н. П. Слободяник, В. В. Шмидт и др.).

Психологические особенности детей младшего школьного возраста с патологией развития характера изучали Т. Н. Князева, Н. Л. Росина и другие исследователи.

Особенности формирования учебной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья и, в частности, детей с патологией развития характера изучали Е. Б. Аксенова, В. В. Кисова, И. В. Охулкова, О. В. Суворова, У. В. Ульенкова и др.

Однако можно отметить, что в целом особенности учебной деятельности младших школьников с патологией развития характера исследованы все еще недостаточно.

Дети с патологией развития характера в большинстве случаев воспитываются и обучаются в общеобразовательных школьных учреждениях. Как отмечают Н. Ю. Борякова и другие исследователи, система специальной помощи таким детям пока не сложилась. В наиболее сложных случаях возможно обучение на дому [3]. К работе с детьми привлекаются воспитатели, учителя-дефектологи, логопеды, психологи.

В современной дефектологии к нарушениям характера относят такие особенности личности, которые характеризуются дисгармоничностью ее психического склада. Они относительно постоянны, практически необратимы и тотальны, оказывают сильное влияние на определение всей психической структуры человека. Было выявлено, что патологические личностные особенности выражены настолько значительно, что препятствуют дальнейшей полноценной социальной адаптации и самоопределению личности [1].

В начале обучения в школе перед ребенком ставятся требования, связанные с новой для него ролью ученика и обучением. Готовность ребенка к обучению в школе проявляется в его желании учиться, брать на себя ответственность и обязанности ученика, руководствоваться ученическими правилами. Кроме мотивационной готовности к школьному обучению, пребывание в школе требует достаточного уровня развития произвольности поведения.

С самого начала пребывания в школе у большинства детей с патологией развития характера обнаруживаются трудности в обучении, которые связаны с особенностями их трудоспособности. Нарушения работоспособности могут быть результатом незрелости или ослабленности психических процессов. Нервные процессы при этом могут быть инертными, неуравновешенными. Младший школьник с такой нервной системой очень быстро устает от любой интеллектуальной нагрузки. В состоянии усталости он не может усваивать не только новые знания, но и справиться с той задачей, которую перед этим выполнял довольно успешно.

Кроме того, у младших школьников могут наблюдаться и периодические колебания работоспособности без видимых внешних причин. Тогда дети особенно малопродуктивны, причем как во время освоения, так и воспроизведение учебного материала.

У некоторых младших школьников могут наблюдаться относительно постоянные особенности поведения вследствие повышенной расторможенности или, наоборот, заторможенности нервных процессов.

Например, в начале урока гипердинамичный ребенок с патологией развития характера может внимательно слушать учителя, правильно отвечать на поставленные вопросы. Через некоторое время он становится невнимательным, теряет интерес к тому, что происходит на уроке, начинает заниматься посторонними делами (лезет под парту, отвлекает соседей, может вставать и ходить по комнате).

В течение первого года обучения при компетентно организованной психолого-педагогической помощи у детей с патологией развития характера повышается работоспособность, формируется оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессовым состояниям.

Позитивная динамика психических процессов происходит вследствие адаптации к школьному режиму, нормализации взаимоотношений в коллективе сверстников. Все это положительно влияет на эмоционально-личностные особенности детей младшего школьного возраста.

Анализируя учебную деятельность младших школьников с патологией характера, можно отметить, что один и тот же ребенок, выполняя задание, может делать это как правильно, так и неправильно. Такое сочетание правильного выполнения задания с ошибочным может являться показателем того, что дети временно теряют инструкцию из-за усложненных условий работы. Недостатки развития регулирующей функции речи проявляются в заметных трудностях, возникающих у детей при словесном обозначении совершаемых действий, в выполнении заданий, предложенных речевой инструкцией. Словесные отчеты младших школьников о проделанной работе часто не содержат четкого обозначения последовательности произведенных действий. И в то же время в них частенько содержится описание второстепенных, малозначимых моментов.

Итак, учебно-познавательная деятельность для младших школьников с патологией развития характера крайне мало привлекательна. При выполнении учебных заданий у них наступает быстрая пресыщаемость. Эмоции и мотивация у них соответствуют более младшему возрасту. Самооценка слабо дифференцирована. При этом обычно не выявляется существенных нарушений со стороны психических процессов. Задержка в основном затрагивает эмоционально-волевую сферу личности, приводит к недостаточности произвольной регуляции деятельности, мышления, запоминания, сосредоточения внимания. При компетентной организации психолого–педагогической помощи младшие школьники данной группы показывают достаточный уровень достижений в интеллектуальной сфере.

Литература:

1. Актуальные проблемы диагностики нарушений характера / Под ред. К.С. Лебединской. – М., 2012.

2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М., 2008.

3. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. – М., 2008. – 222 с.

4. Давыдов В.В. Учебная деятельность: состояние и проблемы исследования // Вопросы психологии. – 1991. – №6. – С. 5-14.

5. Эльконин Б.Д. Психология обучения младшего школьника. – М., 2012.

Чайко Н.А., г. Минск, Беларусь, БГУФК
Научный руководитель: Калюжин В.Г., к.мед.н.,

РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Термин «умственная отсталость» стал общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, вошел в международные классификации психических болезней и национальные классификации многих стран, заменив термин «олигофрения», который длительное время был распространен в нашей стране и некоторых других странах мира [3].

Умственно отсталые дети и младенческого, и более позднего дошкольного возраста характеризуются существенными отклонениями в развитии моторики. Они гораздо позднее своих сверстников начинают тянуться к висящей перед ними игрушке, пытаясь достать ее, а также позднее начинают сидеть, стоять, передвигаться в пространстве ползком, ходить. Замедленное развитие двигательной сферы существенно снижает возможности ребенка знакомиться с окружающим его предметным миром, ориентироваться в пространстве [6].

Движения умственно отсталых дошкольников отличаются неловкостью, плохой координированностью, чрезмерной замедленностью или, напротив, импульсивностью. Это служит одной из причин, затрудняющих овладение простейшими, жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания. Ребенок, вышедший из младенчества, долго не умеет пользоваться чашкой и ложкой [4].

Слабое развитие моторики сказывается на других видах деятельности умственно отсталых детей. Так, их рисунки выполнены нетвердыми, кривыми линиями, отдаленно передающими контур предмета [5].

В дошкольном возрасте многие умственно отсталые дети, с которыми специально не проводилась длительная, целенаправленная работа, не могут самостоятельно одеться и раздеться, правильно сложить вещи [1].

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети с незначительной умственной отсталостью имеют возможности для развития. У них сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях [2].

Нами была разработана комплексная коррекционно-развивающая программа по развитию мелкой моторики у детей с легкой степенью

умственной отсталости, включающая упражнения для пальцев рук, игры с предметами, пальчиковую гимнастику, точечный массаж и специальные развивающие игры. Работа по развитию мелкой моторики у детей с умственной отсталостью проводилась в зале ЛФК в первой половине дня в форме индивидуальных занятий 2 раза в неделю. Коррекционно-развивающая программа была включена в основную часть урока и составляла 7-12 минут.

Работа по развитию мелкой моторики у детей экспериментальной группы проводилась в зале ЛФК в первой половине дня в форме индивидуальных занятий 2 раза в неделю. Коррекционно-развивающая программа была включена в основную часть урока и составляла 7-12 минут.

Два месяца занятий были разделены на три этапа: начальный, углубленный и результирующий. По 3 недели, то есть 6 занятий в каждом этапе.

Коррекционно–развивающая программа включала:

– комплекс упражнений для развития мышц, кистей рук и пальцев;

– упражнения с мячом;

– точечный массаж;

– подвижные игры;

– пальчиковую гимнастику

Большое внимание уделялось пальчиковой гимнастики, так как раннее она не использовалась в данном детском учреждении.

Нами был проведен педагогический эксперимент с целью выявления динамики показателей физических способностей у детей с умственной отсталостью в экспериментальной группе до проведения коррекционно–развивающей программы и после использования ее, данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Развитие мелкой моторики у детей дошкольного возраста с УО в экспериментальной группе до и после проведения исследования.

ТЕСТЫ	До	После	P
«Каштаны», с	32,9±0,84	31,4±0,63	<0,05
«Золушка», с	73,6±0,96	71,9±0,76	<0,05
«Бусинки», с	54,5±1,18	52,7±0,91	<0,05
«Мозаика», с	44,8±0,87	43,4±0,74	<0,05
«Фигуры из палочек», с	47,3±1,19	45,7±0,97	<0,05
«Бусины–горошины», с	78,3±0,91	75,7±0,91	<0,05
«Разложи», с	35,5±0,92	33,4±0,83	<0,05
«Пуговка», с	44,7±1,02	42,3±0,76	<0,05
«Башня из кубиков», с	77,4±1,03	75,9±0,91	<0,05
«Сушки», с	55,0±0,9	53,4±0,8	<0,05

Отмечается улучшение параметров точной дифференцировки движений пальцев рук и схватывающей способности кистей рук после проведения цикла занятий, что свидетельствуют показатели тестов.

Литература:

1. Алямовская В.Г. Профилактика психоэмоционального напряжения детей средствами физического воспитания. – Н.Новгород, 2000. – 112 с.
2. Вайзман Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. – М., 1997. – 234 с.
3. Грошенков И.А. Изобразительная деятельность в специальной школе // Дефектология. – М.,2002. – 193 с.
4. Маллер А.Р. Обучение, воспитание, и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. – М., 2001. – 218 с.
5. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М., 2005. – 284 с.
6. Уфимцева Л.П. Некоторые подходы к преодолению сенсомоторных затруднений при обучении письму и чтению учащихся вспомогательной школы // Дефектология. – 1999. – № 1. – С. 5-12.

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

НАГЛЯДНО–ОБРАЗНАЯ ПАМЯТЬ У ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Проблема памяти – одна из особенно привлекавших к себе внимание и наиболее изучавшихся категорий психологии. Исследованиями памяти в настоящее время заняты представители разных наук: психологии, биологии, медицины, генетики и других. В каждой из этих наук существуют свои теории памяти: психологические (П.И. Зинченко, П. Жане, К. Левин, Г. Эббингауз, М.С. Роговин), биогенетические (И.П. Павлов, И.М. Сеченов), физиологические (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия).

Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что память является важнейшей определяющей психологической жизни человека. Никакое действие невозможно, немыслимо вне процессов памяти, так как протекание любого психического акта обязательно предполагает удержание каждого данного элемента для его соединения с последующим. Отражаемые воздействия реального мира, как указывал С.Л. Рубинштейн, оставляют своеобразные образы, накопление которых лежит в основе опыта детей, обеспечивая им возможность приобретать новые сведения, учиться и овладевать профессиональным мастерством.

Из всех видов памяти особое внимание в детской психологии уделяют образной памяти, так как именно она является основной в дошкольном возрасте. Её развитие и перестройка, с точки зрения Л.П. Григорьевой, связаны с изменениями, происходящими в разных сферах психической жизни ребенка, и, прежде всего, касаются таких познавательных процессов как восприятие и мышление [2].

Огромное теоретическое и практическое значение приобретают исследования процессов памяти детей в условиях ограниченных возможностях развития, и, в частности, нарушений зрения.

Роль памяти при дефектах зрения приобретает особое значение. Это объясняется тем, что ребёнку с нарушением зрения необходимо запомнить многое из того, что не обязательно запоминать лицам с нормальным зрением, и если учитывать затруднения, испытываемые слепыми и слабовидящими детьми в процессе познания, то необходимо прочное запоминание и длительность сохранения большого количества дополнительной информации.

Важной составной частью полноценного развития памяти как психического познавательного процесса является сформированность образной памяти. Развитие образной памяти дошкольников с нарушениями зрения и ее перестройка связаны с качественными изменениями, происходящими в разных сферах психической жизни ребенка. На протяжении дошкольного возраста наблюдается переход от создания образа на основе практического действия к возникновению образа на основе мыслительного анализа и синтеза.

Анализ современной психолого-педагогической литературы показал, что существует ряд исследований, посвященных изучению особенностей образной памяти слабовидящих детей. По всем показателям развития образная память дошкольников с нарушенным зрением отстаёт от нормально видящих сверстников. Аспекты качественных особенностей развития образной памяти детей старшего дошкольного возраста с нарушенным зрением и формирование данного вида памяти в условиях целенаправленной коррекционно–педагогической работы в специальном дошкольном учреждении специально не изучались.

Несмотря на то, что память становилась предметом исследования в работах многих тифлологов, которые по-разному объясняли ее структуру, генез, в условиях зрительной депривации, а также взаимодействие с другими психическими функциями, проблема развития наглядно-образной памяти детей дошкольного возраста с недостатками зрения в условиях специально организованного обучения недостаточно разработана. Все это подтвердило актуальность настоящего исследования и необходимость определения психолого-педагогических условий формирования наглядно-образной памяти у дошкольников с нарушением зрения.

Различный характер и степень нарушения зрительной системы, этиология, включение перцепции различных модальностей и другие факторы – все это вносит специфику в формирование образа у детей с нарушением зрения, определяет качество отражения в образе воспринимаемого реального мира, его объективность [2].

Формирование в памяти системы образов в значительной мере, как подчёркивают Т.В. Ахутина и З.А. Меликян, зависит от возможностей сенсорной системы, ее «пропускной способности», интеграции получаемой информации, дающей возможность представить и понять окружающий мир в его целостности и единстве [1].

Нарушения зрения обусловливают изменения в физиологическом механизме памяти: происходят «существенные изменения сетевых свойств нейронных ансамблей, анализирующих простые признаки на разных уровнях

зрительной системы». Это в свою очередь влияет на скорость протекания всех процессов памяти.

Для образов-представлений детей с нарушениями зрения, по мнению А.И Зотова, характерно:

1. Неполнота формируемого образа, в котором отсутствуют малозаметные детали, нарушаются пропорции, величины деталей.

2. Неполноценность апперцепции – связи непосредственного восприятия с предыдущим опытом.

3. Недостаточное осознание взаимосвязи между формируемым предметным образом и функциональной предназначенностью предмета.

4. Трудности при мысленном воссоздании образа объемного предмета на основе восприятия его плоскостного изображения.

5. Слабость удержания предметных образов в долговременной, а часто и в оперативной памяти [4].

В условиях зрительной депривации происходит снижение темпа образования временных нервных связей, что сказывается на увеличении требующемся для закрепления связей времени и количестве повторных подкреплений.

Исследование Л.П. Григорьевой взаимосвязи мнемических процессов с уровнем развития зрительного восприятия у детей с остаточным зрением показало, что наряду с более продолжительным временем опознания зрительных стимулов у них наблюдается также снижение объема оперативной, кратковременной памяти, который коррелирует с изменением фона, цвета зрительных стимулов, а самое главное – прослеживается прямая зависимость мнемических процессов от степени сформированности свойств и функций зрительно-перцептивного восприятия [2].

Исследование особенностей непреднамеренного запоминания зрительного наглядного материала слабовидящими детьми В.А. Лониной показало их непосредственную связь с неточностью восприятия предметов, изображенных на рисунках, и нечеткой дифференциацией чувственных признаков предметов, в результате чего продуктивность запоминания зрительно воспринимаемых объектов у слабовидящих четвероклассников значительно ниже, чем у нормально видящих первоклассников [5].

Процесс запоминания слепых и слабовидящих детей характеризуется также недостаточной осмысленностью запоминаемого наглядного материала. Данный факт наиболее четко обнаруживается при непреднамеренном запоминании в процессе классификации наглядного материала. Сложности классификации, сравнения, систематизации, анализа и синтеза, связанные с фрагментарно воспринимаемыми свойствами объектов, трудностями дифференцирования существенных и несущественных деталей, приводят к недостаточности логического запоминания. Хотя запоминание логически связанных стимулов, как и в норме, осуществляется, с точки зрения Л.И Солнцевой, более эффективно, по сравнению с материалом, не объединенным смысловыми связями [6].

Для слепых и слабовидящих особую значимость приобретает организация материала для запоминания, а также характер самого материала, учитывающий специфику перцептивного процесса. Например, бесцветные рельефные рисунки, имеющиеся в книгах, слабо сохраняются в памяти не только детей с остаточным зрением, но и абсолютно слепых, пользующихся исключительно осязательным способом восприятия. Вместе с тем рельефные рисунки, имеющие насыщенную цветную раскраску, узнаются слепыми детьми с остаточным зрением даже через значительный промежуток времени, через полгода (Н.С. Костючек, В.З.Денискина).

Выделяют специфические особенности памяти детей с нарушениями зрения:

– снижение объема памяти и скорости запоминания;

– непроизвольное запоминание менее продуктивно, чем в норме;

– механизм памяти характеризуется снижением продуктивности первых попыток запоминания, но время, необходимое для полного заучивания, близко к норме;

– преобладание наглядной памяти над словесной;

– снижение произвольной памяти, нарушение механической памяти [3].

Таким образом, проанализировав психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования можно сделать следующие выводы:

1. Память как психический познавательный процесс обеспечивает целостность и развитие личности. Из всех видов памяти – моторной, эмоциональной, образной и словесно-логической, особое внимание в этой работе уделяется образной памяти.

2. Память слабовидящих детей развивается по общим с нормой законам, имея при этом свои особенности, связанные с ограниченными возможностями повторного восприятия предмета, с недостаточной значимостью объектов и их понятий, затрудненностью и специфичностью протекания запоминания, сохранения и воспроизведения у данной категории детей.

4. Исследованиями тифлопсихологов показано, что наглядно-образная память детей с нарушениями зрения характеризуется такими особенностями как: увеличение времени запоминания образов предметов, слабостью удержания этих образов в долговременной и оперативной памяти, недостаточной осмысленностью запоминаемого наглядного образа и отдельных его элементов, наличием ошибок неспецифического узнавания и т.д.

5. Отмеченные отклонения в развитии наглядно-образной памяти детей с нарушениями зрения могут быть в значительной степени преодолены в результате обучения, направленного не только на развитие процессов памяти, но и формирование целостных образов восприятий и представлений окружающей действительности.

Литература:

1. Ахутина Т.В., Меликян З.А. Зрительно-пространственная память у младших школьников в норме и с задержкой психического развития. – М., 2002. – 12 с.

2. Григорьева Л.П. Психофизиология зрительного восприятия слабовидящих школьников: Автореф. дис. . д-ра психол. наук. 1985. - 28 с.

3. Гуменная Г.С. Развитие мнестических процессов у детей, страдающих моторной алалией. Речевые расстройства у детей и методы их устранения. – М., 1978. – С.45–54.

4. Зотов А.И., Зотов А.А. Сравнительное изучение соотношения типов и видов памяти у слепых, слабовидящих и нормально видящих школьников // Психологические особенности слепых и слабовидящих школьников. – Л., 1981. – С. 69–82.

5. Лонина В.А. Особенности запоминания у слабовидящих учащихся младших классов // Проблемы психического развития аномального ребенка: Матер. XVIII Междунар. психолог. конгресса. – М., 1966. – С. 27-28.

6. Солнцева Л.И. Использование остаточного зрения в процессе обучения коду Брайля // Психолого–педагогические вопросы обучения детей с нарушением зрения. – М., 1995. – С. 87-88.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел I. Междисциплинарный подход в современных исследованиях в области специальной педагогики и специальной психологии

Алиева С.Р. Влияние газированных напитков на организм подростков **4**

Богданова Я.С. К вопросу о происхождении левшества у детей **5**

Денисова М.В. Арттехнологии в работе с детьми с ОВЗ в условиях реализации ФГОС ДО **8**

Доронина В.С. Исследование коммуникативной функции у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи **13**

Ефанова И.В. Синдром гиперактивности как комплексная научно-практическая проблема **16**

Задорожко Д.Г. Уверенность в себе как показатель самостоятельной и успешной личности **19**

Зейналова З.М. Нейропсихологический и психолингвистический аспекты изучения кинетической организации речи **21**

Махонько А.В. Здоровьесберегающие технологии в логопедической работе с детьми с нарушениями речи **24**

Петрова А.В. Теоретические аспекты изучения кинетической и кинестетической основы речевого акта у детей дошкольного возраста **26**

Посевина А.В. К вопросу готовности России к инклюзивному образованию **28**

Российский Д.В. Развитие тонкой моторики кистей рук у младших школьников с легкими нарушениями опорно-двигательного аппарата: Реализация программы дополнительного образования «Авиамоделирование» **31**

Сальникова О.Д. Особенности становления высшего дефектологического образования в России **34**

Степкина В.С. К вопросу изучения дискурсивной компетенции учителя-логопеда в рамках научно-исследовательской и культурно-просветительской деятельности **37**

Тавадян А.М. Влияние материнской депривации на развитие детей раннего возраста **41**

Чернякевич О.М. Влияние острого нарушения мозгового кровообращения на уровень развития мелкой моторики **44**

Шпакова Т.В. Проблемы молодой семьи в социально-психологическом аспекте **46**

Раздел II. Адаптивная физкультура и здоровьесберегающие технологии в системе реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья

Боляк В.В. Использование музыкально-двигательных средств в адаптивном физическом воспитании младших школьников коррекционных классов **50**

Васильева Е.В. Роль адаптивной физкультуры в развитии ориентации в пространстве у детей с депривацией зрения **54**
Гришина Е.В. Развитие дыхания у детей с тяжелыми нарушениями речи средствами адаптивной физической культуры **56**
Громова И.Е. Организация процесса дозированной тренировки на занятиях ЛФК **59**
Зыбин Ю.В., Зыбина О.Л. Элементы коррекционно-развивающей программы по восстановлению осанки у детей дошкольного возраста **62**
Кобозева Л.С. Организация и содержание занятий по физической культуре с учащимися специальной медицинской группы **66**
Крученок О.И. Иппотерапия как метод адаптивной физкультуры при воспитании функции равновесия у детей с ДЦП **69**
Ланглиб Д.Ю., Соловьева Т.В., Фокин А.М. Роль физической культуры в коррекционно-развивающей деятельности детей с ЗПР **73**
Мачнева Е.С. Развитие ориентировки в пространстве элементами адаптивной физкультуры у детей с нарушением слуха **77**
Медведева В.В. Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья на занятиях физкультуры **79**
Нефедов К.Ю., Соловьева Т.В., Фокин А.М. Особенности выполнения технических приёмов баскетболистами-колясочниками **83**
Панежина Ю.В. Формирование интереса к занятиям адаптивной физической культурой **87**
Тимофейчик С.Ч., Попова Г.В. Влияние физических упражнений с кубиками «lego» на развитие мелкой моторики рук детей с ДЦП **90**
Шведекно Ю.В., Шакина Г.А. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе для детей с ограниченными возможностями здоровья **94**
Шить Р.И. Физическая реабилитация детей на санаторном этапе после пневмонии **95**
Яцко О.В. Влияние адаптивной физкультуры на координационные способности детей с нейросенсорной тугоухостью **98**

Раздел III. Педагогические системы обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями

Башкатова С.А. Профилактика речевых нарушений у детей раннего возраста **101**
Богданова М.В. Инклюзивное образование как феномен социокультурной реальности **104**
Боченкова М.Ю. К проблеме формирования письма у детей с леворукостью **108**
Быкова А.А. Коммуникативно-речевое развитие детей-сирот раннего возраста в условиях дома ребенка **111**
Волхова Ю.А. Особенности полилога у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи **114**

Выходцева Е.С. Использование компьютерных технологий при обучении грамоте детей с нарушениями речи **117**
Егорова Н.Ю. Формирование понимания значения фразеологизмов у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи **121**
Заплаткина А.А. Изучение действий по подражанию, образцу и словесной инструкции у младших школьников с нарушениями речи **125**
Ивановой Д.А. Развитие просодической стороны речи у детей средствами сюжетно-ролевой игры **131**
Иволгина К.С. К вопросу изучения фразеологической лексики младших школьников с нарушениями речи **132**
Казакова Е.И. Формирование графомоторного компонента письма у первоклассников с речевыми нарушениями **135**
Кулинцова А.А. Предупреждение нарушений чтения у детей дошкольного возраста **138**
Луханина Е.В. Обучение и воспитание детей с особыми образовательными потребностями в школе адаптирующей педагогики Е. Ямбурга **141**
Маркова Н.Ф. Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях реализации ФГОС дошкольного образования **143**
Орехова Г.Н. Изучение особенностей артикуляционной моторики у дошкольников с нарушениями речи **145**
Петрова А.В. Инклюзивное образование в России на современном этапе **148**
Попова М.Р. Коррекционно-развивающие подвижные игры для детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ **151**
Решетникова Л.П. Формы работы с детьми дошкольного возраста, имеющими ограниченные возможности здоровья **153**
Сальникова Е.В. Формирование навыка чтения у детей младшего школьного возраста, имеющих нарушения интеллекта **155**
Самошенко О.М. Использование компьютерного инструментария для формирования базы данных на основе логопедического анализа речи дошкольников с речевыми нарушениями **159**
Смоловая Ю.Ю. Изучение особенностей дыхательной и голосовой функции у дошкольников с нарушениями речи **162**
Стахеева Е.А. Развитие универсальных учебных действий на логопедических занятиях **165**
Ткаченко А.И. Использование дидактической игры в логопедической работе по преодолению речевого недоразвития у дошкольников **169**
Тютюникова В.И. Проектная деятельность как средство развития связной речи младших школьников с нарушениями речи на уроках литературного чтения **172**
Шкурина А.В. Система коррекционно-логопедической работы по развитию пространственных представлений у дошкольников с общим **176**

недоразвитием речи III уровня
Якуба М.В. Значение зрительно-моторной координации при обучении письму детей с нарушениями речи **178**

Раздел IV. Психологическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья

Александрович А.В. Трудности социальной адаптации детей с задержкой психического развития **182**
Ахриева Э.И. Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ **185**
Булатова И.А. Взаимодействие участников процесса образования глухих и слабослышащих дошкольников с комплексными нарушениями развития в условиях интернальной интеграции **188**
Гиздатуллина Ф.И. Психологические особенности семей, воспитывающих детей-инвалидов **193**
Гусева А.Е. Психологические особенности агрессивности детей с нарушениями психического развития **195**
Даудгаджиева З.М. Особенности развития продуктивных видов деятельности у детей дошкольного возраста с нарушениями слуха **198**
Дрововозова Я.А. Исследования помогающего поведения младших подростков с нарушениями зрения в отечественной и зарубежной психологии **201**
Есешкина Н.П. Методы и приемы психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям **204**
Ефремова Н.А. Влияние специфики эмоциональной сферы на развитие познавательной активности детей дошкольного возраста с синдромом Дауна **206**
Зурман М.А. Психологическое сопровождение ребенка с нарушением зрения и его семьи **209**
Коваленко А.И. Психологическая помощь родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья **212**
Косогорова Т.С. Влияние владения средствами русского жестового языка на уровень развития мышления младших школьников с нарушениями слуха **214**
Марковская М.О. Использование арттерапевтических методов и приёмов в музыкальном воспитании дошкольников с ограниченными возможностями здоровья **218**
Марченко А.В. Особенности психологического статуса и методы психофизиологической диагностики больных сахарным диабетом **222**
Махонько А.В. Влияние семьи на психическое развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья **227**
Мирзоян А.Г. Социально-психологические факторы интеграции в общество детей с ограниченными возможностями здоровья **230**

Морозова Ю.Н. Организация сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях общеобразовательных (массовых) школ **233**
Мустафаева А.Г. Особенности слухоречевой реабилитации в послеоперационный период детей с кохлеарными имплантами **237**
Муха А.О., Афанасьева С.Н. Специфика профилактики конфликтов в семьях, имеющих детей с ОВЗ **241**
Пименова Е.А. Роль пространственно-развивающей среды в создании психологической безопасности ребёнка с нарушением зрения **244**
Плотникова А.С. Модель системы психологического сопровождения детей с ОВЗ в образовательном пространстве **247**
Свириденко Е.М. Сказкотерапия в практике психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья **251**
Шавлова Д.С. Особенности полоролевых представлений подростков с интеллектуальной недостаточностью **253**
Шамина Е.А. Психологический тренинг как средство оптимизации неблагоприятных психологических состояний детей с ограниченными возможностями здоровья **257**
Шачнева К.В. Развитие социально-психологических качеств личности старшеклассников с ОВЗ средствами психологического тренинга **259**

Раздел V. Превенция и интервенция девиантного поведения в образовательных учреждениях
Алексеева М.Н., Алексеева Т.И., Богданова М.В. Психологическая характеристика зависимого поведения в подростковом возрасте **261**
Белоусова Ю.А. Профилактика девиантного поведения подростков с нарушениями слуха **267**
Евтюшина М.С. Социально-психологическая программа «выход есть» по профилактике суицидов среди подростков (региональный аспект) **270**
Зубова А.А. Современные проблемы профилактики и коррекции девиантного поведения **273**
Исхакова С.Х. Психологическое консультирование лиц, попавших в деструктивный культ **276**
Коваленко А.А. Особенности и причины девиантного поведения подростков **279**
Кокорева Н.А. Аспекты профилактики наркомании в общеобразовательной школе **283**
Кононенко Е.А. Отклонения в поведении детей старшего дошкольного возраста как психолого-педагогическая проблема **287**
Слюсарева А.Е. Проблема компьтерной аддикции в молодежной среде **289**
Федорова Е.И. Основные маркеры девиантного поведения у подростков **293**
Ширванян А.Э., Шаталова А.А. Причины нарушений поведения детей с интеллектуальной недостаточностью **298**

Штыря Ю.Г. Виктимное поведение и психологические особенности его проявления у подростков нашего времени **302**

Раздел VI. Психолого-педагогические особенности детей с ОВЗ

Алай Н.В. Особенности развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью I степени **306**

Голубева Н.В. Особенности развития мелкой моторики у детей с детским церебральным параличом **309**

Завалеева И.М. Особенности тревожно-фобических состояний у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития **311**

Зурман М.А. Состояние связной монологической речи у детей дошкольного возраста с нарушением зрения **315**

Курушина О.В. Изучение клинической симптоматики стертой дизартрии у детей дошкольного возраста **316**

Махонько А.В. Особенности агрессивного поведения у подростков с умственной отсталостью **319**

Мачнева Е.С. Особенности развития ориентации в пространстве у детей с нарушением слуха **322**

Морозова В.В. Специфика нарушения грамматического строя речи у дошкольников с задержкой психического развития церебрально-органического генеза **324**

Перегудова А.Ю. Особенности мыслительных операций у детей с нарушениями слуха **327**

Порошина Г.Н. Специфика памяти у детей с задержкой психического развития **331**

Толмачева В.Н. Особенности учебной деятельности младших школьников с патологией развития характера **333**

Чайко Н.А. Развитие мелкой моторики у детей с умственной отсталостью средствами адаптивной физической культуры **337**

Шыхыева П.И. Наглядно-образная память у дошкольников с нарушениями зрения **339**

Содержание **344**