

Материалы
VIII Всероссийской
научно-практической
конференции для студентов
и молодых ученых,
посвященной
Всемирному дню инвалидов

11 декабря 2017 года

МИР БЕЗ ГРАНИЦ

Министерство образования и науки Российской Федерации
Министерство образования и молодежной политики Ставропольского края
ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Факультет специальной педагогики

МИР БЕЗ ГРАНИЦ

•

Материалы
VIII Всероссийской научно-практической конференции
для студентов и молодых ученых,
посвященной Всемирному дню инвалидов

11 декабря 2017 года

•

•

•



Ставрополь, 2017

УДК 371.9
ББК 74.3
М 63

Рекомендовано редакционно-издательским советом
ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Редакционная коллегия сборника:

доктор педагогических наук, профессор Магомедов Р.Р.
доктор биологических наук, профессор Тинькова Е.Л.
кандидат педагогических наук, доцент Акименко В.М.
кандидат педагогических наук, доцент Артеменкова Л.Ф.
кандидат психологических наук, доцент Бондаренко С.В.
кандидат психологических наук, доцент Гостунская Я.И.
кандидат психологических наук, доцент Жукова С.В.
кандидат педагогических наук, доцент Кабушко А.Ю.
кандидат педагогических наук, доцент Литвина Г.А.
кандидат педагогических наук, доцент Литвинова Н.Н.
кандидат психологических наук, доцент Мельникова М.И.
кандидат психологических наук, доцент Мизина Н.Н.
кандидат биологических наук, доцент Сейфулина Г.В.
кандидат психологических наук, доцент Слюсарева Е.С.
кандидат педагогических наук, доцент Соломатина Г.Н.
кандидат психологических наук, доцент Шаповаленко З.И.
кандидат психологических наук, доцент Шведенко Ю.В.
кандидат психологических наук, доцент Шеховцова Е.А.
кандидат психологических наук, доцент Шипилова Е.В.
кандидат педагогических наук, старший преподаватель Черницова М.А.
старший преподаватель Алексеева М.Н.
ассистент Ключникова И.В.

М 63

Мир без границ: актуальные проблемы современного инклюзивного образования. Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции для студентов и молодых ученых, посвященной Всемирному дню инвалидов (11 декабря 2017 года, Ставрополь, ГБОУ ВО СГПИ) / под ред. С.В. Жуковой, А.Ю. Кабушко, Е.А. Шеховцовой – Ставрополь: Дизайн-студия Б; изд-во СГПИ, 2017. – 300 с.

ISBN 978-5-9500789-4-1

Материалы Всероссийской научно-практической конференции для студентов и молодых ученых «Мир без границ: актуальные проблемы современного инклюзивного образования», посвященной Всемирному дню инвалидов, в обобщенном виде отражают результаты научных и практических достижений, раскрывающие такие актуальные вопросы как развитие инклюзивного и специального образования в России и Ставропольском крае, отражение проблем инвалидности в истории, литературе, искусстве, клинико-психологические особенности развития лиц с ОВЗ, организация психологической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья и их семьям, разработка и реализация педагогических систем обучения и воспитания в системе инклюзивного и специального образования, применение адаптивной физической культуры и здоровьесберегающих технологий в системе реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В сборник включены статьи участников VIII Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной Всемирному дню инвалидов «Мир без границ: актуальные проблемы современного инклюзивного образования», которая состоялась 11 декабря 2017 года в ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Актуальность вопросов, вынесенных на обсуждение в рамках конференции, обусловлена тем, что в настоящее время образование лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) стало проблемой не только системы специального образования, но и одним из приоритетных направлений государственной образовательной политики Российской Федерации. Включение лиц с ОВЗ в общеобразовательную и социально-культурную среду является закономерным этапом развития системы специального образования, связанным с переосмыслением обществом отношения к детям с отклонениями в развитии, признанием равных прав на получение образования.

В конференции приняли участие более 130 студентов и молодых ученых, представляющих вузы Ставрополя, Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Перми, Новосибирска, Воронежа, Ростова-на-Дону, Волгограда и др.

В сборнике представлен широкий круг теоретико-методологических (философских, исторических, психолого-педагогических) и практико-ориентированных аспектов

организации инклюзивного образования. В представленных статьях нашли отражение проблемы развития инклюзивного и специального образования в России и в Ставропольском крае; вопросы отражения проблем инвалидности в истории, литературе, искусстве; клинико-психологические особенности развития лиц с ограниченными возможностями здоровья, учет которых необходим при построении адаптированной образовательной программы и индивидуального образовательного маршрута ребёнка; вопросы психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям; педагогические аспекты обучения и воспитания в системе инклюзивного и специального образования; возможности адаптивной физкультуры и здоровьесберегающих технологий в системе инклюзивного образования и в процессе реабилитации лиц с ОВЗ.

Особое внимание уделено педагогическим аспектам обучения и воспитания детей, относящихся к различным нозологическим группам, что подтверждается высказыванием психолога В.И. Лубовского – «...где бы ни обучался ребенок с ограниченными возможностями здоровья – это должно быть специальное обучение. Только так можно добиться успешной адаптации ребенка в школе и получения им образования, которое будет одним из условий его адаптации и интеграции в последующей взрослой жизни...».

Материалы сборника адресованы студентам педагогических вузов, специалистам, заинтересованным в развитии теоретических и практических идей инклюзивного образования.

раздел 1.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

ИНКЛЮЗИВНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Горбатенко А.А.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Литвинова Н.Н.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФОРИЕНТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

В настоящее время довольно много внимания уделяется вопросам реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, улучшения обстоятельств их пребывания в социуме, способности получения образования и интеграции в обществе. Не утрачивает значимость также трудность профессионального образования лиц с ОВЗ. Но вопрос о специфике профессионального обучения остаётся слабоизученным.

С одной стороны, профессиональное обучение может оцениваться как часть образовательного хода. В связи с данным положением классифицируются многие проблемы, до сих пор имеющиеся в образовательной сфере для людей с ограничениями здоровья.

Во-первых, появляется потребность исследования и введения индивидуальных учебных проектов и индивидуальных графиков в процесс обучения, что связано с психофизическими отличительными чертами обучающихся.

Во-вторых, образовательный либо коррекционно-развивающий процесс потребует присутствия адаптированных программ, структура и сущность которых на этот период мало разработана.

В-третьих, не закрытым остаётся вопрос о формах и способах преподавания: имеется много авторских методических разработок на эту тему, но отсутствует комплексная методика преподавания лиц с ОВЗ.

Следует выделить потребность особой подготовки педагогов и специалистов производственного преподавания, которые должны не только лишь владеть определёнными умениями и навыками работы с обучающимися, однако и обладать особыми техниками общения и способами обучения.

Кроме этого, обязаны быть созданы такие условия преподавания, в которых обучающийся чувствовал бы себя удобно и привычно, смог бы уберечь эмоциональную нагрузку, поменять вид работы. Это касается как материально-технической оснащённости кабинетов, так и формирования зон отдыха, комнат для игр и релаксации.

Доминирующим принципом преподавания остаётся индивидуальный подход к ученикам, но в случае, если проводятся массовые обучения, то распределять по учебным группам следует не только лишь в соответствии с профессиональным выбором, однако, и с учётом особенности заболевания.

Труд играет немаловажную значимость в жизни любого человека и содержит в себе социальные контакты, благодаря которым осознается ощущение потребности определенного человека для общества. Осуществляя трудовую деятельность, человек приобретает заработную плату, которая является главным источником заработка, размер которого так значима для инвалидов. Многочисленные люди с ограниченными способностями, которые имеют группу инвалидности, не постоянно трудоустраиваются. Главными факторами могут являться: необорудованность рабочих мест, отказ работодателя в приеме на работу по причине инвалидности, психологические препятствия самого соискателя, а также недостаточная его квалифицированность [3, с. 125].

Все данное препятствует инвалидам зарабатывать деньги, любить собственную работу и жить так же, как и все другие члены общества. Разберем трудности, связанные с устройством на работу инвалидов. Одной, из них выступает эффективная социализация инвалидов, которой мешают физически либо интеллектуальные ограничения [7].

В настоящее время вступлению на трудовой путь молодым инвалидам мешают общественно-финансовыми трудностями в стране, и недостаток системы профориентации и поддержки в планировании карьеры [4, с. 71–75].

В результате появляются последующие трудности у молодых инвалидов: недостаток представления о собственных возможностях, невысокая оценка; недостаток данных о реальном производстве, о специальностях и их условиях к работнику; порядок и возможности устройства на работу.

Следует сказать о том, что личностям с ограниченными возможностями здоровья необходима помощь в их

дальнейшем развитии. Данной поддержкой занимается профессиональная ориентация. Профессиональная ориентация – система мер, нацеленных на обеспечение помощи молодого поколения в выборе профессии [8].

Профессиональная ориентация включает в себя:

1. Профессиональное просвещение целенаправленное оповещение выпускников учебных заведений о мире специальностей, учебных заведениях, потенциалах профессиональной карьеры.
2. Профессиональное воспитание предполагает формирование у молодого поколения трудолюбия, трудоспособности, профессиональной ответственности, способностей и склонностей.
3. Профессиональное консультирование по вопросам выбора профессии, устройства на работу, способностей получения профессиональной подготовки.
4. Профессиональное развитие личности и содействие профессиональной продвижению по работе, в том числе смена профессии и профессиональную переподготовку.

Для выполнения профессиональной ориентации необходимо располагать социально-финансовыми характеристиками специальностей, понимать возможности формирования специальности, районы распространения специальностей, степень доходов специалистов, пути получения квалификации и возможности профессиональной карьеры, а кроме того характерные черты рынка труда. Помимо этого, необходимо использовать технологическими данными, содержащими описание производственных действий и профессиональных задач; медико-физиологическими и санитарными характеристиками условий работы с перечнем показаний и противопоказаний; условиями профессий к индивидуальным особенностям людей с ограниченными возможностями здоровья.

Сводный документ подобного рода именуется профессиограммой. Метод профессиографии дает возможность составлять и портреты профессий, в

результате студентами осознаются квалификационные условия к выбранной специальности, обуславливается набор требуемых компетенций на базе изученных справочников: общероссийского классификатора занятий (ОКЗ), общероссийского классификатора профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов (ОКПДТР), общероссийского классификатора специальностей по образованию ОКСО.

Портрет специальности содержит последующие разделы согласно Атласу профессий: 1. Единая оценка профессиональной работы. 2. Виды экономической работы, в которых встречается эта специальность. 3. Встречающиеся наименования профессии/специальности. 4. Средства труда (используемые технологии). 5. Основные типы работ (трудовые действия). 6. Требуемые познания. 7. Требуемые умения и способности. 8. Общие компетенции. 9. Профессиональные компетенции. 10. Необходимый уровень образования. 11. Опыт работы. 12. Условия труда. 13. Особые условия допуска к работе. 14. Родственные профессии. 15. Направление подготовки. 16. Дополнительные требования по профессии [9].

Необходимо выделить, что с целью привития заинтересованности к будущей специальности у студентов с ограниченными возможностями здоровья следует применять компетентностный подход, содержащий использование интерактивных способов преподавания: тренинги, деловые и ролевые игры, решение производственных ситуаций [5, с. 270].

Профориентационная деятельность регулярно улучшается [1, с. 283]. Факторов данному факту несколько: во-первых, усовершенствование целой системы образования; во-вторых, мир профессии стал более дифференцированным; в-3, увеличение доверия со стороны жителей к проф. ориентационным и психологическим предложениям.

Современный аспект к профессиональной ориентации предполагает согласованную работу многочисленных социальных институтов: школа, разнообразные психологические центры

(медико-социально-психологические, центры занятости, центры профориентации молодежи и др.), клубы и дома технического творчества, профессиональные учебные заведения, общественные организации, правоохранительные органы (трудящиеся с молодежью), средства массовой информации и т.п. [2, с. 431].

В каждом случае, деятельность специалистов содержит 4 ключевых направления:

- 1) обеспечивает лиц с ограниченными возможностями здоровья различной достоверной информацией о нынешних специальностях, учебных заведениях и организациях, предоставляющих рабочие места;
- 2) развитие разных познаний, умений и способностей, требуемых для освоения этой либо другой специальности и последующего эффективного устройства на работу;
- 3) развитию внутренней готовности к самостоятельному и осознанному построению собственного профессионального и жизненного пути;
- 4) проф. ориентационная работа, связанная с диагностикой проводится с подросткового возраста, так как только лишь с 14–15 лет подросток воспринимает себя человеком мира и способен сознательно совершить профессиональный выбор.

Услуги по диагностике профессиональной ориентации оказывают специализированные учебные центры, к примеру, Институт Профилактики. Он может помочь оценить собственные способности и определиться с выбором профессии для лиц с ограниченными возможностями здоровья [7].

Таким образом, необходимо выделить, что в настоящее время лица с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в помощи по их последующему развитию, устройству на

работу, а, кроме того, в помощи со стороны общества. Для этого следует осуществлять профориентационные работы, которые начинаются в дошкольном возрасте по нескольким направлениям (информационное, развивающее, активизирующее) и содействуют форми-

рованию безупречно значимых качеств инвалида. Длиться проф. ориентационная деятельность должна в средних специальных и высших учебных заведениях в виде внедрения в будущую профессию, с помощью организации встреч с практическими сотрудниками, организации производственных экскурсий. Приведенные мероприятия дают возможность сформировать мотивацию к учебе у лиц с ограниченными возможностями здоровья, привить заинтересованность к профессии, увеличить их конкурентоспособность на рынке труда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атлас профессий. URL: <http://atlas.rosminzdrav.ru/>. (Дата обращения 23.10.2017).
2. Проблемы занятости молодежи: региональный подход // Педагогика. – 2016. – 125 с.
3. Профессиональная ориентация учащейся молодежи: Межвузовский сборник научных трудов. – Новосибирск, 2014. – 270 с.
4. Профориентация инвалидов. URL: <http://xn-gtbbacil4c6a0k.xn-p1ai/reabilitatsiya/proforientatsiya.html> (дата обращения 23.10.2017).
5. Профессиональная ориентация. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (Дата обращения 23.10.2017).
6. Пряжников Н.С. Игровой метод в профориентации / под ред. Е.А. Климова. – Пермь, 2012. – 283 с.
7. Сорокина Н.В. Психология профориентации. Лекции. – Тульский государственный педагогический университет им Л.Н. Толстого, 2015. – 431 с.
8. Чердакова А.В. Компетентностный подход в подготовке работников предприятий // Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического института. – 2013. – № 2 (14). – С. 71–75.

Харатун Л.А.

Ленинградская область,
ГАОУ ВО «Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Ситникова О.В.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В РАМКАХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В наше время, в связи с требованиями ФГОС, в современной педагогике появилась проблема психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями в рамках инклюзивного образования. Становится актуальным вопрос о том, как реализовать учебный процесс в рамках массовой школы так, чтобы ребенок с особыми образовательными потребностями (ООП) развивался без ущерба для интересов и потребностей остальных. Для нас особый интерес представляет такая категория детей с особыми образовательными потребностями как дети, имею-

щие умственную отсталость. Умственная отсталость – стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной сферы, возникшее вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный (разлитой) характер [1, с. 274].

Причин такого нарушения может быть множество: наследственные заболевания, внутриутробные инфекции плода в пренатальном развитии, родовые травмы, перенесенные в детстве, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы или сильные интоксикации.

По выраженности данного дефекта это недоразвитие имеет разные сте-

пени: идиотия (глубокая умственная отсталость), имбецильность (умеренная умственная отсталость) и дебильность (незначительная умственная отсталость).

В последнее время появляется все больше детей с данным дефектом. Причинами могут являться следующие: алкоголизация, наркотизация и курение будущих матерей, а также ухудшение экологической обстановки. Невозможность устранения этих причин в ближайшее время говорит о том, что детей с данным диагнозом скорее всего не станет меньше.

Дети с умственной отсталостью должны обучаться в коррекционных школах. Но все чаще мы сталкиваемся с нежеланием родителей признавать своего ребенка «не таким как все», и отказом отдавать его в специальную школу. При незначительной степени умственной отсталости обучение таких детей возможно и в массовых школах. Но ребенку с ООП необходимо создавать и специальные образовательные условия.

Наш практический опыт работы в начальной общеобразовательной школе показывает, что чаще всего здесь дети с умственной отсталостью легкой степени, поэтому рассмотрим особенности развития именно такой группы детей. В физиологическом развитии наблюдаются не критичные нарушения (нарушение координации движений, равновесия, силы, ловкости, подвижности, амплитуды движений). Присутствует нарушение мелкой моторики, что создает проблемы при усвоении установленных норм письма. Речевые навыки приобретаются с задержкой. Такой ребенок испытывает трудности в усвоении навыка чтения, допускает большое количество логопедических ошибок в устной и письменной речи. Даже при систематической работе педагога обучающийся начинает читать значительно позже своих сверстников (к второму-третьему классу).

Если говорить о психологических особенностях, то стоит выделить, что при умственной отсталости наблюдается снижение уровня познавательной активности, интереса к окружающему миру, низкий уровень познавательной

деятельности. Наблюдается инфантильные черты характера, желание обратить на себя внимание.

У детей с умственной отсталостью нарушена работа всех познавательных процессов: снижена критичность мышления, наблюдаются нарушения в восприятии, внимании (как произвольном, так и непроизвольном). У таких детей наблюдаются проблемы с процессами памяти, им тяжело дается заучивание даже небольшого стихотворения.

Нарушения в эмоционально-волевой сфере: эмоциональная неустойчивость, неустойчивость эмоциональных реакций, несформированность высших эмоций.

У детей с умственной отсталостью снижена потребность в общении, им сложно найти общий язык даже с более младшими детьми, затруднено овладение разными видами деятельности. Характерно отсутствие цели деятельности, ее мотивов. В общем, вся деятельность носит формальный характер на уровне потребностей.

У умственно отсталого ребенка наблюдается недоразвитие всех процессов, участвующих в образовательной деятельности. Поэтому педагогу необходимо организовывать деятельность класса так, чтобы обучение было комфортным как для особого ребенка, так и для всего класса в целом.

Перед началом работы с таким ребенком педагог составляет индивидуальный учебный план по адаптированной программе и реализовывает его с учетом потребностей конкретного ребенка. Кроме того, следует так спланировать свою работу, чтобы организация педагогического процесса была направлена на своевременную коррекцию речевых, сенсорных, умственных, моторных нарушений и социальной адаптации в коллективе. Перед составлением учебного плана необходимо ознакомиться с результата-

ми психолого-медико-педагогического обследования в ПМПК, которое проводилось в выпускной группе детского сада. Если такая процедура не была проведена или ее результаты утеряны, то направить ребенка на такую комиссию можно на протяжении всего школьного обучения.

К своей работе необходимо привлечь других работников образовательного учреждения: логопеда, психолога, медиков и др. Эти специалисты должны сопровождать ребенка на протяжении всего обучения. Стоит отметить, что достичь положительных результатов в работе с умственно отсталыми детьми без взаимодействия с семьей ребенка практически невозможно. Необходимо использовать как коллективные, так и индивидуальные формы общения с родителями, обеспечивать решение организационных вопросов, а также осуществлять своевременное информирование родителей о работе специальных служб и дополнительных образовательных и медицинских организаций.

После этого начинается работа по развитию познавательных процессов ребенка, моторики, координации, речи, осуществляется коррекция недостатков эмоционально-волевой сферы, познавательной деятельности. Работа с таким ребенком выстраивается так, чтобы постепенно формировать мотивацию к учению и другим видам деятельности. Кроме этого должны осуществляться работа по сохранению здоровья ребенка, основанная на здоровьесберегающих педагогических технологиях в образовательном процессе.

Важным элементом в работе с умственно отсталыми детьми является развитие нравственных качеств личности, социально-приемлемого поведения в обществе. Необходимо на первых же этапах обучения ребенка про-

вести подготовительную работу с детским коллективом, настроить детей на терпимость, толерантность, дружелюбие, отзывчивость.

Выше обозначенные позиции по вопросу психолого-педагогического сопровождения детей с умственной отсталостью в рамках инклюзивного образования в полной мере нашли отражение в личном педагогическом опыте автора данной работы, учителя начальных классов, которым хочется поделиться. Мальчик пришел в первый класс из логопедического детского сада, уже в раннем детском возрасте у него наблюдалось недоразвитие речи. Впоследствии читать ребенок начал только во втором классе. В письменной речи встречается большое количество ошибок, но систематическая работа привела к заметным улучшениям (8–10 ошибок вместо 20–30). Мальчик не сдержан, не усидчив, движения раскоординированы, плохо развита мелкая моторика, что отражается на освоении уставленных норм каллиграфии. Этому ребенку с трудом дается освоение всех общеобразовательных предметов, наблюдаются проблемы в регуляции своего поведения, установке мотивов деятельности.

При работе с подобными случаями умственной отсталости в условиях массовой школы на основе личного эмпирического опыта нами предложены следующие методические рекомендации:

1. Не сравнивать ребенка с умственной отсталостью с другими обучающимися.
2. Стараться чаще хвалить ребенка, замечать даже незначительные улучшения в его работе.
3. Для умственно отсталого ребенка использовать отдельную систему оценивания.
4. Для развития коммуникационных способностей ребенка с умственной отсталостью можно попросить ребят выступить в качестве помощников, наставников. Этот прием работы находится под контролем педагога и при необходимости корректируется.
5. Давать ребенку более легкие задания.
6. Проводить с родителями ребенка

беседы и давать рекомендации о направлениях психолого-педагогического сопровождения детей с умственной отсталостью в рамках инклюзивного образования.

7. Подключать к своей работе с ребенком логопеда и психолога, при возможности и других специалистов образовательного учреждения.

Таким образом, нам, педагогам-практикам очевидно, что работать с особенными детьми в рамках инклюзивного образования не просто, ведь это требует высокого профессионализма педагога. Развитие такого ребенка требует от учителя дополнительных

усилий, особенной сдержанности, тактичности, терпимости. Но как бы нам не было сложно, грамотно выстроенная работа обязательно принесет свои плоды...

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 519 с.

Липчанская Е.О.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к. психол.н., доцент Шаповаленко З.И.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В ОТНОШЕНИИ СИСТЕМЫ «АДМИНИСТРАТОР – ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОЛЛЕКТИВ» В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Дефиниция взаимодействия в современных научных разработках рассматривается в рамках процесса развития конструкта отношений. Данный процесс характеризуется партнёрскими связями, коммуникативными отношениями, а также парадигмой взаимопонимания и взаимовлияния. Зачастую, как подчёркивает Л.В. Елфимова, взаимодействие рассматривают в русле формы общения между субъектами, их зависимости, связей между ними [1, с. 89].

Психологическому пониманию взаимодействия соответствует непосредственное или опосредованное воздействие субъектов (социальных объектов) друг на друга, что детерминирует их связи и взаимную обусловленность. Конструкт причинной обусловленности рассматривается как специфическая особенность взаимодействия, где каждой из взаимодействующих сторон предлагается роль детерминанты и следствия противоположной стороны. Последним определяется процесс

развития и самих объектов, и их структурных компонентов [4, с. 161]. Помимо этого, в психологических разработках взаимодействие трактуется в рамках непосредственной организации, объединения их совместных по характеру действий, что позволяет группе реализовывать актуальную для её членов деятельность, а не только отражать влияние процесса воздействия индивидов друг на друга.

Сам конструкт взаимодействия больше рассматривается в категориальном аппарате социальной психологии, где под взаимодействием понимают процесс непосредственного или опосредованного влияния социальных объектов (субъектов) друг на друга, порождение их взаимного обуславливания и их связь. На это указывается в разработках А.Л. Журавлёва [3].

Взаимодействие нельзя считать только результатом влияния, это временная категория, отражающая определённый период действия, конкретное время, когда социальные объек-

ты (субъекты) находятся в контакте и при этом их объединяет связующая парадигма. Указанный процесс не может происходить мимоходом, так как в обратном случае влияние на результат взаимодействия окажется отрицательным.

Если обратиться к более узким и одновременно наиболее активно употребляемым в отношении понимания значения термина «взаимодействие», то это приводит к смысловой трактовке координации как согласованном, взаимосвязанном воздействии различных его субъектов (в соответствии с латинским «со» – «совместно», «ordinatio» – упорядочение – согласование, взаимосвязь). При этом возможность взаимосвязи или взаимных с каждой стороны действий допускается лишь при наличии определённых условий, а именно: взаимодействующих субъектов всегда должно быть как минимум двое. Каждому из участников должно быть присуще осознание, что он, являясь субъектом взаимодействия, исполняет совместно с другим субъектом совокупность возложенных на него функций. Именно последним определяется парадигма общих, единых для всех участников процесса взаимодействия целей и задач. Если цели и задачи будут разобщены, специфичны для каждого из участников, смысл взаимодействия теряется, ведь каждая сторона будет решать по отношению к другой стороне иные задачи и достигать только собственных целей. В описанном случае о взаимодействии, полагает Г.В. Ковтун, нельзя говорить в принципе [4, с. 161].

Взаимодействие характеризуется взаимным влиянием сторон, которым детерминируются трансформации не только в деятельности, самих отношениях и взаимодействующих сторонах. Специалисты констатируют наличие взаимоперехода категорий «взаимоотношения» и «взаимодействие», и это

уже вошло в педагогический лексикон, так как в семантическом поле данных определений имеется единство, обусловленное связями между терминами «деятельность», «общение», «взаимопонимание». Основные субъекты процесса управления вступают во взаимодействие, движимые потребностями в деятельности, познании, общении, а также потребностью друг в друге. Последнее, как утверждает Н.В. Елфиновой, в рамках образовательной организации характеризуется двумя взаимообусловленными, взаимодополняющими процессами, а именно: совместной деятельностью (сотрудничеством) и межличностным диалогом/полилогом педагогического коллектива и администратора [1].

Таким образом, в психолого-педагогическом контексте взаимодействие как особой связи индивида с индивидом или группой людей заключается многомерная полнота и целостность человеческих отношений.

В целом следует констатировать использование понятия «взаимодействие» в научной сфере для объяснения обширной области явлений социальной действительности.

У Аристотеля, Р. Декарта, П. Гольбаха, Ф. Энгельса, В.И. Вернадского, П.А. Флоренского, К.Э. Циолковского, И.Т. Фролова, И.И. Жбанковой и др. отражён факт, что практически не существует законов, явлений, категорий, которые нельзя было бы объяснить через взаимодействие, ведь наличие взаимных связей между явлениями можно констатировать без детерминированности человеческим сознанием.

В современных научных исследованиях можно найти характеристику таких форм взаимодействия, как информационная (идеи В.Н. Шубкина, В.З. Когана), социально-политическая (разработки В.В. Желтова), социально-экономическая (концепции Ф.М. Бородинки, Т.И. Заславской), а также социальное партнёрство (А.И. Сухарев, И.М. Модель, Г.Ю. Семигин, Б.С. Модель).

В системе социально-психологических разработок проблематику взаимодействия можно найти в психологическом, философском, педагогическом, социологическом аспектах. Пос-

кольку в образовательном пространстве речь идёт о взаимодействии между участниками образовательного процесса, то в данном случае рассматривается аспект взаимодействия между педагогическим коллективом и членом администрации (администратором), то есть лицом, исполняющим функции руководителя всего образовательного учреждения или отдельного его подразделения.

Следует отметить, что в системе взаимодействия администратора и педагогического коллектива в условиях инклюзивного образования имеются такие структурные компоненты, как:

1) субъекты взаимодействия – администратор и коллектив педагогов образовательной организации, функционирующей в условиях инклюзивного образования;

2) конструкт свойств субъектов взаимодействия, которые заключены в определённом наборе качеств, актуальных в плане эффективной организации сотрудничества в условиях инклюзивного образования администратора и коллектива педагогов (для администратора – это наличие определённого уровня управленческой культуры, достаточного для организации наиболее действенного, эффективного сотрудничества с коллективом учителей школы в условиях инклюзивного образования, а также конструкт качеств личности, значимых для профессионально-педагогической и коррекционной деятельности и при этом способствующих повышению уровня профессиональной компетентности индивида в организации общения с подколлективом в условиях инклюзивного образования);

3) конструкт прямой и обратной связи между взаимодействующими субъектами, когда отслеживается двойная связующая конструкция воздействия администратора школы и педагогического персонала общеобразовательной организации, функционирующей в условиях инклюзивного образования;

4) парадигма управления качественными параметрами и характеристиками взаимодействия администратора и коллектива педагогов в условиях инклюзивного образования, что закономерно актуализирует иерархичность

уровней управления деятельностью с педагогическим коллективом (факт присутствия управляющего органа в лице руководителя общеобразовательного учреждения) [5; 6].

Таким образом, конструкт взаимодействия как универсального социально-психологического феномена раскрывается в отечественной научной литературе с позиции таких аспектов, как: философский, социально-психологический, социологический и педагогический. При этом дефиниция взаимодействия больше трактуется в рамках категориального аппарата социальной психологии, где под взаимодействием рассматривается процесс опосредованного или непосредственного влияния друг на друга социальных объектов (субъектов), а также порождение их взаимного обусловливания и их связь. В условиях инклюзивного образования организация взаимодействия в отношении системы «администратор – педагогический коллектив» требует специальной компетентности обеих сторон указанной парадигмы, поскольку результат коррекционной деятельности в рамках инклюзии обусловлен уровнем профессионализма и дефектологов, и руководства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Елфимова Н.В. Исследование деформаций межличностного взаимодействия в системе «педагог – учащийся» // Педагогическое образование в России. – 2011. – № 3 (13). – С. 89–95.
2. Беляева О.С. Субъект и объект образования: способы взаимодействия в решении образовательных задач // Вестник Пермского университета. – 2011. – № 3(7). – С. 49–59.
3. Журавлёв А.Л. Социальная психология. – М.: Форум, 2016. – 496 с.
4. Ковтун Г.В. Команда как форма взаимодействия в различных сферах деятельности // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 8. – С. 159–161.
5. Руденко А.М., Самыгин С.И. Психология управления. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2016. – 189 с.
6. Фархатдинов Н.Г. и др. Модели управления общеобразовательной организацией в условиях реформ // Вопросы образования. – 2015. – № 2. – С. 196–219.

Мышонка Е.А.

г. Ростов-на-Дону, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Мануйленко Э.В.

РАЗВИТИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

В настоящее время внимание общества нацелено на создание наилучших условий, для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях. Чтобы дети не чувствовали себя ущемлёнными в чем-либо и могли получать то внимание, которое им будет нужно. Реализация такого подхода осуществляется в нашей стране осторожно.

Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья – дети, имеющие недостатки в физическом или психологическом развитии, препятствующие получению образования без создания социальных условий.

Группа детей чрезвычайно неоднородна, определяется это тем, что в нее входят люди с различными нарушениями: слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, множественными нарушениями развития.

На данный момент состав группы обучающихся с ограниченными возможностями здоровья меняется. Одной из современных тенденций является рост большей части детей с тяжелыми комплексными нарушениями, которые нуждаются в создании более развернутой системы индивидуальных условий обучения и воспитания. В этом случае, должны быть представлены варианты, предусматривающие значительно минимальные, в сравнении со здоровыми сверстниками, уровни образования. Но с другой стороны, новые научные достижения в сфере медицины, техники, а также специальной психологии и педагогики приводит к тому, что часть детей с заболеваниями достигает к началу школьного обучения.

Индивидуальные образовательные потребности различаются у детей разных категорий, так как задаются особенностью нарушения психического развития, но еще определяют особую логику организации учебного процес-

са, находят свое применение в системе и содержании образования. Следовательно, возможно выделить потребности:

- после выявления отклонений в развитии ребенка должно сразу начинаться особое обучение;
- внедрение в образование особых разделов, которые отличаются от обучения нормально развивающихся сверстников;
- необходимо применение специальных методов, приемов и средств обучения, учитывающих особые образовательные потребности;
- индивидуализация обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, чем для здорового человека.

На основе исследований Н.А. Медовой были выделены критерии периодизации формирования инклюзивного образования, следовательно, можно выделить следующие периоды [2, с. 102]:

- динамика ценностных ориентаций в обществе и системе образования;
- формирование системы специального образования;
- развитие международного законодательства;
- развитие интеграционных процессов, кризис системы специального образования;
- зарождение инклюзивного образования.

Временные периоды прохождения этапов на Западе и в России в некоторой степени отличаются.

Западная регуляционная педагогика, направленная на систему образования детей с умственными и физическими нарушениями.

Дети с различными недостатками должны обучаться и воспитываться в

массовых школах и детских садах. По оценке западных специалистов в зоне образования коллективное обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья и нормально развивающихся учащихся, совместное время сопровождение пойдет только на пользу. При постоянном общении с обычно развивающимися людьми, они искусственно не объединяются в специальных учреждениях, и у них в основном в порядке вещей складываются с самого раннего детства процессы адаптации и интеграции в общество.

Инклюзивный подход предполагает понимание различных образовательных потребностей детей, а также и предоставление услуг в соответствии с этими интересами через полное участие в образовательном процессе, вовлечение общественности и устранение сегрегации и дискриминации в образовании.

Практическое осуществление мысли «интеграции» осуществляется так, что дети с отклонениями обучаются и воспитываются вместе с нормально развивающимися сверстниками, но, что самое интересное, учителя и воспитатели не знают особенностей корреляционной педагогики и ее отраслей, индивидуальности обучения детей с нарушениями. Структура корреляционной ориентации преподавания основ наук не осуществляется, не проводятся специальные занятия, резко

поставлены рамки в практической деятельности.

А вот отечественная практика образования детей с отклонениями здоровья развивалась поэтапно: инвалидность интерпретировалась в рамках функционального подхода. Согласно Н.Н. Малофееву, государство решало задачу массового обучения и помощи в поиске работы людям с ограниченными возможностями здоровья. Ни в какой стране не было такого опыта. Людей с проблемами здоровья обучали и привлекали к труду. Создавались специальные условия, где среда обитания была регламентирована нормами, которые были предоставлены медицинскими показателями. Уровень образования в соответствующих учреждениях соответствовал образовательным стандартам. Результат единого уровня знаний, позволяло продолжить обучение в техникумах и в высших заведениях страны [3, с. 109].

Но при этом подход имел свои недостатки:

- доступности социальной инфраструктуры;
- воспитание культурного общества, соучастия к проблемам людей с инвалидностью;
- поощрения активности людей, с ограниченными возможностями здоровья [1, с. 109].

Согласно ст. 19 и ст. 43 Конституции РФ лица с ограниченными возможностями здоровья имеют право на образование в том виде и объеме, в каком обладает каждый [1, с. 55].

Одним из самых основных принципов, на которых основывается государство в области образования: общедоступность, особенности развития, подготовка обучающихся.

Также разрабатываются и реализуются программы, которые направлены на развитие детей с проблемами в

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алехина С.В. Инклюзивное образование для детей с ограниченными возможностями здоровья // Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография / Н.В. Новикова, Л.А. Казакова, С.В. Алехина; под общ. ред. Н.В. Лалетина; Сиб. Федер. ун-т, Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2013. – С. 71–95.
2. Мёдова Н.А. Основные параметры реализации принципа доступности образования для детей с особыми образовательными потребностями в условиях муниципальной образовательной системы (статья) // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. – № 13. – С. 102–106.
3. Сопровождение инклюзивного образования ГУ ВО «Центр информатизации и оценки качества образования» Вологда. URL: <http://ocpmcc.edu35.ru/index.php>.

развитии, направляя их интеграцию в обычную образовательную среду.

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в органах, которые осуществляют образовательную де-

ятельность по адаптированным общеобразовательным программам. В таких организациях создают индивидуальные условия для получения образования.

Таким образом, можно сделать вывод, что государственная политика образования детей с органичными возможностями здоровья направлена на получение общего доступа к образованию для всех обучающихся с учетом всех потребностей и возможностей, которые реализуются через создания адаптивной среды.

Новожилова О.У.

г. Волгоград, ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Борисенко Е.Г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И США

На современном этапе инклюзия признается необходимым и важным компонентом специального образования. Учитывая актуальность данной темы, задачей нашего исследования явился сравнительный анализ основных вопросов теории и практики инклюзивного образования в США и России.

В ходе проведенного анализа научно-методической литературы было установлено, что Соединенные Штаты имеют давнюю традицию исследований и практики в области специального образования в форме инклюзии. Следует отметить, что после принятия закона 1975 года «об образовании для всех инвалидов» (Education for All Handicapped Children Act), который в настоящее время упоминается как закон «об образовании инвалидов» (Individuals with Disabilities Education Act) от 2004 года всем детям-инвалидам предоставляется бесплатное соответствующее государственное образование.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что включение учащихся с ограниченными возможностями в общеобразовательные классы заняло десятилетия, чтобы считаться подходящей практи-

кой. Это привело к тому, что противоречия, исследования и законодательство сформировали особые отношения между общим и специальным образованием. В соответствии с этим, к числу основных задач нашего исследования относится анализ и характеристика основных вопросов инклюзии детей с ограниченными возможностями.

Отличительной особенностью инклюзивного образования в США является тот факт, что инклюзия здесь является не только определенным местом или специальным оборудованием, а философией образования, которая интегрирует детей инвалидов в образовательные учреждения.

Таким образом, инклюзия в США означает, что все учащиеся, независимо от их инвалидности, включены в образовательное сообщество в качестве ценных членов школы. И, будучи полноценными участниками процесса обучения, дети с ограниченными возможностями активно участвуют в академических и внеклассных мероприятиях школьного сообщества; они в полной мере получают поддержку для собственного успеха. В общем, дети-инва-

лиды имеют такой же доступ к образовательным возможностям, что и их сверстники.

В ходе исследования было установлено, что в отличие от устаревшей практики актуализации, в инклюзивной аудитории учащиеся с ограниченными возможностями не принадлежат к какой-либо другой отдельной специализированной среде, основанной на характеристиках их инвалидности.

Впервые систематическое специальное исследование проблем инклюзивного образования было начато в США в 1900 г. Исследователи отмечают, что период между 1900 и 1970 годами обычно называют фазой изоляции. Это связано с тем, что дети-инвалиды были изолированы от своих сверстников в течение столетий. В первой половине XX века, когда в США началось бесплатное общедоступное обязательное образование, учащимся с умеренной и тяжелой инвалидностью часто отказывали в возможности получить равное обучение в классах со своими сверстниками.

Отмечается, что на протяжении XX века родители, преподаватели и общественные активисты призывали к более справедливому и равноценному обращению с этими учащимися. Законодательные акты и судебные процессы, значительные политические события и непрестанная пропаганда родителей, учителей и волонтеров сформировали возможность интеграции услуг для учащихся с ограниченными возможностями.

Этому способствовал тот факт, что принятие закона «об образовании для всех инвалидов» от 1975 г. (ЕАНСА) сделал обязательным специальное образование для данной категории лиц в Соединенных Штатах. Отметим, что данный закон стал фактически первой защитой американских студентов-инвалидов от дискриминационного обращения со стороны государственных образовательных агентств.

В связи с этим, закон «об образовании для всех инвалидов» 1975 года был несколько раз изменен с целью усиления защиты учащихся с ограниченными возможностями. В 1990 году он был переименован в закон «об образовании лиц с ограниченными возможностями»

(Individuals with Disabilities Education Act) и повторно переиздан в 2004 году.

В ходе проведенного исследования мы пришли к выводу, что в течение этого времени первостепенное значение имела идентификация интеграции детей с инвалидностью в общую систему образования. Современное инклюзивное образование США было инициировано Законом об «Образовании инвалидов» 2004 года, в котором подчеркивается необходимость полноценного доступа детей с ограниченными возможностями к учебной программе. Этот закон, на наш взгляд, дает право всем учащимся в максимально возможной степени быть включенным в общеобразовательную школу. Таким образом, для обеспечения ожидаемых результатов были установлены целевые показатели и показатели для учащихся с ограниченными возможностями.

В сопоставительном аспекте, инклюзивное образование в России рассматривается в качестве приоритетного направления развития системы образования детей с ограниченными возможностями здоровья. На сегодняшний день система образования для детей с особыми образовательными потребностями находится на пороге глобальных изменений. В реальности уже второе десятилетие в России образовательная интеграция реализуется в основном методом экстраполяции, т.е. опытным переносом и адаптацией к отечественным условиям, модификацией некоторых, хорошо отработанных и положительно зарекомендовавших себя за рубежом, форм образовательной интеграции.

Таким образом, здесь рассматривается организация их обучения и воспитания в обычных дошкольных, общеобразовательных и других образовательных учреждениях, совместно с другими детьми. Реализация в России инклюзивного образования ставит для нашей

страны вопрос, прежде всего о необходимости смены методологии внедрения интеграционных инноваций в систему образования.

Наряду с этим отметим, что первые инклюзивные образовательные учреждения появились в нашей стране на рубеже 1980 – 1990 гг. В настоящее время в России одновременно применяются три подхода в обучении детей с особыми образовательными потребностями. Первый подход заключается в дифференцированном обучении детей с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с задержкой психического развития в специальных учреждениях I–VIII видов. Второй подход рассматривает интегрированное обучение детей в специальных классах в общеобразовательных учреждениях. И, наконец, третий подход определяет, что инклюзивное обучение реализуется только тогда, когда дети с особыми образовательными потребностями обучаются в классе вместе с обычными детьми.

В нашей стране в федеральном законе «Об образовании» зафиксировано право детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на специальные образовательные условия и введено понятие инклюзивного образования – «обеспечения равного доступа к образованию для всех обучающихся

с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей».

Результаты проведенного нами анализа позволяют сделать некоторые частные выводы, представляющие интерес для нашего исследования. На современном этапе, на наш взгляд, выделяются основные вопросы в исследованиях инклюзивного образования в России и США. Во-первых, это определение критерий, согласно которым образовательное учреждение может считаться инклюзивным. Во-вторых – выделение основных понятий идентификации инклюзии в образовании. В-третьих, анализ изменений в развитии учащихся с ограниченными возможностями. И, наконец, сравнение данных эмпирических исследований, если в них принимают участие разные категории детей – учащиеся с особыми потребностями и ограниченными возможностями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алехина С.В. Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: Сборник материалов II Международной научно-практической конференции / Отв. ред. Алехина С.В. – М.: ООО «Буки Веди», 2013.
2. Митчелл Д. Эффективные педагогические технологии специального и инклюзивного образования. Главы из книги / Ред. Н. Борисова. – М.: РООИ «Перспектива», 2011.
3. Назарова Н.М. Теоретические и методологические основы образовательной интеграции // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии. – 2011.
4. Differentiated Classroom, The Responding to the Needs of All Learners, 2nd Edition/ Carol Ann Tomlinson, ASCD. – 2016.
5. Exceptional Lives: Special Education in Today's Schools – 8th Edition / Turnbull E., Wehmeyer. – 2016
6. Halvorsen and Neary. Building Inclusive Schools: Tools and Strategies for Success, 2nd Edition, 2009.
7. McLeskey, Rosenberg and Westling. Inclusion: Effective Practices for All Students with Enhanced Person eText with Loose-Leaf Version – Access Card Package, 3rd Edition. – 2011.

Петриченко Н.А.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к. психол.н., доцент Кобзарева И.И.

ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПЕДАГОГОВ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Проблема эмоционального выгорания педагогических работников является одной из наиболее распростра-

ненных преград к профессионализму, творчеству и самореализации.

В психологической литературе за-

крепился термин, очень точно характеризующий труд педагога – «эмоциональное выгорание» (Л.А. Китаев-Смык, К. Маслач, Т.В. Форманюк). Он свидетельствует об эмоциональной перегруженности учителей, что сопровождается высоким риском заболеваний, кроме того, выгорание сказывается на эффективности профессиональной деятельности учителя и в полной мере проявляется во взаимоотношениях между учениками и учителями, между взрослыми и детьми в процессе передачи и развития интеллектуального и социального опыта, который происходит в современной школе [2].

В настоящее время немало примечательно тому, что ребенку любого возраста хочется, чтобы у него был хороший добрый учитель, тот, который добросовестно выполняет свои обязанности, вежлив и внимателен к детям, готов выслушать ученика, не отмахиваясь раздраженно от его неудержимой фантазии, а не тот, который «за так» ставит оценки. К сожалению, данная проблема является актуальной и злободневной.

Учитывая основные приоритеты развития нашего государства, можно говорить о том, что работа педагога – психолога представляет собой своеобразную модель помощи, которую общество реализует с учетом особенностей национально-культурного и социально-политического развития.

Основные требования современной системы подготовки кадров определяются необходимостью ее совершенствования в современных условиях. Прежде всего, это обусловлено процессом перехода от традиционных форм профессионализации, к инновационным, которые предъявляют новые требования к педагогам в условиях современного общества.

В условиях социально-экономических, политических изменений современного общества, большое внимание уделяется проблеме стресса, профессиональной деформации личности.

Многие зарубежные и отечественные ученые (Андреева Г.М., Асмолов А.Г., Дружинин В.Н., Голенков А.В., Маслак К., Лурия А.Р., Петрова Е.А., Селье Г., Фетискин Н.П., Фрейденбер-

герг Х.Дж., Шмелева С.В. и др.), рассматривающие проблему профессионального стресса, отмечают, что в ходе межличностного взаимодействия может возникнуть риск развития синдрома профессионального выгорания у людей «помогающих профессий» (учителей, врачей, психологов, социальных работников и др.).

Отличительной чертой профессиональной деятельности педагога-психолога является сам характер процесса социального воздействия и взаимодействий между специалистом и клиентом. Для психологической работы характерна ориентация на реальных людей с их жизненными заботами и трудностями, при этом доминируют субъект – субъектные отношения, несущие доверительный характер, следовательно, возможен риск эмоционального заражения.

В профессиях «человек-человек» важное значение имеет ориентация на другого как равноправного участника в ходе межличностного взаимодействия. Особенно эта способность важна в социальной работе. Для описания влияния профессии на жизнь специалиста введено понятие «профессиональное выгорание».

Анализ научной литературы показывает, что существует много трактовок понятия «профессиональное выгорание». Впервые этот термин был использован в США в 60-х годах как проблема функциональных возможностей человека.

Так, профессиональное выгорание практически всегда сопровождается синдромом эмоционального выгорания. Взаимосвязь профессиональной деятельности и личности, деформирование личности в профессиональной деятельности являются актуальными в условиях современного общества.

По мнению Мардахаяева Л.В., профессиональное выгорание представ-

ляет собой негативное изменение качеств и свойств личности под влиянием выполнения специалистом своей профессиональной деятельности. Ученый считает, что профессиональное выгорание существенно сказывается на профессиональной деятельности педагога и её результативности, а также на благополучии в жизни и проявлении [3].

Как отмечает Жуков В.И.: «профессиональное выгорание является процессом и результатом влияния служебной деятельности, профессии на человека; системой личностной адаптации к условиям конкретной профессиональной деятельности; постепенно накопившимися изменениями сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающейся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками процесса, а также на развитии самой личности» [1].

Коллектив авторов: Н.П. Фетискин, В.В. Козлов и Г.М. Мануйлов считают,

что эмоциональное «выгорание» можно рассматривать как приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. «Выгорание», поясняют ученые, отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в современном обществе развитие синдрома эмоционального выгорания характерно в первую очередь для представителей коммуникативных профессий, где доминирует оказание помощи людям (медицинские работники, преподаватели, психологи, социальные работники, спасатели, пожарные и т.п.), в том числе и для всех категорий руководителей. Педагогические работники, по нашему мнению, являются той категорией, которая наиболее подвержена выгоранию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бороздина Г.В. Психология делового общения: учебник. – 2-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2002. – 295 с.
2. Лавриненко В.Н. Психология и этика делового общения: учебник для вузов / под ред. проф. В.Н. Лавриненко. – 3-е изд., перера. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 326 с.
3. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: Учебник для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательство РГСУ, 2013. – 416 с.
4. Свеницкий А.Л. Социальная психология: учебник. – М.: ТК Велби. – Изд-во Проспект, 2005. – 336 с.

Разумова Е.М.

г. Железноводск, филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: доцент Шельпова Е.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Основой развития образования в современном мире является признание равных прав на образование и включение каждого человека в единую социальную среду. Данное положение закреплено в следующих документах: Всеобщая Декларация прав человека (ООН, 1948); Протокол №1 Европейской конвенции о защите основных сво-

бод и прав человека (Париж, 1952); Декларация прав ребёнка (ООН, 1959); Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования (ЮНЕСКО, 1960); Декларация социального прогресса и развития (ООН, 1969); Всемирная декларация об образовании для всех – удовлетворение базовых образовательных потребностей (Всемир-

ная конференция по образованию для всех, Таиланд, 1990); Саламанкская декларация о принципах, политике и практических действиях в сфере образования лиц с особыми потребностями (Всемирная конференция по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество (Испания, 1994); Конвенция о правах инвалидов (ООН, 2006) и др.

Опираясь на перечисленные международные акты, законодательство Российской Федерации в области образовательной политики также предусматривает гарантии лицам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на получение образования.

В РФ на сегодня имеется три подхода к образованию лиц с ОВЗ:

1. Дифференцированное образование детей с ОВЗ, осуществляемое в коррекционных (специальных) учреждениях (I-VIII виды).
2. Интегрированное образование детей в специальных группах или классах в общеобразовательных учреждениях.
3. Инклюзивное образование – обучение детей с ограниченными возможностями здоровья совместно со сверстниками без инвалидности.

Наиболее перспективным, по мнению большинства исследователей [2; 3], является третий подход – инклюзивное образование. Он предполагает учёт образовательных потребностей детей с ОВЗ, предоставление им возможности более активно участвовать в процессе обучения. Следовательно, происходит постепенный уход от дискриминации в области образования.

Однако в практику инклюзивное образование внедряется медленно и неравномерно. В некоторых областях – Московская, Ленинградская, Архангельская, Владимирская, Новгородская, Нижегородская, Самарская, Томская – этот процесс осуществляется достаточно быстро. В других регионах он только начинает формироваться. Большую роль в реализации образовательной инклюзии сыграло внедрение в 2014 году Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучаю-

щихся с ограниченными возможностями здоровья.

В соответствии с распоряжением Правительства Ставропольского края от 26.06.2013 г. № 229-рп «Об утверждении стратегии социально-экономического развития Ставропольского края до 2020 года и на период до 2025 года» приоритетными направлениями государственной политики в сфере дошкольного, общего и дополнительного образования в крае являются:

- увеличение количества форм и многообразия, гибкости предоставления образовательных услуг организациями;
- удовлетворения потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья в качественном образовании. Включение их в общество здоровых сверстников;
- формирование нового поколения педагогов, имеющих соответствующую квалификацию;
- повышение статуса воспитания в образовательных организациях разных типов и видов;
- обновление содержания, методов и технологий воспитательной работы с учетом традиций Северо-Кавказского региона, социокультурной среды, внедрения инноваций [1].

Согласно статистике 2016 года, в нашем крае проживает более 15000 детей с ограниченными возможностями здоровья, из них 9882 – дети-инвалиды. Для реализации поставленных задач на краевом уровне разработана нормативно-правовая база, позволяющая проводить диагностику развития в раннем возрасте, реабилитацию и абилитацию детей с «особыми» потребностями.

В Ставрополе, Кисловодске, Невномысске созданы Центры ранней коррекции нарушений развития. Организации дошкольного образования посе-

щают более 6.000 детей с ОВЗ (850 из них – дети-инвалиды). Для дошкольников с ОВЗ, не посещающих ДОО, работают группы кратковременного пребывания. Мероприятия по выявлению и коррекции нарушений в развитии позволила 80% детей, получившим своевременную коррекционную помощь в ДОО, продолжить обучение в общеобразовательных школах.

В образовательных организациях края в этом учебном году обучаются около 5.500 детей с ОВЗ и инвалидностью. Количество детей с ОВЗ, включённых в систему школьного инклюзивного образования, увеличилось с 201 человека в 2016 году до 398 человек в 2017 году. Постепенно изменяется отношение родителей (лиц, их заменяющих) детей с ограниченными возможностями здоровья к их образованию. Несколько лет назад в крае происходила «имитация» инклюзивного образования. Родители, скрывая проблемы в психофизическом развитии своего ребёнка, чаще всего выбирали надомную форму обучения. Сегодня они сознательно направляют своих детей получать образование в обычной школе, стараясь выполнять роли ассистента и помощника [4, с. 8].

Внедрение инклюзивного образования в Ставропольском крае сталкивается с рядом проблем.

Дети с ограниченными возможнос-

тями здоровья, обучающиеся в общеобразовательных учреждениях, испытывают множество затруднений в усвоении учебной программы, в овладении социальными навыками. Это происходит потому, что организационно-методические основы образовательного процесса в большинстве школ направлены на обучающихся с типичным развитием. Они не учитывают особенностей познавательной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья.

Кроме этого, дети с ОВЗ сталкиваются с нехваткой (или отсутствием) в общеобразовательных школах технического оснащения, специальных средств обучения; специалистов по работе с детьми с нарушениями в развитии.

В нашем регионе имеют место и препятствия социального характера [5, с. 18]. Это распространённые предрассудки и стереотипы, касающиеся готовности или отказа педагогов, обучающихся и их родителей принять инновационную форму образования.

Исследования эффективности инклюзивного образования показывают его преимущества в плане экономической выгоды, общественной пользы и достижений обучающихся.

Однако следует отметить, что приоритет развития инклюзивного образования не обозначает отказ от давно сложившейся в нашей стране системы специального образования. Всё-таки для некоторых детей более целесообразным будет обучение в специальном (коррекционном) учреждении, которое выполняет функцию учебного, методического центра и оказывает психолого-педагогическую помощь родителям, детям и педагогам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Распоряжение Правительства Ставропольского края «Об утверждении стратегии социально-экономического развития Ставропольского края до 2020 года и на период до 2025 года» от 26.06.2013 г. № 229-рп.
2. Гребенникова В.М. Развитие инклюзивного образования в Российской Федерации: проблемы и перспективы // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 2–19. – С. 4292–4297.
3. Абрамова И.В. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья: проблемы, поиски, решения // Педагогическое образование и наука. – 2012. – № 11. – С. 98–102.
4. Адаптивные ресурсы детей с ограниченными возможностями: теория и практика // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013. – № 5. – С. 4–10.
5. Яковлева И.М. Личностная готовность педагогов к работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья // Коррекционная педагогика: теория и практика. – 2013. – № 3. – С. 17–21.

Сущко Л. В.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к. биол.н., доцент Цвирко Н.И.

К ВОПРОСУ ОБ ОТНОШЕНИИ СТУДЕНТОВ К ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Во все времена существовала проблема отношения общества к лицам с ограниченными возможностями здоровья. На современном этапе развития общества можно столкнуться с негативным отношением к лицам с ОВЗ здоровых людей. Это существенно затрудняет интеграцию детей и взрослых, имеющих дефекты в психофизическом развитии, в общество, не позволяет чувствовать себя полноценными его членами. Вышесказанное обусловило актуальность проблемы исследования.

Отношение государства и общества к лицам, имеющим недостатки в психофизическом развитии, изучали следующие ученые: Залаяева А.В., Заборина Л.Г., Зак Г.Г., Зак Д.Я., Аверина Е.А., Старик И.Н., Зыкова Н.В., Шаукунова Э.Ш., Екушевская А.С., Соловьева С.В. и др. [1; 2; 3; 4].

Как и система образования так и система специального образования всегда в своем развитии зависела и зависит от того какие процессы происходили в государстве и обществе в целом. То есть если в обществе царствовало негативное отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья, то и система специального образования не развивалась в данный период [4].

При изучении истории развития специальной педагогики и психологии выделяют пять основных этапов. Критерием для их разделения служит изменение отношения общества и государства к лицам, имеющим отклонения в психофизиологическом развитии.

1. Переход от агрессивного отношения к пониманию того, что уничтожение инвалидов – это не выход.
2. Этап на котором некоторые представители общества осознают то, что слепые и глухие дети не могут не только просто существовать, но развиваться и получать хотя бы какое-

то образование. Кроме этого на данном этапе начинают создавать специальные учреждения для глухих и слепых людей.

3. На этом этапе общество и государство принимают лица не только с сенсорными нарушениями, но и с более тяжелыми нарушениями, кроме этого, развивается система специального образования.
4. Происходит переход от осознания необходимости специального образования для некоторых категорий лиц с нарушением в развитии к развитию и дифференциации системы специального образования.
5. На данном этапе, который затрагивает современное развитие специального образования, происходит приравнивание инвалидов с людьми нормы развития [4].

По мнению А.С. Екушевской, современное общество признает ценность человека с ограниченными возможностями как личности, его прав на свободу, счастье, защиту и охрану жизни, здоровья, создание условий для развития человека, его творческого потенциала, склонностей, способностей, оказание помощи ему в жизненном самоопределении, интеграции его в общество, полноценной самореализации [1].

Но далеко не все члены общества положительно относятся к лицам с ограниченными возможностями жизнедеятельности. По мнению С.В. Соловьевой, существует противоречие между реализацией государственной социальной политики в направлении статуса человека с ОВЗ, определений условий его независимой жизни и мировоззрением общества, не всегда адекватно оценивающим возможности социализации такого человека [3].

Экспериментальные данные, полученные А.В. Залаяевой, которая проводила сравнительный анализ отноше-

ния к лицам с ОВЗ в России на базе опросника Ф.Э. Шереги, свидетельствуют о том, что ответы распределились следующим образом:

- 51% – «буду испытывать чувство жалости при встрече с лицами с ОВЗ»;
- 33% – «не испытаю каких-то особых чувств при встрече»;
- 13% – «не знаю, как реагировать»;
- 2% – «испытываю страх»;
- 2% обозначили свое отношение к лицам с ОВЗ как неприязнь. Как видим, около половины россиян способны относиться толерантно к таким людям [2].

С целью уточнить отношение студентов педагогического института к лицам с ОВЗ нами было проведено анонимное анкетирование по составленному опроснику, содержащему 16 вопросов, преимущественно направленных на то, чтобы узнать отношение к людям с ОВЗ. Опрос был проведен среди студентов педагогического института (возраст 18–19 лет). Результаты наиболее показательных вопросов представлены ниже.

На вопрос «Считаете ли Вы правдивым распространение сведений о людях с ограниченными возможностями здоровья через средства массовой информации?» ответы распределились следующим образом:

- 20% респондентов считают это совершенно необходимым;
- 52,5% опрошенных считают, что это возможно только по специально выделенным для этого каналам;
- 10% затрудняются в ответе;
- 17,5% не считают это необходимым.

Следующий вопрос «Считаете ли Вы обоснованным утверждение, что люди с ограниченными возможностями здоровья должны обладать равными правами по сравнению со здоровы-

ми людьми?», ответы распределились следующим образом:

- 45% считают, что люди с ОВЗ должны иметь больше прав по сравнению с членами общества с сохраненным здоровьем (например, при оказании медицинской помощи);
- 34% считают всех равными в независимости от их физических возможностей;
- 13% затрудняются в ответе;
- 8% опрошенных не считают обоснованным данное утверждение.

На вопрос о том, какие чувства сможет ощутить человек, увидев лицо с ОВЗ в общественном месте респонденты, ответили, что чувствуют:

- неприязнь (12%);
- страх (15%);
- сочувствие (22%);
- доброжелательность (18%);
- жалость (25%).

Остальные респонденты (8% опрошенных) затруднились выбором ответа. При сопоставлении полученных результатов по данному вопросу с опросом А.В. Заляевой, можно сделать вывод, что по данным полученным нами лиц, испытывающих жалость почти в два раза меньше. Респондентов, испытывающих страх перед лицами с ОВЗ, примерно в 7 раз больше. Опрошенных, которые обозначали свое отношение к лицам с ОВЗ как неприязнь, в 6 раз больше.

На вопрос «Если инвалид попросит у Вас помощи в общественном месте, транспорте и т. п., поможете ли Вы ему?», ответы распределились следующим образом:

- 17% в любом случае помогли бы;
- 58% помогли бы, но с учетом обстоятельств;
- 10% затрудняются в ответе;
- 15% респондентов не помогли бы ни при каких обстоятельствах.

Таким образом, анализ результатов опроса среди студентов педагогического института по вопросу отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья позволили нам сформулировать следующий вывод: большинство студентов поддерживают

идею распространения информации о людях с ОВЗ, также как и необходимость предоставления и обеспечения равных прав всем людям, независимо от их особенностей психофизического развития. Ответы на вопрос о чувствах, которые бы испытал респондент при взгляде на инвалида, свидетельствуют о том, что не каждый может контролировать свои эмоции, и поэтому, перед встречей с лицами с ОВЗ (особенно в качестве педагога), таким людям необходимо предварительно подготовиться. В качестве пожелания следует отметить необходимость проведения специальных курсов ознакомительной направленности среди студентов факультетов педагогических вузов, направленных на формирование позитивного восприятия лиц с ОВЗ.

Следует обратить внимание на то, что отвечая на вопрос об оказании помощи людям с особенностями в развитии, респонденты отвечали честно, не скрывая своих чувств, что, с нашей точки зрения, подтверждает достоверность полученных результатов.

В качестве заключения следует отметить, что в исследовании был выявлен незначительный процент лиц, ко-

торые не хотели бы общаться, помогать и вообще получать информацию о людях, имеющих нарушения в психофизическом развитии. Результаты проведенного опроса свидетельствуют о том, что тема инклюзивного образования по-прежнему актуальна.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Екушевская А.С. Историческая эволюция отношения общества к человеку с ограниченными возможностями // Журнал «Историческая и социально-образовательная мысль». 2014. №5 – С. 308 – 311.
2. Заляева А.В. Сравнительный анализ отношения к людям с ограниченными возможностями в России и Европе // Журнал «Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены». 2015. №2 (125) – С. 113 – 120.
3. Соловьева С.В. К проблеме отношения общества к лицам с ограниченными возможностями здоровья // Журнал «Специальное образование». 2008. №9 – С. 45 – 51.
4. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И.Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; Под ред. Н.М. Назаровой. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 400 с.

Ушкова Д.Ю.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
 Научный руководитель: к. психол.н. Рукавишникова Е.Е.

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ПРОБЛЕМЕ ИНКЛЮЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ

Мы не знаем, каковы пределы человеческих возможностей. Никакие тесты, секундомеры и финишные ленточки не могут измерить потенциал человека. В погоне за мечтой люди заходят намного дальше того, что казалось их пределом. Потенциал заключен в каждом из нас, безграничен и еще не задействован. Когда вы думаете о пределе, вы сами его создаете.

Роберт Кригель

С данным высказыванием трудно не согласиться: человек уже рождается с огромным потенциалом. Именно потенциал является одной из неповторимых особенностей каждого человека. По нашему мнению, современное образование может и должно стать образованием, раскрывающим потенциалы каждого ребенка вне зависимости от

состояния здоровья, ведь каждый ребенок – уникален по-своему. Обучаясь сегодня в педагогическом вузе, мы анализируем реальность и тенденции развития образования и изучаем их на эмпирическом уровне. Одной из таких реальностей является инклюзивное образование. В нашей стране активно осваивается инклюзивная практика в об-

разовании на всех его уровнях [2]. Нам как учителям новой педагогической формации, необходимо быть готовыми к работе с детьми с особенностями в развитии. Осваивая психолого-педагогические дисциплины, мы уверены в том, что обучение и воспитание в современном образовании – это мост между потенциалом и данностью.

Понимая всю важность инклюзивного образования, мы рассмотрели проблему инклюзии на эмпирическом уровне. Следует отметить, что проведенное исследование стало продолжением темы по изучению отношения студентов историко-филологического факультета к проблеме инклюзии. Выявив в 2016 году у будущих педагогов активно-положительное отношение к инклюзивному образованию, предметом нашего исследовательского интереса стали следующие вопросы: как относятся к этой проблеме непосредственные участники образования – учителя и ученики в современной школе? Нами было проведено анкетирование педагогов и учащихся в двух ставропольских школ – лицеи и гимназии. В анкетировании приняло участие 294 человек, из них 65 преподавателей и 229 школьников – это обучающиеся 2, 4, 6, 8, 10, 11 классов.

94% педагогов, принявших участие в опросе, имеют высшее педагогическое образование. Анкета для учителей включала вопросы, позволяющие определить их общую осведомленность об инклюзивном образовании, имеющийся опыт работы с детьми с ОВЗ; обозначить цели, которые они ставят в первую очередь при обучении учеников с ОВЗ, и используемые программы и формы работы; понять, насколько эмоционально готовы педагоги к работе с детьми с особенностями в развитии; выяснить, какие возможные и/или реальные сложности испытывает педагог, и на кого в первую очередь он мо-

жет рассчитывать в процессе реализации инклюзивной практики в обычной школе.

Анализ эмпирических результатов позволил констатировать следующее.

1. Педагоги понимают значимость инклюзивной практики в современной школе: 65% из них обсуждали проблему с коллегами; 28% опрошенных читали об инклюзивной практике; 7% отметили, что слышали и знают, что такое инклюзия, при этом были ответы с вариантом «не знакомы».

Отвечая на вопрос «На каком уровне образования необходимо вводить инклюзию?», большинство респондентов (49%) считают, что с первого уровня общего образования – дошкольного; каждый третий (31%) обозначил – профессиональное образование; каждый пятый (17%) – от начального до среднего общего образования; 6% учителей были категоричны, указав, что функции специального образования.

2. Педагоги (66%) принимают на себя ответственность за то, как будут складываться отношения между здоровыми детьми и детьми с ОВЗ. Вместе с тем, они готовы разделять эту ответственность вместе с родителями детей с ОВЗ (55%) и администрацией школы (32%). Безусловно, что ответственность лежит на каждом участнике образовательного процесса, но формирование общей позитивной атмосферы и культуры человеческого достоинства, традиций школы, по нашему убеждению, возможно только на основе социального партнерства всех, кто неравнодушен к проблемам образования вообще, и инклюзивного – в частности.

3. При обозначении имеющегося опыта обучения детей с ОВЗ, педагоги указали, что имеют опыт по организации индивидуального обучения на дому – 46%; по работе с ребенком с ОВЗ в классе – 23%; по организации дистанционного обучения – 17%; по работе в коррекционном классе – 2%; не имеют такого опыта – 12%. Отвечая на вопрос «Что в инклюзивном образовании вызывает у Вас больше всего сомнений?», педагоги могли выбрать не

больше двух ответов. Ответы распределились следующим образом (по частоте данных ответов):

- по 32 – негатив со стороны родителей нормально развивающихся детей и проблемы в общении детей с ОВЗ и детей без особенностей развития;
- 20 – отсутствие у педагогов специальных знаний и методов обучения;
- 19 – страх родителей детей с ОВЗ перед их обучением в массовой школе;
- 5 – снижение успеваемости детей без особенностей развития;
- 3 – сопротивление педагогов самой идее инклюзии;
- 1 – незаинтересованность руководителя образовательной организации.

4. Несмотря на имеющийся опыт в инклюзивной практике, педагоги, участвующие в опросе, показали, что много вопросов у них возникает по адаптивным программам, по определению результатов образования для ребенка с ОВЗ. Анализ ответов по общедидактическим вопросам современного образования обозначил не менее важную на наш взгляд проблему: готовы ли педагоги к индивидуализации обучения и персонализации знания школьников на разных уровнях общего образования. Основанием для наших размышлений и обозначения этой проблемы стали ответы учителей о том, что первоочередной целью для педагога является освоение образовательной программы (52%); привычной формой работы для них на уроке является фронтальная работа (57%); оценивая результаты учебной деятельности, они ориентируются в первую очередь на уровень достижений и успеваемость ученика по предмету (52%); в работе с родителями отдают предпочтение такой форме взаимодействия как родительские собрания (63%). В этой связи работающим учителям необходимо будет овладеть новыми знаниями и компетенциями для обновления образовательного процесса с учетом тенденций развития образования: идеи индивидуализации в системе современного образования и создания условий для получения равных возможностей в образовании. Ес-

ли исходить из концепции непрерывного образования и его опережающей функции, то уже на этапе обучения в вузе мы, будущие педагоги, должны овладеть этими компетенциями.

5. Интересными нам представляются ответы учителей о том, какой вид поддержки и от кого они ожидают в процессе работы с детьми с ОВЗ. Ответы были получены следующие: консультации специалистов – 54% опрошенных; участие родителей – 26%; на методическую помощь коллег рассчитывают – 22%; обеспечение дидактическим материалом и поддержку со стороны администрации – около 18%; на помощь тьютора ученика с ОВЗ – 6%.

Обобщая полученные результаты, мы констатируем следующее: расширение сферы деятельности учителя в современной школе требует от педагога мобилизации профессиональных и личностных ресурсов и огромных усилий. Проведенный опрос показал, что педагоги готовы принимать изменения. Вполне естественно, что многие кардинальные перемены будут, проходит серьезную проверку временем, чтобы утвердиться в образовательном пространстве.

Как показал проведенный нами теоретический анализ – одной из наиболее сложных проблем инклюзивной практики в школе является проблема принятия учащимися учеников с ОВЗ. Вторая целевая группа нашего исследования – учащиеся 2, 4, 6, 8, 10, 11 классов. Предлагаемые им анкеты были составлены в соответствии с особенностями возраста и отличались как по содержанию, так и по количеству вопросов. Анкета для младших школьников (2 и 4 классы) включала 6 вопросов, а по содержанию была доступна и понятна для них. Для подростков и юношей (6, 8, 10, 11 классы) была предоставлена анкета, которая предполагала выражение школьниками не толь-

ко субъективного отношения к проблеме, но и моделирование ситуаций, в которых могут оказаться они и их одноклассники. При анализе полученные результаты также проявились различия, обусловленные возрастными возможностями школьников.

Так в начальной школе у учащихся 2 и 4 классов явно было выражено активно-положительное отношение к одноклассникам, имеющим особенности в развитии. Это подтверждают данные опроса: 48% младших школьников хотели бы подружиться с такими детьми; каждый третий (34%) уверен в том, что если в их классе появится ученик с ОВЗ, то одноклассники будут ему помогать и др.

В ответах учащихся 6 и 8 наглядно проявились их внутренние противоречия: с одной стороны – они готовы подружиться с новым учеником, готовы ему помогать, а с другой – размышляют о том, не измениться ли обстановка в классе. Полученные данные подтверждают неоднозначность и неопределенность подростков к данной проблеме в целом. На наш взгляд, эти сомнения являются особенностями переживания подросткового возраста.

У старшеклассников (10 и 11 классы) было выявлено пассивно-положительное и удовлетворительное отношение к ученикам с ОВЗ: каждый второй (51%) учащийся не считает событием появление в классе ученика с ОВЗ и его лично это никак не затронет; каждый пятый (23%) сомневается в возможностях овладения таким учеником школьной программой; 5% участвующих в опросе указали, что одноклассник с ОВЗ будет на уроках задерживать весь класс и др. Возмож-

но, такое отношение отражает общественное мнение к этой проблеме и отсутствие непосредственного взаимодействия с учащимися с ОВЗ в учебной и внеурочной деятельности. Вместе с тем, полученные результаты подтверждают актуальность внедрения инклюзивного образования в практику современной российской школы. Реализуемый с 2016 года ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ возможно будет формировать новый тип мышления и поведения, начиная с младшего школьного возраста, а полученный опыт при переходе на другие уровни образования станет основой для образования, раскрывающего потенциалы каждого.

Результаты проведенного исследования не претендуют на полноту и глубину рассматриваемой проблемы, но позволяют обозначить отношение к проблеме инклюзии у непосредственных участников образовательного процесса в школе – педагогов и учащихся; определить проблемы инклюзивной практики; поставить перед собой, студентом, вопросы о развитии общекультурных и профессиональных компетенций на этапе обучения в вузе и формировании готовности к самостоятельной профессиональной деятельности. Завершить нашу исследовательскую работу, хочется словами Багвана Шри Раджниша (Ошо) «Школа должна измениться, чтобы стать таким образованием, которое учит самой жизни, раскрывает наше внутреннее богатство, вытягивает то, что находится у нас внутри. Образование должно показывать, что жизнь не борьба, а наоборот подарок, жизнь – это радость и творчество. Образование должно готовить нас быть самим собой, показывать нашу уникальность, потому что никогда не было, нет и не будет такого, как Вы. Ваша сила в том, что Вы уникальны. Поэтому не старайтесь быть кем-то другим. И радость от своего собственного бытия, и чуткое взаимодействие со всем живым – вот главный фокус настоящего образования» [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кригель Р. // <https://ru.citaty.net/avtory/robert-krigel/?o=popular//>
2. Алехина С.В. Инклюзивное образование: от политики к практике // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21. № 1. – С. 136–144.
3. Бхаван Шри Раджниш. Книга мудрости. http://transyoga.ru/assets/files/books/mastera/osho_wisdom.pdf

Хангулова А.Э.

г. Железноводск,
филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Бережнова О.В.

ЛИЧНОСТЬ ПЕДАГОГА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В современных нормативно-правовых документах зафиксировано, что следует организовать системную подготовку, переподготовку и повышение квалификации работников органов управления образованием, педагогических работников, занимающихся реализацией инновационных подходов к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья.

Данное условие закономерно предполагает, что педагоги должны получить особую подготовку в области специальной (коррекционной) педагогики, быть готовыми и профессионально компетентными решать проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья.

В настоящее время проблема подготовки педагогов к осуществлению образовательных услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья становится актуальной.

Для того чтобы быть профессионально подготовленным педагогом необходимо представлять, что под собой подразумевает инклюзивное образование, отличительные особенности от традиционных форм образования; знать психологические особенности детей с ОВЗ; владеть методами организации учебного процесса; уметь взаимодействовать с субъектами образовательной среды.

Каждый ребенок с ограниченными возможностями здоровья имеет возможность свободного выбора образовательного учреждения. В свою очередь каждому учителю необходимо обладать определенным уровнем сформированности инклюзивной компетентности как составляющей его профессиональной компетентности (см. табл. 1).

Инклюзивная компетентность – это, прежде всего, это личностное образование, заключающееся в способности учителей осуществлять професси-

ональные функции в процессе инклюзивного образования. При этом педагог должен учитывать образовательные потребности учащихся и обеспечивать включение ребенка с ОВЗ в учебный процесс, создавая условия для личностного саморазвития.

Педагог должен обладать мотивационной компетентностью, а именно проявлять личностную заинтересованность в осуществлении инклюзивного образования.

Когнитивная компетенция определяется способностью мыслить на основе системы знаний, необходимых для осуществления учебного процесса.

Ключевая компетентность педагога содержит функции, способствующие личному росту педагога как профессионала в осуществлении инклюзивного образования:

- *диагностическая* – определение уровня развития личности;
- *прогностическая* – способность предвидеть результат;
- *конструктивная* – способность конструировать педагогическую деятельность путем постановки цели образования;
- *организационная* – способность организовывать педагогическую деятельность;
- *коммуникативная* – уметь взаимодействовать с субъектами образовательной среды;
- *технологическая* – владеть методами и приемами организации учебного процесса;
- *коррекционная* – способность корректировать ход педагогического процесса;
- *исследовательская* – способность проводить диагностические исследования.

Неотъемлемой частью личностного роста педагога в условиях инклюзив-

Таблица 1. Структура компетентности педагога

Уровни рассмотрения	Виды компетентностей	Структура компетентности	
		Ключевые содержательные компетенции	Ключевые функциональные компетенции
Общая компетентность человека	Общие (универсальные)	Ценностно-смысловая Общекультурная Интеллектуальная Информационная Личностного самосовершенствования	Образовательная Коммуникативная Социально-профессиональная Социально-ролевая
Профессиональная компетентность педагога	Базовые (в определенной профессиональной области)	Ценностно-мотивационная Культурологическая Интеллектуально-педагогическая Информационная Профессионально-личностного самосовершенствования	Операционные: Диагностическая Прогностическая Конструктивная Организационная Коммуникативная Технологическая Коррекционная Исследовательская
Специальная профессиональная компетентность	Специальные (в конкретных условиях деятельности)	Мотивационная Когнитивная Рефлексивная	Операционные
Частные профессиональные компетентности	Частные (направленные на решение конкретных профессиональных задач)	Мотивационная Когнитивная Рефлексивная	Операционные

ного образования является профессиональная подготовка. Профессионально – личностная готовность к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья является главной составляющей профессиональной подготовки педагога. Она включает профессионально-гуманистическую направленность личности.

Таким образом, профессиональная подготовка педагогов к инклюзивному образованию, построена на основе компетентностного подхода, обеспечивающего формирование комплекса профессиональных и социально-

личностных компетенций, которые способствуют личному росту педагога в условиях инклюзивного образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель): приказ Минтруда России от 18.10.2013 № 544-н. URL: http://ug.ru/new_standards/6.
2. Инклюзия в образовании – комплексный подход к обучению и воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья / гл. ред. И.А. Армеева. – Вологда, 2014.
3. Инклюзивное образование / сост. С.В. Алехина, Н.Я. Семаго, А.К. Фадина. – М., 2010. – Вып. 1. – С. 65.

Хаснутдинова Х.С.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к. биол.н., доцент Цвирко Н.И.

К ВОПРОСУ ОБ ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА К ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Лица с ограниченными возможностями здоровья – это лица, у которых имеются недостатки в физическом и (или) психическом развитии, то есть глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжёлыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды [1].

В ходе гуманизации современного общества, социальной реабилитации и интеграции людей с ограниченными возможностями в среду, человек с ограниченными возможностями здоровья воспринимается уже как активный, и даже иногда – главный в процессе решения собственных проблем при помощи окружающих. Гуманное отношение к лицам с ОВЗ требует достойного, равноправного подхода к ним.

Индивидуальный подход к лицу с ОВЗ как к особому социальному явлению основывается на теории социального взаимодействия таких ученых, как А. Шюц и Э. Гуссерль, взглядов на социальное взаимодействие Л.И. Гумпловича [5].

Проблемы существования, лечения и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья с давних пор привлекали внимание ученых, но изучение этих проблем долгое время оставалось фрагментарным [2, с. 228]. Лишь с течением долгого промежутка времени этим проблемам начало уделяться большое значение.

Общество прошло длительный путь от отторжения и агрессии по отношению к таким людям, к идее гуманизма, открытию специализированных школ и оформление системы специального образования для лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Современное общество признает значимость человека с ограниченными возможностями как личности, его прав на свободу, счастье, защиту и охрану

жизни, здоровья, его творческого потенциала, способностей, склонностей, создание благоприятных условий для развития человека, оказание помощи ему в жизненном самоопределении, полноценной самореализации. Но даже на современном этапе развития общества не все люди положительно относятся к лицам с ограниченными возможностями здоровья.

Целью нашего исследования являлось выяснение отношения женщин 30–40 лет к лицам с ОВЗ, в рамках достижения которой нами было проведено анонимное анкетирование по разработанному бланку, содержащему 16 вопросов. Респондентами выступили женщины 30–40 летнего возраста городов Ставропольского и Краснодарского края, независимо от их сферы деятельности. Анкетирование и обработка результатов были проведены в период март–май 2017 г. Для анализа статистических закономерностей использовали программу Microsoft Excel. Результаты наиболее показательных вопросов представлены ниже.

На вопрос: «Есть ли среди ваших знакомых люди с ограниченными возможностями здоровья?» ответы распределились следующим образом:

- 15% – есть, среди родственников;
- 5% – есть, в кругу друзей;
- 30% – есть, среди знакомых;
- 50% – «нет».

На вопрос: «Считаете ли Вы правильным распространение сведений о людях с ограниченными возможностями здоровья через средства массовой информации?» ответы распределились следующим образом:

- 30% – это совершенно необходимо;
- 35% – это возможно только по специально выделенным для этого каналам;
- 15% – затрудняются ответить;
- 20% – не считают это необходимым.

На вопрос: «Какие чувства вы испытываете, увидев лицо с ОВЗ в общественном месте?» респонденты ответили следующим образом:

- 15% – неприязнь;
- 10% – страх;
- 30% – сочувствие;
- 15% – доброжелательность;
- 40% – жалость;
- 10% – затрудняюсь ответить.

Ответы на следующий вопрос: «Считаете ли Вы обоснованным утверждение, что люди с ограниченными возможностями здоровья должны обладать равными правами по сравнению со здоровыми людьми?» распределились следующим образом:

- 10% – люди с ОВЗ должны иметь больше прав по сравнению со здоровыми людьми;
- 50% – все равны в независимости от их физических возможностей;
- 25% – затрудняются ответить;
- 15% – не считают обоснованным данное утверждение.

Анализируя результаты, полученные при опросе женщин 30–40-летнего возраста, можно сделать следующий вывод: больше половины опрошиваемых женщин считают, что необходимо предоставлять равные права всем людям, независимо от их физических

возможностей. Также более 50% респондентов положительно относятся к идее о распространении посредством средств массовой информации сведений о лицах с ограниченными возможностями здоровья. Отвечая на вопрос о чувствах, испытываемых при встрече человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности, не все женщины проявили готовность к такой встрече (позитивные эмоции испытывали только 55% опрошенных), что свидетельствует о необходимости предварительной подготовки, заключающейся в формировании положительного настроения различных членов общества на восприятие лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Считаем необходимым обратить внимание на то, что при проведении анкетирования, женщинами-респондентами было задано большое количество уточняющих вопросов в отношении понимания некоторых терминов, например, таких как «интеграция», «инклюзивное образование», «ограниченные возможности здоровья» и т.п., что так же свидетельствует о необходимости просвещения общества. Целесообразно проводить открытые занятия в образовательных учреждениях, а также – дополнительные краткосрочные ознакомительные курсы в высших учебных заведениях.

Говоря об итогах, хочется отметить, что выявлен значительный процент женщин (35%), которые не хотели бы ничего знать, слышать и взаимодействовать с лицами, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии. Данные результаты свидетельствуют об актуальности рассматриваемой нами темы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бим-Бад Б.М. Педагогический энциклопедический словарь / Энциклопедия, 2008.
2. Гудонис В.П. Основы и перспективы социальной адаптации лиц с нарушенным зрением. – М., 1998. – 288 с.
3. Гончарова Е.Л. Ребенок с особыми образовательными потребностями / Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина. – Альманах: ИКП РАО. – №5. – 2002.
4. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. – М.: Просвещение, 1991. – 143 с.
5. Меринова В.Н. Особенности интеграции в общество лиц с ограниченными возможностями здоровья. – Иркутск, 2007.
6. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; Под ред. Н.М. Назаровой. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 400 с.

Шевцова Д.Н.

г. Ставрополь, ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет,
Научный руководитель: д. ист.н., профессор Василенко В.В.

ОПЫТ ВКЛЮЧЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ИНКЛЮЗИИ В ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ РЕГИОНА (На примере социокультурного проекта «Диалог равенства»)

В 2008 г. РФ ратифицировала Конвенцию ЮНЕСКО о правах инвалидов, был принят целый комплекс документов, в том числе Федеральный закон «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» (2012 г.), Федеральный закон «Об образовании Российской Федерации» (2012 г.), Государственная программа «Доступная среда» на 2011–2020 гг. и др.

В этой связи ключевыми проблемами государственной политики являются проблемы существования людей с ОВЗ на равной основе, вопросы обеспечения полной доступности, организации безбарьерной среды, развития инклюзивного образования.

В Основах государственной культурной политики выдвинуты цели – создание условий для воспитания граждан, реализации каждым человеком его творческого потенциала, обеспечения равного доступа граждан к знаниям, информации, культурным ценностям и благам.

Проект «Диалог равенства» направлен на привлечение внимания к данной проблеме и формирование безбарьерного социокультурного пространства, включения принципов инклюзии в повседневную жизнь региона, преодоление культурных барьеров. Данный проект был задуман для реализации на базе Северо-Кавказского федерального университета.

Авторы проекта исходили из того, что в университете в 2016–2017 учебном году обучалось 185 человек с ОВЗ, что составляет почти половину от общего количества обучающихся в вузах Ставропольского края (360 чел.). Кроме того, руководствуясь призывом Международного союза организаций инвалидов (ИОС) «Ничего о нас без нашего участия», один из авторов проекта имеет ограничения возможностей здоровья.

Проект реализован на двух уровнях: теоретическом и – практическом. Он способствует регулированию отношений между участниками общения людей с ОВЗ и людей, не имеющих ограничений на основе приверженности национальным и общечеловеческим ценностям, направлен на решение комплекса задач воспитания и обучения:

- 1) преодоление стереотипов и формирование стабильных морально-этических основ взаимодействия между людьми с ОВЗ и теми, кто не имеет ограничений в здоровье;
- 2) развитие возможностей в формировании единой инклюзивной культуры в университете и регионе;
- 3) закрепление ключевых ценностей, принципов педагогической этики, правил и норм поведения участников процесса общения;
- 4) устранение морально-этических причин и условий, порождающих ущемление принципов равенства и социальной справедливости в общении;
- 5) формирование гражданской позиции по отношению к инклюзивному образованию;
- 6) создание благоприятного психологического климата, атмосферы взаимного доверия и уважения;
- 7) поддержание морального самоконтроля всеми участниками коммуникации и др.

Проект объединил культурологов, специалистов-практиков по обслуживанию лиц с ОВЗ, творческих деятелей, социально активную молодёжь, как с инвалидностью, так и молодёжь, не имеющую физических ограничений.

В 2015 г. возникла идея создания научно-практического издания «Этикетные нормы в культуре общения с людьми

ми с ОВЗ». В мае 2015 г. проект Шевцовой Д.Н. «Этический кодекс общения с инвалидами» стал победителем Межвузовского конкурса социально значимых проектов «Моя инициатива в образовании» (второе место).

В 2015–2017 гг. Шевцовой Д.Н. в Ставрополе на базе кафедры культурологии и искусств Северо-Кавказского федерального университета и кафедры искусств Ставропольского государственного педагогического института были организованы и проведены мастер-классы «Этикет в культуре общения с людьми с ограниченными возможностями здоровья», лекции «Этический кодекс общения с людьми с ограниченными возможностями здоровья».

За пределами региона, в Нижегородской области Шевцова Д.Н. провела методический семинар «Этикет общения с людьми с ОВЗ» в Центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов г. Арзамаса.

В 2016 г. проект был представлен на Втором Международном интернет-симпозиуме «Инклюзивные процессы в международном образовательном пространстве», проводимом Университетом Манитобы, г. Виннипег, Канада.

В Краевом фестивале журналистских работ «К обществу без барьеров», организованном Ставропольской краевой библиотекой для слепых и слабовидящих имени В. Маяковского при поддержке Министерства культуры Ставропольского края и Северо-Кавказского федерального университета статья Шевцовой Д.А. и «Недоступная красота» была отмечена дипломом как лучшая работа в направлении «Тематическая публикация». По итогам мероприятия Шевцова Д.Н. была приглашена на круглый стол «Роль СМИ в формировании толерантного общества».

Проект был представлен на конкурсе законотворческих и социально значимых проектов 2017 г., организованном Думой Ставропольского края, по итогам которого Шевцова Д.А. была включена в состав молодежного парламента при Думе Ставропольского края.

В 2017 г. в Северо-Кавказском федеральном университете при поддержке Ставропольского филиала Научно-образовательного культурологического общества (НОКО) издано научно-практическое пособие «Этикетные нормы в культуре общения с людьми с ограниченными возможностями здоровья».

Авторы издания кандидат педагогических наук, доцент кафедры культурологии и искусств Гуманитарного института СКФУ, специалист с многолетним опытом библиотечно-информационного обслуживания инвалидов по зрению Гречкина Ж.В.; доктор исторических наук, профессор, завкафедрой культурологии и искусств Гуманитарного института СКФУ Василенко В.В.; культуролог Шевцова Д.Н. Книга содержит более 50 графических изображений этикетных ситуаций, выполненных Шевцовой Д.Н. Издание подготовлено на базе Учебно-методической лаборатории «Образовательные аспекты регионального культуроведения».

Презентация научно-практического издания состоялась в мае 2017 г. рамках ежегодного социокультурного проекта СКФУ «Библионочь 2017 – город книг», приуроченного к пятилетию со дня основания Северо-Кавказского федерального университета в Научной библиотеке СКФУ. В презентации приняли участие: заместитель председателя Ставропольского отделения Всероссийского общества глухих Лилия Иванович, которая осуществляла сурдоперевод для гостей мероприятия – представителей Ставропольского отделения Всероссийского общества глухих. Также присутствовали член Ставропольского отделения Союза писателей России, поэтесса Алена Рейман, члены Ставропольского филиала НОКО, студенты, аспиранты и преподаватели СКФУ, горожане.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют различные нарушения как психического, так и поведенческого характера. К категории «ребенок с ограниченными возможностями здоровья» относят детей до 18 лет. В основном они имеют значительные ограничения жизнедеятельности, которые приводят к ограничению способностей к самообслуживанию, нарушению нормального роста и развития ребенка, а также передвижению, обучению, социальной жизни и трудовой деятельности в дальнейшем. Данная проблема охватывает две стороны. Во-первых, рассматривается семья ребенка, как своеобразный механизм социально-психологической защиты и само выживание в этой ситуации. Во-вторых, центральным элементом является сам ребенок и его проблемы как личности. Здесь имеются в виду не сами психические отклонения, нарушения двигательной активности, слухового аппарата или зрительной активности, а скорее отсутствие детства у ребенка. Ведь такие дети далеки от современных сверстников, их интересов, дел, а значит, от общества в целом [1, с. 89]. К сожалению, проблема детской инвалидности является острой для современного общества. По статистике, в России 2% детей являются инвалидами [2, с. 53]. В последнее время стало уделяться большое внимание вопросам социализации, социальной адаптации, а также жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями здоровья.

На сегодняшний день, в Ставропольском крае существует более пятидесяти реабилитационных центров помощи детям и подросткам, имеющих особенности в развитии или проблемы со здоровьем. Все центры применяют определенные методы и подходы к каждому ребенку, независимо от пола, возраста, гендерной принадлежности и т.д. Одним из таких учреждений явля-

ется Ставропольский реабилитационный центр, оснащенный современным оборудованием. Ежегодно внедряются новые формы работы по комплексной реабилитации детей – инвалидов, которые быстро осваиваются специалистами данного учреждения. Например, для ребят с ДЦП есть специальный «тренажер Гросса», благодаря которому даже тяжело больные дети делают свои первые и такие долгожданные шаги [3, с. 70]. Популярной в настоящее время стала методика биоакустической коррекции (БАК), при которой детям предлагается послушать музыку своего тела. Эксперты замечают, что после прохождения этой процедуры у ребят наблюдается речевая активность, сосредоточенность на некоторое время, а также улучшение психоэмоционального состояния. Большинство родителей и педагогов отмечает, что дети стали внимательными, сконцентрированными и настроенными на учебный процесс после прохождения данных процедур. Еще одной заслугой и гордостью этого центра является аппарат «Золотая рыбка», предназначенный для тренировки конечностей (ног). Уникальным является бытовая адаптация, где при помощи специальных приспособлений детей учат элементарным вещам: держать стакан и приборы, накрывать на стол, без чьей – либо помощи принимать пищу, а также пользоваться средствами личной гигиены [4, с. 72].

Технология биологической обратной связи и сознательного управления механизмами здоровья высоко ценится специалистами реабилитационного центра. Она была разработана под руководством А.А. Сметанкина, ученого-физиолога. Этот метод хорош тем, что ребенок сознательно участвует в процессе оздоровления. Его задача состоит в том, что ему требуется научиться контролировать свои эмоции,

дыхание при помощи компьютера, который переносит ребенка в свой мир при помощи игры. Далее специальные комплексы и приборы замечают у него физиологические параметры и отображают полученную информацию в виде сигналов обратной связи. Большинство экспертов отмечают положительную динамику в состоянии детей, снижение раздражительности (у 25,7% детей) [5, с. 89], повышение эмоциональной стабильности (у 33,2% детей) [6, с. 21].

Применение современных технологий способствует социализации детей с особыми потребностями. Традиционно веком гуманного отношения к инвалидам считалась современность, но недавнее открытие антропологов показало, что об инвалидах заботились даже наши предки, точнее, неандертальцы – наши древние родственники. Неандертальцы не бросали стариков и инвалидов, а заботились о них до самой смерти. Так, однорукый, одноглазый и хромым неандерталец, останки которого были найдены в пещере Шанидар, оказался еще и глухим, как выяснили ученые. Однако, несмотря на многочисленные болезни и увечья, ему удалось дожить до 45 лет, очевидно, исключительно благодаря помощи соплеменников [7].

Отношение к детям с особыми потребностями всегда было неоднозначным. Многие люди до сих пор кидают косые взгляды в их след, что недопустимо для уважающей себя личности. Ведь мы все живем в обществе, сталкиваемся, порой, с ужасными вещами, но обязаны принимать данные вещи как факт и не пытаться скрыться, избегать какого – либо контакта с ними. Эти дети как никто нуждаются в нашей помощи и поддержке, естественно, моральной в первую очередь. Повышенное внимание к инвалидам на улице, связанное преимущественно с пристальным рассматриванием челове-

ка, отличающегося от окружающих манерой передвижения, походкой, осанкой, внешним видом, является показателем психологической незрелости общества, распространенностью такого явления как эгоцентризм, детской невоспитанной манерой поведения даже взрослого населения.

Ежегодно расширяется сеть организаций, занимающихся высококвалифицированной помощи детям – инвалидам, все больше выпускников школ выбирают коррекционную и специальную педагогику в качестве профессии, что говорит о положительном развитии социальной сферы в России. С начала 2017 года появилось большое количество подразделений, оказывающие услуги детям данной категории. Теперь они есть почти в каждом районе Ставропольского края.

Как отмечают социологи, огромное количество просьб поступило для обслуживания и обучения детей на дому. Есть уже первое специализированное отделение в краевом центре, еще несколько планируют открыть и на других территориях края.

Среди родителей, посещающих со своими детьми реабилитационные центры, был проведен опрос для оценки эффективности и качества обучения. В нем приняли участие 25 человек. Анализ был следующим: 95,5% родителей отметили положительную динамику развития личности ребенка в процессе обучения; 71,2% родителей указали на улучшение эмоционального состояния в ходе социализации; 55,6% родителей заметили приобретение их детьми новых знаний, умений и навыков [4, с. 22].

Особенно важно проведение просветительской работы с учащимися общеобразовательных школ в области детских заболеваний и детской инвалидности и об этикете общения с детьми и взрослыми с особенностями здоровья и внешности, обеспечение безбарьерной среды для детей с особыми потребностями в учреждениях дополнительного образования, а также дальнейшее распространение инклюзивного обучения в школах. Особенно важна компетентность современных педагогов в области развития де-

тей с особыми потребностями и в области обучения детей этикету общения друг с другом, воспитания гуманности у детей.

В Ставропольском государственном педагогическом институте на психолого-педагогическом факультете в октябре на 1–2 курсах проводилось исследование, в котором приняло участие 40 испытуемых. Целью исследования было выявить отношения к людям с особыми потребностями здоровья.

В результате анкетирования было выявлено, что испытуемые инвалидом считают: человека с ОВЗ – около 90%; просто несчастного человека – 2,5%; человека, которому нужна помощь – 7,5%.

На вопрос о том, как часто можно встретить инвалида в повседневной жизни, отвечают:

22,5% считают, что довольно часто; 55% иногда; 20% редко; 2,5% ответили, что ни разу не встречали.

Из количества опрошенных считают, что в нашем городе проживают люди с ОВЗ: несколько сотен – 15%; несколько тысяч – 47,5%; десятки тысяч – 2,5%; никогда не задумывались об этом около 35%.

Отношение к людям с особыми потребностями у испытуемых распределяется следующим образом: 35% относятся к ним с жалостью; 2,5% с неприязнью; 2,5% безразлично; 60% доброжелательно.

Достаточно интересные результаты дали студенты, отвечая на вопрос о том, как люди с ОВЗ относятся к здоровым людям: с неприязнью 2,5%; безразлично 10%; насторожено 37,5%; доброжелательно 52,5%; агрессивно 2,5%.

На вопрос о том, могли бы они подружиться с человеком, имеющим инвалидность: 37,5% опрошенных ответили «да»; 5% – «нет»; 32,5% – «скорее да, чем нет»; 12,5% – «скорее нет, чем да»; 12,5% – «уже подружился».

Таким образом, можно сделать вывод, что отношение к людям с особыми потребностями у будущих педагогов скорее положительное, чем отрицательное, и большинство из них готовы активно взаимодействовать с людьми с особыми потребностями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Иваненко И.А. Организация социально-психологической помощи семье, воспитывающей ребенка-инвалида или ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Работник социальной службы. – 2014. – № 10. – С. 88–93.
2. Кулагина Е.В. Занятость родителей в семьях с детьми-инвалидами // СОЦИС. – 2004. – № 5.
3. Журавлева Г.В. Поддержка позитивного настроя семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья // Социальное обслуживание. – 2014. – №11. – С. 69–77.
4. Кайгородова В.И. Карта социальной реабилитации как форма отслеживания динамики коррекции и развития ребенка // Социальная педагогика. – 2014. – №5. – С. 67–79.
5. Грузинова Т.В. Дети с ограниченными возможностями: мифы, реальность, пути интеграции // Директор школы, 1999, № 4.
6. Саркисян Л.И. Социализация и интеграция в общество детей с особенностями психофизического развития // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2015. – №1. – С. 20–24.
7. <https://vk.com/archaeologynews> (дата обращения: 30.10.2017).

Уам В.В.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
 Научный руководитель: к.п.н., доцент Бережная О.В.

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время растёт число детей, имеющих инвалидность. Дети, имеющие нарушения физического или умственного развития, чаще всего ока-

зываются изолированными от общества и в большей степени, чем обычные дети, нуждаются в социальной поддержке. В этом случае основной це-

любого социально и экономически развитого общества является создание для них такой социальной среды, в которой ребёнок с ограниченными возможностями смог бы не просто существовать, но обрёл самостоятельность в решении своих проблем.

В настоящее время проблема социальной реабилитации детей-инвалидов, на пике актуальности и активно разрабатывается. Большая работа в этом направлении ведется специалистами разного уровня: начиная от системы межведомственного взаимодействия по вопросам диагностики, выявления и оказания ранней комплексной помощи, до сопровождения данной категории детей в специализированных учреждениях медицинского, социально-психологического и педагогического профиля.

Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладением в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специализированные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.д.). Но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса интеграции.

Под интеграцией ребёнка-инвалида Холостова Е.И. рассматривает процесс включения его в различные сферы жизнедеятельности общества, что позволяет ему самостоятельно обеспечить удовлетворение потребностей нормальной личной и социальной жизни, несмотря на недостатки физи-

ческих или умственных возможностей. Рассматривая проблему интеграции детей с отклонениями в развитии в общество, целесообразно будет уточнить само понятие «отклонения в развитии» и присущие ему особенности.

«Отклонения в развитии ребёнка – это неадекватное формирование психологического опыта, вызванное сенсорными нарушениями (глухота, тугоухость, слепота, слабовидение) или поражениями ЦНС (умственная отсталость, задержки психического развития, двигательные нарушения, нарушения речи) в результате перенесённых ребёнком вредных воздействий (родовая травма, тяжёлая инфекция)». У всех аномальных детей наблюдаются дефекты речевого развития [1].

Многочисленными психолого-педагогическими исследованиями доказано, что ранняя диагностика и коррекция психомоторного развития детей является главными условиями их эффективного обучения и воспитания, предупреждения у них более тяжёлых нарушений и социальной депривации.

Анализируя работу Пузанова Б.П. о причинах нарушения развития детей, было сформировано следующее представление о проблеме:

- 1) росту числа детей с отклонениями в развитии способствуют нарушение питания и сна, наследственная патология, последствия заболеваний и травм, патология при родовой и родовой деятельности, насилие в семье, злоупотребление родителями алкоголем, наркотиками, курением, неблагоприятная экологическая ситуация, а также социально-педагогическая запущенность ребёнка.
- 2) следствием увеличения числа детей с отклонениями в развитии являются рост заболеваемости детей; создание дополнительных специализированных учреждений, занимающихся решением проблем данной клиентной группы; развитие и совершенствование системы лекарственного обеспечения, снабжающей сеть аптек соответствующими медикаментами; развитие системы медицинского обеспечения, расширение её инфраструкту-

ры; увеличение числа льготных выплат из госбюджета, приводящие к дополнительным государственным затратам; реформирование системы образования в сфере подготовки соответствующих специалистов, работающих с данной клиентской группой; сокращение численности здоровых учащихся обычных школ, что приводит к уменьшению численности студентов вузов, и, как следствие, к сокращению потенциальной рабочей силы.

Таким образом, анализ научной литературы позволил нам сделать вывод, что основными направлениями интеграции детей с нарушениями психического здоровья в общество в настоящее время должны стать:

- индивидуальные способности ребенка;
- поддержка семьи, друзей, социальных служб;

- практическое направление (финансовое положение семьи, ее мобильность);
- наличие системы ценностей, убеждений и ощущений своей нужности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коррекционная педагогика / ред. Пузанова Б.П. – М.: «Просвещение», 1998.
2. Шимановская Я.В., Бургуева Н. Сущность и содержание социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья работы // Актуальные проблемы теории, истории и практики социальной работы // Сборник научных статей студентов, аспирантов и преподавателей кафедры теории и методологии социальной работы. – М., РГСУ, 2011.
3. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология – №4 – 2014.



г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к. психол.н., доцент Шаповаленко З.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА МОДЕЛИРОВАНИЯ В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИНКЛЮЗИВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Моделирование в современной образовательной парадигме является методом, который позволяет создавать идеальную с позиции научных данных модель для организации и обеспечения функционирования образовательного процесса (в данном случае – коррекционно-педагогического в рамках инклюзивного образования). Моделированием подразумевается создание определённых условий для осуществления деятельности специалиста по коррекционно-развивающей работе, позволяющей воссоздавать важнейшие компоненты, свойства и связи процессов и систем, а также прогнозировать тенденции их дальнейшего развития. Метод моделирования в деятельности учителя-логопеда используется

относительно недавно, поэтому следует остановиться на характеристике сущности моделирования подробнее.

Научное сообщество, исследующее метод моделирования, делится на философов и педагогов. Среди первых следует назвать имена В.Г. Афанасьева, Б.С. Дынина, Б.А. Глинского, В.А. Штофф и др., среди вторых – Р. Атахова, Ю.К. Бабанского, С.И. Архангельского, Н.М. Борытко, В.В. Давыдова, В.П. Беспалько, Г.В. Суходольского и др. И те, и другие полагают, что метод моделирования актуализирует скрытые, не воспринимаемые непосредственно отношения, свойства и связи объектов, которые тем не менее очень значимы для толкования явлений и фактов [1; 3].

С.И. Архангельским моделирование рассматривается в качестве научного метода, позволяющего исследовать различные процессы и объекты посредством создания их моделей, сохраняющих в то же время свойства указанных процессов и объектов.

Позиция В.И. Загвязинского состоит в определении моделирования как процесса образования схем, моделей, аналогов знакового или реального характера, чтобы при этом в них отражались более сложные объекты (так называемые прототипы). Кроме того, В.И. Загвязинским моделирование представляется в виде исследовательского инструментария для познания отдельных свойств и различных аспектов указанных прототипов.

Точка зрения Н.М. Борытко состоит в том, что моделирование необходимо рассматривать в рамках изучения внутриличностных и межличностных состояний и процессов с помощью идеальных (воссозданных намеренно) или реальных (физических) моделей.

У В.В. Краевского можно найти характеристику моделирования с позиции когнитивной рефлексии, основанной на определениях и дефинициях.

Г.В. Суходольский полагает, что моделированием можно считать процесс создания иерархии моделей, где различными средствами и в различных аспектах моделируется (презентируется) некоторая парадигма, реально при этом функционирующая.

Согласно В.Г. Афанасьеву, отдельно взятая модель не ограничивает процесс моделирования. Должен быть непрерывный процесс последовательной разработки потока сменяющих друг друга моделей. В этом случае можно добиться соответствия модели образу воссоздаваемого образца-оригинала.

Если рассматривать модель в изначальном смысле, то это некая мера, образец, образ объекта, его макет,

рисунок, схема или иное изображение, всегда воссоздающее существенные, значимые качества (свойства) оригинальной парадигмы [3, с. 88]. Без дефиниции «модель» не существует термина «моделирование». В различных справочных изданиях модель представляется как форма и средство познания, как любая система, которая отражает оригинальный конструкт. Это может быть макет, схема, стандарт или эталон, то, к чему следует стремиться, чтобы отразить функционал и структуру какого-либо педагогического объекта. Именно с последним модель всё время соотносится путём добавления иных свойств и постоянно видоизменяется через нейтрализацию нежелательных качеств. Моделью может быть и описание определённого природного или социального объекта, процесса или его части [2, с. 328]. По сути, современные образовательные стандарты – это тоже модели, только модели идеального, того, к чему следует стремиться, организуя образовательный процесс. Не является здесь исключением и коррекционно-педагогическая работа. Исправляя недостатки или нарушения развития, специалист ориентируется на модель нормы, то есть представляет себе модель «идеального развития» в конкретный возрастной период. Не является исключением и работа учителя-логопеда в рамках инклюзивного образования. Метод моделирования можно применять при создании наиболее эффективной модели решения логопедических проблем в русле организации инклюзивного образования.

К.И. Яшиной предлагается к использованию в логопедической практике метод наглядного моделирования для формирования у детей дошкольного возраста навыков пересказа [4]. Это особенно актуально в коррекции общего недоразвития речи в рамках инклюзивного образования. Так, схемой-моделью, составленной самими детьми, можно пользоваться в качестве плана изложения. Позицию К.И. Яшиной в данном случае поддерживают Н.Н. Хоменко, Е.Ю. Корчуганова, Т.А. Сидорчук и др. В рамках обучения связным речевым высказываниям наглядному моделированию придаётся роль обес-

печивающего последовательность и связность изложения средства планирования высказывания. Структурными элементами модели при этом можно считать символику различного рода (конструкт предметных и сюжетных картинок, систему изображений-символов – геометрических фигур, которые формой и цветом указывают на предметы–заместители, условных обозначений, силуэтов и пиктограмм и т.п.). Когда схема–модель и литературный образец используются одновременно, то происходит позитивное влияние на показатели содержательности, связности, объёма и полноты пересказа, а также характеристики плавности речи. Повышаются самостоятельность и мотивированность детских высказываний. При этом метод моделирования представляет модифицированный вариант – изографическую модель. Последняя понимается как синтетическое использование рисунков (изографов), создаваемых самими детьми с речевой патологией, и их высказываний, то есть объединения активной речевой и изобразительной деятельности. В дошкольном детстве эти два вида продуктивной деятельности взаимостимулируемы и взаимодополняемы [4]. Изографическое моделирование усиливает эффективность логопедического воздействия, которое направлено на формирование связной речи детей с общим речевым недоразвитием. Привлекательность данной модели состоит в отсутствии подготовительного периода для обучения ребёнка. Изографическое моделирование понятно и доступно детям, отвечает их природе, а желаемый эффект достаточно высок. Логокоррекционный процесс при использовании изографического моделирования в рамках инклюзивного образования увлекателен и для дошкольников, и для учителя-логопеда.

Таким образом, метод моделирования в практике профессиональной деятельности в рамках инклюзивного образования имеет широкое распространение, а его современные модификации представляют теоретический и практический интерес и нуждаются в дальнейшем изучении, уточнении и совершенствовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Карнаухова Я.Б. Возможности изографического моделирования в формировании связной речи дошкольников с общим недоразвитием речи // Специальное образование. – 2013. – № 1 (29). – С. 48–57.
2. Максимюк Е.В. Прикладное значение метода моделирования в психолингвистике // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. – 2012. – № 27. – С.327–329.
3. Осипова Л.Б. Обучение звуко-слоговому анализу и связной речи дошкольников с ОНР на основе использования наглядного моделирования // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2015. – № 45. – С.88–92.
4. Яшина К.И. Формирование навыков пересказа у детей с ОНР методом наглядного моделирования и театрализованных игр // Сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». – 2016. – №5. – С. 1007–1009.

раздел 2.

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ

ИНВАЛИДНОСТИ В ИСТОРИИ, ЛИТЕРАТУРЕ, ИСКУССТВЕ

Володина В.Н.

г. Железноводск, филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н, доцент Бережнова О.В.

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ В ЛИТЕРАТУРЕ (на примере произведения У. Грума «Форрест гамп»)

В настоящее время, когда происходит активный процесс гуманизации общества, все больший интерес проявляется к людям с ограниченными возможностями. Если раньше инвалиды считались нетрудноспособными, неполноценными людьми, то сегодня такие люди начинают становиться полноценными членами общества, потребителями специальных услуг и товаров мирового рынка. Однако данный процесс еще не завершился, и проблемы людей с ограниченными возможностями остаются в силе [1, 2]. В школах, высших учебных заведениях присутствует особое отношение к таким людям, но не всегда это отношение носит доброжелательный характер. Инвалидов зачастую признают асоциальными людьми, они вызывают жалость, сочувствие, т.к. имеют видимые физические недостатки или отклонения в интеллектуальном развитии, а также нарушения психики.

Проблемы инвалидности нашли свое отражение в искусстве: музыке, изобразительном искусстве, театральном искусстве, кинематографии. Но с особой содержательной наполненностью зазвучали эти проблемы в литературе. В этой связи можно привести

в пример следующие художественные произведения:

- В. Катаев «Цветик-Семицветик» (произведение о мальчике Пете с больными ногами, которого исцеляет девочка Женя при помощи волшебного действия лепестка Цветика-Семицветика);
- В.Г. Короленко «Слепой музыкант» (книга о мальчике, родившемся слепым, ставшем талантливым музыкантом);
- И. Позднякова «Когда весь мир как будто за горой» (произведение о девочке-инвалиде, ее сложном внутреннем мире и вынужденном одиночестве);
- М.В. Сарматов «Шанс на жизнь. Нечего терять» (книга с элементами фантастики; о мальчике-инвалиде, который через икону, подаренную матерью, попадает в будущее, где излечивается от недуга);
- О.К. Матюшкина «Жизнь побеждает» (книга о детях-инвалидах Великой Отечественной войны, которые не по возрасту серьезные и замкнутые, о том, как они борются за свое будущее);

- Ф. Бернетт «Таинственный сад» (произведение о девочке-инвалиде, которая в десять лет осталась без родителей, которую все не любят, но однажды она попадает в Таинственный сад, где находит спасение) и многие другие книги.

Еще одним известным и очень обсуждаемым произведением, в котором изображена жизнь человека с ограниченными возможностями, является роман Уинстона Грума «Форрест Гамп», написанный в 1986 году. Форрест Гамп – имя главного героя романа, доброго, наивного юноши. Он является «савантом». Синдром «саванта» – редкое психическое расстройство, при котором наблюдается сочетание отклонений в эмоциональном и личностном развитии и выдающиеся способности в некоторых областях знаний: музыке, арифметике, картографии, построении трехмерных моделей, изобразительном искусстве, календарных расчетах и т.д. [4].

Имя, оно же и название произведения, «Форрест Гамп» дословно переводится как «лесной дурачок», т.е. недалекий, но очень милый юноша, который многого добивается в жизни, но не вникает в смысл происходящих событий. Из-за своих специфических особенностей он не может понять, что на самом деле он добился таких высот, о которых мечтают многие умные и здоровые люди. Каждое большое достижение в его жизни – это просто новая страница книги и ничего более. И в этом его трагедия.

Итак, Форрест появился на свет с отставанием в развитии, воспитывался матерью-одиночкой Салли Филд, которая всегда говорила сыну, что он такой же, как все, ничем не хуже. Она зарабатывала на жизнь тем, что сдавала комнаты в их доме постояльцам и учила сына, что «жизнь – это коробка шоколадных конфет, и никогда не знаешь, какая у них начинка». Отец Форреста был портовым грузчиком, работал во фруктовой компании, был убит упавшим ящиком с бананами. У маленького Форреста были проблемы с позвоночником, поэтому ему приходилось носить скобы.

Со школьной поры мальчика преследовали трудности социального взаимодействия, которые знакомы многим людям с ограниченными возможностями, с ним никто из одноклассников не хотел общаться, за исключением одной девочки Дженни Каррен, которая впоследствии станет любовью всей его жизни. Ребята из класса зачастую издевались над ним, поэтому маленькому Форресту приходилось от них убежать. Благодаря этому Гамп избавляется от ножных скоб и впоследствии становится успешным футболистом. Но из-за низкого уровня физических способностей не может поступить в спортивный колледж.

Форрест Гамп принимал участие во Вьетнамской войне, в ходе которой спас своего раненого друга, неся его на себе до лагеря. Форрест получил ранение, его отправили обратно в Соединенные Штаты Америки, где награду вручил ему сам президент страны. На войне главный герой и его друг думали о том, каким бизнесом они займутся по возвращении на родину. Они решили разводить креветок, но друг погиб на войне, и Форресту пришлось строить бизнес в одиночку. Он смог на этом заработать и стать довольно успешным бизнесменом [3].

В течение романа Форрест становится астронавтом, играет на гармонике в группе под названием The Cracked Eggs, становится профессиональным рестлером (рестлер – театрализованная постановочная борьба, где победитель predetermined заранее), баллотируется в Сенат США. В образе Форреста Гампа собраны лучшие черты людей – честность, храбрость и верность. По сюжету книге снят одноименный фильм «Форрест Гамп» режиссером Робертом Земекисом, который вышел на экраны в 1994 году [3].

Итак, несмотря на свои особеннос-

ти, Форрест Гамп становится успешным бизнесменом, спортсменом, героем войны, человеком, удостоенным встретиться с двумя президентами, космонавтом, актером, кандидатом в Сенат. Он умеет искренне любить, пронесит любовь к одной девушке через всю свою жизнь, оберегает свою маму. Но при всех этих достижениях Форрест остается простым юношей, его мало волнуют его успехи. Он такой, какой он есть. Он – противопоставление всему здоровому обществу. Автор доносит до читателей проблемы людей с ограниченными возможностями, при этом подчеркивая без-

граничные возможности и таланты таких людей.

Таким образом, художественное слово является важным источником описания трудностей и проблем инвалидности, является источником гуманизации современного общества, в том числе учит гуманному отношению к людям с ограниченными возможностями. Литературные произведения, в которых отображены проблемы инвалидности, отвергают мнение о том, что такие люди ущербны, показывают их умение полноценно жить и трудиться в обществе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Павленок, П.Д. Основы социальной работы / П.Д. Павленок. – М.: ИНФРА-М, 2013. – 196 с.
2. Скок, Н.И. Биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями и социальные механизмы его регуляции / Н.И. Скок // СОЦИС. – 2015. – №4. – С. 125–132.
3. Грум У. «Форрест-Гамп»: [сайт]. URL: <http://knijky.ru/books/forrest-gamp>.
4. Синдром «саванта»: [сайт]. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.

Жаброва Т.В.

г. Ростов-на-Дону, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)»

Научный руководитель: доцент Жаброва Т.А.

ИСКУССТВО КАК ИНСТРУМЕНТ СОЦИАЛИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВЕ

В современном мире и обществе довольно много различных проблем, у которых ещё нет решения, либо его не нашли, либо оно находится в процессе реализации. И одной из таких проблем можно назвать проблему становления инклюзивной культуры в обществе, сложно принимающем тех, кто хоть как-то отличается, а тем более людей с ограниченными возможностями. В США и европейских странах наблюдается толерантное отношение социума к человеку с ограниченными функционалом, кроме этого можно увидеть создание и развитие без барьерного социального, культурного, образовательного и бытового пространства. В России общество находится в процессе формиро-

вания толерантности, оформления различных социальных установок, а также представлений о явлении ограниченных возможностей как части нормы.

Как правило, людей с ограниченными возможностями изображают какими-то причудливыми и немощными калеками, а ведь это, безусловно, формирует и усиливает нетерпимость. Очень часто можно встретить такие отображения в литературе, в кино, в средствах массовой информации. Созданный символически образ человека с ограниченными возможностями, зачастую вызывает страх, неприязнь, жалость. Практически всегда эти люди остаются «за бортом» социальной жизни или же

служат неким инструментом для наигранного и публичного перевоспитания членов социума.

Несмотря на это инвалиды не только стремятся стать, но и становятся активными субъектами социальной жизни. А СМИ можно и даже необходимо использовать при формировании более позитивного и толерантного мнения общества касательно людей, имеющих отличия. Хоть устройство общества довольно часто противоречит интересам и желаниям женщин и мужчин, имеющих инвалидность, радуется то, что отношение к ним всё же меняется. Постепенно люди приходят к пониманию того, что человек с ограниченными функционалом полноценно и полноправно может участвовать как в социальной, так и в культурной жизни. Особенно ярко проявляются эти изменения в искусстве.

В современном мире даже существует категория «инвалидность в искусстве». Под инвалидностью в искусстве понимают аспект различных дисциплин искусства, включающий в себя инклюзивные практики актёров или художников с ограниченными возможностями [1]. А ведь некоторые из тех, кого сейчас считают выдающимися людьми, «эталонами» в различных направлениях, обладали некими отклонениями от так называемой нормы.

Считается, что Гомер, древнегреческий поэт и автор «Одиссеи», «Илиады», был слепым, но этот недуг не помешал ему создать выдающееся произведение и получить признание его современниками.

Фрида Кало, мексиканская художница, страдала детским спинномозговым параличом, называемым полиомиелитом. Анри де Тулуз-Лотрек – французский художник-постимпрессионист, ноги которого перестали расти в результате перелома кости шейки бедра. Людвиг Ван Бетховен, австрийский композитор, страдавший от такого недуга, как тиннитус (звон в ушах), а в определённый момент и ставший полностью глухим. Каждый из них был оценён и признан как современниками, так и последующими поколениями, несмотря на наличие у них определённых заболеваний, отклонений.

В современном мире существуют театры, имеющие в своих труппах людей с ограниченным функционалом и различными недугами. С одной стороны, это эффективные площадки для процесса социализации, с другой стороны, это ещё и хорошие возможности для формирования общественного сознания о существующем интеллектуальном, а также творческом потенциале людей-инвалидов. Существуют также различные конкурсы талантов, красоты, спортивные соревнования, танцевальные конкурсы для людей, прикованных к инвалидным коляскам. Подобные мероприятия тоже способны внести свой вклад в принятие отличающихся людей обществом [2].

Хотелось бы сказать, что наш вуз не является исключением. В Ростовском государственном экономическом университете (РИНХ) ребята с инвалидностью могут в полной мере погружаться в активную студенческую жизнь, заниматься в различных кружках и центрах. Например, есть девушка, которая, несмотря на свои серьёзные проблемы с ногами, занимается танцами, другая девушка, имеющая инвалидность – занимается бадминтоном и даже участвует во многих соревнованиях. А ребята, занимающиеся вместе с ними, всегда готовы поддержать и помочь.

В данной статье мы делаем акцент на искусство именно по той причине, что оно считается наиболее эффективной и яркой формой социализации инвалидов, формой вовлечения их в культурную жизнь, оно также помогает бороться с созданными «ярлыками», мешающими обществу спокойно и толерантно принять людей с инвалидностью и различными заболеваниями. Особую роль искусство играет в жизни молодежи, имеющей серьёзные отклонения в здоровье.

Существуют различные взгляды на

искусство инвалидов, а также тему инвалидности в искусстве. Есть точки зрения, поддерживающие подобные формы, а есть – рьяно отрицающие и довольно предвзято критикующие.

Согласно интернет-порталу «Nein-valid.ru», многие относятся к творчеству людей, страдающих различными недугами и имеющих определённые отличия, как к чему-то бесполезному, как к ненужному хламу. Социум считает, что подобные проявления искусства могут быть интересны лишь людям с ограниченными возможностями [3].

Но существует и мнение, что «инвалидность в искусстве» – это некий крик о помощи посредством искусства, обращение или просьба, обратить вни-

мание, а не брезгливо отворачиваться. Британская газета «The Guardian», в свою очередь, отмечает, что искусство в исполнении людей с ограниченными возможностями должно быть профессиональным, чтобы художественное высказывание не потеряло силу и не разочаровало аудиторию.

Современное общество нельзя называть «пропавшим», оно, хоть и маленькими шагами, но идёт к пониманию и признанию того, что инвалиды не просто могут и хотят, но и должны принимать участие в социальной и культурной жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гращенкова Е.Л. Инклюзивная проблематика в современной детской художественной литературе // Инклюзивное образование: преимущество инклюзивной культуры и практики: сборник материалов IV Международной научно-практической конференции / гл. ред. С.В. Алехина. – М.: МГППУ, 2017. – С. 416–421.
2. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие. – Изд-е 2-е, перераб., доп. – СПб.: Питер, 2004. – 316 с.
3. <http://dislife.ru/articles/view/15097>.

Тусева О.С.

г. Железноводск, филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Безус С.Н.

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ В РАЗНЫХ ВИДАХ ИСКУССТВА

Значительное место в современном обществе занимают люди с ограниченными возможностями – люди разных возрастных категорий, разного социального статуса. Всех их объединяют общие проблемы, связанные с социализацией, трудоустройством, получением образования, в особенности высшего профессионального, медицинских услуг и другие. Важной проблемой является отношение других людей к инвалидам. Зачастую люди с ограниченными возможностями считаются ущербными, жалкими и неполноценными. Встречаются случаи дискриминации таких людей, а также случаи нече-

ловеческого отношения к ним, не зависимо от того, ребенок это или взрослый [1]. Многие закрытые социальные опросы показывают, что с инвалидами не хотят учиться в одном классе. В качестве примера негативного отношения к людям с ограниченными возможностями можно отнести ситуации, когда курсники указывают на то, что специальность, которой они обучаются, не подходит для инвалидов. Другим примером является распространенное явление, когда взрослый, объясняя ребенку, почему «дядя на коляске», негативно высказывается или реагирует некорректно [3, с. 67].

Проблемы инвалидности нашли свое отражение в различных видах искусства: музыке, литературе, живописи, театре и кино. Инвалидность в искусстве может быть выражена в двух основных аспектах:

- «художник с инвалидностью», когда сам автор работы или актер является человеком с ограниченными возможностями;
- «художник, выражающий проблемы инвалидности»: изображение в произведениях искусства проблем людей с ограниченными возможностями [2, с. 37].

«Художники с инвалидностью» – люди, обладающие неведомой силой воли и большим талантом. Ярким примером является Людвиг ван Бетховен – известный немецкий композитор, представитель венской классической школы. В 1796 году у композитора произошло воспаление внутреннего уха, он начала постепенно терять слух, а к 1802 году полностью оглох. Однако талант победил недуг. Будучи глухим, Людвиг ван Бетховен написал два самых значимых произведения – «Торжественную мессу» и «Девятую симфонию с хором», а также фортепианные сонеты, сонеты для виолончели, квартеты и вокальный цикл «К далекой возлюбленной».

Другим примером является Стиви Уандер (Стивленд Хардэуэй Джадкинс) – американский музыкант, певец, композитор, пианист, барабанщик, общественный деятель, который ослеп вскоре после рождения, однако он стоит на втором месте среди музыкантов мира по количеству полученных премий Грэмми. За свою карьеру он написал более 30 альбомов. Музыкант внес огромный вклад в развитие музыки двадцатого века, является основоположником классического соула (жанра популярной музыки афро-американского происхождения, для которого характерна эмоциональная, «душевная» манера исполнения). Наряду с Реєм Чарльзом, Стиви Уандер является самым популярным и известным слепым музыкантом в мире.

Юлия Самойлова – российская певица, музыкант, поэт. В 13 лет стала инвалидом 1-й группы, передвигается на

инвалидной коляске. Молодой исполнительнице, несмотря на ограниченные возможности, удалось достичь немалых успехов в музыке: Юлия является основателем музыкальной группы, финалистом третьего сезона проекта Аллы Пугачевой «Фактор А». В 2014 году девушка выступила с песней «Вместе» на церемонии открытия Паралимпийских игр в Сочи. В 2017 году Юлия была выбрана для участия в конкурсе «Евровидение», однако по политическим соображениям не смогла принять в нем участия.

Не только в музыке, но и в изобразительном искусстве, в театре, в литературе люди с ограниченными возможностями добиваются успехов. Так, в мире существует международная Ассоциация художников-инвалидов, которые рисуют ртом и ногами. В настоящий момент в нее входит более 800 человек. Одним из представителей данной Ассоциации является Стив Чамберс – английский художник, болеющий артритом (болезнь, при которой руки лишены мышц, суставы ног не двигаются). Свои произведения искусства автор рисует кистью, которую держит во рту. Стив Чамберс выработал интересную технику рисования, при которой он совмещает рисование цветными карандашами и акварелью.

Известными писателями и поэтами-инвалидами являлись Лорд Гордон Байрон (британский поэт-романтик, с рождения была изуродована стопа, сильно хромотал), Джон Мильтон (английский писатель и поэт, ослеп в возрасте 43 лет). Среди русских писателей были те, которые родились с недугом (Юлия Жадовская – русская писательница, родилась без кисти одной руки), и те, которые приобрели инвалидность в течение жизни. К таковым относится Эдуард Асадов – русский поэт и прозаик, в боях за г. Севастополь получил ранение осколком снаряда в лицо, до

конца жизни носил черную повязку на глазах. Николай Алексеевич Островский – автор произведения «Как закалялась сталь», в юношеском возрасте сильно простудился, заболел тифом, что повлияло на развитие ревматоидного заболевания, которое переросло в полную неподвижность.

Говоря о театральном искусстве, нельзя не упомянуть термин «особое искусство», который звучит в медиа пространстве и во многих научных трудах. В настоящее время существуют театры, в которых играют актеры с ограниченными возможностями. Основная цель таких театров: реабилитация и инклюзия людей-инвалидов посредством творческой деятельности. Среди «особых театров» (а их более 80) можно выделить театр для людей, страдающих синдромом Дауна («Театр Простодушных»), и театр, предназначенный для людей с функциональными нарушениями слуха («Недослов») [2, с. 43].

Другим аспектом выражения проблем инвалидности в искусстве является изображение людей с ограниченными возможностями. В качестве примера отражения проблем инвалидности в литературе можно привести произведение В. П. Катаева «Цветик-Семицветик». Сказка учит доброте и состраданию к больному мальчику, который в отличие от других детей, не может прыгать и бегать, а сидит на скамейке и читает книгу. Главная героиня сказки Же-

ня предлагает мальчику Вите побегать вместе с ребятами. Но он не может. Женья увидела его ногу в уродливом башмаке. Витя ответил, что с удовольствием поиграл бы с ней в салки, но ничего не поделаешь, и это навсегда. Тогда девочка достала свой последний лепесток и произнесла волшебные слова, и в ту же минуту мальчик вскочил со скамьи и начал играть в салки.

Среди художников, изобразивших инвалидов, отметим Г. Доброва – ребенка Великой Отечественной войны, автора цикла «Автографы войны». Когда наступил победный 1945 год, Геннадю было 10 лет. Он был счастлив, что окончилась долгая и многострадальная война. Однако, побывав на базаре в Омске, он был напуган видом инвалидов с орденами на груди. Это страшное впечатление осталось на всю жизнь. Будучи студентом, художник узнал о существовании дома инвалидов, где проживают участники Великой Отечественной войны. Он поехал на Валаам, общался там с жильцами дома, помогал им, чем мог, и рисовал их. Затем рисовал инвалидов в Бахчисарае, на Сахалине, в Карелии. Основной целью его работ было найти ответ на вопрос: «В чем корень зла, почему люди, достойные счастливой полной жизни, страдают и умирают в мучениях».

Итак, инвалидность – проблема не одного конкретного человека, а современного общества в целом. Важная задача различных видов искусства, будь то музыка, литература, изобразительное искусство, театр или кино, – показывать трудности, которые преследуют людей с ограниченными возможностями в их повседневной жизни, воспитывать чувство уважения к ним, стремление помочь в социализации и интеграции в общество.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Скок Н.И. Биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями и социальные механизмы его регуляции // СОЦИС. – 2015. – № 4. – С. 125–132.
2. Шеманов А.Ю., Востров И.М., Егорова В.А. Творческая деятельность и инклюзия // Современная зарубежная психология. – 2013. – № 3. – С. 35–47.
3. Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Проблемы доступности высшего образования для инвалидов // Социологические исследования. – 2015. – С. 66–78.

Давыдова Л.П.

г. Железнодорожск, филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Безус С.Н.

МУЗЫКА КАК СРЕДСТВО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Применение музыки в целях исцеления души и тела имеет многовековую историю. Общеизвестно, что примерно 4 тыс. лет тому назад египтяне называли музыку «лекарством для очищения души». Подлинное высказывание об этом принадлежит Царю Саулу: «...и когда дух от Бога бывал на Сауле, то Давид, взяв гусли, играл, – и отраднее, и лучше становилось Саулу, и злой дух отступал от него...» (Ветхий завет, Гл. 16, стих 23) [Цит. по: (10)].

Приверженцы положительного влияния музыки знали, что она помогает избавиться от всех душевных страстей человека. Петрушин В.И. в своей книге «Музыкальная психотерапия» указывает на то, что к музыканту-исполнителю предъявлялись отдельные пожелания «...музыкант может тронуть сердце слушателя, только если сам он преисполнен переживаниями...» [11, С. 199].

Начало исследований о влиянии музыки на организм человека относятся к XVII в., а экспериментальные работы – к концу XIX – началу XX в. [5]. Первая российская психологическая лаборатория была открыта в Казани в XIX веке. Важным направлением её деятельности стало изучение влияния музыки на организм животного и человека. Таким образом, в России появилась российская научная «музыкотерапевтическая школа». Эта инициатива принадлежала выдающему русскому невропатологу, психиатру, психологу, физиологу, основоположнику рефлексологии и патопсихологического направления в России, академику В.М. Бехтереву в 1913 г. В связи с этим был учрежден комитет по анализу музыкально-терапевтических эффектов [4].

Музыкотерапия – это определенный вид музыкального творчества, действующий на улучшение и реабилитацию психического поведения человека при помощи музыки. При этом музыка при-

меняется как средство коррекции, как дополнительная помощь, как биологическая добавка, оказывающая благотворное влияние на психику [6, 10].

А. Менегетти в своей книге «Музыка души. Введение в музыкотерапию» рассматривает коррекцию как «систему психолого-педагогических мер, направленных на исправление, сглаживание недостатков психофизического развития ребенка» [10, с. 15].

В случае если коррекция проводится персонально, то необходимо наличие коллектива, референтной группы, воспитывающей среды для того, чтобы провести реабилитационные мероприятия [4, 5]. В.А. Апрелева в своей статье «Постижение содержания и смысла музыки педагогом-музыкантом» раскрывает термин «реабилитация»: реабилитация – восстановление в правах, включающее в себя юридическую, правовую и психологическую помощь. В процессе реабилитации «мы корригируем личность в социуме» [1, с. 37].

Если говорить о музыке как терапии, то она обладает основами и психологии, и педагогики, что может создать разные направления коррекционной деятельности с помощью музыки:

- полезное действие классической музыки на психику человека и другие системы жизнеобеспечения, а также на психофизиологию или психомиметику;
- влияние музыкальных произведений на эстетическое и нравственное развитие человека;
- психолого-педагогическое обеспечение повышения ресурса творческих возможностей, адаптации к природе, обществу [2, 7, 8].

При работе с больными людьми, страдающими аутизмом, неврозами, эмоциональными проблемами на поч-

ве неудачной любви и/или отсутствия душевного тепла используется музыка как терапия. Спокойная музыка благотворно влияет на восстановительные функции психики человека. Музыка способствует снятию психологического напряжения, восстановлению сил, т.е. релаксации. В этом проявляется седативная и стимулирующая функция музыкотерапии [6, 10, 11].

При проигрывании веселой и быстрой, танцевальной музыки все возможности человека, а это физические и эмоциональные, то есть жизненно важные системы организма активизируются, появляется хорошее настроение. Так проявляется стимулирующая функция музыкотерапии [11].

Противостоит этим функциям катарсическая функция музыки. Смысл ее в очищении психики человека от психотравматического опыта прошлого, в результате чего у него улучшается самочувствие, уходят прочь негативные переживания. Краткий психологический словарь под ред. А.В. Петровского говорит: «Катарсис (от греч. очищение) — первоначально эмоциональное потрясение, состояние внутреннего очищения, вызванное у зрителя античной трагедии в результате особого переживания за судьбу героя, как правило, завершавшуюся его смертью» [9, С. 137]. Л.С. Выготский в трудах, о психологии искусства, подробно проанализировал катарсический метод, отметив его терапевтический эффект [7].

Рациональная музыкотерапия — одно из направлений психотерапии, задачей которой является достижение активирующей и седативной функций. Например, подбирается музыка и составляется каталог для слушания музыки с определенной целью (снять напряжение, усталость).

Ряд ученых (Л.С. Богатова, Л.С. Брусиловский, М.Р. Могендович, В.Б. Полякова, И.Б. Темкин) считают, что главны-

ми факторами, влияющими на изменение мышечного тонуса, являются ритм и темп музыкального произведения [Цит. по: (11)].

В исследованиях Л.С. Брусиловского, В.И. Петрушина и других приводятся экспериментальные данные о положительном воздействии на психику человека музыкального лада, сочетания темпа и лада. Такие факторы музыкального произведения как музыкальный темп, ритм, структура и другие могут подчинить себе ритм внутренних физиологических процессов.

Другое направление (иррациональная музыкотерапия) раскрыли А. Понтвик и Д. Морено. Иррациональная музыкотерапия использует музыку с коррекционно-реабилитационными целями: музыка способна проникать в глубинные, неконтролируемые сознанием слои психики. Согласно этому направлению воздействие музыки нельзя отнести только к вербальному или логическому пониманию. Заранее прогнозировать результат сложно и вряд ли возможно. Иррациональная музыкотерапия учитывает воспитывающее, преобразующее влияние классической музыки на психику личности. Технологии, которые предлагает данное направление, характеризуются, как терапия музыкой. Они способствуют обогащению эмоционального опыта детей-пациентов. Такую музыку можно использовать как «терапевтический катализатор» в основном для катарсической и духовной разрядки.

Мы солидарны с мнением Г. Гельница, Е.А. Медведева, С.М. Мидовской, И.В. Евтушенко, Т.И. Баклановой и других, которые доказывают, что в практике для оказания помощи можно применять различные программы по использованию музыки для детей с особенностями в развитии. Во всех программах используется методика, которая основана на «выбросе» эмоций, чувствительном реагировании. При этом важно контролировать возникающие у детей эмоции и поведенческие реакции, так как могут возникать и разрушающие психику ребенка последствия.

Классикой для самовыражения детей в детском и дошкольном возрасте считается использование хорового и

сольного пения под музыку, музицирование одному или в группе, сочинение по нотам и импровизация-подборка музыки, музыкальные игры с использованием музыкальных инструментов, драматизации, танец, то есть пластическое интонирование движения в такт музыки.

Конечно, музыкальное творчество всегда возможно при создании комфортной, уютной среды. В спокойной и безопасной обстановке личность способна раскрепоститься и раскрыться, творчество даёт возможность самовыражения. Душевная атмосфера восприятия, общего понимания в группе сверстников в коллективе даёт силы малолетнему ребенку самому преодолеть свои затруднения без посторонней помощи и получить поддержку сверстников. На основании сатисфакции потребностей ребенка в творческом процессе и самоактуализации благодаря этой деятельности, музицирование облегчает лечебно-педагогическую коррекцию всех асоциальных форм поведения у ребенка, различных психогенных личностных реакций психики, и самое главное помогает избавиться от негативного асоциального ненужного опыта, и помогает развить эстетический вкус, полюбить музыку [4, 6].

Музыка, музицирование вызывает у людей мощный эмоциональный отклик. Она способна влиять на человека помимо его воли, на физическом уровне. Слушая музыкальное произведение, вовлекаясь в его ритм, человек может контролировать свои эмоции: повышать работоспособность, уменьшать тревожность, улучшать сон.

Большое значение этот эффект музыки имеет для воспитанников специализированных школ, у которых отмечаются специфические особенности развития: нарушения интеллекта, зрения, опорно-двигательного аппарата. Именно музыка способна породить у таких детей сложные в эстетическом плане переживания, которые другими средствами бывает сложно вызвать, помогая им при этом оценить, осознать свои эмоции и чувства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Апрельева В.А. Постигание содержания и смысла музыки педагогом-музыкантом // Музыкант-педагог – спец. вып. жур. «Преподаватель». – 2001. – №6. – С. 36–39.
2. Асафьев Б.В. Музыкальная форма как процесс. – Кн. 1–2. – М., 1963. – 376 с.
3. Байбородова Л.В., Рожков М.И. Воспитательный процесс в современной школе. – Ярославль, 1998. – 254 с.
4. Байбородова Л.В. Социальная педагогика: музыка как средство психолого-педагогической коррекции: учебное пособие для вузов. – М., 2017. – 154 с.
5. Байярд Р., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток. – М., 1991. – 224 с.
6. Брусиловский Л.С. Музыкотерапия // Рук. по психотерапии / под ред. В.Е. Рожнова. – Тверь, 1985. – 719 с.
7. Выготский Л.С. Психология искусства. – М., 1986. – 573 с.
8. Додонов Б.И. Эмоция как ценность. – М., 1978. – 272 с.
9. Краткий психологический словарь / под ред. А.В. Петровского. – М., 1985. – 431 с.
10. Музыка души. Введение в музыкотерапию / составлено по лекциям А. Менегетти; перевод с итальянского. – СПб., 1992. – 87 с.
11. Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия. – М., 2000. – 176 с.

Карнович В.С.

г. Ростов-на-Дону,
 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)»
 Научный руководитель: ст. преподаватель Карелина В.И.

РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ В МАССОВОЙ КУЛЬТУРЕ

Довольно длительное время проблематика инвалидности либо вообще не отображалась ни в искусстве, ни в

литературе, либо осознанно вытеснялась на периферию творческого анализа. Но внедрение идеи инклюзии в

систему российского образования за последние десять лет обусловило пристальное внимание к различным источникам гуманитарного знания, в которых, так или иначе, рассматривалась проблема социализации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Отражение внутреннего мира взрослых и детей, страдающих от различных нарушений зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, находит свое воплощение в произведениях художественной литературы, в искусстве. Кроме того, важно находить различия между близкими на первый взгляд понятиями: «инвалидность в искусстве» и «инвалидное искусство». Основное отличие заключается в том, что инвалидность в искусстве подразумевает искусство, созданное людьми с ограниченными возможностями здоровья, а инвалидное искусство включает в себя любые произведения искусства (изобразительного, театрального, кинематографического, литературы и др.), основной или одной из основных тем которых является инвалидность.

Говоря об инвалидности в искусстве, нельзя не отметить, известных публичных деятелей-инвалидов: Франсиско де Гойя, Джон Мильтон и др. Среди русских писателей и поэтов можно выделить Эдуарда Асадова, Николая Алексеевича Островского. Цель данной статьи: отражение проблематики «инвалидного искусства» на примере героев литературных произведений.

Представления о человеке с ограниченными физическими возможностями, основанные в основном на общепринятом мнении, чем на действительных знаниях человечества об инвалидности, формируются в культуре и воплощаются в различных видах искусства. Инвалидность – это определение физического отклонения, но не столько особенность тела, сколько производное культурного представления о том,

каким тело должно быть. Физическая неполноценность зависит от восприятия и субъективных суждений в гораздо большей степени, чем от объективной оценки состояния тела [2, с. 1]. Таким образом, инвалидность – это лишь то, как мы воспринимаем ее со стороны, культурная интерпретация физических изменений и отклонений, сравнение тел, которое оказывает влияние на социальные отношения и общественные институты.

Пожалуй, одной из самых основных проблем инвалидного искусства является отражение непринятия обществом граждан с ограниченными возможностями здоровья и борьба таких лиц за выживание, причем не столько физическое, сколько морально-нравственное. Примером может послужить известнейшее произведение Виктора Гюго «Собор Парижской Богоматери» и один из главных его героев – звонарь Собора, горбун Квазимодо [1, с. 3].

Проанализировав ряд литературных произведений, можно прийти к выводу о том, что герои-инвалиды, как правило, играют роли злодеев, жертв, вдохновляющих личностей или «уродов», а апогеем их жизненной истории выступают либо смерть, либо исцеление, либо изоляция от общества.

Говоря о злодействе, нельзя забывать о таком, всем известном персонаже русских народных сказок, как Баба Яга, обладающей костяной ногой. Примером злодейства в зарубежной литературе можно назвать героя сказочных повестей Джэймса Барри про Питера Пэна – капитана Хука. В конце произведения его ожидала смерть, а именно съедение крокодилом.

Рассуждая о примерах героев-инвалидов в искусстве обязательно нужно упомянуть о романе У. Г. «Форрест Гамп», по мотивам которого был снят одноименный фильм. Его герой выступает неподдельным вдохновляющим примером, которому удалось не просто поверить в себя, но и в одной из сцен волшебным образом исцелиться.

Чудесное исцеление также можно заметить в произведении Катаева В.П. «Цветик-семицветик». По сюжету, главной героине Жене фея подарила цветик-семицветик, при помощи которого

го можно было получить все, что угодно. В ходе удовлетворения собственных желаний, Женя встретила мальчика, обладающего ограниченными возможностями здоровья, по имени Витя. Благодаря последнему лепесточку и доброте Жени, мальчику больше не нужен костыль, и он может свободно бегать, прыгать и играть со своей спасительницей.

Не совсем типичный пример исцеления приводится в кинофильме «Аватар». Инвалид «излечивается» только в инопланетном теле, теле аватара. Поэтому его история (как героя-инвалида) оканчивается, когда он навсегда переселяется в здоровое тело.

Довольно часто герой-инвалид выступает лишь инструментом для исправления «здорового, но неблагоприятного» главного героя или метафорой преодоления бессилия, выступая образцом мужества, ярким примером конфликта между мужественностью и жалостью. С таких позиций представлены герои с ограниченными возможностями в таких кинолентах, как «Человек дождя» Б. Левинсона, «Рожденный четвертого июля» О. Стоуна и др. и в литературных произведениях таких как, например, «Рождественская песнь в прозе» Ч. Диккенса и т.д. Именно данный ролевой конфликт попадает

в центр внимания массовой культуры, которая обращается к образу инвалидности, олицетворяющему слабость, зависимость, уязвимость, потерю мужественности.

Таким образом, художественные произведения являются явным отражением действительности, и представленное восприятие людей с инвалидностью связано с фактическим отношением к ним общества. Однако, массовая культура не только отражает реальные проблемы людей с ограниченными возможностями, но и способна формировать у здоровой части общества толерантность к ним, пробуждать желание им помогать.

СПИСОКЛИТЕРАТУРЫ:

1. Susan Nussbaum. Disabled Characters in Fiction – URL: https://www.huffingtonpost.com/susan-nussbaum/disabled-characters-in-fiction_b_4302481.html
2. Симен-Северская О.В. Образ человека с ограниченными возможностями в культуре – URL: http://conf.msu.ru/archive/Lomonosov_2007/17/simen_severskaya_ob.doc.pdf
3. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер, 2004.

Ансер В.Б.

г. Железноводск,

филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Научный руководитель: к.п.н., доцент Безус С.Н.

ДЕТСКАЯ ЛИТЕРАТУРА КАК СРЕДСТВО АДАПТАЦИИ В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ

В 2012 году в образовании произошел переворот, который на протяжении долгого времени только набирал обороты. 29 декабря 2012 г. Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» вводит в российское образовательное пространство два принципиально новых для нашего общества понятия: инклюзивное образование и особые образователь-

ные потребности (ООП). Таким образом, начинает происходить включение в образовательную систему лиц с ограниченными возможностями здоровья и создание для таких людей необходимых условий получения качественного образования.

Введение данного закона способствует преодолению сложившихся еще с давних исторических времен симво-

лических барьеров, которые ведут к неравенству в обществе людей с ограниченными возможностями. Так в Средние века господствовало представление о физических дефектах как наказании за грехи или знаках причастности к злым духам. Такое отношение приводило не только к избеганию людей с физическими недостатками, но и появлению страхов перед ними. Поэтому их не допускали к работе и не давали участвовать в жизни общества. Наиболее приемлемым образом жизни для них стало затворничество и изоляция от окружающих. Вместе с тем, те или иные формы социальной помощи, защиты и заботы существовали во все времена и у всех народов, отражаясь в верованиях, мировоззрении или идеологии [1, с. 10].

Однако в рамках социальной политики идея социальной интеграции инвалидов начала широко реализовываться только в двадцатом столетии. Это нашло отражение в ряде научных работ и конечно в художественной литературе. Начиная еще с маленьких читателей, мы проводим работу по воспитанию в них культуры поведения и пути общения с детьми, которые с виду могут быть немногим не такими как они, но быть очень похожими внутренне, иметь общие цели в жизни. Важно объяснять, что дети-инвалиды так же на равных могут жить, любить, творить, достигать поставленных целей, поддерживать людей и оказывать помощь в сложных ситуациях, а самое главное быть признанными.

Уже в XIX веке в детской литературе стали появляться произведения, в которых решалась проблема включения детей-инвалидов в большой мир окружающей их жизни [1, с. 18]. Об этом повесть В.Г. Короленко «Слепой музыкант» [3]. Герой этой истории страдал от врожденной слепоты, но пройдя сложный и тернистый путь, он смог стать полноценным членом общества, быть интересным, жить содержатель-

но. Но все это было бы невозможно без окружающих его людей: матери, дяди, девушки, полюбившей его в юности, и студентов, высоко оценивших талантливую игру мальчика на фортепиано.

Автор подробно описывает познание окружающего мира и преодоление страхов мальчика посредством музыки. Вначале Петруся прислушивался к многоголосию весны, затем звучанию фортепиано. В конце концов, напевы народной дудки приводят мальчика к увлечению музыкой и овладению разными музыкальными инструментами. С возрастом к герою приходит не только любовь к окружающему миру, но и озлобленность, из-за изолированности от него. Преодоление этого лежало через сострадание, сочувствие чужому горю, к таким же, в чем-то обделенным людям. Найдя в этом выход из сложившейся ситуации, герой забыл о своих страданиях, а детское увлечение музыкой переросло не только в любимое занятие, но и определило цель и место героя в жизни [3].

Это была первая повесть, которая послужила дальнейшему созданию образа ребенка-инвалида, который может самореализоваться в обществе и взаимодействовать с окружающим миром. Так же показано, что способствует этому: грамотное воспитание, разумное отношение к ребенку родных и близких.

Данная тенденция воспитания отражена и в повести К.И. Чуковского «Солнечная» [5]. Именно такое название имела одна из двенадцати площадок санатория на берегу Черного моря для больных детей, с заболеваниями туберкулеза костей. Эти дети не могли пробежаться по берегу моря, поплавать на его ласковых волнах. Но они могли наслаждаться теплым солнцем и морским воздухом. Но не теплое солнце и море делало «Солнечную» такой, а персонал санатория, который окружал детей заботой и душевным теплом. «Солнечное окружение» для детей создавали медсестры, врачи, инструкторы, учителя. Они учили ребят и «политграмоте, и зоологии, и физике, переплетному и столярному делу» [5].

Каждый старался внести разнообразие в жизнь детей, чтобы у них была возможность испытать наслаждение

от работы при выполнении общественно-важного дела. Приобщение к всеобщему празднику Первомай отразилось в возможности изготовить праздничные украшения и преобразить свои кровати. Борьба за чистую речь и противостояние ругательствам объединила подростков, и, несмотря на свои физические ограничения, эти ребята проявляли инициативу, энергичность и желание что-то сделать. Занятость значимым делом им во многом помогала. Работая в команде, врачи стремились поставить детей на ноги, а педагоги и инструкторы всеми силами пытались укрепить у ребят веру в себя, веру в осуществление мечты, научить их быть полезными обществу, стране, в будущем включиться в творческую работу взрослых [5].

Одним из результатов терпеливой работы учителей стало отвлечение детей от их физического недостатка, недопомогания, боли. Они не забывали о своей инвалидности, ведь это невозможно, но меньше думали об этом. Стараясь завоевать признание и уважение сверстников, все пытались не показывать свои страдания и всячески доказывать, что болезнь и процедуры, приносящие боль, им нипочем.

Главная заслуга сплоченной работы персонала санатория состояла в том, что у детей пропадала угрюмость, чувства уныния и беспомощности, а появилась цель, придающая смысл их жизни.

Наиболее ярко в произведении А. Маршала «Я могу прыгать через лужи» мы можем проследить тенденцию положительного влияния на ребенка инклюзивного образования. Алан был простым здоровым с детства мальчиком, но вследствие эпидемии полиомиелита, потерял возможность ходить. Он был подвержен быстрому переутомлению и его лучшими друзьями стали костыли. Он не обращал на это внимание, но не мог понять, что же с ним не так, когда встречал взрослых, проявляющих по отношению к нему жалость [4].

Маленький Алан вовсе не считал себя особенным и каждым своим поступком доказывал это. Друзья так же заходили за ним перед школой, правда теперь уже отвозили его на инвалидной коляске, общались, дурачились и проводили совместно время. Однажды

один из мальчиков пригрозил Алану, что стукнет его по спине, на что мальчик дал достойный ответ. Все готовились к предстоящей драке. После занятий ребята вырезали противникам палки, усадили обоих на землю, и бой начался в равных условиях. Несмотря на свои проблемы со здоровьем, в равных условиях Алан одержал победу. Каждый раз судьба преподносила ему все новые и новые преграды, которые он, прилагая усилия, преодолевал. Так семья, друзья, окружение и самое главное равенство на других, желание показать, что он такой же, как и все, помогали ему в этом. А при создании более благоприятной среды и бесконечной веры в себя он научился плавать, охотиться и освоил верховую езду на пони. Повесть еще раз доказывает, что мироощущение ребенка с ограниченными возможностями, точно такое же, как и у здорового.

В художественной литературе, как в русской, так и в зарубежной существует множество примеров, где дети-инвалиды, несмотря на свои «особенности», ни в чем не уступали своим здоровым сверстникам. Их не надо бояться, у них нужно учиться.

Таким образом, произведения детской литературы не только готовят здорового юного читателя принять в свое окружение ребенка с особыми образовательными возможностями как равного, но и передают реальный опыт общения с ним, возможность посмотреть на проблемы с другой стороны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зотова Е. В поисках смысла: Инвалид с детства и его окружение. – М.: ЦСА «Одухотворение», 2006. – 132 с.
2. Книги, помогающие жить: Рекомендательный указатель литературы / Сост. Н.Е. Колоскова. – М.: Чистые пруды, 2008. – 32 с.
3. Короленко В. «Слепой музыкант» http://librebook.me/slepoi_muzykant/ (дата обращения 06.11.2017 г.).
4. Маршалл А. Я умею прыгать через лужи / Перевод О. Кругерской и В. Рубина – М.: Клевер-Медиа-Групп, 2015. – 336 с.
5. Чуковский К. «Солнечная» http://librebook.me/slepoi_muzykant/ (дата обращения 05.11.2017 г.).

Пышарева А.Е.

г. Ессентуки

филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ В ЛИТЕРАТУРЕ И ИСКУССТВЕ

Проблема инвалидности имеет место в любом обществе в любом историческом контексте. В современном мироустройстве с приоритетами гуманного отношения и равенства прав, где примерно 10% от населения – это люди с ограниченными возможностями, решение этой проблемы становится как никогда актуальной.

Инвалидность – это проблема не только одного отдельного человека, но и всего общества в целом. В настоящее время, когда заметно активизировалось участие государства в создании условий для реализации программы социальной поддержки и адаптации инвалидов, когда, благодаря инновациям и новым технологиям, появляется все больше и больше возможностей помочь таким людям, общество также начинает активнее участвовать в этом процессе. Для людей с ограничениями здоровья, как никогда ранее, создаются комфортные условия для жизни и самореализации. Раньше люди с особенностями развития оставались один на один со своей проблемой, потому что мир, просто не имел научной и технической возможности для обеспечения более комфортных условий для их существования. Поэтому общество зачастую просто игнорировало таких людей, а иногда и атаковало за их непохожесть, отличие от остальных. Эти проблемы нашли свое отражение в литературе и искусстве.

Литература – это художественное отображение жизни общества в определенный культурно-исторический момент времени. Поэтому проблемы инвалидности вне сомнения были описаны в произведениях многих авторов. Особенно часто писатели обращаются к проблемам детской инвалидности, потому что именно детям, с их неустойчивой и хрупкой психикой, труднее всего переживать трудности, связанные со своими ограниченными возможностями.

Обратимся к классике. В произведении Виктора Гюго «Собор Парижской богоматери» одним из главных героев выступает калека с рождения, «горбун из Нотр-Дама» Квазимодо. Можно сказать, что он – центральный персонаж романа. Из-за уродства, в ранние годы его отвезли в Париж в Нотр-Дам де Пари, где сначала хотели сжечь. Но Клод Фролло, молодой священник, вступился за ребенка и усыновил его. С годами Квазимодо стал звонарем, из-за чего абсолютно потерял еще и слух [1].

С самого рождения горбун был изгоем и таким остался на всю жизнь. «Изгоем становится тот, в ком большая часть окружающих людей начинает видеть то, что они отвергают в себе» [2] – в данном случае это было уродство. Клод отгородил Квазимодо от жестокого мира людей, где беспощадная толпа растерзала бы беззащитного уродца. Пример такому поведению народа служит отрывок из романа, где Квазимодо несет наказание у позорного столба. Люди не проявляют ни капли жалости, а лишь издеваются и кидают в горбуна камни – и все лишь из-за уродливой внешности. И никто, кроме цыганки Эсмеральды, уличной танцовщицы, не раскрывает красоту души Квазимодо, его глубокий внутренний мир, наполненный эстетическими идеалами. Только он, несмотря на свое физическое уродство, является истинным носителем нравственных ценностей: самоотдачи, самоотверженности и бескорыстия.

Также зачастую случается и в жизни: за физическими недостатками человека мы порой не можем или просто не хотим увидеть богатую и благородную душу.

Проблемы детей-инвалидов отражают в своих произведениях и современные авторы. В качестве примера такого произведения можно привести книгу М. Петросян «Дом, в котором...» [3]. В отличие от других произведений, ав-

тор не позиционирует инвалида как жертву и не делает из него обиженно-го злодея. В этом романе все по-другому. Инвалиды здесь – обычные люди, просто с какими-то особенностями, своеобразными чертами характера: скрытные и общительные, добродушные и злобные, мудрые и не очень. Они живут по своим законам, сами управляют своими судьбами и сами строят свое будущее. Каждый человек в Доме оценивается и сам по себе и, исходя из норм поведения группы, к которой он принадлежит [3].

Жанр произведения близок к фантастике, кто-то относит его к магическому реализму, кто-то к философской мистике. Но среди всех иррациональных и метафорических условий можно разглядеть вполне реалистичную картину жизни. В доме-интернате дети создали свой собственный, понятный только им мир: каждому своя роль, каждому – свое место в игре. «Дом» живет по своим, понятным каждому воспитаннику правилам, а внешний мир представляет для них, скорее скрытую угрозу, вызывает страх, который неизбежно нужно пережить после окончания учебы в интернате и необходимостью покинуть его.

Нам показан, возможно, жестокий, возможно несовершенный мир «Дома», но, несмотря на это, уходить из него страшно. Детдомовцы боятся, с одной стороны, вполне определенной вещи – «Наружности», то есть – момента выпуска из Дома. Этот детский страх не конкретизирован, источник – мир за домом, но чего именно боятся дети – им самим не понятно. Здесь скорее показан страх неизвестности. Дети не знают, какие законы будут в другом, таком чужом и непонятном мире. Этот страх усугубляется тем, что тема «Наружности» закрыта, и каждый ребенок остается со своими опасениями в связи с необходимостью выхода из «Дома», когда придется один на один преодолевать их самостоятельно. Здесь раскрывается одна из проблем детей-инвалидов: страх перед внешним миром, перед так называемой социальной интеграцией в общество, когда, выходя из интернатов и школ для детей с ограниченными возможностями, им придется самостоятельно постигать

законы внешнего мира, принимать для себя определенные правила, по которым надо заново учиться жить [2].

Страх перед внешним миром, боязнь быть обузой и чувство абсолютной ненужности имеют чисто психологическую основу. Эти сложные переживания, связанные с социальной адаптацией, возникают не только у тех, кто долгое время были лишены нормального общения со сверстниками, но и у тех, кто неожиданно для себя самого стал инвалидом во взрослом состоянии. В качестве примера можно привести кинофильм «Не могу сказать «прощай». Сергей получает травму на лесосеке: на него упало дерево и повредило спинной мозг. В результате он оказывается прикованным к постели, что уже является большой психологической травмой для молодого человека, привыкшего жить полной жизнью. Сергей морально подавлен, его состояние ухудшается предательством друга. Последней каплей становится уход от него молодой и любимой жены, которая не выдерживает больше беспомощности когда-то завидного жениха, а потом работающего и деятельного мужа. Сергей начинает задумываться о самоубийстве. «Психология самоубийства есть, прежде всего, психология безнадёжности» [4] – Сергей просто не видит больше смысла жить. «Потерял я себя, потерял», – говорит он матери.

Спасательным кругом для молодого человека оказывается любовь, отверженной им когда-то девушки. Именно она останавливает его, когда Сергей готовится выпить смертельную дозу лекарства. «Оставь мне половину, Сереж. Без тебя я не буду жить». Лишь две короткие фразы в корне меняют его отношение к Лиде и представление о жизни. Она показывает молодому человеку, что он – ее смысл жизни, каким бы он ни был. После того, как Лидя бросает ради него своего жениха,

у Сергея по-настоящему просыпается желание жить. Сил ему придает осознание своей общественной полезности: он начинает мастерить из дерева, преподавать, работать. Именно понимание своей нужности, своей способности быть самостоятельным и помогать другим, а самое главное – поддержка и понимание близкого и любимого человека ставят Сергея на ноги.

Примеры произведений литературы и киноискусства призваны воспитывать терпимость и гуманность. Они показывают обычным людям, что каждый из нас может внезапно стать инвалидом, утратить какие-либо жизненно важные функции. Становясь сопричастными чужому горю, мы можем примерить на себя трагические ситуации литературных или кинематографических героев, прочувствовать их боль из-за мнимой или реальной отвергнутости обще-

ством. Произведения литературы и кинематографа чаще всего не предлагают готовых решений, но учат понимать и принимать людей с ограниченными возможностями здоровья, помогать им в реализации самых смелых идей и жизненных планов, которые способствуют самореализации и становлению полноценным членом общества.

Но, безусловно, самым важным для человека с ограниченными возможностями остаётся поддержка любимых людей, их вера в него. И, следовательно, изменения в менталитете людей в отношении людей с инвалидностью должны начинаться с семейного воспитания, подспудно, ненавязчиво художественным словом и художественным примером героев, с которыми мы можем столкнуться в жизни и даже которыми можем стать сами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гюго В. Собор Парижской богоматери: Роман / Пер. с франц. Н. Коган. – М.: Худож. Лит., 1981. – 416 с.
2. Какие причины могут привести к тому, что человек становится изгоем? [сайт]. URL: <https://shkolazhizni.ru/psychology/articles/69655/>.
3. Петросян М. «Дом, в котором...» [сайт]. URL: <http://magazines.russ.ru>.
4. Психология самоубийства [сайт]. URL: <http://www.polezen.ru>.

Мельникова Д.М.

г. Ставрополь, ООО ТД ТСН-Авто

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ЗАРУБЕЖНОМ КИНЕМАТОГРАФЕ

Кинематограф, как один из ведущих видов современного искусства выполняет множество различных функций. С одной стороны он призван отображать актуальные общественно-исторические проблемы, с другой – способен формировать общественное мнение и взгляд людей на эти проблемы [1, 4]. Одной из актуальных проблем современной социальной реальности является рост числа людей с различными отклонениями в развитии. По данным ВОЗ, сегодня в мире насчитывается более 600 млн. людей с инвалидностью. Искусство и кинематограф стремятся

отражать мир людей с физическими и психическими недостатками, особым образом формируя положительное отношение к «особенным» людям, разрушая негативные стереотипы и объясняя их неповторимый внутренний мир.

Люди, с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, находят свое отражение не только в научных и документальных фильмах, но и в художественных, массово транслируемых в кинотеатрах и по телевидению. Содержательный психологический анализ кинообразов таких героев помогает лучше понять специфику их

нарушений, механизмы компенсации дефекта, отношение людей к собственному заболеванию, возможности для реабилитации и адаптации. В зависимости от смыслового замысла фильма портреты людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) различаются, но при этом очень схожими оказываются их основные клиничко-психологические особенности и динамика восприятия собственного дефекта.

В качестве эмпирического материала нашего анализа выступают 3 фильма, снятые в период с 2004 по 2007 г. Все эти картины, отражают реальные истории людей, главными героями являются мужчины, как с врожденными, так и с приобретенными формами паралича.

Следует дать краткое описание каждого фильма. Начнем с картины молодого испанского режиссера Алехандро Аменабара «Море внутри» (исп. *Mar adentro*), вышедшей в сентябре 2004 года. Фильм имеет множество международных наград, в том числе и Оскар в номинации «Лучший иностранный фильм». Главным героем фильма является галисийский моряк Рамон Сампедро Камеан. В возрасте 25 лет в результате несчастного случая он получил серьезную травму позвоночника, в результате чего, был полностью парализован в области ниже шеи. В медицине данное заболевание носит название тетраплегии и связано с повреждением спинного мозга. Помимо полной невозможности движения, у пациента была полностью утрачена чувствительность в поврежденной части тела. После полученной травмы, главный герой принимает решение умереть и в течение 28 лет пытается добиться разрешения на эвтаназию. Рамон считает, что жизнь калеки, которую он вынужден вести лишена достоинства и все, что он может сделать, это с достоинством умереть.

Вторым фильмом, выбранным для анализа, является кинокартина ирландского режиссера Дэмиена О'Доннела «А в душе я танцую» (англ. *Inside I'm Dancing*), вышедшей в октябре 2004 года. Здесь представлена целая группа людей, имеющих различные нарушения опорно-двигательного аппарата.

Главными героями являются два молодых человека – Майкл и Рори, пациенты закрытой клиники для инвалидов. Майкл с детства страдает церебральным параличом, Рори – мышечной дистрофией. Оба героя прикованы к инвалидному креслу, но имеют совершенно разный жизненный опыт и восприятие собственного дефекта.

Последним для анализа был выбран фильм французского режиссера Джулиана Шнабеля «Скафандр и бабочка», премьера которого состоялась в мае 2007 года. Главным героем является успешный в прошлом редактор модного журнала *Elle* Жан-Доминик Бобби, который также был практически полностью парализован в результате инсульта. Единственным не парализованным органом остается левый глаз, подмигивая которым главному герою удается не просто научиться общаться с окружающими людьми, но и написать книгу, ставшую в последствие бестселлером.

Какие же важные психологические особенности, раскрыты в данных кинокартинах. Первое, во всех картинах глубоко проанализирована и отображена динамика отношения к своему дефекту, этапы принятия личностью тяжелого неизлечимого заболевания. Большинство героев-инвалидов имеют схожие типы или схемы реагирования, которые сменяют друг друга в определенной последовательности. Как отмечает К. Добротворская, на первом этапе человек отрицает факт болезни, старается не замечать симптомы. Он старается убедить себя и окружающих, что произошла ошибка, путаница. Несмотря на это, человек начинает испытывать страх, появляется растущее чувство тревоги, появляются внутренние диалоги, приводящие к выводу об отсутствии правдивости случившегося [2]. Следующей стадией является гнев, который выражается в форме злости,

раздражения, агрессии, направленной на все происходящее вокруг, обвинением окружающих в случившемся. Стил поведения становится крайне непродуктивным: пациенты не принимают необходимость лечения, не сотрудничают с окружающими. Стадия «магического мышления» характеризуется спадом эмоционального напряжения, которое достигается верой в возможность отсрочки неизбежного. Зачастую проявляется внутренними диалогами, исходом которых является нереалистично оптимистичный исход [1, 3].

Позиция сотрудничества, которую могут демонстрировать пациенты является обманчивой, человек ждет чудесного излечения любым способом. Депрессивная реакция развивается на почве разочарования в «магической стадии». Основными проявлениями становятся аффект тревоги, тоски, отчаяния. На данном этапе человек принимает факт личной ответственности за последствия случившегося и необходимость изменения поведения. В высказываниях больных на этой стадии выражено переживание одиночества и утраты смысла [2]. Стадия принятия связана с использованием конструктивных копинг – стратегий для преодоления эмоционального стресса, связанного с травмирующей ситуацией и реальная оценка собственных сил в решении проблемы, обретение новых ценностных ориентаций и смысла жизни, несмотря на болезнь. Не все пациенты проходят все стадии, иногда люди застревают на том или ином этапе, но порядок сохраняется всегда.

Наиболее ярко все стадии принятия болезни отражены в «Скафандре и бабочке»: на первом этапе главный герой испытывает шок, не понимает, где он находится, и что с ним произошло. Постепенно он начинает осознавать, что находится в больнице, но из разговоров врачей делает вывод о

том, что явление полной обездвиженности носит временный характер и очень скоро к нему вернется движение и речь. Жан – Доминик также строит планы на будущее: «путешествие, роман, театральная пьеса и появление в продаже фруктового коктейля моего изобретения». На стадии гнева главный герой задается вопросом «разве это жизнь?», негативно настроен к врачам за то, что он вынужден теперь вести такую жизнь. После первых успехов на занятиях у логопеда, у Жана – Доминика появляется надежда, а кроме того, теперь он может общаться с окружающими, хоть и своеобразным способом. Кроме того, он активно использует воображение, с помощью которого переносится в разные периоды своей жизни. На стадии депрессии, главный герой мечтает о смерти, понимает, что полное выздоровление невозможно. Что же помогло ему перейти на стадию принятия своей болезни? Он обретает новый смысл: рассказать всем о своей болезни, о том, каково это быть «запертым внутри собственного тела», о своей жизни до произошедшего события. Жан – Доминик решает издать книгу, в написании которой ему помогают как врачи клиники, так и его друзья. После реализации этого смысла, а именно, после выхода книги, главный герой умер.

Главный герой «Море внутри», который получил свою травму, достаточно давно находится скорее на депрессивной стадии переживания болезни. Рамон не видит смысла своего существования, желает умереть, чувство беспомощности вызывает у него сильно выраженные негативные эмоциональные реакции. Он считает, что жизнь в таком состоянии лишена достоинства «и все, что я могу, это с достоинством умереть». Только в конце фильма он обретает новый конструктивный смысл жизни – издать книгу со своими стихами. Основным компенсаторным механизмом, как и у героя первого фильма, для него является воображение. Рамон часто представляет себе, как он обретает возможность двигаться, поднимается с кровати, вылетает в окно и летит к морю.

В фильме «А в душе я танцую» рас-

крыты два типа реакции пациентов на тяжелое нарушение функции ОДА. Майкл, страдающий церебральным параличом, уже давно смирился с болезнью, потерял вкус к жизни; Рори, напротив, скорее отрицает тяжесть своего заболевания, пытается жить полной жизнью, ведет себя агрессивно с врачами. Кроме того, в данной картине также хорошо отражены два типа личностных особенностей, которые встречаются у людей с нарушениями ОДА: первый тип – это завышенная самооценка, эгоцентризм, повышенная требовательность, обидчивость. Второй – это низкая самооценка, неуверенность в себе, инфантилизм, внушаемость.

Все три фильма раскрывают психологические механизмы стратегий совладания с такой травмирующей ситуацией как утрата моторных функций, получение инвалидности. У героев присутствуют все типы когнитивных coping – стратегий: 1) направленные на ситуацию (например, «мистическое разрешение ситуации»); 2) направленные на экспрессию («фантастическое выражение», написание стихов, книги); 3) придание смысла происходящему (борьба за эвтаназию, написание романа, борьба за право самостоятельной жизни. В нахождении нового смысла в жизни всем этим персонажам помогают другие люди, «смысл может актуализироваться только в соприкосновении с другим (чужим смыслом)» [2, 3].

В связи с разрушением негативно-го стереотипа людей с инвалидностью, открывшиеся в последней трети XX века, актуализировался глубокий потенциал явления «инакового», свое-

образного отстаивания права на самобытность, повлекший за собой как раскрытие личностного аспекта человека, так и вскрытие архетипических пластов сложного содержания образа «особого человека», его амбивалентной природы. В колоритном образе «особого человека» синтезируется механизм моделирования новых коммуникативных образцов как отклик на острейшие проблемы современности. Безусловно, в основном в фильмах отражен обобщенный образ человека с нарушением ОДА, раскрыты наиболее яркие проявления расстройства, в реальной жизни куда более редко встречаются люди с такими адаптивными возможностями, как в кино.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воронечная-Соколова Ю.Г. Образ «особого человека» в западном кинематографе: авт. дис. ... канд. иск.: 17.00.09. – Санкт-Петербург, 2016. – 24 с.
2. Добротворская, К. Болезнь. Память о смысле / К. Добротворская // Сеанс. Журнал о кино. [СПб.], 1996. №13. [Электронный ресурс]. – URL: <http://seance.ru/n/13/glava4-kosmos-bergmana/bolezn/> (дата обращения: 17.10.2017).
3. Колесин А. Н. Творческая реабилитация особых людей как феномен культуры / А.Н.Колесин // Творческая реабилитация детей, подростков и молодых людей с особыми потребностями: материалы международной научно-практической конференции 30 ноября – 1 декабря 2001 года. – СПб.: ГАООРДИ. 2001. – С. 23–28.
4. Эйзенштейн, С. Неравнодушная природа. Т 1. Чувство кино / С. Эйзенштейн. – М., 2004. – 686 с.

Резанова А.С.

г. Железноводск,
филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Безус С.Н.

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ В ИСТОРИИ

В наше время проблема инвалидности, полное принятие и адаптация людей с ограниченными возможнос-

тями здоровья в социуме, несомненно, является актуальной и немаловажной. Но отношение людей к инвалидам

проявляется по-разному. С одной стороны, к ним относятся со страданием и сочувствием, их принимают, помогают приспособиться к окружающему миру. С другой стороны, можно наблюдать и отрицательное отношение: физические здоровые люди считают, что инвалидам не место в обществе здоровых людей, стараются избегать общения и изолировать от себя «не таких, как все» [1]. Цель данной статьи – изучить историю развития проблемы инвалидности, проследить, как со временем менялось отношение к инвалидам и, какую динамику приобрело это развитие.

В древние времена люди-инвалиды занимали самую низкую ступень в социальной иерархии. Их считали тяжким бременем, прослойкой, не приносящей никакой выгоды, преобладали идеи об их физическом уничтожении (достаточно вспомнить, как расправлялись с недоразвитыми младенцами в Древней Спарте) [3]. Они бедствовали и вымирали. В это время отмечался низкий уровень экономического развития общества и тех, кто не мог внести какой-либо вклад в обеспечение не только своего рода, племени, но и себя самого, своей семьи, презирали. Подобное отношение к тяжело больным, физически ослабленным людям продолжалось довольно долго. Но со временем отношение к людям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидности в целом стало меняться в лучшую сторону.

В Древней Руси инвалиды были под защитой князя. Великий князь киевский Владимир Святославович в 996 г. издал устав, который обязывал духовенство заниматься общественным призрением. Он определил десятину на содержание богаделен, монастырей и больниц [2]. В монастырях и церквях на протяжении многих веков оказывалась социальная помощь старым, больным и увечным. Монастыри содер-

жали больницы, богадельни, детские приюты. В Москве, например, с XVIII в. до начала XX в. росло число обитателей для больных и увечных. Обобщенные результаты приведены в таблице 1.

Духовное и социальное развитие общества меняло мнение о людях и человеке. Но до полного признания инвалидов полноправными членами общества было ещё далеко. Общество средних веков понимало и принимало инвалидов как «проклятых богом», это и стало причиной непринятия таких людей в своё общество, а также неприязни к ним [2].

Следующим этапом становится мысль о том, что необходимо привлекать инвалидов к какому-то посильному труду. С одной стороны, для того что бы инвалиды хоть как-то зарабатывали себе, с другой стороны, чтобы в небольшой степени снять эту «обузу» с общества. 8 декабря 1921 г. были введены 6 групп инвалидности (см. описание в таблице 2).

Таким образом, начали определять тяжесть нарушения у больных, прежде всего, сопоставляя эти нарушения с требованиями профессиональной деятельности, которые предъявляли к состоянию здоровья работающего. А в 1923 г. на смену шести-групповой пришла трех-групповая классификация инвалидности. Было утверждено, что инвалиды разделяются на три группы (см. описание в таблице 3).

Постепенно в сознании социума формируется и укореняется понимание того, что инвалидов не должны изолировать от общества, а тем более, дискриминировать таких людей в обществе. На сегодняшний день отношение к людям с ограниченными возможностями здоровья значительно улучшилось. Для них выделяют денежные средства в виде всевозможных льгот и пособий, а также для строительства реабилитационных центров разных направлений. Но самой главной проблемой до сих пор остается духовное развитие людей инвалидов, моральная поддержка и принятие их в общество.

Если обратиться к истории России, то можно увидеть много известных личностей-инвалидов: у фельдмаршала, главнокомандующего русскими войс-

Таблица 1. ЧИСЛО ОБИТЕЛЕЙ В МОСКВЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ И УВЕЧНЫХ В XVIII – НАЧАЛА XX В.

Дата	Начало XVIII в.	1719 г.	90-е гг. XIX	1 декабря 1907 г.
Число обитателей (богаделен, монастырей и больниц)	Около 20	90	500 больниц и 660 богаделен	907 женских и мужских монастырей

Таблица 2. ШЕСТИ-ГРУППОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Группа	Интерпретация группы
VI группа	инвалид может дальше продолжать свою профессиональную деятельность, но только если производительность будет ниже
V группа	инвалиду необходимо уйти со своей постоянной работы, но работа той же квалификации на новом месте может оказаться ему по силам
IV группа	инвалид не может так же в полной мере продолжать свою постоянную профессиональную работу, но может перейти на другую профессию, но более низкой квалификации, которая позволит ему продолжать свою деятельность в соответствии с состоянием здоровья
III группа	инвалид не дееспособен, ни к какому постоянному профессиональному труду, но в какой-то степени способен легкими работами зарабатывать средства на жизнь
II группа	инвалид способен обходиться без помощи посторонних людей, но не дееспособен к какому-либо профессиональному труду
I группа	инвалид нуждается в помощи, а также не дееспособен ни к какому профессиональному труду

Таблица 3. ТРЕХ-ГРУППОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИНВАЛИДНОСТИ

Группа	Интерпретация группы
I группа	лица, нуждающиеся в постоянном уходе, так как полностью утратили дееспособность
II группа	люди, которые полностью утратили способность к профессиональному труду по своей профессии, а также по другим отраслям.
III группа	люди, неспособные к постоянному труду по своей профессии на тех же условиях, но для них возможна трудовая деятельность, которой достаточно для: не постоянной работы, при коротком рабочем дне, другой профессии, с более низкой квалификацией

ками в войне 1812 г. М.И. Кутузова, не было глаза; у первого главы СССР, революционера В.И. Ульянова (Ленина) в последние годы жизни был паралич, он был «прикован» к инвалидной коляске; у русского Царя Ивана Васильевича IV (Грозного), наблюдались психические расстройства в тяжелой форме; а у генералиссимуса, второго главы СССР И.В. Джугашвили (Сталина) час-

тичный, но не полный паралич верхних конечностей.

Эти знаменитые люди не единственные в мировой истории, но сам факт, что они достигли в своей жизни многого за счет личного мужества и силы воли, свидетельствует о необходимости их признания полноправными членами общества. Они могут приносить в нашу жизнь иногда и большой вклад. Эти

люди, несмотря на свои ограниченные возможности, не опустили руки, не побоялись трудностей на своём пути, взяли всю волю в кулак и совершили много важных для общества поступков. Для реализации потенциала людей с ограниченными возможностями здоровья необходима помощь, «толчок» для развития их способностей, который поможет им не только легче переносить социализацию, но и решить проблемы с обеспечением своей жизни.

Сарна О.В.

г. Ессентуки,

филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Иохвидов В.В.

ПРОБЛЕМА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В МИРОВОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

На данный момент, перед всем миром стоит важный вопрос, который не терпит отлагательств, он связан с проблемами инвалидов в современном обществе. Эта проблема является наиболее актуальной для рассмотрения, что аргументируется международными статистическими данными. Согласно им численность инвалидов во всех странах мира, в частности в России, стремительно растёт. Этот наиважнейший вопрос касается всех сторон нашего общества: от социальных организаций и законодательных актов до атмосферы, в которой растут и живут люди с особенностями. Факторами, вызывающими большое увеличение рождаемости детей-инвалидов, являются: плохая экология, нехватка финансирования, рост травматизма, болезнь родителей, низкий уровень медицины, асоциальный образ жизни родителей.

Таким образом, можно сделать вывод, что на протяжении всей истории существенно менялось отношение к людям с ограниченными возможностями здоровья от их презрения и отчуждения, до принятия их в общество и помощи им не только в социализации, но и в их существовании как таковом. Необходимо и в дальнейшем продолжать эту работу, а самое главное над принятием в социум каждого инвалида таким, какой он есть.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зозуля Т.В. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т.В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В.В.Чешихина; под ред. Т.В. Зозули. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 304 с.
2. Епифанова Е.В. Правовые основы медико-социальной экспертизы Учебное пособие. – Краснодар, 2013. – 58 с.
3. Краткая история философии: Учебник / Под ред. В.Г. Голобокова. – М.: Аст и Олимп, 1997. – 560 с.

Но всё-таки, дети-инвалиды – это часть общественного потенциала мира. Стоит отметить, что около четверти лауреатов нобелевских премий являются людьми с ограниченными возможностями здоровья. Если углубиться в историю, то можно отметить, инвалидами были такие великие деятели, как слепой Гомер, русский князь Ярослав Мудрый, американский президент Франклин Рузвельт и глухой Бетховен. Из этого следует, что люди с ограниченными возможностями могут очень многое. Наша задача помочь им вовремя.

Так как эта проблема была актуальна во все времена и особенно сейчас, то следует обратить больше внимания на литературу, созданную для неравнодушных читателей. Проблемы детей-инвалидов отражены в рассказах, мировых бестселлерах, по которым было снято много кинокартин и напечатаны

миллионные экземпляры книжной продукции. Например, повесть писательницы Тамары Крюковой «Костя + Ника» – это лёгкая и добрая книга, даже в какой-то степени наивно-трогательная. Она пользуется большой популярностью и любовью у читателей. Главный герой, мальчик Костя – добрый, преданный и верный человек, который держит своё слово и отвечает за каждый свой поступок. Но с другой стороны, он способен на совершенно необдуманные поступки, будь-то спонтанная поездка, или попытка найти «яблоки на берёзе». Он верил в свою подругу Веронику больше, чем она в себя. Он знал, что сможет сотворить то самое чудо, которое поставит девочку на ноги. Ему это удалось. Самыми главными факторами этого успеха были: любовь, дружба, забота и внимание [1].

Проблемы людей с особенностями развития, также нашли своё отражение в масштабах мировой литературы. Они встречаются в интересных произведениях графини де Сегюр, которая родилась в конце XVIII века, а именно в 1799 году в Санкт-Петербурге и являлась урожденной Ростопчиной. Сегодня, её произведения стали доступны для большого круга читателей, они настолько захватили человеческие умы, что о них с каждым днём говорят всё больше и больше. Например, её «Бесёнок, или Славный малый» – рассказывает о любви между мальчиком-сиротой и доброй слепой девочкой. За рубежом, эта проблема наиболее активизировалась в литературе после Второй Мировой войны. В отечественной же литературе, дети с ограниченными возможностями исчезли со страниц книг после Октябрьской революции 1917 года и вернулись совсем недавно.

В статье Сюзан Нуссбаум «Герои-инвалиды в художественной литературе», книги об особенных героях рассмотрены с другой стороны. Она выделяет несколько сюжетных линий героев-инвалидов, которые стандартно заканчиваются смертью, госпитализацией, другими словами изоляцией, либо исцелением. Эта форма, по мнению Сюзан Нуссбаум, может немного изменяться, но обычно выглядит, таким образом: жертва-инвалид, встречает

самовлюблённого протагониста без инвалидности, в итоге их взаимодействия жертва выздоравливает, а протагонист избавляется от эгоизма. В подтверждение своей теории, она приводит в пример, ряд книг, таких как «Рождественская песнь в прозе», где маленький Тим является жертвой, а Мистер Скрудж протагонистом без инвалидности. В финале Скрудж перевоспитывается, а мальчик Тим излечивается. Также «Человек дождя». Но, как нам кажется, эта формула более характерна для современных книг, так как многие писатели хотят добавить «перчинку» и вводят в сюжет мотив конкуренции или не редко используют любовную линию между главными героями [2]. Сюзан Нуссбаум приводит целый список рассказов, где она анализирует множество историй и напротив каждой делает заметку о стереотипной роли героя, которую играет персонаж, а также окончание его сюжетной линии. Она подчёркивает, что даже самые знаменитые и опытные писатели не всегда знают, о чём говорят.

Нельзя однозначно согласиться с категоричными выводами Сюзан Нуссбаум. Наш анализ произведений детской литературы показал, что возможны и другие интерпретации. В частности, можно перечислить целый ряд произведений, где отражена реальная история человека с инвалидностью. Например, можно выделить произведение Б.Н. Полевого «Повесть о настоящем человеке». Здесь исцеление главного персонажа происходит за счёт его собственной жажды жизни, желания послужить Родине, что и придает ему упорства в преодолении недуга. Это произведение – очень показательно со стороны отношения к инвалидам в советское время. Хотя в это время и были созданы учреждения закрытого типа, куда отправлялись взрослые и дети с инвалидностью, но культивировались другие ценности:

самопожертвование, несгибаемая воля в преодолении трудностей, патриотизм. Именно эти ценности советского человека и придавали ему мужества в борьбе с собственными недугами.

Отмечая положительное влияние литературы на формирование веры человека в свои возможности, стоит отметить, что именно детские книги чаще всего имеют счастливый конец. Это всё наполняет детские сердца верой в справедливость. Но встречаются и главные герои книг с ограниченными возможностями здоровья, которые испытывая тяжелые переживания вследствие болезни, подвергаются изоляции и госпитализации, и, в конце концов, могут умереть. Такие случаи закономерны для реальной жизни. Они показывают маленьким читателям, что болезни бывают разными, и медицина не всегда способна помочь таким людям, даже, если они сами будут искренне верить в исцеление и надеяться на выздоровление. В реальности чудеса встречаются совсем редко, но это не означает, что мы не должны помогать таким людям и делать все возможное, что в наших силах.

Существует и другой подход в литературных произведениях, когда автор пытается показать изнутри внутренний

мир своего героя. Как правило, к числу таких писателей относятся те из них, кто имел непосредственный контакт с реальными детьми с каким-либо недостатком в развитии, оказывал им или их родителям психологическую помощь. В этой связи стоит выделить книгу Андреаса Штайнхёфеля «Рико, Оскар и тени темнее темного» [2]. Здесь главный герой представлен не как страдалец, а как почти обычный человек, который вспоминает о своей слабости лишь тогда, когда сосед обзывает его «дурьей башкой» (у мальчика отставание в развитии). Рико – так зовут главного героя, не единственный в книге ребенок с ограниченными возможностями здоровья, хотя так его назвать не позволяет здравый смысл, ведь он внимательный и целеустремлённый мальчик-детектив. Это произведение напоминает нам о размытости такого понятия, как «психическая норма».

Вся художественная литература, будь она западная или восточная, написана ли она в прошлом или в настоящем, подтверждает, что жизнь человека с ограниченными возможностями связана с большим количеством трудностей. Такие люди, так или иначе, страдают от своего дефекта, но страдают и их близкие. Вот почему так важно своевременно приходить им на помощь, оказывать поддержку и понимание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Крюкова Т.Ш. Костя и Ника: Повесть. – М.: Издательство: Аквилегия-М, 2007. – 320 с.
2. Штайнхёфель А. Рико, Оскар и тени темнее темного. – М.: Изд.: Самокат. – 2012. – 208 с.

Хрущева А.М.

г. Железноводск,

филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Безус С.Н.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ИСКУССТВА НА ЭСТЕТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Проблема людей с ограниченными возможностями здоровья, включая лиц с синдромом Дауна, очень актуальна в наше время. Для их реабилитации и полноценной жизни уже сейчас со-

здаются все необходимые условия. Но сделать нужно еще достаточно много. Самое главное – начать эту работу как можно раньше, с самого детства, оказывая квалифицированную психолого-

педагогическую помощь самому ребенку, а также его родителям.

Детей с синдромом Дауна часто называют «солнечными». Они очень добрые и открытые, необычные, у них полностью отсутствует агрессия. Как и обычные дети, они любят играть, петь, танцевать, прыгать, шалить. Но изучать что-то новое, развивать свои способности они могут только в атмосфере любви.

Долгое время существовало мнение, что люди с синдромом Дауна не могут быть полноправными членами общества, потому что их почти невозможно ничему обучить. Для них создавали специальные пансионаты или учреждения, где они осваивали навыки самообслуживания, при этом были полностью изолированы от здоровых людей. Но к концу XX века в общественном мнении произошел пересмотр сложившихся стереотипных представлений в области развития и обучения детей с синдромом Дауна. В научных исследованиях были разработаны и внедрены в практику новые передовые методики обучения, которые направлены на расширение физических навыков и укрепление психики таких детей. Кроме того, данные методики направлены на развитие личности при помощи творчества и приобщения к искусству [1, с. 68].

Коррекционная, лечебная работа, которая проводится с детьми уже с раннего возраста, оказывает огромное влияние на потребностно-мотивационную сферу личности ребенка. В то же время в условиях изоляции детей в специализированных учреждениях сложности, которые свойственны данному варианту психофизиологического нарушения, значительно усугубляются [1, с. 105]. При построении коррекционно-развивающей деятельности с такими детьми следует опираться на данные морфологии мозга и учитывать функциональную специфичность правого и левого полушарий. Каждое полушарие (левое или правое) отвечает за различные виды деятельности. Правое в большей степени связано с осуществлением творческих видов деятельности: лепка, театральная деятельность, рассматривание художественных произведений, музыка, пение, рисование

Левое – обеспечивает распознавание речевых сигналов, участвует в построении связной речи, письме. В коррекционно-развивающей работе важно предлагать детям с синдромом Дауна различные упражнения и виды деятельности, что будет укреплять взаимосвязь между полушариями, оказывать положительное воздействие на развитие ребенка [3, с. 91].

Характерной особенностью таких детей являются подражательность и музыкальность, поэтому на занятиях, как предполагают современные методики, важно отводить им большое внимание. Необходимо включать специальные игры под музыку, ритмические паузы и движения, разучивание простых стихотворений, считалок и потешек. Если «солнечные дети» обучаются этому в группе, то они приобретают необходимые навыки общения [3, с. 59].

В России и за рубежом открывают специализированные театральные студии, в которых обучаются и играют дети с синдромом Дауна. По словам режиссеров этих студий, это новая современная форма подхода воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии. У некоторых детей уже в течение первого года наблюдается прогресс: они лучше говорят, приобретают уверенность и самостоятельность. Выступления на сцене для них представлены в игровой и демонстративной формах, а декорации и театральный костюм являются важными элементами их действия.

Костюм в театре – это главный атрибут каждого актера, служащий для перевоплощения. Он помогает наиболее полно понять и раскрыть характер героя, передать театральный образ. Для детей с синдромом Дауна всё происходит на самом деле: сцена, костюмы, декорации, зрители. Поэтому у каждого ребенка повышается не только инте-

рес к своей роли, но и ответственность. Дети, которые играют в театре, начинают сознавать собственную значимость и возможность влиять на мир вокруг, а именно быть неотъемлемой частью театрального представления, вызывать положительные эмоции у зрителя, что укрепляет уверенность в собственных силах. В результате этого наблюдаются положительные изменения в развитии: корректируется речь, вырабатывается умение владеть ею, улучшается двигательный аппарат [2, с. 13].

Для того чтобы «солнечные» дети не ощущали себя ненужными, одинокими, отличающимися от других детей важно раскрыть для них понимание жизненных ролей и своего внутреннего «Я». В театральной деятельности они приобретают коммуникативные навыки: принимают участие в репетициях, взаимодействуют между собой. Для таких актеров эти выступления, не только средство общения со сверстниками, но и со зрителями. Игра на сцене помогает детям не ощущать себя изолированными от общества людьми [2, с. 15].

Даже если при синдроме Дауна у ребенка в высокой степени нарушается развитие высших психических функций, у него остаётся первичная способность к образному восприятию окружающей действительности, сохраняется возможность использовать художественные символы реальных объектов.

Занятия арт-терапией начинаются после комплексных психологических и медико-терапевтических диагностик, которые выявляют как нарушенные

психические функции, так и уже приобретенные навыки. По результатам диагностик для такого ребенка назначается определенная индивидуальная или групповая форма коррекционной работы, которая сочетается с арт-терапией. Такие занятия основываются на психологическом контакте специалиста с ребенком, а также его ближайшим окружением.

Психологический контакт применяется для развития познавательных процессов и эмоционально-личностных качеств человека. Он является условием психокоррекции, а также инструментом психологического воздействия. Контакт между педагогом и «солнечным» ребенком начинает устанавливаться уже во время диагностики. В дальнейшем он постепенно развивается в течение всего процесса арт-терапии. Когда контакт налаживается и переходит в общение, его уже можно расценивать как развивающий, который способен оказать терапевтическое воздействие. Благодаря арт-терапии, у «особенных» детей развиваются коммуникативные навыки, им проще общаться с родителями, педагогами, сверстниками в группе. Они получают положительные эмоции от работы, выражают себя, приобретают уверенность в собственных действиях.

В заключении отметим, что воспитание и развитие людей с синдромом Дауна необходимо начинать с раннего возраста. Таким детям важна поддержка, понимание со стороны взрослого, правильно выстроенная система работы не только педагогов, но и родителей, тогда они почти не будут отличаться от здоровых людей. Искусство помогает в непринужденной обстановке, в приятной атмосфере развивать необходимые навыки для дальнейшей жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ковалева Е., Синицина Е. Дети-инвалиды в современном обществе. – М.: Лист-Нью, 2005. –136 с.
2. Толмачева Г.В., Борисова Е.А. Специфика театральной студии для детей с синдромом Дауна // Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 1. – С. 12–15.
3. Шихерева М.Л., Сюзан Дж. Синдром Дауна: рекомендации для родителей. – М., 2007. – 124 с.
4. Жиянова П.Л. «Солнечные» дети, формирование навыков общения. – СПб., 2016. – 248 с.

Шранко О.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

ПОРТРЕТЫ ШУТОВ Д. ВЕЛАСКЕСА

В произведениях мирового искусства изображения людей с ограниченными возможностями здоровья встречались не часто, начиная с эпохи Возрождения, когда в гротескной форме изображался человек-титан, идеализированный внешне и духовно. К низменной стороне духовного опустошения людей обращался в своих метафорических картинах нидерландский художник XVI века Иероним Босх. Он изображал человека с частями различных животных и птиц, подчеркивая тем самым, что за внешним благополучным фасадом людей могут скрываться низменные чувства и страсти.

Раскрыть реальный внутренний мир людей с ограниченными возможностями здоровья первым решился художник XVII века Диего Родригес де Сильва-и-Веласкес, который был придворным живописцем короля Испании Филиппа IV. В обязанности человека, занимающего эту должность, входило написание портретов королевской семьи и знатных особ, придворных, крупных феодалов, живущих при дворе. Почти сорок лет художник был вынужден изображать одни и те же лица, невыразительные и непривлекательные. Работы должны были быть написаны в духе парадного придворного портрета, отличающегося строгостью, обилием символических деталей, подчеркивающих титул и именитость изображаемой особы.

Часто Д.Веласкес создает на полотнах церемониальную обстановку, выбирает для персонажей величественные позы, детально воспроизводит богато украшенные придворные костюмы. Искусствовед Т.В. Ильина подчеркивает, что мастер точно передает различные фактуры тонкого шелка платья, стали доспехов, кружева, драгоценных камней, ковров и портьеры [1].

Д.Веласкес работает широкой кистью, но обилие красок при этом не со-

здает ощущения пестроты. Художник создает колористическое единство в опоре на общий жемчужно-серый тон работы. Создается впечатление, что краски сияют изнутри картины. Живописец рассматривает возможные сочетания серого с розовым и красным цветами, и серого с черным. При помощи этих сочетаний передается воздушная среда и пространство. Колористическая гармония кажется естественной и простой [1, с. 144].

В портретах знати и короля соблюдаются все особенности, отражена величественность и парадность, при этом передается сущность моделей, особенности характера, их ничтожность, жестокость и бесчеловечность. Король явно не обращал внимания на свой, хотя и представительный, но образ заурядного человека, не обладающего живым умом и искренностью, изображенный на полотнах Д.Веласкеса.

Более искренними по сравнению с взрослыми персонажами, в работах художника предстают дети: принцы и принцессы. Хотя модели неподвижны, а образы богаты пышными нарядами и деталями, они излучают душевную чистоту [1, с. 147].

Одним из ярких серий работ являются портреты придворных карликов, за них не платили вознаграждения, художник работал исключительно для себя. Карликами называют людей с врожденными аномалиями тела и психики. Среди них часто встречались неординарные, талантливые личности, которых при дворе короля не воспринимали всерьез, хотя при испанском дворе шуты и карлики редко подвергались издевательствам, так как испанский придворный этикет был достаточно строг. Отношение к ним скорее напоминало отношение к комнатным зверям: можно забавляться их выходками, но никому и в голову не придет брать в расчет их личные интересы, душевные пережи-

вания. Как правило, карлики осуществляли функцию шутов, или выполняли другую несложную работу [3].

Исследователь искусства А. Крылов пишет, что карлик-шут мог делать замечания даже самым высокопоставленным господам, на которые не решались никто из его окружения. Такие карлики всегда имели доступ к королям, фамильярно обращались с суверенами и могли говорить без разрешения. Также карлики могли бить в костельные колокола, дуть в рожок во время турниров, оповещать гостей или удерживать коня во время торжеств. Они могли служить пажами, посыльными, поверенными, иногда занимались выявлением различных интриг при дворе [3].

Диего Веласкес работал над портретами карликов и шутов, начиная с 1640 года, когда у короля Филиппа IV во дворце проживали около 110 карликов – самый большой штат в Европе. Художник в этих работах также выступил как великолепный психолог и на фоне заурядных портретов знати и господ создал глубокие, передающие душевные качества моделей, произведения. Это живые, много переживающие люди со своими проблемами, потребностями, пристрастиями [2]. Портреты отличаются особым психологизмом, минимумом внешних деталей, уделяется внимание внутреннему миру персонажей, физические недостатки опускаются и уходят на второй план [3, с. 24].

Рассмотрим портреты Д. Веласкеса подробнее. Остановимся на трех наиболее известных: портрете Франциско Лескано, Себастьяна де Морра, Эль Примо. Франциско Лескано родился в северных областях Испании, где недоставало йода, что и могло спровоцировать развитие у него заболевания, вследствие которого он резко отставал в развитии от сверстников. Он при-

надлежал принцу Балтасару и прожил двадцать два года [3, с. 25].

Ф. Лескано на портрете изображен молодым человеком, почти подростком, сидящим в расслабленной позе, на фоне справа изображен морской пейзаж. Портрет – контрастный, более светлой и яркой является фигура, особенно лицо и руки модели. Изображенный неряшливо одет, ворот светлой рубахи выбивается из-под темной ливреи, на светлых рукавах застыли несколько грязных пятен. В руках Франциско Лескано сжимает небольшой колокольчик, но его внимание поглощено художником, он смотрит на рисующего прищуренными глазами, наклонив голову влево и демонстрируя открытый рот и большой зуб. У молодого человека имеются явные признаки большого кретинизма, что передает непропорциональная короткая фигура, толстые и кривые ноги, широко расставленные глаза, низкий лоб и одутловатое лицо. Светлые русые волосы и темное одеяние подчеркивает бледность лица и рук. Мужчина сидит на драпировках, свесив одну ногу. Работа выполнена в бледных зелено-голубых тонах. В лице передан интерес к происходящему и некоторая отрешенность от окружающего мира, полуулыбка и легкая усмешка выдает расположение к художнику, позитивное отношение.

На портрете Себастьяна де Морра изображен наиболее приближенный шут к правителю Фландрии кардинал-инфанту Фердинанду. Этот человек смотрит совершенно иначе, взгляд пронизательный, он стремится понять рисующего, оценивает его как человека. Глубокие складки у бровей говорят о способности рассуждать о сложных вещах, это человек терпеливый, который тяжело вздыхает. Его темные глаза стремятся передать душевные переживания. С. де Морра сидит на полу в пустой комнате, что усиливает ощущение его одиночества в этом мире и неприятия людьми.

Пропорции его фигуры, с короткими ногами и несформированными ладонями, а также широкий квадратный лоб и вдавленная переносица говорят о серьезном наследственном заболе-

вании – остеохондродисплазии, при которой гормональные изменения нарушают рост хрящевых и костных тканей. При данном заболевании умственные способности и психика человека развиваются в полной мере, эти люди бывают очень талантливыми, многие становятся артистами, художниками, писателями, заводят семьи.

С. де Морра несколько напряжен, руками он опирается на ноги, он облачен в одежду темных тонов черного и зеленого с алой накидкой на плечах, отороченную мехом, что подчеркивает темные густые волосы, аккуратно уложенные бороду и усы. Фон выполнен в темных оттенках коричневого и зеленого, более светлый вокруг темной фигуры, что позволяет выдвинуть ее вперед, ближе к зрителю. При внешней неподвижности этот человек демонстрирует живую работу мысли.

На следующем портрете изображен карлик дона Диего де Аседо по прозвищу «Кузен» – Эль Примо. Он был одним из наследников древнего дворянского рода, был образован, любил литературу и сам сочинял стихи, входил в ближайшую свиту короля и сопровождал его в поездках по стране. Также он исполнял обязанности в канцелярии королевской печати [3, с. 25].

Работа очень драматична. Для фона выбраны светлые коричневые и зеленые оттенки, изображен осенний берег реки. На переднем плане сидит мужчина с большой раскрытой книгой в руках, рядом у его ног на страницах другой книги стоят письменные принадлежности: чернильница и перо. Сам Эль Примо одет в черный костюм с плащом и шляпой, аккуратные белые манжеты подчеркивают аристократизм модели.

В этой работе наблюдается не только контраст цвета, но и контраст умного

взгляда модели, его задумчивость, интеллигентность с физическим несовершенством, коротким туловищем, горбом, слабыми и тонкими конечностями. По своему сложению Эль Примо относится к лилипутам непропорционального карликового роста. Причиной такого развития стал тяжелый рахит, перенесенный в раннем детстве, вызвавший нарушение минерального обмена веществ [3, с. 27].

Это грустный мужчина, он не смотрит на художника, не замечает зрителей, он задумчив, его размышления направлены внутрь. Детали подчеркивают увлечения этого человека, создают более заверченный жанровый портрет. Все говорит об уединенной работе мысли.

Таким образом, Диего Веласкес предстает тонким психологом, одним из первых передающим тонкие душевные переживания и чувство собственного достоинства личностей, находящихся в тени собственных шутовских обязанностей при испанском дворе. Эти работы позволяют гармонично соединить героя и окружающее его пространство, усилить общее впечатление от работы, объединить и сгладить наиболее страшные и сложные объекты при помощи мягкого колорита. Так раскрывается личность самого художника, не только как профессионала живописной техники, но и как опытного психолога, способного всколыхнуть в зрителе уважение и интерес к поднимаемой проблеме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ильина Т.В. История искусств. – М.: Высшая школа, 2000. – 407 с.
2. Каптерева, Т. Диего Веласкес. – М.: Белый город, 2013. – 48 с.
3. Крылов, А. Шут при троне королей. Архивные изыскания // Новая Юность. – 1999. -№ 4 (37) – С 24–28.

Аджиева Б.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. биол. н., доцент Сейфулина Г.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ЮНОШЕСКОГО ПЕРИОДА ОНТОГЕНЕЗА С УЧЕТОМ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ

Процесс развития организма осуществляется в течение всей жизни человека, но наиболее интенсивен он в детском, подростковом и юношеском периодах онтогенеза. Для каждого периода характерны специфические изменения функционального состояния организма, характеризующееся как комплекс свойств, определяющий уровень жизнедеятельности организма, системный ответ организма на физическую нагрузку, в котором отражается степень интеграции и адекватности функций выполняемой работе [2].

Проблема оценки и сохранения функциональных резервов организма тесно связана с оценкой функционального состояния (ФС), под которым понимается интеграция активности различных физиологических систем, определяющая особенности осуществления деятельности. Функциональное состояние организма напрямую зависит от физического развития.

Важнейший показатель функционального состояния сердечно-сосудистой системы – пульс (частота сердечных сокращений) и артериальное давление. Чтобы точно охарактеризовать работу сердечнососудистой системы нужно проверять работу сердца и артериальное давление до и после физической нагрузки, а также фиксировать длительность восстановления.

Физическое развитие – это изменение форм и функций организма чело-

века в течение его жизни. Для определения уровня и особенностей физического развития используют метод антропометрии. Антропометрия – один из основных методов исследования, который заключается в измерении тела человека и его частей с целью установления возрастных, половых, расовых и других особенностей физического строения, позволяющий дать количественную характеристику их изменчивости [3].

Несмотря на то, что большая часть организма в юношеском возрасте уже сформирована, некоторые части все же продолжают свое физическое развитие, к примеру вплоть до 24 лет продолжается процесс окостенения бедренной кости [1], так же в этот период активно укрепляются связки, нарастает мышечная масса, совершенствуется нервная регуляция мышц. Физиология юношеского периода онтогенеза не представляет собой больших физиологических скачков, но правильное и гармоничное развитие индивида в это время влияет на всю дальнейшую жизнь.

Одно из центральных мест в общественном развитии занимает проблема формирования здорового поколения. На современном этапе развития нашего общества, характеризующимся сложными социально-экономическими изменениями, остро встает проблема здоровья населения. Наиболее подверженным негативному влиянию социальной среды контингентом считается учащая-

ся молодежь, так как является еще не до конца сформировавшимся в физическом отношении индивидуумом.

Нами обследованы студенты в возрасте от 18 до 20 лет, имеющими I и II группы здоровья. В ходе исследования дана оценка состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности студентов. При этом изучалось: медицинская документация (или анамнез); уровень функционального состояния различных систем организма (частота сердечных сокращений, артериальное давление, пробы Штанге и Генчи, индекс функциональных отклонений); анализ показателей физического развития (рост, вес); определен биологический возраст.

С учетом полученных данных сформулированы принципы и осуществлен подбор средств, необходимых для повышения уровня здоровья и работоспособности для использования их в физическом воспитании учащихся вузов.

В результате исследования показано, что рост функционального напряжения ведет к развитию дозозологических состояний, и это повышает вероятность снижения устойчивости и физической работоспособности. Контроль направленности траекторий функционального состояния позволяет проводить оценку ФС более быстро и наглядно, а применение вероятностного подхода – прогнозировать развитие возможных патологических отклонений.

Индекс Р.М. Баевского (индекс функциональных изменений, индекс здоровья) – параметр, свидетельствующий о преобладании типа вегетативной нервной системы (рисунок 1). По результатам исследования студентов СГПИ, можем сделать вывод о высоком напряжении механизмов адаптации (83%).

На примерах исследования студентов показана перспективность применения метода оценки функционального состояния при исследовании людей, находящихся в стрессорных условиях (например, период промежуточной аттестации или сессии).

Пробы, в которых происходит задержка дыхания, используются для оценивания кислородного обеспечения организма. При пробе Штанге задерживают дыхание на вдохе. Нами было выявлено,

что результаты 52% испытуемых характеризуют не устойчивость организма к недостатку кислорода, это может быть обусловлено недостаточной физической подготовкой испытуемых (рис. 2).

Проба Генчи также основывается на задержке дыхания, но в этом случае испытуемый задерживает дыхание на выдохе. Проба подтверждает наше суждение о неустойчивости испытуемых к недостатку кислорода (92%), также стоит отметить, что проба является показателем физического состояния.

Индекс массы тела (ИМТ) – величина, которая позволяет нам оценить степень соответствия массы человека и его роста. Анализируя полученные данные, мы можем предположить, является ли масса тела испытуемого



Рисунок 1. Индекс здоровья среди студентов.

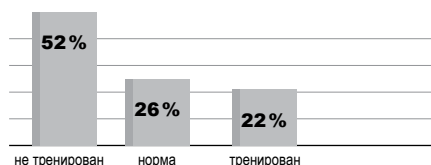


Рисунок 2. Проба Штанге.

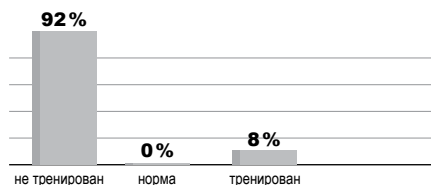


Рисунок 3. Проба Генчи.

нормальной либо имеются отклонения. В нашем исследовании большая часть студентов имеют нормальные показатели ИМТ, что свидетельствует о гармоничном развитии и достаточной физической активности (рис. 4).

Биологический возраст человека характеризуется не количеством прожитых лет, а морфологическим и физиологическим состоянием организма. Для определения биологического возраста используются 5 характеристик: артериальное давление систолическое (АДС) и диастолическое (АДД), продолжительность задержки дыхания после глубокого вдоха (ЗДВ), статическая балансировка (СБ), масса тела (МТ), индекс самооценки здоровья (СОЗ). По результатам теста можно сделать вывод, что у большей части студентов биологический возраст (средний возраст – 19 лет) сильно отличается от фактического (средний возраст – 34 года) (табл. 1). Данное явление обусловлено малой подвижностью, стрессами, неправильным питанием.

Таким образом, функциональное состояние зависит от ряда факторов. В рамках эксперимента было выявлено, что функциональное состояние и физическое развитие испытуемых юношеского периода онтогенеза ниже нормы, биологический возраст сильно превышает фактический, при нормальном ИМТ уровень выполнения физических проб является крайне низким, все это свидетельствует о недостаточной физической под-



Рисунок 4. Индекс массы тела.

готовке студентов, низком уровне стрессоустойчивости и слабом здоровье.

Выработан ряд практических рекомендаций по коррекции состояния кардио-респираторной системы. Результаты исследования могут быть внедрены в практические занятия (дисциплины медико-биологического модуля). При подтверждении результатов данного исследования на более репрезентативной выборке будет разработана программа, которая может применяться не только в условиях вуза, но и в общеобразовательных школах.

Табл. 1. БИОЛОГИЧЕСКИЙ И ФАКТИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ СТУДЕНТОВ

Испытуемые	Фактический возраст	Биологический возраст
1	19	29
2	19	30
3	18	34
4	18	53
5	19	48
6	19	41
7	19	41
8	19	43
9	19	32
10	19	30
11	18	34
12	19	28
13	19	31
14	19	33
15	19	20
16	20	23
17	18	36
18	19	37
19	19	18
20	18	46
21	19	36
22	19	47
23	19	26

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антонова О.Л. Возрастная анатомия и физиология. - М., 2007.
2. Гольдберг Н.Д. Питание юных спортсменов. - М, 2012.
3. Негашева М. А. Основы антропометрии: учебное пособие. – М., 2017.

Акаева Н.Р., Рагжаева М.М.

г. Буденновск,

филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Научный руководитель: к. психол.н. Аكوпова М.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДИЗОНТОГЕНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ОТСТАВАНИЕМ В РАЗВИТИИ

Особенности формирования и функционирования эмоциональной сферы у детей младшего школьного возраста давно признаны психологами важной проблемой. Т.Б. Пискарева отмечала в своем исследовании, что младшие школьники легче различают эмоции, появляющиеся в знакомых им жизненных ситуациях, но затрудняются вербализовать эти эмоциональные переживания. Безусловно, имеются серьезные различия в идентификации эмоций школьниками с условно нормативным и аномальным развитием [3, с. 199]†

Любая аномалия развития негативно отражается на всей психической сфере ребенка, в том числе и на его эмоциональном развитии [2]. Наше экспериментальное исследование было посвящено изучению особенностей и изменений, возникающих в эмоциональной сфере детей под влиянием дизонтогенеза. Как известно, дети с отклонениями, обусловленными отставанием в развитии, куда входит умственная отсталость и задержка психического развития, составляют одну из самых многочисленных групп, исследуемых коррекционной педагогикой, что определило выбор детей данной аномалией в качестве основного объекта данного экспериментального исследования.

В нем приняли участие три группы испытуемых. В первую экспериментальную группу вошли пять школьников с легкой степенью умственной отсталости; во вторую экспериментальную группу вошли девять учащихся с задержкой психического развития; контрольную группу составили пятнадцать учащихся без аномалий психического и физического развития.

Учащиеся всех опытных групп исследовались с помощью методики «Эмоциональная идентификация» (Е.И. Изотова) [1, с. 149].

Экспериментальное исследование проводилось с тремя разными группами испытуемых, с целью изучения особенностей эмоциональной сферы детей с дизонтогенезом. Исследование проводилось с учетом индивидуальных особенностей детей разного уровня развития. Однако, поскольку наше исследование касается эмоциональной сферы личности ребенка и не затрагивает аспекты когнитивного развития, мы считаем вполне правомерным сравнение результатов исследования у разных групп испытуемых.

При анализе результатов методики «Эмоциональная идентификация» мы остановились на трех основных параметрах: 1. Идентификация эмоций; 2. Вербализация эмоций; 3. Воспроизведение эмоций (выразительность и произвольность).

Каждый из этих параметров как было отмечено выше, дифференцировался по трем уровням.

Результаты исследования детей по параметру идентификация эмоций представлены на рисунке 1.

Представленная на рисунке 1 диаграмма показывает, что у детей разных групп имеются значительные различия в уровне развития способности к идентификации эмоциональных состояний. У 80 % детей с умственной отсталостью уровень развития эмоциональ-

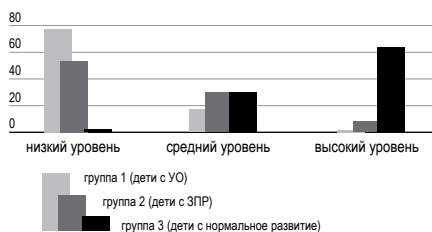


Рисунок 1. Уровень идентификации эмоций у детей исследуемых групп.

ной идентификации – низкий, у 20 % – средний. Качественный анализ ответов данных показал, что дети данной группы часто заменяли эмоции «гнева» на «печаль» и на «страх», а также эмоции «страха» на «радость».

У детей с ЗПР результаты по данному параметру гораздо выше: 11 % детей данной группы сумели правильно соотнести 7–8 эмоциональных состояний, что является признаком высокого уровня развития эмоциональной идентификации; у 33 % детей данной группы уровень идентификации – средний, у 56 % – низкий. Особые трудности у детей вызывали такие эмоциональные состояния как «презрение», «отвращение», «удивление», «стыд», «интерес».

Никто из детей контрольной группы (с условно нормативным развитием) не показал низкого уровня развития идентификации эмоций. У 33% детей обнаружился средний уровень развития данной характеристики, все остальные справились с заданием на достаточно высоком уровне. Для детей контрольной группы особые трудности вызывали эмоции «отвращение» и «презрение».

На рисунке 2 представлены результаты групп по показателю вербализации эмоций.

Следует отметить, что показатели вербализации эмоций развиты у детей всех трех групп хуже, чем показатели идентификации. Детям сложно выражать базовые эмоциональные со-

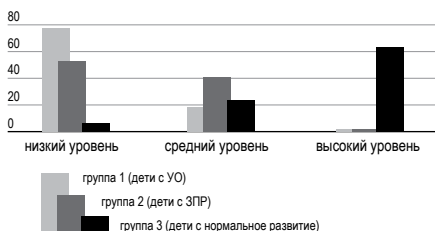


Рисунок 2. Уровень вербализации эмоций у детей исследуемых групп по показателям методики «Эмоциональная идентификация».

стояния и передавать их полностью.

80 % детей с умственной отсталостью и 56 % детей с ЗПР показали низкий уровень развития по данному параметру. У 20 % детей с умственной отсталостью и 44 % детей с ЗПР способности вербализации эмоций развиты средне. Ни один ребенок с отклонениями в развитии по типу отставания не показал высоких результатов по параметру вербализации эмоций, в то время как у 67 % детей с нормальным развитием выражение и передача эмоциональных состояний находится на достаточно высоком уровне. Только 7 % детей с нормативным развитием показали низкий уровень, остальные 26% детей – средний уровень вербализации эмоций.

Результаты показателя выразительности и произвольности воспроизведения эмоций у детей отражены на рисунке 3. Выразительность и произвольность воспроизведения эмоций у детей с отклонениями развиты еще хуже, чем их вербализация. По результатам, отраженным на диаграмме видно, что процентное соотношение детей с умственной отсталостью осталось таким же как и по параметру выразительности эмоций (80 % – низкий уровень, 20 % – средний уровень), но если анализировать качество выполнения методики, следует отметить, что при выполнении данного задания увеличивалось количество оказываемой ребенку помощи, причем большинство детей так и не справились с заданием полностью (например, показывали эмоцию «радости», не используя верхний паттерн (брови) или заменяли эмоцию «страха» на «гнев»).

Похожие ошибки встречались также и у детей с ЗПР, 67% которых, так и не справились (не смогли показать) при-

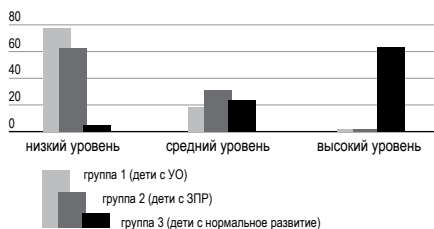


Рисунок 3. Уровень выразительности и произвольности воспроизведения эмоций у детей исследуемых групп по показателям методики «Эмоциональная идентификация».

мерно с большинство предлагаемых эмоциональных состояний. 33 % детей смогли полностью, выразительно изобразить примерно половину эмоций, но в основном только после второй попытки. У 7 % детей контрольной группы данное задание также вызвало затруднения, в результате которых они не смогли выразительно и произвольно (с использованием всех паттернов) изобразить большинство предлагаемых эмоций, 26 % не справились с половиной задания, но подавляющее большинство (67 % учащихся) справились с поставленной задачей на высоком уровне.

В целом следует отметить, что дети с умственной отсталостью хуже остальных справляются идентификацией, вербализацией и воспроизведением эмоциональных состояний. Дети с задержкой психического развития выполняют задания лучше, чем их сверс-

тники с умственной отсталостью, но им также не хватает произвольности и способности к эмоциональной идентификации, характерной для нормально развивающихся учащихся.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребёнка: теория и практика. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288 с.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 144 с.
3. Пискарева Т. Б. Развитие эмоций у учащихся с нарушением интеллекта // Ананьевские чтения-98: Тезисы научно-практической конференции. – СПб.: Речь, 1998. – С. 199–200.

Ачкасова О.Е.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный Педагогический институт»

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Гостунская Я.И.

СПЕЦИФИКА ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Термин «пространственные представления» является достаточно ёмким. Он отражает многогранность пространственных характеристик и относится к базовым составляющим познавательной деятельности человека. А.Н. Леонтьев указывает, что пространственные представления образуют «ось координат», посредством которой люди воспринимают окружающую действительность и выстраивать свой индивидуальный образ мира [4]. Роль пространственных представлений в развитии речи детей огромна, ведь пространственный гнозис является одним из базовых психических процессов, чрезвычайно важных для формирования речевой деятельности ребенка. Проблеме изучения и развития пространственных представлений посвящены труды многих ученых: Б.Г. Ананьева, М.В. Иванова, О.Б. Инша-

ковой, Е.Ф. Рыбалко, А.В. Семенович, объектов Н.Н. Семаго и др. [1; 3; 6; 7]. Пространственные представления начинают свое формирование довольно рано и постепенно формируются на протяжении всего раннего и дошкольного возраста. Успешность развития пространственных представлений зависит от ряда факторов, таких как уровень развития и чувствительность анализаторных систем; насыщенность познавательной окружающей среды; уровень развития речеслуховых систем, так как слово играет важнейшую роль в отражении пространственных характеристик; окружающая лингвистическая среда; уровень реализации ведущей для ребенка деятельности (предметной, игровой). В современной клинической и специальной психологии в достаточной степени разработаны нормативы по формированию

пространственных представлений на различных этапах онтогенеза в рамках нормативного развития. Представления о взаиморасположении объектов по отношению друг к другу в вертикальной оси: «выше – ниже» формируется к 3,5–4 годам, «выше, чем – ниже, чем» – 4–4,5 годам. Представления о взаиморасположении объектов по отношению друг к другу в горизонтальной плоскости («ближе, чем – дальше, положении чем») формируется к 5 годам, «перед» – 5,5 и «за» к 5,5–6 годам. Владение основными пространственными представлениями и понимание сложных речевых конструкций формируется к 7–8 летнему возрасту [1; 6]. Развитие представлений о пространственно-временных отношениях позволяет абстрагироваться от сформировавшейся на телесном уровне системы пространственно-временных координат и ориентироваться во всем многообразии процессов и объектов окружающего мира. Данная система является когнитивной основой построения, организации и реализации всех видов психической деятельности, в том числе, письма, овладения математическими и геометрическими представлениями.

В случае нарушенного психического развития, имеются свои особенности в формировании представлений о пространстве. Во-первых, может быть снижена познавательная активность и, следовательно, способность к самостоятельному исследованию своего окружения; во-вторых, замедлена скорость переработки опыта [3]. Оба эти фактора откладывают свой отпечаток на усвоение пространственных представлений у детей с различными видами нарушенного развития, и особенно у детей с нарушением интеллекта. Изучение детей с нарушением интеллекта обнаружили наличие у них сложности формирования пространственных представлений, связанные с недостаточным взаимодействием между раз-

личными анализаторными системами, а также трудности восприятия формы, выделения фигуры из фона, которые обусловлены спецификой зрительного гнозиса. Как указывает С. Я. Рубинштейн, у детей с нарушением интеллекта восприятие отдельных признаков объектов осуществляется легче, чем восприятие нового пространственного качества, возникающего в группе предметов, а при обозрении окружающей действительности школьники с интеллектуальными нарушениями плохо устанавливают связи и отношения между объектами [5]. Помнению некоторых исследователей, дети с интеллектуальной недостаточностью испытывают трудности при ориентировке в направлениях пространства, в латерализации сторон своего тела (соматогнозис), они испытывают трудности при выполнении действий связанные с пространственной ориентировкой по словесным инструкциям. Экспериментальные исследования пространственных представлений младших школьников с нарушением интеллекта позволяют выявить ряд специфических особенностей. При обследовании умения ориентироваться в «схеме тела» человека, стоящего напротив, удалось выяснить, что младшие школьники с умственной отсталостью испытывают большие сложности при самостоятельном употреблении слов, отражающих пространственные характеристики [3; 5; 7]. Исследование понимания детьми пространственных отношений между предметами показало, что наиболее трудными для понимания оказались конструкции, выраженные предлогами: «за», «в», «из-за», «перед». Изучение способности дифференциации предлогов в экспрессивной речи показало, что младшие школьники с нарушением интеллекта испытывают большие затруднения при вербализации местоположения предметов. Затруднения касаются конструкций, выраженных предлогами «перед», «из-за», «от», «к», «из-под». Наиболее характерной ошибкой является попытка выразить пространственное расположение предметов при помощи предлога «на», о чем свидетельствуют ответы: «на траве» вместо: «под деревом», «перед

деревом», «на небе» вместо «над деревом». Учащиеся часто пропускают предлоги «в», «из», практически не употребляют предлоги «под», «над», «около», «за», смешивают предлоги «из» и «в» и т.д. [3]. Изучение ориентировки в пространстве листа, перевернутом на 180°, показало, что учащиеся с умственной отсталостью не справляются с большинством заданий даже со стимулирующей помощью: дети активно жестикулируют, пытаются развернуться, так чтобы лист не был перевернут, ищут дополнительные ориентиры. Результаты выполнения графомоторных проб (копирование геометрических фигур) свидетельствуют о недостаточной готовности большинства учащихся с нарушением интеллекта к освоению навыков письменной речи. При копировании геометрических фигур, помимо координатных ошибок, которые проявлялись в неправильном верхнем/нижнем и правом/левом расположении объекта и его деталей в пространстве, распространенными оказались и метрические, выражавшиеся в неправильных оценках расстояний, углов и пропорций, несоблюдении соответствия величин отдельных элементов рисунка или копируемого объекта, в нестыковке линий и точек пересечения. Часто встречаются полностью искаженные работы, в которых дети демонстрировали абсолютное непонимание инструкции или неспособность к пространственной ориентировке на бумаге и произвольной перцептивной и моторной организации действий в пространстве листа [5; 7]. Таким образом, результаты теоретического и экспериментального исследования пространственных представлений младших школьников с нарушением интеллекта позволили сделать следующие выводы: у данной категории детей пространственные представления находятся на низком

уровне сформированности. При этом любое усложнение материала вызывает отказ от его выполнения и увеличение количества ошибок; у младших школьников с нарушением интеллекта отмечаются трудности понимания и вербализации пространственных отношений; наибольшие трудности у обозначенной категории учащихся возникают при употреблении предположно-падежных конструкций, отражающих пространственные отношения: отмечаются существенные нарушения на семантическом и формально-языковом уровнях. Трудности актуализации предположно-падежных конструкций проявляются в пропуске, замене предлогов, опускании предлогов, замене окончаний; у младших школьников с умственной отсталостью обнаружено несовершенство самых нижних уровней пространственных представлений, а именно, соматогнозиса, восприятия пространства, существующего в пределах их собственного тела и взаимодействия с внешним пространством «от тела».

Сформированные пространственные представления являются необходимой предпосылкой любой практической, изобразительно-художественной, спортивной и многих других видов деятельности. Важную роль пространственные представления обретают при освоении ряда школьных навыков – чтения, письма, овладения математическими представлениями. Это позволяет организовывать процесс обучения и различные программы по коррекции вторичных дефектов отклоняющегося развития.

ЛИТЕРАТУРА: 1. Ананьев Б.Г., Рыбалко Е.Ф. Особенности восприятия пространства у детей. – М.: Просвещение, 1964. – 304 с.; 2. Иванов М. В. Пространственные представления при нормативном и нарушенном развитии // Известия Пензенского государственного педагогического университета имени В. Г. Белинского. Общественные науки. – № 28. – 2012. – С. 1245–1247. 3. Иншакова О.Б., Колесникова А.М. Пространственно-временные представления: учеб.-метод. пособие. – М.: В. Секачев, 2006. – 80 с. 4. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1975. – 304 с. 5. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого ребенка. – М., 1979. 6. Семаго Н. Я. Современные подходы к формированию пространственных представлений у детей как основы компенсации трудностей освоения программы начальной школы // Дефектология. 2000. № 1. С. 12–18. 7. Семенович А.В., Урихин С.О. Пространственные представления при отклоняющемся развитии. – М.: МГ, 1999. – 46 с.

Варкунова М.М.

г. Казань,
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Научный руководитель: к.п.н., доцент Нигматуллина И.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Актуальность данного исследования обусловлена ростом случаев нарушения мозгового кровообращения с последующей инвалидизацией пациентов и неспособностью вернуться к трудовой деятельности, что существенно влияет на качество жизни, как самого пациента, так и его окружающих [4].

Среди приоритетных в современном здравоохранении открытых вопросов остается проблема цереброваскулярной патологии, которая связана со значительной частотой ее развития и очень значимых последствий для пациента и социума [4,5].

По данным ВОЗ ежегодно в России регистрируется более 450 тысяч случаев инсульта. Если в 2009 году средний возраст пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения составлял 68 лет, то в настоящий момент наблюдается тенденция к снижению возрастного показателя и увеличению доли инсульта у более молодого возраста 64–66 лет [4, 7].

Одним из направлений в современной нейрореабилитации больных после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения, является комплексный подход в реабилитации [4,3]. Однако, помимо двигательной реабилитации, не менее важными остаются и нейропсихологическая, логопедическая направленности в реабилитации [2,4,6].

Коррекция когнитивных расстройств являются актуальными вопросами неврологической практики. В структуре цереброваскулярных заболеваний когнитивный дефицит чаще всего регистрируется среди пациентов с хронической ишемией головного мозга. Один из наиболее авторитетных мировых ангионеврологов В. Хачински в 1994 году предложил использовать термин «сосудистые когнитивные нарушения» для

обозначения нарушения высших мозговых функций вследствие цереброваскулярных заболеваний [1, 4].

Важным этапом клинического анализа когнитивных нарушений является выявление их качественных особенностей, которые определяются нейропсихологическим механизмом формирования когнитивных расстройств.

Однако, проблема изучения психологических особенностей лиц трудоспособного возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, изучена недостаточно, что определило актуальность нашего исследования.

Цель работы – выявить особенности в психологическом статусе у лиц трудоспособного возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения.

Экспериментальное исследование было проведено на базе государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Татарстан «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани в отделении медицинской реабилитации пациентов с поражением центральной нервной системы и органов чувств.

Нами были собраны и проанализированы данные документации (истории болезни, карты логопеда, карты психолога) за первый и второй квартал 2017 года, которые показали, что курс стационарного лечения на II этапе медицинской реабилитации в раннем восстановительном периоде прошли 27 пациентов трудоспособного возраста. Среди них 18 мужчин (67%) и 9 женщин (33%) в возрасте от 18 до 53 лет. Среди них с ишемическим инсультом – 22 пациента (81,48%), с инсультом геморрагического характера – 5 пациентов (18,51%). У 16 пациентов (59,26%) зона ишемии располагалась в бассейнах средней мозговой артерии, у 12 паци-

ентов (44,44%) пациентов – левого бассейна, а у 6 пациентов (22,22%) – правого, у 5 пациентов (18,52%) – в вертебробазилярном бассейне.

Во время прохождения стационарного курса II этапа медицинской реабилитации все пациенты были исследованы по шкалам, характеризующим навыки независимости и инвалидизации (шкала Рэнкин и шкала функциональной независимости); оценку когнитивной сферы (Монреальская шкала оценки когнитивных функций); выявление депрессии (шкала депрессии Бека); определения речевых нарушений (шкала нарушения речи).

Проведенный качественно-количественный анализ полученных в ходе исследования результатов позволил сделать следующие выводы. Согласно шкале Рэнкин и шкале функциональной независимости умеренное нарушение жизнедеятельности выявилось у 17 (63%) пациентов, выраженное нарушение жизнедеятельности определено у 10 (37%) пациентов (см. рис. 1).

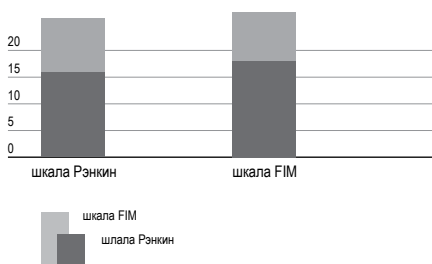


Рис. 1. Оценка навыков независимости и инвалидизации

Анализ когнитивной сферы (Монреальская шкала оценки когнитивных функций) показал: у 29,6% пациентов – легкие когнитивные нарушения, умеренные когнитивные нарушения у 63%, у 22,2% пациентов – выраженные когнитивные нарушения (см. рис. 2).

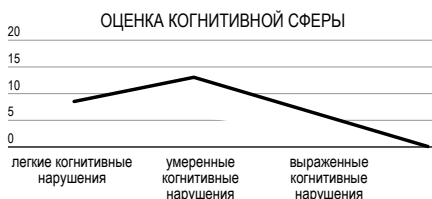


Рис. 2. Оценка когнитивной сферы.

По результатам исследования, проведенного по шкале депрессии Бека у 17 пациентов наблюдается умеренная депрессия (63%), у 6 пациентов – выраженная депрессия (22,2%), у 4 пациентов – депрессия легкой степени (14,8%).



Рис. 3. Шкала депрессии Бека.

4. Речевые нарушения в форме грубой комплексной афазии выявлены у 18,5% пациентов; моторная и сенсорная афазия у 7,4% и 11,1% пациентов; дизартрия средней степени выраженности у 11,1% пациентов.

ОЦЕНКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

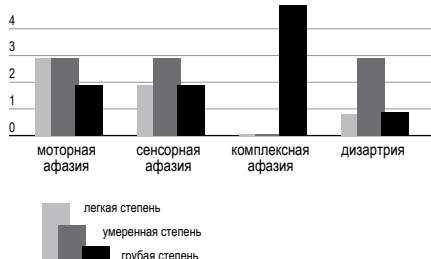


Рис. 4. Оценка речевых нарушений.

Таким образом, у обследуемых пациентов трудоспособного возраста было выявлено: умеренное нарушение жизнедеятельности у 63% пациентов; умеренные когнитивные нарушения у

63% пациентов. В основном у пациентов наблюдается умеренная депрессия (63%). Однако, все это приводит к изменению личностных особенностей пациента, которые влекут за собой негативное отношение и поведение к родным и окружающим, изменению социального статуса, что в свою очередь может приводить к повышению уровня тревожности, невротизации и депрессивности.

Среди речевых нарушений весомое место занимает афазия. Грубая форма комплексной афазии была выявлена у 18,5% пациентов; моторная и сенсорная афазия легкой и умеренной степени у 7,4% и 11,1% пациентов; дизартрия средней степени выраженности у 11,1%. Динамика восстановления речевой функции зависит от: контакта с больным, мотивации самого пациента, организации логопедических занятий.

Анализ полученных результатов по-

казал, что количество пациентов трудоспособного возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения составляет весомый процент. Пациенты после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения имеют дефицит не только в двигательной сфере, но и в нейропсихологическом, речевом статусе. Поэтому на этапе нейрореабилитации таким пациентам необходим мультидисциплинарный подход.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вахнина Н.В., Никитина Л.Ю., Парфенов В.А., Яхно Н.Н. Постинсультные когнитивные нарушения. Журн. Неврол. и психиат. Им. С.С. Корсакова. Инсульт. Прилож. к журн., 2008, 22: 16–21.
2. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. М: МЕДпресс-информ, 2013.
3. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. М., 2001: 160.
4. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. М.: МИА, 2012, 228.
5. Парфенов В.А., Захаров В.В., Преображенская И.С. Когнитивные расстройства. М., 2014.
6. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М., 2012.
7. Gates N, Valenzuela M. Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults. Curr Psychiatry Rep. 2010; 12: 20–27.
8. Petersen RS, Smith GE, Waring SC et al Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch. Neurol. 1999, 56: 303–308

Гущенко А.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: ассистент Боченкова М.Ю.

ПРОЯВЛЕНИЯ АФАЗИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОЛИГЛОТОВ

На сегодняшний день в России, и, в особенности за рубежом, растет количество людей, владеющих несколькими языками – полиглотов. Это связано с тем, что знание более двух языков открывает перед человеком больший круг информации и возможностей. Следует отметить, что мнение о том, что полиглотом возможно стать только, если изучение других языков начинается с детства, ошибочно. Полиглоты – это люди разных возрастов, изуче-

ния иностранных языков для которых, прежде всего, интересно.

Подходов к определению понятия «полиглот (мультилингв, полилингв)» не так много. Майкл Эрард писал, что полиглот – человек, свободно говорящий, на нескольких языках [6]. Е. Протасова определяла полиглотов как людей, усвоивших в возрасте после 15–16 лет, в так называемый постпубертатный период, не меньше пяти языков [5]. Именно на определение этого

автора мы будем опираться в нашей работе.

Так как полиглотами, в большинстве случаев, являются взрослые люди, то у них может встречаться такое речевое нарушение как афазия – полная или частичная утрата речи вследствие локальных поражений речевых зон коры головного мозга. Афазические расстройства у полиглотов клинически крайне разнообразны. Они привлекают внимание многих специалистов, ведь при изучении данной проблемы необходимо решать вопросы не только логопедической, но и лингвистической, неврологической и психологической компетенции.

В медицинской практике было описано несколько примеров результатов коррекционной работы с больными – полиглотами. Следует также учитывать, что форма афазии напрямую зависит от первично нарушенной предпосылки.

По результатам многолетнего изучения данной проблемы, можно выделить две точки зрения на закономерности в процессах реинтеграции и дезинтеграции различных языков у полиглотов. Первые попытки изучения афазии у полиглотов были сделаны А. Pitres, который в своих исследованиях опирался на Закон Т. Рибо. Этот закон гласит, что разрушение умственной деятельности начинается с недавних событий (информации), а затем распадаются и утрачиваются устойчивые знания, привычки и сведения [3]. На основе этого А. Pitres сделал вывод о том, что при афазии у полиглотов сначала нарушается иностранный(-ые) язык(-и), а затем родной язык. Под ним Pitres подразумевает язык, на котором пациент дольше и больше всего говорил до своего заболевания.

В обратной эволюции афазического синдрома А. Pitres различает четыре стадии: прежде всего, восстанавливается понимание, а затем и речь на своем языке, позже понимание и речь на чужом:

- восстановление понимания на родном языке;
- восстановление речи на родном языке;
- восстановление понимания на иностранном языке;

- восстановление речи на иностранном языке.

В более поздних публикациях было описано множество исключений из этого правила.

Ж. Hinshelwood сообщал о больном с афазией, у которого сильнее всего был нарушен родной язык. Ж. Vychowsky описывал пациента, который при соответствующей ситуации пользовался менее знакомым ему языком. Л. Halpern наблюдал за тремя больными с афазией, которые легко читали по-еврейски и очень трудно справлялись с текстами, написанными на родном языке.

Л.Г. Членов упоминает о случаях, при которых восстановление начиналось с давно забытого языка, а также о больных, у которых оба языка восстанавливались практически одновременно [1].

Позднее К. Goldstein, писал, что если новый язык приобретен при овладении какой-либо профессией, то больной с афазией в соответствующей обстановке начинает говорить на этом языке, при этом он даже не вспоминает слова родного языка.

Описанные в медицинской литературе исследования позволяют сделать вывод о том, что на динамику афазического синдрома оказывают следующие факторы:

- обстоятельства беседы и ее характер;
- эмоциональное состояние;
- социальное и языковое окружение;
- способы, последовательность и время усвоения языков.
- бытовая и профессиональная связь [2].

Помимо диссоциаций различных языков при афазии у полиглотов существуют и иные взаимоотношения между языками:

- «равноправие» языков с их активным применением в зависимости от конкретной ситуации;
- использование одного языка с поддержкой остальных;
- своеобразное «вавилонское» смешение (интерференция) языков.

При этом язык, который используется для повседневного общения, утрачивает свою системность. Больной привносит в свою речь слова разных языков, изменяет акцент, ударения, смешивает грамматические конструкции [4].

Не менее интересен вопрос о переходах между языками при речевом общении больных. Н. Halpern отмечал два уровня переходов: первый (более низкий) – уровень автоматического перехода, при котором больной допускает ошибки и смешения между языками; второй (более высокий) – уровень сознательного перехода, который возникает при желании больного быть понятым окружающими [1].

Многие авторы сходятся на мнении, что у полиглотов при афазии возможна синхронная дизорганизация языков, то есть она связана с формой афазии (соответствует ей).

Особый интерес представляют случаи, при которых структура речевых расстройств оказывается различной

для разных языков, – например, амнестический или моторный дефект для родного языка и сенсорный – для иностранного.

Все вышеописанные случаи являются существенным аргументом против строгой систематизации афазических расстройств у полиглотов. На основе многолетнего изучения больных – полиглотов можно прийти к следующим выводам:

1. Тип нарушения языков зависит от степени тяжести и формы афазии.
2. Восстановление речи, в большинстве случаев, происходит по пути «от родного языка к иностранному(ым)», но при этом отмечаются случаи восстановления языков по обратному пути.
3. Интерференция языков зависит от множества факторов (время, способ, обстоятельства усвоения языка и т.п.).
4. Существуют различные взаимоотношения между языками: равноправие языков, интерференция и доминирование одного языка над другим.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бейн Э.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазий. – М.: Рипол Классик. – 2013, 214с.
2. Ломб К. Как я изучаю языки. Заметки полиглота. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2017. – 240 с.
3. Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь. – СПб.: Прайм Евронекс, 2006. – 672 с.
4. Никуличева Д.Б. Говорим, читаем, пишем. Лингвистические и психологические стратегии полиглотов. – М.: Флинта: Наука, 2017. – 288с.
5. Протасова Е. Как дети осваивают язык [Электронный ресурс] // Психология развития. 2017. 18 августа. URL: <https://postnauka.ru/longreads/78498> (дата обращения: 05.11.2017).
6. Эрард М. Феномен полиглотов. – М.: Альпина бизнес букс, 2012. – 384 с.

Тукасова М.П.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.психол.н., доцент Слюсарева Е.С.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Формирование и развитие эмоциональной сферы человека являются одной из сложнейших проблем психоло-

гической науки, коррекционной педагогики и специальной психологии. Эмоциональная сфера – это важная со-

ставляющая психического развития детей, так как никакое общение, взаимодействие не будет эффективным, если его участники не способны, во-первых, понимать эмоциональное состояние другого, а во-вторых, управлять своими эмоциями. Основы для изучения эмоций в России были заложены трудами В.К. Вилюнаса, Л.С. Выготского, Б.И. Додонова, А.В. Запорожца, В.И. Ковалева, А.Н. Леонтьева, А.Е. Ольшанниковой С.Л. Рубинштейна, П.В. Симонова, П.М. Якобсона, и других.

В коррекционной педагогике и психологии особое внимание уделяется развитию эмоциональной сферы детей с ограниченными возможностями здоровья. Важность этой проблемы отмечается следующими учеными в области специальной педагогики и психологии: Л.С. Выготский, Т.М. Грабенко, Л.А. Данилова, М.В. Жигорева, М.В. Ипполотова, В.В. Лебединский и др. В исследованиях данных ученых прослеживается следующее: дети дошкольного и младшего школьного возрастов испытывают затруднения во взаимодействии с социумом, в осознании явлений эмоциональной сферы. Это, в свою очередь, напрямую зависит от особенностей их общего и речевого развития.

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья, испытывающих потребности в коррекционно-педагогической помощи, особо выделяют детей со сложными нарушениями.

Комплексные нарушения в развитии – это нарушение онтогенеза, при котором имеются два или более первичных дефектов. Каждый из них существует в комплексе с характерным для него вторичным расстройством. Это обуславливает особенности всей психической жизни индивида и особенности его развития [1 с. 19].

По мнению психологов, у детей с комплексными нарушениями в развитии наблюдаются трудности понимания эмоций других людей, их оттенков и высших социальных чувств. Так, исследования В. Петшака доказывают, что у детей данной категории затруднено понимание причинной обусловленности эмоциональных состояний, имеются большие трудности формирова-

ния морально-этических представлений и понятий, но, возможно, в значительной степени это связано с неумением таких детей словесно выразить свои переживания.

С целью выявления особенностей эмоциональной сферы детей с комплексными нарушениями в развитии было проведено исследование, которое проходило на базе государственного казенного специального (коррекционного) образовательного учреждения для обучающихся и воспитанников с ограниченными возможностями здоровья «Специальной (коррекционной) общеобразовательной школы №33» г. Ставрополя.

В экспериментальную группу для проведения исследования было отобрано пять детей младшего школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата и интеллекта.

Основой для конструирования экспериментальной работы послужила комплексная методика диагностики эмоциональной сферы из комплекта диагностических материалов по оценке и учету индивидуальных особенностей развития детей дошкольного и младшего школьного возраста лет (М. М. Безруких) [2 с. 40].

Методика предполагает два этапа:

1 этап – анкетирование родителей;

2 этап – углубленное обследование по показателям: восприятие эмоционального состояния, распознавание эмоций, вербализация эмоционального состояния (адекватность передачи эмоционального состояния в речи), отображение эмоций.

В процессе углубленного исследования используются задания:

1. «Лица». Цель: выявление особенностей идентификации эмоций различных модальностей у детей младшего школьного возраста, индивидуальные особенности эмоционального развития;

2. «Закончи предложение». Цель: выявление возможностей детей в воспроизведении основных эмоциональных состояний и их вербализации;
3. «Эмоциональные ситуации». Цель: выявление сформированности понимания тех или иных эмоциональных ситуаций;
4. «Мимика». Цель: выявить, насколько ребенок понимает, различает и применяет на практике стандартные эмоциональные состояния;
5. «Бабушка и котенок». Цель: выявление уровня развития эмоциональной сферы и причинно-следственных связей.

Результаты исследования восприятия графических изображений эмоциональных состояний с помощью узнавания эмоций по картинкам (задание «Лица») представлены в таблице 1.

Табл. 1. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ГРАФИЧЕСКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Уровень	Абсолютный показатель (количество детей)	Относительный показатель (%)
Низкий	4	80
Средний	1	20
Высокий	0	0

Полученные данные позволяют увидеть, что наиболее представленным является низкий уровень восприятия графических изображений (4 ребенка-80%), средний уровень показал 1 человек (20%), высокий уровень не показал ни один ребенок.

Результаты показали, что у исследуемых детей восприятие и понимание

базовых эмоций происходило со значительными трудностями, потребовалась значительная помощь со стороны взрослых. Лучше всего воспринимались графические изображения элементарных эмоций, таких как радость и злость. Наименее узнаваемыми оказались эмоции испуга и удивления.

У детей с комплексными нарушениями в развитии распознавание эмоции интереса вызвали определенные трудности. На наш взгляд, это связано с недостаточным вниманием к формированию у детей с комплексными нарушениями умения определять по мимике лица, особенностям лицевой экспрессии проявление эмоций.

Используя задание «Закончи предложение», нами были определены уровни сформированности эмоциональной сферы детей по критерию «вербализация эмоций». Детям нужно было закончить несколько предложений, выражающих разные эмоциональные состояния.

Результаты исследования уровня сформированности умения вербализовать эмоции представлены в таблице 2.

Табл. 2. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ УМЕНИЯ ВЕРБАЛИЗИРОВАТЬ ЭМОЦИИ У ДЕТЕЙ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Уровень	Абсолютный показатель (количество детей)	Относительный показатель (%)
Низкий	5	100
Средний	0	0
Высокий	0	0

По результатам проведенной диагностики видно, что все исследуемые дети имеют трудности вербализации своих эмоциональных состояний. У 5 человек (100%) определен низкий уровень сформированности эмоциональной сферы по данному критерию.

При установлении причинно-следственных связей возникновения эмоций почти все дети называли ситуации, вызывающие эмоции радости, грусти и

страха. Однако, при этом стоит отметить, что ситуации были сформулированы детьми обобщенно, не конкретно, превалирует недостаточный уровень развития эмоционально-экспрессивных средств языка, затрудняющий вербализацию эмоций. Например, «Я смеюсь, когда мне смешно», «Мне страшно, когда я вижу что-то страшное». Такие эмоции, как «Злость» и «Удивление» вызывали у детей наибольшие затруднения. Ни один ребенок не смог установить взаимосвязь между действием и эмоцией.

Следующее задание было направлено на изучение способности подбирать картинки к ситуациям (понимание и распознавание эмоций). Результаты выполнения данного задания представлены в таблице 3.

Табл. 3. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ ПОНИМАНИЯ И РАСПОЗНАВАНИЯ ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Уровень	Абсолютный показатель (количество детей)	Относительный показатель (%)
Низкий	4	80
Средний	1	20
Высокий	0	0

Анализируя представленные данные, можно сделать вывод, что большинство детей не дифференцируют эмоции, не могут установить взаимосвязь между действием и эмоцией, что говорит о низкой степени осознанности переживаний.

Всем детям требовалась значительная помощь со стороны взрослого. Выполняя задание, дети давали изображенным эмоциональным состояниям мимическую и жестовую характеристику. Однако словесные обозначения эмоций встречались только в отдельных случаях. Например, некоторые дети при восприятии картинки, где был изображен радостный мальчик, хлопали в ладоши и подпрыгивали.

В следующем задании детям предлагалось показать с помощью мимики такие эмоции, как радость, удивление,

испуг, таким образом определялся уровень сформированности эмоциональной сферы по критерию «воспроизведение эмоций». Результаты исследования показаны в таблице 4.

Табл. 4. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ НАВЫКОВ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Уровень	Абсолютный показатель (количество детей)	Относительный показатель (%)
Низкий	4	80
Средний	1	20
Высокий	0	0

Высокий уровень сформированности навыков воспроизведения эмоций не был зафиксирован ни у одного ребенка, средний уровень был определен у 1 человека (20%), у четырех детей (80%) был зафиксирован низкий уровень.

Большинство детей улыбались, подпрыгивали, когда показывали эмоцию радости, но не знали, как показать эмоции «удивление» и «испуг». 4 ребенка отказались изображать эмоцию испуга и удивления, ответив: «Я не могу». 1 ребенок пытался изобразить эмоции испуга, однако прослеживалась неадекватность эмоциональных проявлений: ребенок делал печальное лицо.

Следовательно, можно сделать вывод, что дети не имеют хорошего представления об основных эмоциях, не знают их характерных признаков и проявлений, не имеют мимических навыков воспроизведения базовых эмоций.

Заключительная методика «Бабушка и котенок» вызвала значительные трудности у всех детей с комплексными нарушениями в развитии. Результаты выполнения данного задания представлены в таблице 5.

Табл. 5. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ (УМЕНИЕ СОПЕРЕЖИВАТЬ) У ДЕТЕЙ С КОМПЛЕКСНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Уровень	Абсолютный показатель (количество детей)	Относительный показатель (%)
Низкий	5	100
Средний	0	0
Высокий	0	0

Характеризуя процесс выполнения задания, необходимо отметить, что ни один ребенок не смог выполнить задание даже с помощью взрослого. Дети не смогли разложить картинки так, чтобы получилась история. После помощи взрослого, детям давалась инструкция: «Посмотри, котенок испортил бабушкину работу. Тебе жалко бабушку?». Таким образом, это задание оценивалось по параметру эмоционального развития (умение сопереживать). Все дети ответили на этот вопрос, «да, жалко». Но развернутого ответа не смог дать ни один ребенок. Таким образом,

по результатам данной методики низкий уровень сформированности эмоциональной сферы зафиксирован у 5 детей (100%).

Результаты исследований свидетельствуют о том, что детям с комплексными нарушениями вполне доступно понимание эмоциональных состояний персонажей, изображенных на картинах: дети достаточно четко различают радость, веселье и грусть, страх и злость. Вместе с тем у большинства из них еще очень небольшие знания подобных эмоциональных состояний, их оттенков, а также высших социальных чувств.

Таким образом, наблюдения за детьми позволили выявить следующие основные эмоциональные проблемы детей с комплексными нарушениями в развитии: высокий уровень тревожности, снижение общей эмоциональной активности, неадекватная самооценка (чаще заниженная), бедный словарный запас. Выявленные уровни развития эмоциональной сферы детей с комплексными нарушениями в развитии говорят о необходимости коррекционной работы по формированию эмоциональной сферы у детей исследуемой группы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Безрукова М.М. Руководство по тестированию и обработке результатов обследования зрительного восприятия детей дошкольного возраста. М.:Новая школа, 2014. – 40 с.
2. Жигорева М. В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь. М., 2016.

Дрейбант А.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Шеховцова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Исследование рефлексии младших школьников с нарушениями речи связано с решением одной из фундаментальных проблем специальной психологии и педагогики – развитием способности к регуляции собственного по-

ведения, к преодолению трудностей в различных видах деятельности, то есть с раскрытием психологических условий формирования ребенка как активного субъекта собственной деятельности и поведения.

Как отмечает А.С. Обухов, рефлексия – это ключевая способность для осознания собственной деятельности, которая создает условия для ее дальнейшего развития и совершенствования, для углубленного понимания мира, других и себя в этом мире [4].

Психолого-педагогическая наука располагает большим количеством исследований проблемы рефлексии, проанализировав которые можно выделить следующие подходы в понимании указанной проблемы:

- субъектно-деятельностный подход к процессу становления субъекта в учебной деятельности (А.А. Брушлинский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Ю.В. Сенько, В.И. Слободчиков);
- теория учебной деятельности (В.В. Давыдов, Д.Б. Эльконин);
- культурно-историческая теория происхождения психики, теория интериоризации и перехода совместных действий во внутренний план, коллективно распределенная деятельность (Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин, В.В. Рубцов, Е.С. Федосеева, Г.А. Цукерман);
- системно-деятельностная методология и исследования по проблемам рефлексии (Г.П. Щедровицкий, Н.Г. Алексеев, И.Н. Семенов, С.В. Кондратьева, Т.Ф. Ушева) [5].

Г.А. Цукерман, А.В. Захарова, П.В. Новиков и другие рассматривают рефлексия как новообразование младшего школьного возраста. При этом она исследуется в контексте двух аспектов: с одной стороны – как компонент теоретического мышления, с другой – как результат и показатель сформированности учебной деятельности [1; 9].

Рефлексия способствует формированию у младшего школьника положительной мотивации к учению, умения самостоятельно обнаруживать пробелы в своих знаниях и искать пути их устранения. Это своего рода показатель активности ученика как субъекта учебной деятельности [5].

Г.П. Щедровицкий выделяет следующие формы осуществления рефлексии:

- коллективная – кооперативная и коммуникативная;

- индивидуальная – личностная и интеллектуальная.

Каждая форма включает в себя ряд рефлексивных умений:

1. Кооперативные умения: самоопределение в рабочей ситуации, умение сохранять коллективную задачу, умение принимать ответственность за происходящее в группе, умение осуществлять пошаговую организацию деятельности, умение соотносить результаты с целью деятельности.
2. Интеллектуальные умения: определение цели деятельности, оценка собственной позиций, умение прогнозировать последующий ход действий, умение оценивать правильность выбранного плана.
3. Личностные умения: умение анализировать причины и результаты своего поведения и деятельности.
4. Коммуникативные умения: умение «встать на место другого», проявление эмпатии, понимание причин действий другого в процессе взаимодействия, учет действий других в своих поведенческих стратегиях, понимание своих качеств в настоящем в сравнении с прошлым и прогнозирование перспектив развития [5].

Развитие рефлексивных умений – это не спонтанный и не стихийный процесс. Для этого процесса необходимо создание специальных условий, специальная организация учебного процесса, учебной деятельности, учебного материала и учебной среды. Создавая необходимые условия, необходимо опираться на следующие особенности рефлексивной способности:

- рефлексия является индивидуальной способностью личности;
- рефлексия носит диалогичный характер;

- рефлексия представляет собой деятельность;
- рефлексия является разномасштабной способностью (она позволяет ученику взглянуть на свою деятельность с разных точек зрения, например, со стороны ученика и со стороны учителя) [7].

В младшем школьном возрасте формируются следующие рефлексивные умения и навыки:

- умение воспринимать себя и свои умения адекватно;
- умение осуществлять целеполагание деятельности;
- умение видеть результаты деятельности;
- умение сравнивать результаты деятельности с ее целью;
- умение выявлять ошибки в собственном поведении и собственной деятельности;
- умение описывать прожитую ситуацию [7].

Процесс развития рефлексии проходит ряд стадий. Первоначально она развивается в совместной, коллективной деятельности, после – становится внутренним действием сознания.

Согласно базовому положению специальной психологии – дети с нарушенным развитием проходят те же стадии развития, что и условно нормально развивающиеся дети. Из этого следует, что развитие рефлексии у младших школьников с нарушениями речи проходит по тем же законам, что и у нормально развитых детей.

Предпосылками проявления рефлексивных способностей детей является их речевая практика. Речевая практика младших школьников, имеющих разного рода речевые нарушения, имеет свои характеристики и особенности, которые накладывают свои особенности на развитие у них рефлексии. Эти

особенности касаются, прежде всего, языковой рефлексии [2].

Языковая рефлексия – это рефлексия ко всему, что имеет какое-либо отношение к языку и его использованию.

Произвольные и непроизвольные наблюдения детей за своей речью и речью окружающих проявляются в формировании суждений о языковых и речевых элементах, о спонтанных контрольно-оценочных действиях:

- они замечают и исправляют речевые ошибки сверстников (фонетические и грамматические);
- корректируют свою речь в процессе высказывания;
- изменяют содержание и интонацию своей речи в ходе диалога или монолога в зависимости от сюжетной роли с учетом возраста и статуса собеседника, то есть осуществляют ориентировку в общении;
- в процессе творческого рассказывания подражают стилистике сказок и художественных произведений;
- при общении с младшими детьми используют лексико-грамматические средства, которые доступны для их понимания;
- интуитивно различают близкие языки одной языковой группы;
- выделяют в речи взрослых новые для них слова и уточняют их значение;
- уточняют, как правильно составлять ту или иную грамматическую конструкцию [8].

Наличие у младших школьников речевых нарушений накладывает свои отпечатки на указанные выше суждения. Например, в случае, когда у ученика имеют место нарушения фонематического слуха, ребенок не замечает ошибки в речи других и, соответственно, не указывает на них, не могут различать близкородственные языки. Нарушения в грамматическом строе речи приводят к тому, что ребенок не стремится подражать стилистическому оформлению при рассказывании сказок, не проявляют интереса к правильному грамматическому оформлению речи. Наличие дефектов звукопроизношения приводит к тому, что ученик не

может самостоятельно корректировать свою речь.

Отдельно стоит упомянуть феномен фиксированности на своем дефекте, подробно описанный В.И. Селиверстовым, который имеет прямую связь с рефлексивными способностями. Данный феномен, как правило, изучается в контексте заикания. При этом феномене ученик осознает, что его речь значительно отличается от речи окружающих его людей, что провоцирует развитие тревожности, боязни и даже страха речи. Для младших школьников характерна нулевая степень болезненной фиксированности, так как в указанно возрасте дети еще не обращают особого внимания на свой дефект [6].

Таким образом, рефлексия как новообразование младшего школьного возраста является одним из главных условий успешного обучения в школе. Наличие у младших школьников разного рода речевых нарушений приводит к появлению у них ряда особенностей рефлексивной способности, обусловленных речевой патологией. В первую очередь эти особенности проявляются в языковой рефлексии.

Ельникова Е.Т.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Акименко В.М.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Общение является одним из самых важных способов существования человека. Оно помогает человеку в социализации, в самореализации в обществе. Важность общения отмечали еще в древние времена, так, например, Аристотель говорил: «Наслаждение общением – главный признак дружбы», Людвиг Андреас фон Фейербах – «Общение облагораживает и возвышает, в обществе человек невольно, без всякого притворства держит себя иначе, чем в одиночестве». Так и в настоящее время общение играет важную роль. Вопросами изучения общения занимаются

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Захарова А.В., Боцманова М.Э. Особенности рефлексии как психического новообразования в учебной деятельности. – М.: АСТ, 2006 – 162 с.
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
3. Маралов В.Г. Основы самопознания и саморазвития. Учебное пособие для студентов сред. пед. учеб. заведений – М.: Издательский центр «Академия», 2001
4. Психология детей младшего школьного возраста: учебник и практикум для бакалавров / под общ. ред. А.С. Обухова. – М.: Издательство Юрайт, 2016. – 583 с.
5. Розин В. М. Рефлексия в структуре сознания личности // Проблемы рефлексии. – Новосибирск: Наука, 1987.
6. Селиверстов В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия: Учеб. пособие для студ. высш. и средн. пед. учеб. заведений. – 4-е изд., доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.
7. Слободчиков В.И., Цукерман Г.А. Генезис рефлексивного сознания в младшем школьном возрасте. <http://www.voppsy.ru/4y/ISSUES/1990/903/903025.php/>.
8. Цейтлин С. Н. Язык и ребенок. Лингвистика детской речи. – М., 2000
9. Цукерман Г.А. Оценка и самооценка в обучении, построенном на теории учебной деятельности // Нач. школа. – 2001. – № 1.

ся такие ученые как: Б.Г. Ананьев, М.И. Лисина, А.А. Леонтьев, В.Н. Мясищев, Л.И. Божович, Б.Д. Парыгин, Я.Л. Колосминский, Е.И. Кульчицкая, Л.В. Артемьева, Е.Ф. Рыбалко и др.

Общение трактуется, как сложный процесс взаимоотношений между людьми, заключающийся в обмене информацией, в восприятии и понимании партнерами друг друга [4]. Основной функцией общения является коммуникативная функция, благодаря которой устанавливается контакт между людьми. Эта функция начинает появляться у человека с самого рождения,

как только он прикоснулся к груди матери, улыбнулся, заплакал.

При таком нарушении как ранний детский аутизм (далее РДА) эта функция нарушена. РДА – коммуникативное расстройство, возникающее при различных нарушениях функций головного мозга. Ранний детский аутизм характеризуется в первую очередь расстройством речи, дефицитом социального взаимодействия, ограниченностью интересов, стереотипной деятельностью [3].

У детей с диагнозом РДА нарушены все коммуникативные процессы. Первая речевая реакция, возникающая у ребенка – это гуление. У детей-аутистов гуление может запаздывать или отсутствовать, быть в виде криков и визгов. Стадия речевого развития – лепет у детей с аутизмом отсутствует. К году у детей с РДА появляются первые слова, но они используются без понимания значения. К полутора годам словарный запас составляет около 15–20 слов, слова появляются и исчезают. У многих детей с РДА к 2 годам появляется фразовая речь, но дети практически не используют ею. Однако ребенок сам с собой может активно вести диалог, петь песни, рассказывать стихи, цитировать телепередачи, мультфильмы. Некоторые демонстрируют выраженную многоречивость, но получить ответ на заданный вопрос от таких детей очень сложно.

У большинства детей с РДА встречаются следующие речевые особенности: эхолалии, речевые штампы, заученные фразы, узость интересов, то есть ребенок может быть очень разговорчивым, если речь будет идти по интересной для него теме.

Дети-аутисты не понимают переносного смысла высказывания, многозначных слов, они воспринимают все буквально. Так, например, мальчику говорят вытереть ноги после прогулки под дождем, он снял ботинки, носки и вытер ноги о коврик. Это связано с недо-

статочностью мыслительной функцией, ограниченным словарным запасом.

У вербальных аутистов процесс развития речи идет за счет чтения, поэтому дети с РДА некоторые слова произносят так, как пишется. Если ребенок услышал слово, которое было произнесено с акцентом, то он может это слово использовать в своей речи точно также, с акцентом. Этот случай объясняется теорией, которую предложил А.Е. Сериков: одной из характерных особенностей аутизма является проблема с подражанием, которая относится к проблемам коммуникации. Таким образом, такое стереотипное поведение детей с РДА говорит не о сильном стремлении подражать, а о трудностях в подражании. Иначе говоря, первая ситуация, в которой ребенок с РДА чему-то учится, является эталонной [5].

Для аутистов является самым трудным, практически невозможным – это поддержание при разговоре зрительного контакта. Это влечет за собой сложность использовать одновременно несколько сенсорных каналов для восприятия и ощущения окружающего мира. Так, например, ребенок – аутист может с закрытыми глазами завязывать шнурки. Это объясняется тем, что всю необходимую информацию он получает через тактильный канал, а вся другая информация для него не представляет интереса, она лишь сбивает и мешает.

У детей с РДА отмечается нарушение в применении вербальных средств общения. Дети-аутисты практически не используют жесты и эмоциональную окраску речевого высказывания. В норме дети уже в годовалом возрасте показывают пальцем на предметы, которые вызвали у них интерес, используют жест «просьбы».

У детей-аутистов наблюдаются трудности с мимикой. Аутичному ребенку достаточно трудно понимать эмоции человека по выражению его лица, но сами дети с РДА могут сами передавать какую-либо эмоцию: радость, грусть, удивление, злость [2].

Таким образом, для детей с ранним детским аутизмом характерны следующие особенности развития, оказываю-

щие влияние на формирование общения:

- нарушение коммуникативных функций, им трудно контактировать с окружающим миром и социализироваться в нем;
- нарушение вербальных средств общения;
- речь ребенка с РДА ускоренная, тихая, невнятная, к концу фразы затухающая;
- отсутствуют личные местоимения;
- отсутствие в активном словаре слов, постоянного обихода ребенка (семья, игрушки, предметы посуды и др.);
- часто используют в речи отрывки из телепередач, мультфильмов;
- большой словарный запас;
- диалогическая речь не развита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм. // Исцеление. – М., 1993. – С. 154–165.
2. Гилберт К., Питерс Т. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие. // Москва: Владос.- 2003.- С. 5–9.
3. Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е. Р. и др. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. – М.: Просвещение, 1989. – 95 с.
4. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. – 4-е изд. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. 1: Общие основы психологии. – 688 с.
5. Сериков А.Е. Подражание и стереотипное поведение аутистов. // Вестник Самарской гуманитарной академии. – 2011. – Вып. 1. – С. 18–28.

Казарян М.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.психол.н. Рукавишникова Е.Е.

ИЗУЧЕНИЕ НРАВСТВЕННОЙ САМООЦЕНКИ И МОТИВАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В современном мире одной из приоритетных задач образовательной политики России является создание благоприятных условий для включения детей с особыми потребностями в образовательные учреждения при условии стандартного процесса обучения наравне со сверстниками и создание толерантной атмосферы взаимопомощи и сотрудничества.

Инклюзивное образование в научной педагогической литературе – это процесс обучения детей с ОВЗ в общеобразовательных школах, который подразумевает доступность образования для всех [1, с. 9].

Именно начальная школа является первым этапом совместного обучения «особых детей» и их сверстников, не имеющих ограничений здоровья. В ходе их взаимодействия возможно возникновение барьеров на основе раз-

ных эмоциональных, психологических и коммуникативных особенностей.

Для преодоления этих препятствий в любом образовательном учреждении актуализируются вопросы духовно-нравственного развития личности младшего школьника, формирования у всех субъектов образовательной деятельности толерантности, т.е. способности понять и принять другого таким, какой он есть. В такой среде признается право на уникальность и неповторимость каждого.

В этой связи задача формирования нравственных представлений и толерантного взаимоотношения младших школьников и сверстников с ОВЗ обозначается как приоритетная в воспитательном процессе.

Необходимо отметить, что эта проблема привлекает внимание исследователей, среди которых АК. Дусавиц-

кий, Л.В. Поляков, М.Е. Сачкова и др. В свою очередь В.А. Киричок, С.О. Мильтонян отмечают значимость взаимодействия между здоровыми детьми и их сверстниками с ОВЗ для формирования отзывчивости и толерантности.

Формирование нравственных представлений младших школьников и на их основе моральной оценки дает основу для развития и успешной реализации в будущем потенциала личности.

Учебная деятельность является одним из факторов духовно-нравственного развития младшего школьника: в ее основе – взаимодействие детей в условиях коллектива. Так, включенность «особых детей» в образовательный процесс наравне с другими сверстниками способствует развитию у всех учащихся эмпатии и гуманности.

С целью изучения у обучающихся младшего школьного возраста уровня ценностных отношений и ориентации, их предрасположенности к толерантным взаимоотношениям со сверстниками нами была проведена диагностическая работа с использованием методики Л.Н.Кологорцева «Диагностика нравственной самооценки и мотивации». Исследование проходило в двух общеобразовательных школах, в одной из них есть опыт инклюзивной практики, в другой – такой опыт отсутствует. В исследовании участвовали 90 школьников 1, 3, 4 классов.

Результаты исследования позволили обозначить актуальное состояние по таким ключевым вопросам как отношение детей к одноклассникам с ОВЗ и окружающим людям. Нами было констатируемо, что наиболее высокими показателями обладают учащиеся 3 класса общеобразовательной школы без опыта инклюзивной практики. Результаты диагностики выявили у них высокий уровень нравственной самооценки – у 80% младших школьников.

Для данного уровня характерно осознание моральных норм и направленность на жизненные ценности, стремление к работе в команде и сотрудничеству. Для 70% обучающихся характерен высокий уровень нравственной мотивации, отличающийся ориентацией на обстоятельства и объективные последствия поступка.

У 76% учащихся 4 класса этой школы выявлен высокий уровень нравственной самооценки, а высокий уровень нравственной мотивации по результатам диагностики был определен у 48% детей. Необходимо отметить и тот факт, что у 4 детей был отмечен завышенный уровень нравственной самооценки, а при ответах на вопросы у каждого второго учащегося было отмечено проявление сомнения, которое выразилось в затруднении в выборе ответа и невозможности остановиться на одном варианте. По нашему предположению, это объясняется психологическими особенностями возраста: для учащихся данной возрастной группы значимо мнение педагога и его оценка. В этой связи у младших школьников проявляется выраженное желание показать себя «лучше, чем есть на самом деле».

У обучающихся 3 и 4 классов общеобразовательной школы, а также у учащихся 3 класса школы, в которой обучаются дети с ОВЗ, не было выявлено низкого уровня нравственной самооценки. В то же время для учащихся 1 класса характерны показатели низкого уровня. Это обусловлено тем, что у первоклассников еще не сформирована устойчивая нравственная самооценка и мотивация. И педагогу необходимо проведение системной работы по воспитанию нравственных качеств и установок, на основе которых будут формироваться модели нравственного поведения.

Несмотря на то, что для 58% детей характерен высокий уровень нравственной самооценки, их результаты оказались пограничными со средним уровнем. Это дает нам основание утверждать, что обучающиеся проявляют нестабильность нравственной мотивации, допускают неточность в оценке последствий поступков. В тоже вре-

мя для данной группы учащихся свойственна ориентация на коммуникацию в коллективном деле. Этот факт следует рассматривать как психологический ресурс в организации совместных видов деятельности.

В фокусе внимания педагогов должен быть установленный по результатам диагностики следующий факт: у 14% учащихся в школе, где совместно со всеми обучаются школьники с ОВЗ, выявлен низкий уровень нравственной мотивации. Несмотря на то, что у детей есть опыт взаимодействия со сверстниками с ОВЗ, у них не выражено стремление к сотрудничеству и осознанию моральных суждений.

Сравнительные результаты по гендерному признаку показали, что мальчики в сравнении с девочками обладают низким уровнем нравственной самооценки. И можно предположить, что проявление агрессии по отношению к сверстникам в большей степени будет характерно для мальчиков в сравнении с девочками.

Результаты диагностики показали, что младшие школьники проявляют разные уровни нравственной самооценки и мотивации; были обозначены проблемы: повышение ответственности педагога за организацию воспитательной работы; актуализация работы по формированию толерантного отношения к сверстникам с ОВЗ, так как именно на данном этапе индивидуального развития формируются качества, определяющие нравственную сферу личности. В условиях реализации ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ данное направление становится приоритетным: именно в детском коллективе чаще могут возникать трудности в принятии «другого», и ведущая роль педагога, начиная с 1-ого класса, будет заключаться в разработке и реализации системы воспитательной работы по формированию у обучающихся ба-

зовых нравственных представлений и качеств.

С целью решения обозначенных задач педагог может проводить такие совместные мероприятия как: сюжетно-ролевые игры, позволяющие детям «поставить себя на место другого человека» и более четко осознать его особенности и проблемы, проведение интерактивных уроков, организация внеурочной деятельности с применением методов арт-терапии. Одним из дидактических ресурсов является литературное чтение, в результате которого обучающиеся анализируют различные произведения, где отражается проблема принятия «Другого». Так, ярким примером может послужить сказка Г.Х. Андерсена «Гадкий утенок» и образовательные и психолого-педагогические возможности ее использования. Путем анализа и выявления личных переживаний обучающихся в конце занятия педагог может предложить создать «дерево толерантности».

Таким образом, в процессе интегрированного обучения детей с ОВЗ и их сверстников, обучающиеся учатся слышать и слушать чужое мнение, развивают коммуникативные навыки, формируют собственную нравственную самооценку и отношение к жизненным ценностям, а главное – на данном этапе формируется способность понять и принять «Другого». В условиях инклюзивного образования одной из ведущих задач становится формирование нравственных представлений как условия толерантных взаимоотношений младших школьников и сверстников с ОВЗ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: материалы международной научно-практической конференции (Москва, 20–22 июня 2011 г.) / Моск. гор. психол.-пед. ун-т; ред кол.: С.В.Алехина [и др.]. М.: МГППУ, 2001, 244 с.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КАТАРАКТЫ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Всемирная организация здравоохранения сообщает о 13,4–24,2% случаев слабовидения у детей, причиной которой является врожденная катаракта (6 случаев на 10 000 новорожденных). При этом односторонние катаракты встречаются в 45% случаев [1].

Термин «катаракта» происходит от греческих слов «кате» – жидкость и «акне» – движущаяся [13]. На современном этапе развития офтальмологии катаракту определяют как: полное или частичное помутнение хрусталика, сопровождается снижением остроты зрения от незначительного до сохранения лишь светоощущения [14].

Хрусталик состоит из трех элементов: нуклеус (ядро); капсула – тонкая мембрана, целиком облегающая хрусталик; кортекс (кора) – волокнистая часть между ними [11]. В здоровом глазу зрачок черный, а хрусталик прозрачный, он пропускает и преломляет лучи света без искажения. Сам же хрусталик состоит из воды и белка [12]. К помутнению хрусталика может привести конгломерация молекул белка, которая приведет к отклонению преломления света, его рассеиванию хаотично, вследствие чего, хрусталик становится серым или же совсем белым.

В 25–33% случаев катаракта представляет собой наследственную форму – развивается на основе хромосомных, генных и геномных мутаций, а так же появляется под влиянием тератогенных причин в пренатальном и постнатальном периодах развития [3].

Различают врожденные, приобретенные и травматические катаракты [1].

Изолированное поражение хрусталика встречается редко, но часто (в 37,1–77,3% случаев) совмещается с другими патологическими изменениями структур зрительного анализатора [9].

В эллинистический период зафиксированы первоначальные исследования

строения глаза, к этому пришел в своем труде «De Medicine libri octo» Аурелий Корнелиус Цельсус [8]. Он описал размещение хрусталика, назвал оболочкой хрусталика переднюю капсулу, писал о том, что сам хрусталик состоит из жидкости и похож на белок яйца, который обеспечивает функции зрения. Катаракту описывал как излишнюю жидкость, которая твердеет в свободных пространствах. В разные эпохи ученые описывали свои предположения, составляли схемы структур строения глаза и зрительного анализатора в целом.

Значительный вклад в исследование хрусталика сделали ученые, которые не обладали точным представлением о катаракте. Ее отличия от глаукомы впервые описал один из учеников Галлена – Паулус Агина. Катаракту он определил как водяное происхождение, а ухудшение зрения соотносил с расстройствами работы зрительного нерва. Определял, что им страдают пожилые и перенесшие травму люди [7].

Изначально логической цепочкой термины хрусталик и катаракта объединил Якоб Шеллинг. В 1652 году Лашер определил, что помутнение хрусталика и катаракта – это одно и то же. Проблемой лечения катаракты врачи занимались еще со времен Гиппократа, оно заключалось в употреблении определенных продуктов. В 1910 году Дюк Эльдер вводит капли с содержанием йода в структуру лекарственной терапии.

В настоящее время единственным эффективным методом лечения от катаракты является хирургическое вмешательство с целью удаления помутневшего хрусталика и замены его на искусственную линзу [5]. Этот метод эффективен только в случае небольшого помутнения хрусталика. Операцию проводят как можно раньше, для правильного развития глаз детей, пос-

кольку долгосрочно существующая катаракта вызывает серьезные осложнения (косоглазие, амблиопию). После операции часто назначают очки, контактные линзы для коррекции афакии. В терапии используются противовоспалительные препараты и витамины [14].

В первых упоминаниях офтальмохирургии затрагивается Сусрут, который жил примерно в 1500–1000 годах до н. э. в Древней Индии [2]. В своих трудах он описывал процесс операции: пациент должен смотреть на нос, а ассистент врача открывать и держать веки; на иглу в форме конуса была накручена нить, которая внедрялась в глаз склеры и роговицы, перемещала мутный хрусталик в стекловидное тело [2].

Врожденная катаракта, развивающаяся внутриутробно, проявляется с рождения в виде белого пятна, которое может поражать хрусталик полностью или частично. Это приводит к сни-

жению зрения или к полной его утрате, что может сопровождаться нистагмом и косоглазием. Первично заболевание можно диагностировать пренатально, после рождения диагноз подтверждает врач [10].

Катаракта является вторичной в 36% случаев и появляется вследствие перенесенных внутриутробно инфекций: краснуха, токсоплазмоз, герпес и другие [4]. Чаще фактором врожденной катаракты становятся нарушения обменных процессов у ребенка: сахарный диабет, гипокальцемия, галактоземия и другие. Наследственная форма катаракты определяется генетическими мутациями по аутосомно-доминантному и аутосомно-рецессивному типу. Мутации, сцепленные с X-хромосомой, фиксируются еще реже [6].

Врожденная катаракта при хромосомных патологиях (синдром кошачьего крика, синдром Дауна) не является единственным признаком, ее сопровождают другие различные нарушения в развитии (умственные, физические). Экзогенными причинами, способствующими возникновению данного заболевания, являются: прием антибиотиков беременной, терапия стероидными гормонами, лучевая терапия и т.д. [2].

Существует два механизма появления врожденной формы заболевания: сбой в закладке органа внутриутробно (первичная катаракта) и поражение изначально нормально сформировавшегося хрусталика (при нарушении обмена веществ, вторичная катаракта).

Случаев гендерных отличий в статистике заболеваемости не выявлено, исключение составляют генетические мутации, когда они чаще выражаются у мальчиков, т.к. девочки являются носителями измененного гена бессимптомно. Исходя из этого, врачи ориентированы на раннюю диагностику и профилактику катаракты, все меры которых

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аветисов С.Э., Воронин Г.Э. Актуальные проблемы детской офтальмохирургии // Материалы научно-практ. Конф. – М., 2002. – С. 3–5.
2. Аветисов Э.С. Руководство по детской офтальмологии. – М.: Медицина, 1987. – 495 с.
3. Азнабаев М.Т. Новые методы и эффективность микрохирургии катаракт у детей: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1987. – 357 с.
4. Багирова Н.А. Проблемы катарактогенеза (обзор литературы) // Офтальмологический журнал. – 2000. – №6. – С. 98–102.
5. Глазные болезни: Учебник/ Под ред. Копаевой В.Г. – М.: «Медицина», 2002. – 560 с.
6. Должич Г.И., Должич Р.Р. Офтальмология: пособие для офтальмологов. – Ростов н/Д.: Феникс, 2008. – С. 286.
7. Ковалевский Е.И. Детская офтальмология. М.: Медицина, 2014. – 314 с.
8. Меркулов И.И. Клиническая офтальмология. Книга 1; книга по требованию. – М., 2012. – 349 с.
9. Рожкова Г.И., Матвеев С.Г. Зрение у детей. Проблемы оценки и функциональной коррекции. – М.: Наука, 2007. – 315 с.
10. Федоров С.Н., Егорова Э.В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика. – М.: НМТК «Микрохирургия глаза», 1992. – 244 с.
11. Фильчикова Л.И., Вернадская М.Э. Парамей О.В. Нарушения зрения у детей раннего возраста. – М.: Экзамен, 2004. – С. 63.
12. Хватова А.В. Заболевания хрусталика у детей. – Ленинград: Медицина, 1982. – 199 с.
13. Цельс, Авл Корнелий. О медицине / пер. Ю.Ф. Шульца. Вступ. ст. и ред. В.Н. Терновского. – М., 1959. – С. 408.
14. Шипицина Л.М., Вартанян И.А. Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения. – М.: Академия, 2008. – С. 365.
15. Шмелева В.В. Катаракта. М.: Медицина, 1981. – С. 113.

ориентированы на сохранение зрения ребенка [15].

Можно выделить виды катаракты в зависимости от области и объема помутнения:

- полярная – искажения в передней и задней поверхности хрусталика (двойное поражение);
- слоистая (пленчатая) – помутнение центральных слоев хрусталика (одного и более);
- капсулярная – помутнение передней и задней капсул хрусталика (хрусталик не затронут);
- ядерная – снижение прозрачности центральной части хрусталика – его ядра;

– полная врожденная – туманность всего хрусталика (чаще слепота) [3].

Методы хирургического лечения катаракты на современном этапе в большинстве случаев обеспечивают положительный прогноз. Раннее удаление пораженного хрусталика повышает уровень адаптации детей в социальной жизни. Прогноз устанавливается с учетом сопровождающих заболеваний и индивидуальных особенностей организма. До и во время беременности проводят профилактику врожденной катаракты. Следует исключить контакт женщины с инфекционными больными, максимально обезопасить от влияния тератогенных факторов, наблюдение женщины во время всей беременности.

Успех проведения коррекции и лечения зависит от своевременного определения рисков. Своевременное обращение к врачу позволит осуществить раннюю диагностику и начать своевременное лечение.

Красных У.С., Доценко Д.С.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. биол. н., доцент Сейфулина Г.В.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ: ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Физиологические процессы, которые имеют определенную цикличность называют биоритмами [4]. Они определяют динамику состояния человека в течение всей его жизни (хронобиологическая норма).

Индивидуальное моделирование состояния здоровья человека в конкретные отрезки времени отображают трудности, которые нужно учитывать как общую динамику функциональных изменений во времени, так и индивидуальные особенности.

Хронобиологический путь к решению данной проблемы позволяет определить момент колебаний состояния организма, период снижения и повышения устойчивости.

Жизнь на Земле появилась и эволюционировала в среде обитания с время от времени меняющимися сезонными и годовыми ритмами, это означает, что и любому живому организму присущи повторяющиеся процессы, то есть биоритмы, которые связаны с ритмичкой внешних воздействий. Это дает возможность живым организмам существовать в гармонии с природой.

Согласно теории биоритмов, с самого начала жизни у человека начинаются ритмические колебания функционального состояния (ФС). Переходы от положительной фазы в отрицательную, получили такое название как – критические. Нарушение регулировки эндогенно-обусловленных колебаний

физиологических функций человека обычно происходит при внезапной смене ритмов внешней среды (как биологических, так и социальных). Это чревато различными расстройствами, которые сводятся к симптомам: нарушение сна, снижению аппетита, настроения, а также может происходить снижение физической и умственной работоспособности, но в некоторых случаях могут наблюдаться различные заболевания [3].

Десинхронизация чаще происходит на фоне биологических и социальных ритмов. Примером может являться работа на предприятиях с круглосуточным режимом, когда человек выходит на вечернюю и ночную смены [1,2].

Значительное преимущество в оценке индивидуального хронотипа имеют хронобиологические методы исследования, на их основе можно прогнозировать общее состояние человека и скорость его реагирования.

Для оценки индивидуального восприятия времени нами проводился подсчет индивидуальной минуты (ИМ) по методу Халберга: по команде студенты про себя отсчитывали секунды, одновременно с этим включаем секундомер и выключаем на отметке 1 минута – истинное время. С помощью ИМ можно определить ФС организма и его приспособляемость в любое время.

Всем известно, что существует определенная зависимость между способностью человека сопротивляться болезням, т.е. его защитными силами и продолжительностью его ИМ.

Нами были выявлены также достаточно большие различия в динамике ИМ. Студенты с высокой способностью к адаптации (80%) в условиях изменения внешней среды и высоких нагрузок (эмоциональных, интеллектуальных и физических) отличаются способностью «растягивать время», и ИМ превышает минуту физического времени.

Человек постоянно существует в своем личном временном масштабе, который сменяется под воздействием различных факторов окружающий среды.

При увеличении объема поступающей информации она повышается до определенной границы. При перегруз-

ке, этот механизм может дать сбой, что приведет к внезапному уменьшению ИМ. Таких студентов насчитывалось около 13%.

Кроме того, нами была определена адаптация к работе студентов и их эмоциональное состояние (рис. 1, 2).



Рисунок 1. Эмоциональное состояние студентов по показателям ИМ.

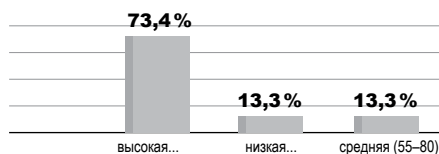


Рисунок 2. Адаптация к эмоциональным и физическим нагрузкам у студентов по показателям ИМ.

Индивидуальное восприятие времени считается одной из характеристик общего состояния организма. Так же мы выявили эмоциональную тревожность, среди студентов: низкая тревожность – 80%, высокая – 20%. Возможно, это связано с отрицательными результатами промежуточной аттестации.

Студенты с нормальной ИМ обладают способностью к хорошей адаптации, а также к физическим и психическим нагрузкам, но такого типа среди испытуемых не было выявлено.

Увеличение ИМ свидетельствует о преобладании тормозных процессов, а также сопровождается понижением температуры тела. Уменьшение индивидуальной минуты может свидетель-

ствовать о депрессивном состоянии, эмоциональном перенапряжении, повышенной тревожности, а также о наличии тяжелого заболевания.

Чтобы понять, в какое время суток у студентов повышена работоспособность, мы провели тест Хильдебранта среди студентов (рис. 3).

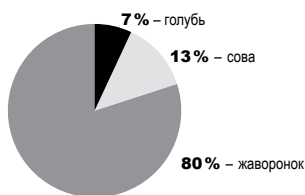


Рисунок 3. Хронобиотип среди студентов.

Хронотип человека наиболее часто устанавливают в зависимости от того, в какое время суток наблюдается активная фаза биологического ритма сон-бодрствование.

Разница в этом ритме помогла выявить среди студентов группы утреннего (7%) и вечернего типа (80%). Первые получили название «жаворонки», они рано вечером засыпают и рано утром просыпаются. Наоборот, вторые, или «совы», засыпают поздно и соответственно позднее просыпаются.

Участники испытания указанных выше групп имеют разные особенности по своей работоспособности в утренние и вечерние часы. Кроме того, нами была выявлена группа студентов индифферентного типа – 13%, их нельзя отнести к какой-либо из этих двух типов, они получили название «голуби».

Подводя итоги испытаний, можно сделать вывод, что решение проблем хронобиологии одинаково важны как для развития теории в биологии, так и для развития практики. Сведения, полученные нами в области хронобиологии, могут применяться для более эффективного лечения заболеваний, а также их профилактики. Результаты исследования показали, что самый оптимальный режим работоспособности для студентов – это вечернее время суток. Итоги данной работы могут помочь в построении режима дня, что улучшит качество обучения и самочувствия, а так же поможет избежать стрессовой нагрузки на организм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Асланян Н.Л., Чибисов С.М., Халаби Г. Патопфизиология биоритмов: методические рекомендации к изучению курса «Патологическая физиология». – М.: УДН, 1989. – 46 с.
2. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Хронобиология и хрономедицина. – М., Триада-Х, 2000. – 448 с.
3. Корягина Ю.В., Вернер В.В. Спортивная хронобиология: Учебное пособие. – Омск: СибГАФК, 2002. – 56 с.
4. Фролов А.А., Благоданов М.Л., Демуров Е.А., Библибин Д.П., Величко Э.В. Общая патофизиология: учебное пособие, М.: Практическая медицина, 2016. – 224 с.
5. Черевикова Н. Н., Карантыш Г. В. Особенности адаптации к образовательному процессу школьников с разными хронотипами / Сборник статей II Международной научно-практической конференции «Наука и образование: сохраняя прошлое, создаем будущее», Пенза, 20 июля 2016 / под общей редакцией Г. Ю. Гуляева. – Пенза: Наука и Просвещение, 2016. – С. 10–14.

Лашина М.И.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Слюсарева Е.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ВЗРОСЛЫХ СЛЕПОГЛУХИХ

По данным ООН каждый десятый человек на Земле имеет какой-либо вид инвалидности. Численность лю-

дей, входящих в состав категории инвалидов ежегодно увеличивается в среднем на десять процентов [1]. Не

случайно в последнее десятилетие существует тенденция к увеличению внимания исследователей к различного рода трудностям взрослых слепоглохих в современном мире и обществе.

В связи с этим остро встают вопросы обеспечения «качества жизни» и психологического благополучия людей, имеющих рано или поздно приобретенную инвалидность.

Психологическое благополучие определяется объективными и субъективными факторами. Наличие инвалидности является фактором, который может вызывать нарушение благополучия на всех уровнях.

Такой особенной инвалидностью, обусловленной сочетанными глубокими нарушениями слуха и зрения, которая вызывает специфические проблемы, отличные от тех, которые порождаются отдельно слепотой или глухотой, является слепоглухота.

Вопрос о том, почему один человек счастливее другого, имеет очень важное значение для психологической практики и теории. Стремление к поиску ответа на этот вопрос является одной из ведущих целей науки.

Психологическое благополучие не имеет границ. Оно не привязано к определенным людям, территориям и государствам. Оно интернационально по своей сути и представляет собой общемировую ценность и достояние.

Исследования феномена благополучия ведутся в различных областях: медицине, социологии, психологии и экономике. Изучением психологического благополучия личности занимались такие ученые как Л.А. Беляева, Л.В. Куликов, А.А. Папура, К. Рифф, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова и другие.

В своей работе мы придерживаемся интерпретации понятия «психологическое благополучие», которую выдвинула Т.Д. Шевеленкова: «психологическое благополучие – это совокупность необходимых ресурсов личности, обеспечивающая объективную и субъективную успешность личности в окружающей его социальной среде» [2].

Исследователи в области психологического благополучия личности в качестве главных частей исследуемой

ими дефиниции выделяют пять ее компонентов: аффективный – это эмоциональная глубина жизни, отсутствие выраженной беспокойности, превалирование позитивных эмоций, отсутствие депрессивных состояний и симптомов, метапотребностный – возможность реализации человеком своих базовых потребностей в автономии, личностный рост, мировоззренческий – наличие определенных целей в жизни, убеждений и занятий, придающих смысл существования, чувство осознанности своего настоящего и прошлого, интарефлексивный – осознание и принятие не только своих положительных качеств своей личности, но и отрицательных, способность непосредственно выражать свои чувства и эмоции, внутренний контроль, положительная самооценка, самопознание, интеррефлексивный – подготовленность в отношениях с окружающими, окружающей средой, гармоничные отношения с миром.

В результате анализа теоретического материала по заданной проблеме нами были выделены следующие критерии оценки уровня психологического благополучия взрослых с комплексными нарушениями слуха и зрения:

1. Управление окружающей средой.
2. Личностный рост.
3. Автономия.
4. Самопринятие.
5. Позитивные отношения с окружающими.
6. Наличие целей в жизни.
7. Эмоциональное состояние.

На основе вышеуказанных критериев нами были подобраны диагностические комплексы:

1. Методика К. Рифф «Шкалы психологического благополучия» в адаптации П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленковой.

2. Методика САН, направленная на диагностику самочувствия, активности и настроения (сотрудники Первого Московского медицинского института им. И.М. Сеченова).
3. Шкала субъективного благополучия М.В. Соколова.
4. Методика субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона.

Пилотное исследование уровня психологического благополучия проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Краевой центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» г. Ставрополя. В пилотном исследовании принимал участие один взрослый человек с комплексными нарушениями слуха и зрения (испытуемый имеет абсолютную глухоту и остаточное зрение).

Тестирование респондента по методике «Шкалы психологического благополучия» дало следующие результаты.

Исследование способности к управлению окружающей средой показало высокий уровень ее сформированности. Это свидетельствует о том, что испытуемый обладает компетенцией и властью в управлении окружением, так же эффективно использует предоставляющиеся возможности, может контролировать всю внешнюю деятельность, имеет способность улавливать или создавать условия и обстоятельства, которые подходят для удовлетворения личных потребностей и достижения целей.

Исследование способности к автономии показало высокий уровень ее сформированности. Это свидетельствует о том, что респондент самостоятельный и независимый, может противостоять попыткам общества заставить думать и действовать каким-либо определенным образом, может само-

стоятельно регулировать собственное поведение, так же оценивать себя в соответствии с личными критериями.

Исследование способности к личностному росту показало высокий уровень ее сформированности. Это говорит о том, что испытуемый обладает чувством непрерывного развития, может воспринимать себя «растущей» и самореализовывающейся личностью, открыт к новому опыту, так же испытывает чувство реализации своего потенциала, может наблюдать улучшения в своих действиях и себе с течением времени; изменяется в соответствии с собственными познаниями и достижениями.

Исследование способности к самопринятию показало наличие высокого уровня ее сформированности. Это свидетельствует о том, что респондент может благоприятно относиться к себе, знает и принимает различные свои стороны своей личности, так же положительно оценивает свое прошлое.

Исследование способности к хорошему и позитивному отношению с другими показало высокий уровень ее сформированности. Это свидетельствует о том, что испытуемый имеет удовлетворительные и доверительные отношения с окружающими его людьми; может заботиться о благополучии других окружающих; имеет способность сопереживать, так же допускать привязанности и близкие отношения с другими; понимает, что человеческие отношения строятся на взаимных поступках.

Исследование наличия целей в жизни показало, что у испытуемого есть цель в жизни и чувство ее направленности; считает, что настоящая и прошлая жизнь имеет смысл; так же придерживается убеждений, являющихся источниками цели в жизни; имеет намерения и цели на всю жизнь.

Тестирование по методике САН показало, что испытуемого на момент исследования уровень самочувствия, активности и настроения позволяет продуктивно работать и заниматься необходимыми делами в радость.

Исследование по методике «Шкала субъективного благополучия» показало: респондент прибывает в хорошем

эмоциональном благополучии и отрицании им серьезных психологических проблем. Так же выявило, что он обладает позитивной самооценкой, так же не склонен высказывать жалобы на различные проблемы со здоровьем, общителен, оптимистичен, уверен в своих способностях, может эффективно действовать в условиях стресса, не склонен к тревогам.

Тестирование по методике субъективного ощущения одиночества показало, что испытуемый испытывает низкий уровень ощущения одиночества.

Исходя из полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. У испытуемого наблюдается высокий уровень психологического благополучия по всем выделенным нами критериям.
2. Респонденту присущ высокий уровень эмоционального благополучия.
3. У взрослого слепоглухого отсутствует ощущение одиночества.

Таким образом, проблема психологического благополучия взрослых слепоглухих является значимой областью теории и практики психологической науки. Несмотря на многочисленные исследования этого феномена, проблема психологического благополучия слепоглухих в современной литературе представлена недостаточно, что требует дальнейших исследований в этой области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Международный доклад «Всемирной организации здравоохранения», 2011.
2. Шевеленкова Т.Д. Психологическое благополучие личности: обзор основных концепций и методик исследования // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3.

Манетова М.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Жукова С.В.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ОВЗ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА

Коммуникативные навыки – это навыки общения, умения слушать, выражать свою точку зрения, приходить к согласованному решению, доказывать и отстаивать свою позицию.

С.Л. Рубинштейн представляет коммуникацию в виде сложного многоаспектного процесса. Благодаря этому процессу осуществляется налаживание и развитие контактов между людьми. Эти контакты вызываются потребностью в совместной деятельности, а также необходимостью взаимобмена какой-либо информацией, формирования общей для всех системы сотрудничества, восприятия и понимания людьми друг друга [2]. Подобная форма интерпретации данного понятия базируется на методологических положени-

ях, которые отмечают постоянство общественных и межличностных отношений. Данный факт сам по себе указывает на характер коммуникации.

Известно, что формирование различных навыков происходит в результате определенной деятельности, становление же коммуникативных навыков и их совершенствование – результат общения.

Общение – это важный элемент жизни человека, поскольку оно является фундаментом для полноценного развития и становления личности. Человек способен налаживать контакт с окружающими, получать опыт и обмениваться им с другими людьми, делиться реальной или выдуманной информацией об окружающей его действитель-

ности и все это происходит благодаря общению.

Если мы обратимся к психологическому словарю А.М. Петровского, М.Г. Ярошевского, то сможем говорить о том, что общение является сложным, многоплановым процессом установления и развития контактов между людьми, вызываемым необходимостью совместной деятельности [6].

Как уже было замечено, общение является одним из основных условий развития ребенка. С момента рождения общение для ребенка становится одним из важнейших факторов развития его психики. Но, не является секретом, что для детей с ограниченными возможностями здоровья процесс общения значительно затруднен. Это происходит из-за различных барьеров или ограничений, таких как: языковые, слуховые, двигательные и другие. Как следствие, дети стараются приложить немалые усилия, чтобы взаимодействовать с окружающими.

Проблема общения детей с ограниченными возможностями здоровья, ее особенности рассматриваются с различных позиций в педагогике, философии, в разделах общей психологии и в других областях.

Характеристика детей с ОВЗ опирается на ряд показателей, где определяющим выступает сам дефект. Отметим, что от степени выраженности дефекта зависит последующая деятельность такого ребенка. Есть достаточно много особенностей в развитии детей с ограниченными возможностями, которые непременно будут затруднять их становление в социуме.

У детей с ОВЗ развитие психических процессов находится на достаточно низком уровне. При этом недостаточно развиты восприятие и пространственные представления. Очень часто дети невнимательны, отмечается трудная переключаемость с одного ви-

да деятельности на другую. Объем памяти такого ребенка ограничен, познавательная активность снижена, также важно отметить, что темп переработки информации значительно замедлен. Имеются нарушения речевых функций, нередко наблюдается несформированность всех компонентов языковой системы. У таких детей отмечаются нарушения и в игровой деятельности, поскольку при наличии серьезных психических отклонений не формируется сюжет, а способы общения в игре и игровые роли скудны [5].

Исходя из выше указанных факторов, мы можем говорить об их связи с интеллектуальной и социальной активностью ребенка. Детям бывает трудно прийти к согласию, сконцентрировать свое внимание на конкретном собеседнике; речь аграмматична, присутствуют нарушения причинно-следственных связей между предложениями, словарный запас также отмечается недостаточным объемом.

Еще больше усугубляются эти проблемы, если ребенок лишен, в какой-то мере, общения с близкими взрослыми. Как правило, дети с нарушениями в развитии очень часто находятся в детских домах или интернатах. Причин, по которым ребенок оказывается в подобном учреждении, может быть множество. Но нашей задачей является не установление причин, по которым дети попадают в детский дом, а изучение особенностей коммуникативных навыков у детей с ОВЗ, оказавшихся в данном учреждении.

Современные науки, а именно: психология и педагогика имеют достаточно полное представление, которое показывает все нюансы психического развития ребенка, растущего вне своей семьи, – его мышления, речи, эмоционального состояния, особенностей поведения и взаимоотношений со сверстниками и взрослыми. Последствия, так называемого социального сиротства, весьма неблагоприятны и отражаются на дальнейшей жизни ребёнка [3].

Когда ребенок лишается родителей, он оказывается в условиях «материнской депривации». Данное понятие несет в себе большое количество раз-

личных явлений. Сюда относятся: недостаточная забота о ребенке или ее отсутствие со стороны матери, временное отстранение ребенка от матери, и, еще одно явление – недостаток или утрата любви и привязанности ребенка к матери – ощущение никому ненужности. Собственно из данного чувства у ребенка формируется отношение к окружающему его миру, чувство привязанности, которое необходимо не только для создания и развития дальнейших взаимоотношений в будущем. Эти факторы имеют прямое влияние на притупление чувства тревоги, которое обычно появляется у детей в новых или стрессовых для него ситуациях. Помимо этого, близкие люди, мать для ребенка представляют собой источник утешения в моменты отчаяния. Наиболее тяжелым и трудно устранимым последствием материнской депривации является отсутствие основного доверия к окружающему миру. Это приводит к возникновению у ребенка страха, агрессивности, мнительности, недоверия к людям и к самому себе, нежелания к изучению окружающего мира. Это все не дает возможности ребенку нормально развиваться психически и сенсорно, не позволяет социально стабилизироваться [1].

Вследствие материнской и семей-

ной депривации может возникать такая проблема, как неприятие детдомовских детей в среде сверстников. Среди них не редкостью бывают конфликты, возникают своего рода «школьные группировки», негативно настроенные по отношению к детям из детских домов. Как следствие этого, дети начинают пропускать занятия, скитаются по улицам (бродяжничество), у них снижается мотивация учебной деятельности.

Отличительной чертой воспитанников интерната или детского дома, является то, что чаще всего их общение ограничено той возрастной группой, к которой они относятся. Как правило, это общение заключается в обсуждении тем, касающихся непосредственно детей данной группы или предложенных взрослым. Разного рода социальные контакты, в которые такие дети совершают попытки вступить, зачастую неудачны. Это происходит из-за того, что они не владеют понятиями, используемыми, в свою очередь, при общении с детьми, воспитываемыми в семье. Дальнейшее их совместное общение становится затрудненным, поскольку в нем возникает своего рода барьер. В конечном итоге они стараются отстраниться от остальных, чтобы не выслушивать появляющиеся усмешки в свой адрес и не попадать в ситуации недопонимания со стороны других детей. Дальнейшее налаживание эмоциональных контактов такими детьми становится невозможным, поскольку они становятся грубыми, подозрительными, недоверчивыми, лживыми, нередко нарушающими дисциплину. Также появляется преобладание защитных средств поведения в ситуациях конфликта. Наиболее важным для таких детей является завоевание одобрения со стороны учителя или воспитателя, его внимания или похвалы. В такой форме происходит проявление депривации

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гу-манит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти томах, том 4 Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 2004. – 432 с.
3. Голованова Н.Ф. Социализация и воспитание ребенка. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
4. Дианова В.И. Роль социализации в системе помощи детям-сиротам с ограниченными возможностями здоровья // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2008. – № 5, с.53–56
5. Лисина М.М. Общение детей с взрослыми и сверстниками: общее и различное / М.М. Лисина // Исследования по проблемам возрастной и педагогической психологии. – М., 1990. – 279 с.
6. Петровский А.В., Ярошевской М.Г. Краткий психологический словарь: научное издание. 2-е изд., расш., испр. и доп. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. – 512 с.

детей, их потребности в положительном эмоциональном контакте с взрослыми [4].

Подводя итог, мы можем сказать, что коммуникативные навыки воспи-

танников детского дома или интерната имеют свои специфические особенности. В первую очередь, это последствия социальной и материнской депривации, следствием которых является сложность усвоения социальных норм межличностного взаимодействия. Также, не менее важной особенностью является наличие дефекта, не позволяющего полноценно общаться с окружающими. И в совокупности эти факторы приводят значительным трудностям в общении таких детей.

Рыбалко В.В., Назаренко А.М., Костенко О.А., Грамова И.Е.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. биол. н., доцент Сейфулина Г.В.

ПАЛЬЦЕВЫЕ ДЕРМАТОГЛИФЫ КАК МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

Индивидуальность личности любого человека во многом определяется спецификой взаимодействия полушарий мозга. Исследуя функциональную асимметрию мозга человека, можно определить особенности протекания ряда психических процессов [4]. Знание особенностей своего типа функционального доминирования полушарий головного мозга поможет сформировать индивидуальный стиль жизни, а это, в свою очередь, поможет им быть более успешными в различных видах деятельности.

Функциональная межполушарная асимметрия является единственной уникальной особенностью деятельности мозга человека, отличающей ее от деятельности мозга животных.

С функциями левого и правого полушария у человека связаны два типа мышления: абстрактно-логическое и пространственно-образное. Правополушарное мышление, создающее специфический пространственно-образный контекст, имеет решающее значение для творчества [2].

При выполнении любого вида сложной психической деятельности

принимают участие оба полушария, не дублируя друг друга, а обеспечивая разные стороны этой деятельности. Среди многочисленных фактов, полученных нейрофизиологией, нейropsychологией, эволюционной биологией, наиболее важными, пожалуй, являются результаты, доказывающие непрерывное взаимодействие полушарий [2].

Среди левополушарных – инженеры, математики, философы, лингвисты. Много и охотно пишут, легко запоминают длинные тексты, речь их грамматически правильна. Для них характерны обостренное чувство долга, ответственность, принципиальность, внутренний характер переработки эмоций. Часто занимают административные должности, но им не хватает гибкости, непосредственности и спонтанности в выражении чувств. Они предпочитают действовать по заранее составленным схемам, трафаретам, с трудом перестраивают свои отношения.

Среди правополушарных много литераторов, журналистов, деятелей искусства, организаторов. Как правило, правополушарные люди – цель-

ные натуры, открыты и непосредственны в выражении чувств, наивны, доверчивы, внушаемы, способны тонко чувствовать и переживать, легко огорчаться и плакать, приходиться в состояние гнева и ярости, общительны и контактны. Часто действуют по настроению.

В последние десятилетия широко стали развиваться исследования дерматоглифических признаков как маркеров самых разных фенотипических проявлений. Среди множества генетических маркеров, которые используются для идентификации генетического потенциала и здоровья человека, одними из наиболее доступных для практики являются признаки пальцевой дерматоглифики.

Дерматоглифические признаки в большинстве своем генетически детерминированы, формируются на 3–5 месяце беременности, не изменяются в онтогенезе, имеют структурное разнообразие и высокую индивидуальную и групповую изменчивость [1].

Узоры ладонной поверхности кожи пальцев представляют собой уникальный в своём роде морфологический феномен, привлекающий внимание учёных самых различных теоретических и прикладных направлений науки. Они используются в решении проблем антропологии и этнологии, клинической медицины, криминалистики, компьютерных методов распознавания объектов, биологии развития, асимметрии мозга, моторной асимметрии кисти и других.

Аксиомой современной биологии развития является положение о том, что в живых организмах нет признаков, генетически недетерминированных. В этом смысле и пальцевые дерматоглифы есть структурное воплощение морфогенеза многих уровней взаимодействия от молекулярного до организменного, реализация индивидуальности человека на надгеномном уровне, т.е. результат взаимодействия генетических и негенетических факторов и процессов, а не простая трансформация генотипа. Некоторые авторы отмечают взаимосвязь показателей пальцевой дерматоглифики и темпов развития: ускоренные темпы раз-

вития сочетаются со сложными узорами, замедленные темпы с простыми узорами.

Таким образом, пальцевые дерматоглифы представляют собой специализированный тактильный орган, в своем развитии связанный с развитием тканей и органов конечностей, в том числе нервной, эндокринной и кровеносной систем, эволюционирующих в процессе становления функциональной асимметрии головного мозга и под влиянием асимметрично направленной трудовой деятельности отличающийся высоким индивидуальным разнообразием и неизменностью с возрастом, наследственной детерминированностью при влиянии полового фактора, т.е. являются универсальными морфогенетическим маркером [4].

Мы провели исследование по выявлению взаимосвязи различных асимметрий человека, в котором участвовало 15 студентов 2 курса. Исследование включало в себя психологический тест «Ведущее полушарие мозга» и получение дерматоглифических отпечатков по стандартной методике (Гладкова Т.Д., 1966; Cummins H, Midlo C., 1961).

В результате проведенного исследования нами были сопоставлены генетические маркеры с приобретенными свойствами.

В результате исследования выявлено, что у 73% испытуемых преобладает узор дуга «L», у 27% – завиток «W», узор «A» встречается единично (рисунок 1). Петлевой тип рисунка «L» преобладает у большинства людей. Это свидетельствует о том, что эти люди открыты, и более гибки в принятии решений в сложных ситуациях. Люди с завитковым типом рисунка «W» замкнуты, предпочитают все усложнять и анализировать. Арочный тип рисунка «A» встречается редко по сравнению с остальными типами.

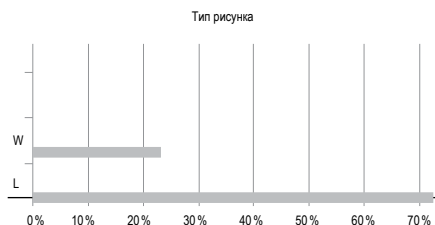


Рисунок 1. Дерматоглифические признаки у студентов.

В ходе проведенных исследований мы выяснили, что у 40 % студентов правая рука ведущая, следовательно, у них преобладает левое полушарие, у 13% левая рука ведущая – правое полушарие, а у 47 % – оба полушария (рис. 2).

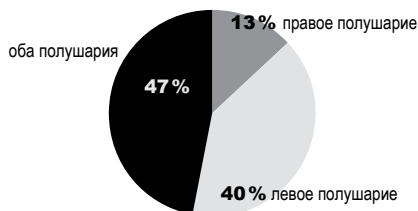


Рисунок 2. Ведущее полушарие у студентов.

Кроме того, было установлено, что у 60 % студентов наблюдается совпадение результатов двух тестов по выяв-

лению ведущего полушария мозга, у 40 % – несоответствие. Следует подчеркнуть, что функциональная межполушарная асимметрия мозга не тождественна моторной асимметрии верхней конечности [3].

Дерматоглифические признаки – специализированный тактильный орган, морфогенетически дифференцированы в процессе становления функциональной асимметрии головного мозга и под влиянием асимметрично направленной трудовой деятельности; отличаются высоким индивидуальным разнообразием и неизменностью с возрастом, наследственной детерминированностью при влиянии полового фактора.

Представленная в настоящем письме информация является объективным основанием для использования и внедрения дерматоглифического метода для оценки индивидуальных особенностей генетического потенциала с целью выявления априори доминантных и лимитирующих психосоматических и функциональных свойств организма человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гусева И. С. Морфогенез и генетика гребешковой кожи. – Минск: Беларусь, 1986.
2. Ермаков П.Н. Психомоторная активность и функциональная асимметрия мозга. – Ростов-на-Дону: РГУ, 1988.
3. Жаворонкова И.А. Соматотипологические и дерматоглифические признаки конституции как маркер системной организации физического развития // Вестник современной клинической медицины. – Т. 5. – Вып. 1, 2012 – С. 54–56.
4. Папиллярные узоры: идентификация и определение характеристик личности (Дактилоскопия и дерматоглифика) / под ред. Л.Г. Эджубова, Н.Н. Богданова. – М., 2002.

Ситникова В.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Мельникова М.И.

К ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ПРИЗНАКАМИ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Одной из важнейших задач современной системы обучения и воспитания младших школьников становится

выявление причин, вызывающих трудности их обучения, разработка средств и методов, направленных на повыше-

ние личностных ресурсов социальной адаптации к школе [И.Н. Агафонова, 2002; Н.И. Гуткина, 2000 и др.]. Согласно данным исследователей, количество детей, испытывающих различные социально-психологические, психофизиологические, психосоматические проблемы в начальной школе составляет от 15% до 28% учащихся [В.Р. Кучма, Л.Г. Платонова, 1997].

Школьная дезадаптация рассматривается как нарушение равновесия (гармонии) во взаимоотношениях между учащимся и учебным процессом, при которых у ребенка наблюдаются отклонения от нормального социально-психологического и психофизиологического развития [Ю.А. Александровский, 1996; Р.В. Овчарова, 2007 и др.]. Дезадаптация в начальной школе может привести впоследствии к нервно-психическим расстройствам, аддиктивному поведению в подростковом возрасте (И.Н. Агафонова, 2002; Ю.А. Александровский, 1996). Значимость исследования психологических механизмов и закономерностей школьной дезадаптации в начальный период обучения определяется тем фактом, что интеллектуальное развитие этих детей чаще всего находится в пределах возрастной нормы и при создании необходимых психокоррекционных мер им может быть доступно освоение школьной программы, становление личностной зрелости, готовности к преодолению трудных жизненных ситуаций.

В связи с этим особую актуальность приобретает проблема изучения личностных особенностей при тех вариантах дезадаптации ребенка к школе, при которых на первый план выходят недостатки эмоциональной сферы (при педагогической запущенности, при ЗПР, дисгармоническом варианте развития). Специфическими чертами подобных расстройств выступает стойкое переживание личностной не успешности, ослабление познавательной мотивации, неспособность справиться с негативными эмоциями и непродуктивными личностными защитами, несформированность умения интегрироваться в сообщество одноклассников. Целью работы стало изучение нарушений эмоционально-волевой регуляции,

как фактора школьной дезадаптации в младшем школьном возрасте.

При определении содержательных основ эмоционально-волевой регуляции в младшем школьном возрасте мы опирались на идеи отечественных психологов [Л.С. Выготский, Л.И. Божович, В.В. Давыдов, А.В. Петровский, Л.В. Занков и др.]. Под эмоционально-волевой регуляцией (ЭВР) мы будем понимать способность индивида управлять своим поведением на основе учета индивидуальных потребностей и сопоставления возможности их удовлетворения с требованиями других людей. ЭВР – это интегративное психическое образование, включающее в себя синтез эмоций и воли (произвольной регуляции), опыта преодоления трудных ситуаций, развитие мыслительных операций (обобщение, анализ, синтез). Способность к эмоционально-волевой регуляции формируется на протяжении всего онтогенеза на основе расширения системы представлений о себе, своих возможностях («внутренней позиции» по Л.И. Божович), развития рефлексии и произвольности, усиления умений по самооцениванию, самоконтролю.

К моменту поступления ребенка в школу у него должны быть сформированы важнейшие предпосылки эмоционально-волевой регуляции: интерес к овладению учебными знаниями и умениями, желание занять новую для него социальную роль (роль школьника), умение действовать в условиях конкурирующих мотивов, осознавать значимость социально полезной деятельности [Н.И. Гуткина, 2000; С.Г. Шевченко, 1997]. Выделяют биологические и социальные факторы, влияющие на нормальную адаптацию ребенка к школе. К биологическим относят: сильный, устойчивый, уравновешенный тип нервной системы; физическое и психическое здоровье; хорошие предпосылки для интеллектуальной

деятельности. К социальным детерминантам: гармонические взаимоотношения в семье, формирующие чувство «мы»; сформированность к началу обучения в школе предметных действий по образцу (рисование, конструирование, самостоятельное порождение небольших текстов и высказываний); умение сотрудничать с другими детьми и взрослыми.

При наличии необходимых предпосылок эмоционально-волевой регуляции младший школьник хорошо адаптируется к учебным требованиям и школьным правилам, что сопровождается чувством эмоционального благополучия, положительным отношением к школе. Он овладевает учебным материалом в требуемом объеме, способен самостоятельно сделать учебные задания, проявляет активность на уроках, выполняет поручения без внешнего контроля, контактирует с другими детьми и учителем [И.Н. Агафонова, 2002].

В случае школьной дезадаптации на первый план выступают различные нарушения эмоционально-волевой регуляции: дезориентация, когда ребенок не знает, как справиться с тем или иным требованием взрослого; поддержки в выполнении учебных и общественных заданий и поручений; ослабление социальной активности. Учащийся не может сделать выбор, принять какое-либо решение, проявить усилие воли в случае усталости или потери интереса. Результаты психодиагностики свидетельствуют о расхождении между сниженной самооценкой и завышенным уровнем притязаний, что является одной из предпосылок нарастающей ситуативной тревожности, постепенно перерастающей в стойкое переживание эмоционального неблагополучия (Н.И. Гуткина) [4]. Усилению проявления отрицательных эмоций на этом этапе спо-

собствует слабая осознанность своих возможностей и ограничений.

Вследствии к указанным признакам дезадаптации, присоединяются нарушения межличностного взаимодействия: порождение эмоциональных и смысловых барьеров во взаимодействиях с окружающими, неудовлетворенность собой и появление острых аффективных реакций, внешняя конфликтность, прогулы уроков, активизация интересов к асоциальным (противоправным) формам поведения.

Если не оказывать таким детям своевременной психологической помощи, то возможно ухудшение психического состояния ребенка, риск возникновения психосоматических расстройств (головные боли, артериальная гипертония, мутизм, энурез, нейродермит) [Ю.А. Александровский, 1996]. Характеризуя дезадаптивные реакции организма, Ю.А. Александровский отмечает, что из-за сложностей школьной жизни у ребенка снижаются защитные реакции, наблюдается «поломка» в действии психического и физиологического приспособления, как несоответствие имеющихся представлений о деятельности, которой он занимается и оценками себя [2].

В работах Ю.А. Александровского, Н.Н. Заваденко, С.Г. Шевченко и других были выделены и описаны факторы риска, предрасполагающие к ослаблению адаптационных механизмов эмоционально-волевой регуляции в младшем школьном возрасте. К ним относятся: педагогическая запущенность, проявляющая себя в несформированности социальных мотивов, основ произвольности поведения, «внутреннего плана» действия; неприспособленность к выполнению предметных действий по внешнему образцу (рисование, конструирование, составление небольших текстов, трудовые действия); частые простудные и другие заболевания, ведущие к ослаблению защитных сил организма; несформированность мыслительных операций (обобщение, анализ, синтез); социальная депривация, несформированность чувства «мы».

Говоря о различных проявлениях и формах школьной дезадаптации следует выделять основное направле-

ние коррекционно-развивающих и профилактических мер. По мнению многих педагогов и психологов, этим направлением должна стать область социальных взаимоотношений (учителя и ребенка, учащихся класса, ребенка и родителей). Учащийся с признаками школьной дезадаптации, это, прежде всего, человек, переживающий личностно значимый конфликт, сформированный в системе его школьных взаимоотношений. Его благополучие в школе будет во многом определяться степенью адекватности восприятия других людей, готовностью не только к положительным коммуникациям, но и к непониманию, неприятию его самого другими учениками, а также его собственными оценками других людей.

В работе И.Н. Агафоновой [1] изучалась проблема эмоционального неблагополучия у учащихся начальной школы в связи с их оценками своего места и роли с точки зрения других детей, а также их собственного восприятия своих одноклассников и своего положения в классе. В исследовании были опрошены 257 человек – учащиеся вторых и третьих классов. Результаты показали, что у 40% опрошенных проявлялись различные симптомы эмоционального неблагополучия в сфере коммуникаций. У 35% учащихся отмечалось внутреннее ощущение себя, как отвергаемого другими детьми. Отвечая на вопрос: «Многие одноклассники думают, что я...», – они давали следующие высказывания: «хуже всех», «плохой», «двоечник», «глупый». У 10% школьников было выявлено отрицательное отношение к одноклассникам (враждебность, обида, пренебрежение). Характеризуя свой класс, они отмечали, что «все шумят и кричат», «плохо, много врагов», «есть мой обидчик (и)». 43% школьников выразили нейтральное отношение: «много задают», «много контрольных». У 47% школьников фиксировалось в ответах позитивное отношение к одноклассникам: «мне хорошо», «мне нравится в школе», «много хороших и умных», «у нас классная учительница».

На основе полученных результатов И.Н. Агафонова делает вывод, что подобные ответы можно интерпретиро-

вать, как: «показатель не сформированности продуктивных межличностных отношений», «психологическую защиту, свидетельствующую о наличии внутреннего дисбаланса, социально-психологической дезадаптации» [1, с. 157].

Таким образом, на основании проведенного научного анализа по проблеме нарушений эмоционально-волевой регуляции у младших школьников с признаками школьной дезадаптации можно заключить, что указанная проблема является многоаспектной. Она может быть рассмотрена в медицинском, психологическом и социальном форматах. Психологический аспект предполагает проведение ранней психодиагностики детей с риском школьной дезадаптации, выявление у них эмоционально оценочной системы представлений себя, своих возможностей и ограничений, а также степень адекватности восприятия своего места в классе и межличностных отношений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агафонова И.Н. Социально-психологическое развитие учащихся как направление интеграции начального образования // Интеграция образования: научно-метод. журн. – 2002. – № 4. – С. 156–160.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 1996. – 235 с.
3. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок. – М.: Изд-во Института психиатрии, 2001 – 168 с.
4. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. – М.: Академический проект, 2000. – 184 с.
5. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: Академия, 2005. – 256 с.
6. Кучма В.Р., Платонова Л.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России – распространенность, факторы риска и профилактика. – М.: РАРОГЪ. – 1997. – 200 с.
7. Овчарова Р.В. Справочная книга школьного психолога / Р.В. Овчарова. – М.: Педагогика, 2007. – 127 с.
8. Шевченко С.Г. Методические рекомендации по организации и содержанию коррекционно-развивающего обучения в условиях общеобразовательных учреждений // Начальная школа. – 1997. – №29.

Слипенко Э.С.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. биол. н., доцент Цвирко Н.И.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ СИНДРОМЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ НАРУШЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Проблема определения причин отклонений в развитии детей была и остается актуальной в специальной педагогике. В данной статье будет уделено внимание этиологии такого нарушения развития, как умственная отсталость.

Умственная отсталость – это врожденное или рано приобретенное недоразвитие психики с выраженной недостаточностью интеллекта, которое затрудняет или делает невозможным нормативное развитие личности и его адаптацию в обществе [3].

Среди основных причин данного нарушения могут быть выделены следующие: генетические заболевания, неблагоприятные факторы среды, действующие в период пренатального развития плода, патологии интранатального периода, неблагоприятные факторы среды, действующие в процессе постнатального развития ребенка.

Умственную отсталость в качестве одного из симптомов встречается среди больных такими наследственными заболеваниями, как: синдром Дауна, синдром Уильямса, синдром Барде-Бидля, Синдром Прадера-Вилли.

Синдром Дауна является наиболее часто встречающейся формой умственной отсталости. Ребенок с данным заболеванием может родиться в любой семье, вне зависимости от генотипического здоровья родителей. Дети данной категории имеют общий как физиологический портрет, так и психологический. С психологической точки зрения у детей наблюдается ряд определенных особенностей психики, например у них отмечается существенный полиморфизм в протекании физических, психических и эмоциональных процессов. По данным, которые были представлены Г.Е. Сухаревой, 75% детей с синдромом Дауна имеют диагноз умеренная умственная отсталость,

5% – идиотия, а у 20% детей – дебильность [3].

Частота встречаемости детей с синдромом Дауна 1:700. Среди умственно отсталых 9–10% имеют данный синдром [6].

К факторам риска рождения ребенка с данным синдромом можно отнести: поздний возраст родителей, проживание в экологически загрязненной зоне, а также гелиогеофизический фактор [2].

Синдром Уильямса был впервые описан в 1961 году Дж. Уильямсом, частота встречаемости детей с данным синдромом равна 1:7500 – 10000. Причинами данного синдрома чаще является делеция протяженностью 1500 тысяч пар нуклеотидов в районе 7q11.23, а в более редких случаях – делеции в хромосомах 11 и 12 – в районах 11q13-q14 и 22q [4,7].

К фенотипическим проявлениям синдрома Уильямса, кроме нарушений когнитивной сферы личности, также относится следующее: специфический дисморфизм лица (эльфоидные черты), низкий рост, малая масса тела при рождении, различные сердечнососудистые патологии, повышенная общительность [7].

Одним из основных симптомов, указывающим на наличие данного синдрома, является нарушение зрительно-пространственной ориентировки, то есть человек с синдромом Уильямса при восприятии какого-либо изображения выделяет отдельные части объекта, но не может отразить целостную форму [5].

Из-за такой сложной и комплексной системы нарушений свойств лиц, с данным синдромом ученые крайне заинтересованы сутью принципов построения умственных способностей, которые отражают особенности развития мозга. Около 20 последних лет синд-

ром Уильямса является одним из наиболее «удобных» синдромов, благодаря которым возможно напрямую связать особенности и нарушения генов, мозга и вследствие этого особенности поведения и познавательных процессов [4].

Синдром Барде-Бидля – это генетическая патология, которая характеризуется такими клиническими симптомами, как умственная отсталость, ожирение центрального генеза, пигментный ретинит, полидактилия и дисфункция почек. Больные синдромом Лоренса-Муна имеют подобную клиническую картину, по причине чего иногда данные синдромы отождествляют. Но среди типичных симптомов, отличающих синдромы, имеются и отличия, а именно: прогрессирующая спастическая параплегия и слабость дистальных групп мышц, а также отсутствие полидактилии у больных синдромом Лоренса-Муна.

Обратимся к историческому аспекту синдрома Барде-Бидля. Впервые он был описан как синдром, включающий умственную отсталость, пигментную дистрофию сетчатки, гипогонадизм и ожирение, эти симптомы были отмечены офтальмологами J.Z. Laurence и R.Ch. Moon в 1866 году. Позднее в 1920

году врачи G. Bardet и A. Biedl так же отметили наличие полидактилии. Достаточно долгое время генетические причины данных заболеваний были не ясны, но на сегодняшний день считается, что причинами появления этих синдромов являются мутации в локусах BBS1 (11q13), BBS2 (16q22), BBS3 (3p13), BBS4 (15q21). Также в 45% случаях отмечаются мутации локуса BBS1. Частота встречаемости детей с синдромом Барде-Бидля в странах Европы составляет 1:160000 [3].

Синдром Прадера-Вилли – это наследственное заболевание, причина которого заключается в отсутствии отцовской копии участка хромосомы 15q11–13. Синдром Прадера-Вилли (СПВ) впервые был описан в 1956 году педиатрами A. Prader и H. Willi. Частота встречаемости этой генетической аномалии не зависит от расовой или гендерной принадлежности, и равна 1:15000 [1]. К симптомокомплексу относятся следующие признаки: задержка умственного и психомоторного развития, ожирение и задержка роста. Чаще всего болезнь является спорадической, то есть обуславливается вновь возникшими мутациями в 15 хромосоме, но так же встречаются случаи немэнделевской наследственности [1].

У больных отмечаются нарушения поведения в виде упрямства, истеричности, у 5–10% детей с данным синдромом появляются психические заболевания, такие как психоз, биполярное расстройство и т.д. Специфическими симптомами синдрома Прайдера-Вилли являются высокие болевой и рвотный пороги.

Выделяют две фазы Синдрома Прайдера-Вилли: первая фаза начинается сразу после рождения, она характеризуется тяжелой мышечной гипотонией, из-за чего дети не могут совершать спонтанных движений, держать голову и сидеть; вторая фаза болезни начи-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богова Е.А., Волеводз Н.Н., Ильин А.В. Гипергрелинемия при синдроме Прайдера-Вилли // Проблемы эндокринологии. – 2014. – №3. – С. 30–37.
2. Кириллова И. А., Кравцова Г. И., Кручинский Г. В. и др. Терапия человека : руководство для врачей. – М.: Медицина, 1991. – 480 с.
3. Козлова С.И. и др. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. – М.: Медицина, 1996. – 15–16.
4. Никитина Е. А., Медведева А. В., Захаров Г. А., Савватеева-Попова Е. В. Локус agnostic дрозофилы: вовлеченность в становление когнитивных нарушений при синдроме Уильямса // ACTA NATURAE (русскаяязычная версия). – 2014. – №2(21). – С. 58–66.
5. Никитина Е. А., Медведева А. В., Захаров Г. А., Савватеева-Попова Е. В. Синдром Уильямса как модель изучения пути гены–мозг–когнитивные функции: генетика и эпигенетика // ACTA NATURAE (русскаяязычная версия). – 2014. – №1(20). – С. 9–23.
6. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М.: Медгиз, 1965. – 335 с.
7. Файзуллина Р. А., Шошина Н. К., Галимова Р. М., Мороз Т. Б. Синдром Уильямса // Казанский медицинский журнал. – 2012. – №2. – С. 337–339.

нается через несколько недель, месяцев или даже к концу первого года жизни ребенка. В данном периоде гипотония уменьшается, развивается булимия, кроме этого отмечается умственная отсталость, которая выражена затруднением речи и малым словарным запасом.

Категория лиц с умственной отсталостью – это чрезвычайно неоднородная группа. Это объясняется тем, что существует множество причин данного отклонения, в том числе генетические

причины, обуславливающие до 70% зарегистрированных случаев данного заболевания, являются гетерогенными.

В данной статье были проанализированы данные о четырех синдромах, вызывающих нарушения интеллектуального развития. Несмотря на то, что для больных при всех описанных заболеваниях характерно нарушение когнитивных процессов, пациенты с разными синдромами имеют различные показатели уровня интеллектуального развития и уровня достижения социализации. Поэтому специальным педагогам и психологам необходимо обращать особое внимание на диагностику и дифференцировку лиц с умственной отсталостью для грамотного определения индивидуальной и дифференцированной программы по их коррекции и реабилитации.

Травнева У.А.

Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Мельникова М.И.

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗПР

Одной из актуальных задач специальной психологии и дефектологии является исследование личностных особенностей детей с задержанным психическим развитием (ЗПР), способствующих их максимально успешной социализации уже в самом начале обучения в условиях общеобразовательной школы. В силу имеющихся у этой категории детей проблем в познавательной, эмоционально-волевой и мотивационной сферах, они испытывают трудности в обучении, межличностной коммуникации с учителем и одноклассниками. Это негативным образом сказывается на их адаптации к школе, повышает риск невротизации, ведет к ослаблению школьной мотивации [И.В. Коротенко, 2005; Н.А. Лаврух, 2012]. В связи с этим перед коррекционной психологией встает задача усиления личностных ресурсов таких детей, позволяющих снижать риск возникновения вторичных и третичных дефектов развития.

Одним из механизмов, способствующих адекватной социализации личности, достижению ею эффективных результатов деятельности является самооценка (Н.В. Задорожная, Л.П. Григорьева, 2010). Самооценка – это система представлений человека о своих потенциальных и реальных индивидуально-психологических особенностях, влияющих на степень уверенности в возможностях достигать поставленные цели и задачи, преодолевать различные препятствия и затруднения (Л.В. Бороздина, 2010). Самооценка рассматривается многими отечественными и зарубежными психологами, как ядро личности, механизм регуляции поведения (Р. Бернс, Л.И. Божович, Л.А. Кислицкая, А.И. Липкина, К. Левин, А. Маслоу, А.В. Петровский, К. Роджерс и др.). Раскрывая содержание регулятивной функции самооценки, имеют в виду, что она выполняет функцию согласования требований индивида к се-

бе и внешними условиями. Положительная самооценка, отражая позитивную веру в себя, свои возможности, способствует постановке новых целей, дальнейшему развитию, самосовершенствованию. Низкая самооценка свидетельствует о чувстве неполноценности, неприятии себя (каких-либо своих качеств), препятствует личностному росту познавательной мотивации.

Во многих исследованиях была доказана связь между сбалансированной по средним значениям самооценкой и уровнем притязаний и успешностью в учебной деятельности [1, 4, 5]. Напротив, наличие рассогласования между уровнем притязаний и самооценкой коррелирует с повышением индекса личностной тревожности, соматическими расстройствами (артериальная гипертензия, тахикардия, гастрит) [Л.В.Бороздина, Н.Н. Волкова, 2014]. В этой связи необходимо как можно раньше выявлять рассогласования самооценки и уровня притязаний, обращать внимание на детей, у которых проявляются различные поведенческие и эмоциональные нарушения, обусловленные негрубыми энцефалопатическими расстройствами и своевременно осуществлять необходимую коррекционно-развивающую работу.

К проблеме изучения самосознания и самоотношения у младших школьников с ЗПР обращались Н.В. Задорожная, Л.П. Григорьева, И.В. Коротенко, Н.А. Лаврух, Р.Д. Триггер и другие. Ими были выявлены специфические особенности самооценки у этой категории учащихся: слабо дифференцированный характер самооценочных характеристик; колебание самооценки от крайне высоких показателей до крайне низких значений; бедность представлений о своих возможностях; зависимость индивидуальных оценок от мнений ближайшего окружения.

В частности И.В. Коротенко, изучая самооценку таких школьников, отмечала, что у них в основном преобладает завышенная самооценка, стремление несколько переоценивать себя [5]. Психолог объясняет этот факт неумением ребенка сравнивать свои результаты деятельности с требованиями учителя и результатами других детей. Слабо

развитые рефлексивные умения, непонимание причин своей не успешности в учебе и других видах деятельности формируют у таких детей защитную реакцию на преимущественное получение только положительных оценок своим действиям. Во многом это связано с упрощенностью, слабой дифференцированностью самих эмоциональных переживаний, что сопровождается повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, не критичностью [Л.А. Кислицкая, 2006; И.В. Коротенко, 2005].

Анализ литературы по проблеме исследования особенностей самооценки у младших школьников с ЗПР показал необходимость ее дальнейшего экспериментального изучения. Цель данной работы состояла в изучении влияния самооценки на учебную успешность учащихся, отстающих в психофизиологическом развитии, но при этом обучающихся в условиях общеобразовательной школы. Исследование проходило на базе государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья». В эксперименте участвовало 10 респондентов – учащиеся вторых классов общеобразовательных школ г. Ставрополя, направленных в реабилитационный центр, для проведения коррекционно-развивающих мер в связи с трудностями обучения в школе.

Изучение особенностей самооценки осуществлялось с использованием следующих диагностических методик:

- 1) «Изучение самооценки» Дембо-Рубинштейн (в модификации А.М. Прихожан);
- 2) беседа с ребенком, направленная на выявление понимания своих возможностей и ограничений в учебной деятельности;
- 3) объективные показатели успешности учебной деятельности.

На основе полученных результатов по методике Дембо-Рубинштейн было установлено, что у обследованной нами группы детей показатели самооценки сдвинуты к крайним значениям: у четырех учащихся (40% от числа обследованных) самооценка была завышенной и у 6 человек (60%) – заниженной. У учащихся с завышенной самооценкой при выполнении заданий и в ходе беседы наблюдался повышенный фон настроения, они ставили себя по шкалам «хороший-плохой», «красивый-некрасивый», «сильный-слабый», «добрый-злой» методики Дембо-Рубинштейн на высокие позиции. Они характеризовали себя, как решительных, ничего не боящихся, общительных, считали, что могли бы учиться лучше, чем их более успешные одноклассники. Напротив, учащиеся с заниженной самооценкой ставили себя по этим шкалам на низкие позиции. В беседе, отвечая на вопрос: какими качествами обладают их одноклассники, которые хорошо учатся, они не могли объяснить, почему другие дети учатся лучше, давали обобщенные ответы: «он – умный, хорошо решает математику», «она умеет рисовать».

В целом, анализ по всем методикам выявил общие черты, специфичные для младших школьников с ЗПР:

- у младших школьников, отстающих в психофизическом развитии, по типу ЗПР, преобладает неадекватная самооценка: они склонны либо недооценивать свои возможности, либо переоценивать;
- указанное обстоятельство обусловлено не сформированностью критериев самооценивания в результате чего они не могут четко определить свои действия для улучшения результатов учебной деятельности;
- часто оказываясь в ситуациях неуспеха в школе, они начинают избегать самого процесса приготовления уроков, прибегая к различным оправданиям и хитростям: родителям говорят, что ничего не задано, а учителям, что забыли книги (или тетради) дома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бороздина Л.В., Волкова Н.Н. Опыт коррекции «триады риска» // Вестн. Моск. ун-та. – Сер. Психология. – 2014. – №1. – С. 72–68.
2. Дудковская О. А. Особенности самооценки детей с легкой степенью умственной отсталости младшего школьного возраста / О.А. Дудковская, Н.Н. Шельшакова. – М.: Речь, 2005. – 324 с.
3. Задорожная Н.В., Григорьева Л.П. Особенности самооценки и самосознания подростков в норме и при легкой степени умственной отсталости // Вестн. МГЛУ. – Сер. Психология. – 2010. – С. 232–240.
4. Кислицкая Л.А. Особенности самооценки первоклассников, готовых и не готовых к школьному обучению. – М.: МГППУ, 2006. – 320 с.
5. Коротенко И.В. Особенности личностной дезадаптации у первоклассников с задержкой психического развития: автореф. дис. ... канд. псих. наук. – 2005. – Нижний Новгород. – 23 с.
6. Лаврух Н.А. Особенности формирования и коррекции самооценки младших школьников с ограниченными возможностями здоровья / Н.А. Лаврух // Современная педагогика. – 2012. – № 1. – [Эл. ресурс]. URL: <http://pedagogika.snauka.ru/2012/12/815> (дата обращения: 01.10.2017).

Цедуневская Ю.А.

г. Ставрополь, ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет»
Научный руководитель: к. биол. н., доцент Твердякова Л.В.

ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В настоящее время, в сложных экономических условиях, а также в ситуации все обостряющегося экологическо-

го кризиса, актуально и важно рассмотрение вопросов, касающихся сохранения здоровья населения, в особеннос-

ти детей. В последнее десятилетие отмечается тенденция ухудшения здоровья детей, особенно школьного возраста. Это ситуация усугубляется в школах нового типа, так как в них значительны нагрузки на детей и существенно интенсифицирован учебный процесс. Отмечается интенсивное развитие опорно-двигательной системы, а к моменту завершения «полуростового скачка» созревают нервные центры, управляющие мышечной координацией. За весь период школьного образования количество обучающихся с различными патологиями опорно-двигательного аппарата увеличивается в 1,5–2 раза. Одним из важных звеньев охраны здоровья школьников становится своевременное выявление отклонений с целью оптимизации проводимых оздоровительных и профилактических мероприятий. Отклонения в состоянии здоровья диагностируется, главным образом, в период школьного обучения.

Цель исследования: Оценить физическое развитие (ФР) современных школьников второго периода детства и анализ биомеханических показателей функционального состояния позвоночника учащихся младшего школьного возраста.

Методы исследования. Нами было обследовано 72 учащихся (41 мальчи-

ков и 31 девочек) в возрасте 8 лет, обучающихся во 2-х классах Ставропольского лицея № 35. (табл.1).

Результаты обследования свидетельствуют, что показатели роста и массы тела у мальчиков и у девочек обнаруживают достоверные отличия. Дефицит массы тела у девочек на 5,7% выше, чем у мальчиков. Тогда, как у мальчиков наблюдается избыток массы на 8,5% выше, чем у девочек. Большой процент общей задержки ФР и отставания в росте выявлено у девочек. Масса тела часто рассматривается в качестве индикатора здоровья настоящего и будущего, поскольку избыточная масса тела (обнаруженная в наших исследованиях на групповом уровне у мальчиков), является одним из факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Анализ данных по показателям окружности грудной клетки (ОГК) показали, что ОГК несколько снижена у девочек. В мужском организме ускоренными темпами идет формирование

Табл. 1. ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методы	Кол-во обследованных	Исследуемые показатели	Цель использования методов
Физическое развитие	72	Рост, масса тела, ОГК	Характеристика физического развития
Оценка состояния осанки	72	Грудино-лопаточный тест, грудино-плечевой тест, гониометрия	Оценка показателей состояния осанки

Табл. 2. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОБСЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ, %

Возраст	Класс	Норма		Отклонение		
		Вес ♂ – 22,8 кг ♀ – 24,7 кг	Рост ♂ – 127 см ♀ – 126 см	Дефицит массы	Избыток массы	Низкий рост
8 лет	2	Девочки – 70% Мальчики – 67,2%	Девочки – 81,4% Мальчики – 87,2%	Девочки – 25,7% Мальчики – 20%	Девочек – 4,3% Мальчиков – 12,8%	Девочек – 18,6% Мальчиков – 12,8%

костного компонента. При изучении ФР детей важно принимать во внимание не только морфологические и физиологические свойства организма, но и биологические процессы, являющиеся для рассматриваемого этапа онтогенеза.

Сравнительный анализ литературных данных с нашими результатами исследования показал, что среднее значение показателей ФР по росту, весу и другим параметрам значительно ниже, чем у детей других регионов, это объясняется тем, что нашему региону свойственна астенизация современных детей, что обусловлено климато-географическими условиями, и подтверждается ранее проведенными исследованиями сотрудниками кафедры анатомии и физиологии СКФУ [1, 3, 4].

Осанка (О) – это важный комплекс

сный показатель здоровья, поскольку правильная О обеспечивает оптимальные условия для функционирования всех органов и систем организма как единого целого.

По показателям грудино-плечевого теста было выявлено у 15% детей начальное проявление нарушения О (0,8 см – 0,9 см), у 5% школьников явные проявления нарушения О. Наличие сколиоза I степени было выявлено у 3-х мальчиков (суммарный показатель сколиоза 1–4°). У 5 девочек – нефиксированный (нестойкий) сколиоз.

Оценка состояния О детей показала, что О детей 8 лет чрезвычайно чувствительна и подвержена влиянию широкого спектра гигиенических факторов, в том числе комплекса факторов школьной среды. Это необходимо принимать во внимание и неустанно заботиться о правильной позе, О учащихся. В целом, у детей, обучающихся по традиционной системе достоверно ниже уровень встречаемости дисгармоничного физического развития, чем у школьников, обучающихся по инновационным программам, где также отмечался рост астеновегетативных жалоб.



Рис. 1. Показатели грудино-плечевого теста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бутова О.А. Соматическая и функциональная антропология: Практикум: Учебное пособие. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2000. – 124 с.
2. Гамбурцев В.А. Гониометрия человеческого тела (динамическая соматометрия). – М.: Медицина, 2011. – С. 6–12, 14–26.
3. Твердякова Л.В., Мусаева Г.Б. Физическое развитие и состояние здоровья современных школьников младших классов // Фундаментальные исследования в биологии и медицине – Вып. 8 – СКФУ, 2014. – С. 139.
4. Твердякова Л.В., Тараненко Е.Е. Особенности вегетативной регуляции у младших школьников с отклонениями в развитии // Межд. конф., посвященной 85-летию СКФУ, 45-летию каф. анатомии и физиологии, единению научного сообщества физиологов России и Беларуси. – 2015 – С. 178.

раздел 4.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИХ СЕМЬЯМ

Богачёва Л.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Мизина Н.Н.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Проблемы современной семьи создают необходимость изучения теоретических и методических основ психологического консультирования родителей. Со временем только увеличивается число семей, обращающихся за специализированной помощью к психологам. Родителей волнуют все аспекты воспитания детей. Большая часть обращающихся за консультативной помощью семей имеет детей с различными отклонениями в развитии [1].

Современная семья является сложной по структуре и достаточно устойчивой системой, создающей специфическую атмосферу развития ребенка, формирует нормы взаимоотношений и его поведения. Создавая благоприятный социально-психологический климат жизни ребенка, в особенности с ограниченными возможностями, семья во многом определяет развитие его личности в будущем. Таким образом, семья занимает значительно более высокое положение, чем школа или другие институты формирования личности.

Согласно научным исследованиям Т.В. Андреевой, появление в семье ребенка с какими-либо отклонениями в развитии всегда связано с тяжелыми психологическими переживаниями ро-

дителей и близких родственников, а если эти нарушения несут необратимый характер, семья находится в критическом состоянии. В связи с этим для того чтобы осуществить компетентное консультирование, безусловно необходимо дать родителям полную информацию обо всех особенностях их ребенка: указать его специфические положительные и отрицательные особенности, сильные и слабые стороны. Информацию такого рода целесообразно получать у специалистов, регулярно наблюдающих за ребенком [5].

По данным исследований Г.А. Мишина, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелевой, матери имеющие детей с нарушениями развития характеризуются высокой степенью тревожности, зависимости от мнения окружающих, склонностью к депрессивным состояниям. Им свойственно развитие личности в ключе патологических черт, снижение нервно-психической устойчивости. Эмоционально-неустойчивые реакции отцов, воспитывающих детей с нарушениями развития, выражены не так значительно, как у матерей, но у них можно заметить трудности над контролем негативных эмоций. Важнейшую роль в этих различиях играет большая включен-

ность матерей в процесс общения с ребенком, способность к эмпатии, свойственная женщинам, и, как следствие, непосредственная зависимость их эмоционального состояния от состояния здоровья ребенка. Отцы детей с ограниченными возможностями здоровья имеют более низкий уровень самооценки, чем отцы детей с нормой развития, они более пассивны, чем матери детей с нарушениями развития, что, можно объяснить особой значимостью для отцов успехов ребенка в обучении, влиянием на них общественного стереотипа неприятия людей с недоразвитием [3].

Особые трудности взаимоотношений между родителями и ребенком с отклонениями в большинстве случаев связаны с тенденцией к эмоциональному отвержению, неприятию и одновременно с желанием сокращения психологической дистанции, что объясняется не только личностными особенностями матерей и отцов, но и неоднозначностью клинико-психологической картины нарушений у ребенка. По данным В.В. Ткачевой [5], в формировании эмоционального принятия родителем ребенка существенную роль играет положительное межличностное взаимодействие между ними. Такие проблемы могут приводить к еще большему угнетению патологических черт характера, усугублять процесс психологической адаптации родителей.

Согласно статистике время первичного обращения родителей к консультанту совпадает со вступлением ребенка в старший дошкольный возраст. Часто, в этот период в семьях возникают противоречивые ситуации, вытекающие либо из непонимания одним или обоими родителями возможностей ребенка, либо из-за неприятия диагноза специалистов. Все это заставляет родителей стремиться получить всестороннюю консультацию и объективную оценку как способностей и возможнос-

тей ребенка, так и собственным родительским позициям.

Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина и др., выделяют в ходе психологического консультирования родителей ребенка с отклонениями в развитии следующие задачи [3]:

- определить основные возрастные и индивидуальные особенности в развитии ребенка;
- выявить причину первичных и вторичных отклонений в развитии;
- установить каков вариант позиции родителей по отношению к ребенку;
- найти способы взаимодействия родителей и детей;
- организовать психолого-педагогическую помощь родителям;
- оказать психологическую помощь в разрешении собственных личностных проблем, оказывающих отрицательное взаимодействие на характер воспитания ребенка;
- повысить уровень компетентности родителей в области психологических знаний об особенностях и закономерностях развития ребенка.

Оптимизация психологического консультирования родителей предполагает: осуществление психоконсультирования на основе материалов углубленной диагностики ребенка; целенаправленную работу по организации ранней консультативной помощи; ориентацию специалистов на работу с семьей проблемного ребенка как с целостной системой; специальные усилия коллектива сотрудников образовательных учреждений по поддержанию благоприятного психологического состояния родителя и семьи в целом.

На эффективность консультирования в большей степени оказывает влияние совокупности факторов как объективных (уровень развития психодиагностики и медицинской генетики в целом, подготовленность специалистов-консультантов), так и субъективных, зависящих от самого консультанта.

Проводя анализ жалоб, консультант помогает родителям, точнее их сформулировать, а затем соотносит их с возрастом ребенка и реальным положением в семье: воспитывается ли он дома или посещает детский сад; со-

став семьи, ее культурный и социальный уровень, наличие дополнительных занятий и т.д. Важно определить, кто уделяет ребенку больше внимания, кого в семье ребенок предпочитает и кому лучше подчиняется, единодушны ли родители в вопросах воспитания. [6]

Психологическое консультирование родителей, имеющих ребенка с отклонениями в развитии, основывается на следующих принципах:

1. Соблюдение интересов консультируемых. Под соблюдением интересов понимается определение и доведение до сведения членов семьи адекватных условий для обучения и воспитания ребенка, как в школе, так и дома.

2. Лояльная форма сообщения информации, касающейся ребенка. В беседе с родителями следует стремиться указать не только отрицательный характер нарушений, но и его положительные качества.

3. Коллективное консультирование родителей, перед которым возможна индивидуальная беседа с одним из них. Возможны случаи, когда родители полностью расходятся в вопросах обучения и воспитания своего ребенка и хотят поговорить с консультантом наедине, чтобы убедиться в том, насколько правильны их позиции или объяснить какие-либо стороны семейной жизни. Консультант проводит анализ семейной ситуации, исходя из интересов ребенка, и дает объективную оценку его возможностей. С помощью коллективного консультирования достигается выработка оптимальных внутрисемейных позиций.

Эффективным методом коллективного консультирования является проведение коррекционных занятий с ребенком в присутствии родителей. Наблюдение родителей за занятиями своего ребенка со специалистом, за процессом усвоения ребенком определенных правил поведения, знаний и навыков помогает им лучше понять его, оценить адекватность требований и занять правильную воспитательную позицию. Кроме того, можно использовать метод анализа поведения детей и родителей при совместном выполнении ими домашних заданий. По мере того, как родители усваивают некоторые приемы и

методы работы с ребенком, налаживается контакт между родителями и детьми, наступает большее взаимопонимание между всеми членами семьи. [1]

В процессе консультирования особо важным считается помочь родителям преодолеть неконструктивные установки, стереотипы и страхи. Необходимо провести «запуск» рефлексивного мышления, что позволит понять причины трудностей в развитии и поведении собственного ребенка, спрогнозировать возможные варианты его индивидуального развития и, наконец, внутренне принять рекомендации консультанта как инструмент собственной деятельности по воспитанию и развитию своего ребенка. В консультативной практике свою высокую эффективность обнаружили такие средства психоконсультативного воздействия, как нерефлексивное и активное слушание, информирование, перефразирование, резюмирование, отражение чувств. Основной задачей является реализация системного подхода, а именно то, чтобы помочь родителям восстановить или преобразовать связи между членами семьи, найти наиболее оптимальные способы воспитания ребенка, опирающиеся на его личностные и познавательные ресурсы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреева Т.В. Семейная психология: учеб. пособие. – СПб.: Речь, 2004.
2. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. – 2003. – № 3. – С. 28–31.
3. Мастюкова Е.М., Москвитина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
4. Мясичев В.Н. Психология отношений. – Воронеж: Модек, 1995. – 356 с.
5. Ткачева В.В. Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Психолого-педагогическая диагностика. – М.: Академия, 2003. – С. 280–290.
6. Шипицына Л. М., Сорокин В. М. Личностные особенности матерей, воспитывающих детей с нарушением интеллекта // Вестн. С.-Петерб. ун-та. 2008. – Вып. 3. – С. 178–195.

Дудникова В. В.

г. Будённовск,

филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: ст. преподаватель Коржевская Е.Н.

КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОВЗ

В современном мире существует около 800 определений понятия «культура». Но нам не нужно знать все восемь сотен для того, чтобы понять, что культура – это именно то, что отличает человеческое сообщество от сообществ любых других известных нам живых существ. Культуру можно назвать второй искусственной природой человека. Ведь она образует среду обитания и общения, необходимую каждому человеку и любому сообществу людей.

В основном, под культурой понимают человеческую деятельность в её самых разных проявлениях, включая все формы и способы человеческого самовыражения и самопознания, накопление человеком и социумом в целом навыков и умений. Культура противостоит нравственному одичанию, разрешению ценностей, которыми сопровождается дальнейшее развитие западной цивилизации, оказывающей значительное влияние на остальные цивилизации современного мира [4, с. 4].

Культура каждого народа неповторима и своеобразна, что имеет ряд последствий. С одной стороны, различия между культурами дают человеку возможность узнать много нового, приобщиться к традициям и обычаям многих народов. С другой стороны, различия в ценностях могут привести к конфликтам.

Но всё же существует такое понятие, которое объединяет все культуры мира. Этим понятием является инклюзивное образование.

Дети с особыми образовательными потребностями встречаются в каждой культуре, каждой нации. И везде им нелегко. У них значительно меньше возможностей и перспектив для дальнейшей жизни и поэтому, вопрос о получении образования такими детьми нужно рассматривать и развивать.

Инклюзивное образование – это практическая деятельность всеобщего образования, которая помогает осознать, что дети с ограниченными возможностями могут и должны быть полноценной частью общества. Эта деятельность направлена на формирование образования, доступного для всех. Не исключая детей-инвалидов.

Инклюзивное обучение и воспитание – это долгосрочный процесс, рассматриваемый как комплексный аспект в организации образовательной системы по всем направлениям. Инклюзивное обучение касается всех: детей, родителей, различных специалистов в этой области. Поэтому очень важным вопросом является также нахождение взаимопонимания между ними.

Инклюзивное образование старается сформировать методы, предполагающие, что все дети – индивидуальности с разными нуждами в обучении. Такое образование разрабатывает различные подходы к обучению, чтобы обеспечить ребёнку наибольший комфорт.

Действующая в стране система специального образования детей с отклонениями в умственном и физическом развитии имеет положительный опыт создания благоприятных условий для коррекции дефекта [1, с. 7]. Инклюзивное образование помогает детям с ограниченными возможностями больше взаимодействовать со сверстниками, обеспечивает им лучшее образование, а соответственно лучшее будущее. Будущее, в котором ребёнок-инвалид сможет обеспечивать себя и свою семью, что является действительно важным пунктом в списке планов на жизнь большинства людей.

В свою очередь, дети с нормальным развитием, взаимодействуя с детьми-инвалидами, ведут себя более активно, в процессе общения они учатся вес-

ти себя добрее, вырастают более понимающими. По статистике, ребёнок, который ходил в детский садик вместе с детьми, у которых наблюдались какие-либо особенности в развитии, придя в школу и встретившись там с такими детьми снова, не терялся, а вёл себя доброжелательно и свободно.

Психика человека, обладающего ограниченными возможностями, формируется за счёт социального взаимодействия. Поэтому так важно, чтобы ребёнок чувствовал себя если не уверенно, то хотя бы достаточно комфортно. Тогда его личность будет формироваться социально полноценно, чтобы в дальнейшем такой ребёнок мог стать полноправным членом общества.

Но всё это довольно сложно. У самого ребёнка-инвалида, его родителей, учителей и сверстников может возникнуть ряд определённых проблем. Родители детей, которые развиваются нормальным образом, порой выражают беспокойство по поводу наличия в классе детей, которые нуждаются в особенной помощи. Они думают, что это может как-то отразиться на успеваемости их ребёнка. Тем не менее, такой вид образования демонстрирует как раз обратное, о чём уже говорилось выше. Успеваемость детей, у которых нет особенностей в развитии, чаще всего только повышается. Есть даже предположения, что школы, в которых практикуется инклюзивное образование, становятся лучшими не только для особенных детей, но и для ребят без отклонений.

С преподавателями дело тоже обстоит нелегко. Идея инклюзивного образования сможет развиваться только в том случае, если все педагоги будут проявлять инициативу в этом направлении. Эта идея должна стать частью их профессионального мышления. А это требует больших усилий. Опыт внедрения инклюзивного образования показывает, что не все учителя сразу принимают эту идею. Многие изначально сопротивляются этому процессу, высказывая недовольство. Чаще всего это происходит из-за страха, появляющегося у педагогов. Каждый думает, что не сможет справиться с такой от-

ветственностью. Поэтому главная задача преподавателя – это справиться с этим навязчивым страхом и искренне захотеть помочь.

Но страх, который появляется у педагогов – это вполне нормальное явление. Ведь с появлением в классе особенного ребёнка, на преподавателя возлагается большая ответственность. В любом случае, учитель должен быть высокообразованным человеком, понимать основы физического, эмоционального и индивидуального развития детей. Он должен уметь работать в коллективе, уметь находить общий язык с родителями всех учеников. Всё это касается работы абсолютно со всеми детьми. Но важной составляющей именно инклюзивного образования является полная, или, в крайнем случае, частичная, осведомлённость педагога в особенностях развития ребёнка-инвалида и в методах работы с ним.

Лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах, которые должны создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных в первую очередь на детей, с целью удовлетворения этих потребностей [3, с. 36]. Эта мысль только в очередной раз подтверждает сказанное мной выше. Чтобы инклюзивное образование стало как можно более эффективным и полезным, преподаватели должны в первую очередь быть нацелены на комфорт детей, а не на свой собственный.

И вот мы и подошли к главному вопросу: что же делать? Как помочь детям чувствовать себя комфортно? Как оказать им достаточную психологическую и педагогическую помощь?

Помочь особенному ребёнку можно разнообразными способами, если подумать. Чтобы обеспечить достаточ-

ную психологическую устойчивость, нужно убедиться, что помощь будет поступать с разных сторон. Что это значит?

Для того, чтобы дети с ограниченными возможностями чувствовали себя лучше, можно проводить с ними различные тренинги или занятия. Это можно делать как внутри семьи, так и с помощью психолога. Хорошим примером может послужить релаксационный тренинг. Релаксационный тренинг – это система упражнений, направленных на расслабление и успокоение. Тренинг включает в себя упражнения на мышечное расслабление, успокоение, отвлечение мыслей человека от тревожащих его событий. [2, с. 16].

Но важным пунктом помощи ребёнку с ОВЗ является приобщение его к миру культуры, через непосредственный контакт со своими сверстниками и учителем. Общение с культурой, в различных ее проявлениях – музыка, живопись, литература, театр, является важной частью жизни человека. А для детей с ограниченными возможностями это в несколько раз важнее, чем для любого из нас.

Учителю, работающему с детьми с ОВЗ, необходимо помнить о своей большой миссии: дети, которые учатся в классе, с его помощью должны понять, что имеют полное право на участие в классных и внеклассных мероприятиях, что они также могут рассчитывать в будущем на принятие их окружающими людьми в качестве самостоятельных и ответственных людей.

Педагог должен стараться проводить встречи с деятелями культуры, участвуя в мастер-классах особенный ребёнок сможет почувствовать себя частью интересного мероприятия. Преподаватель обязан постараться создать позитивную атмосферу среди учащихся, в которой дети почувствуют

себя комфортно, находясь все вместе, не выделяя ребёнка-инвалида, а определяя его как равного себе.

В обязательном порядке нужно организовывать мероприятия, такие как выставки поделок и рисунков, благотворительные акции, концерты, игровые программы. Это очень поможет детям незаметно, в процессе игры или беседы, влиться в коллектив и укрепиться там. Ребёнок-инвалид, с каждым посещением такого рода мероприятий, будет чувствовать себя намного увереннее, находясь в стенах школы.

Но не только педагоги могут организовывать различные мероприятия. В филиале СГПИ, который находится в городе Будённовске, существует студенческий волонтерский отряд «Ты не один». Волонтеры этого отряда каждый год устраивают новогоднюю ёлку. И самое главное, что на этот праздник они организуют не только для детей с нормальным развитием. К нам в филиал приходят дети-инвалиды, которых встречают всегда с любовью и заботой. Волонтеры каждый год прилагают большие усилия для того, чтобы устроить пусть и небольшой, но очень тёплый праздник. Ведь особенные дети, как никто другой нуждаются в доброте и любви.

Таким образом, социально-психологическая помощь детям с ограниченными возможностями стоит, пожалуй, даже выше материальной. Ведь процессы социализации очень важны, для того, чтобы воспитать детей с

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2003.
2. Кальмова С. Е., Орлова Л. Ф., Яворовская Т. В. Сенсорная комната – волшебный мир здоровья: Учебно-методическое пособие / Под ред. Л. Б. Баряевой. – СПб.: НОУ «СОЮЗ», 2006.
3. Митчелл Д. Эффективные педагогические технологии специального и инклюзивного образования. Главы из книги. / Ред. Н.Борисова. – М.: РООИ «Перспектива», 2011.
4. Поликарпова В.А. Введение в культурологию: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Под ред. В.А.Поликарпова. – Таганрог, 2000.

ОВЗ должным образом. Психологическая помощь, предлагающая в первую очередь психологическую поддержку ребёнка и его родителей, направлена на ориентирование такого ребёнка в обществе и общественной культуре. А это, как мне кажется, очень важно. Если каждый из нас, будущих педагогов, будет стараться помочь, если каждый состоявшийся педагог обратит внимание на такое понятие, как инклюзивное образование, то наше общество

выйдет на новый уровень развития. На уровень, где каждый человек будет важен, по-своему значим для всех, кто его окружает.

Лехина К.А.

г. Воронеж,

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет»

Научный руководитель: к. ф.-м. н., доцент Малютина О.П.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ИГРЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Детская игра – исторически возникший вид деятельности, заключающийся в воспроизведении детьми действий взрослых и отношений между ними в особой условной форме [1, с. 177]. Игра является основным видом деятельности детей дошкольного возраста, в результате которого происходит тренировка социальных навыков ребенка, подготавливающая его для жизни в социуме и взаимодействию с другими людьми.

Д. Б. Эльконин выделял три вида игр: предметная, сюжетно – ролевая и игра с правилами [1, с. 177]. Предметная игра возникает первой в онтогенезе человека. Она подразумевает манипуляцию ребенка с игрушками, олицетворяющими предметы быта: детской посудой, утюгом, куклой и т.д. Игровая деятельность ребенка в этот период строится на основе наблюдения за поведением взрослых своего пола. Наблюдая, ребенок усваивает социальные значения предметов, что потом воспроизводит в своей игре.

Следующей в онтогенезе возникает сюжетно – ролевая игра. В ней дети осваивают социальные роли. Чаще такие игры носят групповой характер. Детский коллектив следит за выполне-

нием каждым ребенком правил игры и накладывает санкции за их нарушение. Однако четко обозначены только роли, а правила не обговариваются участниками заранее.

Самой поздней в онтогенезе появляется игра с правилами. Она подготавливается сюжетно – ролевой игрой, т.к. дети так же здесь выступают в определенных социальных ролях и ситуациях взаимодействия, однако правила здесь обговариваются заранее.

Итак, игра является важной частью жизни дошкольника. В ней формируются необходимые возрастные новообразования: воображение, произвольное поведение, умение следовать правилам и действовать в рамках социальной роли, осваивается символическая функция предметов.

Однако игра как вид деятельности присутствует в онтогенезе не каждого ребенка. Часто игровой период отсутствует у детей, страдающих синдромом раннего детского аутизма (здесь и далее РДА). РДА – особое расстройство, определяемое проявлениями диссоциативного дизонтогенеза, т.е. неравномерно нарушенным развитием психической, речевой, моторной, эмоциональной сфер деятельности ребенка с

нарушением социального общения [4, с. 345].

Аутичные дети имеют свои особенности психического и социального развития. У аутистов отсутствует речь, часты эхолалии и стереотипии. Аутичный ребенок не вступает во взаимодействие, не участвует в групповых играх, не откликается на зов. В эмоциональной сфере для аутистов характерна агрессия, аутоагрессия, страхи. Кроме того, у аутичных детей существуют особые предпочтения в пище, местах прогулок, игрушках и т.д. Аутист отличается повышенной ранимостью и чувствительностью к сенсорным стимулам. Все это осложняет взаимодействие ребенка с близкими людьми, со сверстниками. Такой ребенок не вступает в групповые игры, иногда может даже не играть один. Он не умеет подражать поведению взрослых в своей игре, применять игрушки, строить ее сюжет, осваивать роли. Кроме того, аутист может предпочитать только какой-либо один предмет для игры. Причем этот предмет может и не носить функцию игрового, например, кастрюля, палка, ложка и т.д. Дети с РДА не принимают новых игрушек и новых способов взаимодействия с уже знакомой игрушкой.

Таким образом, можно сказать, что аутичный ребенок не осваивает символического смысла игрушек и не вырабатывает в игре формы социального ролевого поведения. Все это не позволяет ребенку оптимально адаптироваться в обществе.

Аутичного ребенка нужно учить игровому поведению. Одним из методов коррекции и развития навыков детей с РДА является Прикладной Анализ Поведения (АВА). Цель АВА – терапии – помочь ребенку более комфортно и полноценно существовать в окружающем его мире. АВА – подход принимает во внимание все специфические ха-

рактеристики аутичного ребенка, выбирает функциональные цели и методы для обучения, отслеживая их эффективность и своевременно их корректируя. Все это позволяет добиться существенных успехов в работе с детьми с РДА. Данное направление работает со многими областями навыков для обучения: навыки общения и коммуникации, социальные навыки, понимание речи, игровые навыки и т.д.

В российских реабилитационных центрах АВА – терапия не нашла такого распространения, как в зарубежных. В нашей стране чаще используются определенные технологии и методики работы с детьми с РДА, заимствованные из АВА – подхода. Одним из таких центров является Бюджетное учреждение Воронежской области «Областной центр реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус Надежды» г. Воронежа, который выступил в качестве базы для нашего исследования. В ходе работы мы пытались изучить, как влияет применение методов АВА – терапии на формирование у детей с РДА навыков самостоятельной игры. Объектом исследования являлись навыки самостоятельной игры аутичных детей младшего школьного возраста. В работе использовались метод включенного наблюдения, анкетирования и беседы с матерями, имеющих ребенка с аутизмом. Кроме того, была применена методика VB – MAP, направленная на изучение развития речи и коммуникативного и социального взаимодействия детей с РДА. Анализировались ее шкала «Навыки самостоятельной игры» [3, с. 41 – 43]. В качестве метода обработки полученных данных использовался контент – анализ протоколов наблюдения, анкет и материалов беседы, а так же статистический анализ данных, полученных в результате применения методики VB – MAP. Исследование проводилось в течение 6 месяцев. Замеры проводились в начале и в конце исследования.

При входящем тестировании навыков самостоятельной игры детей с ранним детским аутизмом по методике VB – MAP и в результате применения включенного наблюдения было выяв-

лено, что 60% детей из нашей выборки имеют низкий уровень развития данного навыка. Аутисты из данной группы не интересовались игрушками, в том числе и имеющими звуковое сопровождение. Они не брали их в руки, не пытались манипулировать ими. Эта группа аутичных детей не стремилась изучать предметы, не играла в подвижные игры. Дети предпочитали рисование, просмотр мультфильмов, хаотичную двигательную активность игрушкам.

В ходе беседы матери детей из этой группы отмечают, что им трудно инициировать игровое взаимодействие со своим ребенком. Часто он просто не реагирует на игрушку, даже если она окрашена в яркие цвета или имеет музыкальное сопровождение. Кроме того, 47% матерей отмечали, что их дети предпочитают манипулировать не игрушками, а другими предметами: ложкой (19%), карандашами (15%), различными баночками (8%), ключами (5%). А 55% матерей указывали, что их дети предпочитают виртуальные игры на компьютере, планшете, телефоне предметным игрушкам и активным играм.

У 30% детей нашей выборки был выявлен средний уровень развития навыков самостоятельной игры. Они могли манипулировать с одной или двумя игрушками в течение 15 – 20 минут. Эти дети интересовались новыми игрушками, однако не стремились взять их в руки, боялись подойти к ним даже в присутствии матери. Аутисты из данной группы переворачивали игрушки, перекладывали их, стучали ими друг о друга. Но они не могли играть со знакомыми игрушками в новой для них обстановке, не поддерживали подвижные игры.

По словам матерей, эти дети имеют одну или две любимые игрушки. К новым игрушкам они относятся с осторожностью, часто отказываются с ними играть. Кроме того матери отмечали, что их дети могут непродолжительное время играть с ними.

10% детей выборки имеют высокий уровень развития навыков самостоятельной игры. Эта группа испытуемых интересуется большим количеством игрушек из разнообразных мате-

риалов, любит играть в активные игры на свежем воздухе. Дети умеют не только манипулировать с игрушками, но и строить примитивный сюжет игры. Игровое поведение приносит ребенку удовлетворение и сопровождается позитивными эмоциональными переживаниями.

Беседа с матерями детей из этой группы выявила, что 2% испытуемых могут вступать в игровое взаимодействие со сверстниками. Они спокойно делятся игрушками и умеют просить предметы у другого ребенка. 4% детей предпочитают играть в настольные игры, например, «Монополия». Кроме того им нравится собирать пазлы и строить что-то из конструктора. Так же матери отмечают, что у них не возникает проблем с игровым поведением ребенка. Их дети легко впускают матерей в свою игру, с удовольствием иницируют игровое взаимодействие.

Развитие навыков игрового взаимодействия у детей с РДА происходило в ходе занятий с педагогами, проходившими 2 раза в неделю. Занятия носили как индивидуальный, так и групповой характер.

По результатам заключительного замера, который проводился после 6 – ти месячных занятий с педагогом, включающих элементы АВА – программы, были получены следующие данные: 88% детей показали средний уровень развития игровых навыков. Они могут играть самостоятельно с небольшим количеством игрушек, предпочитают некоторые виды активных игр. У 10% испытуемых был выявлен высокий уровень развития навыков самостоятельной игры. Это было выявлено и при входящем замере, что позволяет сделать вывод о том, что аутисты из этой группы уже достигли своего предела в развитии данного навыка. И 2% детей показало низкий уровень сформированности навыков самостоятельной игры. Возможно,

это связано с рядом причин. Во-первых, родители могли не заниматься с ними дома самостоятельно, что не позволило детям закрепить навыки, полученные на занятии. Во-вторых, эти дети могли пропускать некоторые занятия из-за болезни или других личных причин. В-третьих, отсутствие прогресса может наблюдаться вследствие особенностей психических процессов детей с ранним детским аутизмом.

Следует отметить тот факт, что по результатам проведения беседы и анкетирования матерей детей с синдромом раннего детского аутизма было обнаружено, что 94% матерей отмечают прогресс у своего ребенка в освоении игровых навыков после занятия с педагогом. А 6% матерей не замечают различий в развитии навыков самостоятельной игры у своих детей до и после занятий с педагогом. Вероятно, это может быть обусловлено как тем, что ре-

бенок действительно не прогрессирует в этом направлении, так и отрицательным отношением матери к АВА – программе.

Таким образом, применение отдельных элементов АВА – терапии является достаточно эффективным и позволяет сформировать навыки самостоятельной игры у детей с РДА, что поможет им освоить социальные роли, символический смысл предметов, развить мышление и коммуникацию. Все это приведет к более легкой адаптации ребенка в социуме и позволит сгладить ограничения в развитии, накладываемые на него синдромом РДА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 632 с.
2. Ивашкина К. А., Малютин О.П. АВА – терапия в работе с детьми с ранним детским аутизмом / К. А. Ивашкина, О.П. Малютин // Приоритетные направления развития науки, техники, технологии : сборник материалов Международной научно-практической конференции (29 февраля 2016 года), Том I. – Кемерово: ЗапСибНЦ, 2016. – С. 173–178.
3. Сандберг М. Л. Оценка вех развития вербального поведения и построение индивидуального плана вмешательства VB – MAP / М. Л. Сандберг. – Из-во «Медиа-ал», 2008. – 275 с.
4. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Циркин С.Ю. 2002. – 752 с.

Мукава В. В.

г. Железноводск,

филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н, доцент Безус С.Н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

На сегодняшний день в Российской Федерации, согласно данным статистики, насчитывается более 2-х миллионов детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ). К сожалению, численность такой категории детей продолжает ежегодно возрастать на 3–5%.

Различные источники характеризуют ОВЗ как определенные отклонения от нормы в физическом, психическом или сенсорном плане. К детям с ОВЗ

относятся дети в возрасте от 0 до 18-ти лет с недостатками в физическом или психическом развитии, которые имеют ограничения в жизнедеятельности, вызванные врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или вследствие получения травм, подтвержденных в установленном режиме. Кроме количественных увеличений разнообразных нарушений в развитии, наблюдаются качественные изменения, которые также носят систем-

ный характер и затрагивают все сферы человеческого существования. Это могут быть отклонения в эмоционально-волевой сфере, поведении и развитии личности в целом. Раньше подобные особенности детей с ОВЗ часто вызывали у окружающих неадекватную эмоциональную и поведенческую реакцию. Однако времена меняются, и сегодня к детям с такими проблемами относятся более терпимо.

Несмотря на какие-либо нарушения, детям с ОВЗ для достижения гармонии между физическим и психическим здоровьем, а также личностным благополучием необходимо позитивное восприятие окружающего мира. Им нужна помощь, и в первую очередь – психологическая.

Психологическая помощь – это вид помощи, предоставляемой квалифицированным специалистом по психологии человеку или группе людей в совершенствовании психофизиологических состояний, познавательных процессов, поведения, общения, реализации индивидуальной и групповой деятельности.

Проблема оказания специальной психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья стала актуальной еще с конца XIX-го века и остаётся таковой по сегодняшний день. Эту проблему пытался решить выдающийся американский психолог Лайтнер Уитмер (1867–1956 гг.). Он является первооткрывателем в области клинической психологии, поэтому у него не было возможности сотрудничать со своими коллегами для решения вопросов в данной сфере. Клиническая психология – это раздел психологии, рассматривающий психические явления с точки зрения взаимосвязи их с болезнями. Уитмер самостоятельно разрабатывал и совершенствовал собственные методы диагностики и лечения детей с ОВЗ.

Огромный вклад в решение проблемы оказания помощи «необычным» детям внёс Лев Семёнович Выготский. Он обосновал учение о неравномерном развитии дефективности в различных сферах деятельности ребенка, а также о наличии у «необычных» детей огромного запаса здоровых задатков.

Это оказало оптимистичное воздействие на возможности развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Еще более значимым оказалось умозаключение Льва Семеновича о том, что главной сутью разнообразных отклонений у детей является социальная сторона, а не наличие дефектов физиологии и психики, как считает большинство педагогов и психологов. В этой связи он говорил, что всякий физический недостаток, независимо от рода возникновения, меняет позицию человека не только по отношению к миру, но и оказывает влияние на взаимоотношения с людьми. Выготский считал, что преодоление отклонений в поведении, олицетворяющих социальное лицо человека, является главной задачей воспитания. Он подчеркивал недейственность традиционных способов решения образовательных задач на детей с нарушениями в развитии. Также учёный отмечал, что дефекты и пороки человечество сможет победить гораздо раньше социально и педагогически, чем с помощью медицины и биологии.

Перед непосредственным получением психологической помощи, необходимо удостовериться в ее необходимости, а тем более в наличии у ребенка тех или иных заболеваний. Изучением всевозможных нарушений психического развития детей занимается детская патопсихология. Патопсихология – практическая сфера клинической психологии, занимающаяся изучением расстройства психических процессов. Принимая во внимание тот факт, что источники патологий могут быть самыми разными, патопсихолог учитывает всю информацию о ребенке, заключающую в себе и биологические, и социальные факторы его развития. Диагностика психического развития является одной из первостепенных задач детской патопсихологии. Проводится

исследование состояния психических процессов, а также выявляются особенности личности и деятельности ребенка. Задачей данного специалиста является определение уровня развития ребенка, установление соответствия возрастным нормам, а затем выявления непосредственно патологических особенностей развития.

Диагностика нарушений детского развития тесно связана с консультированием родителей обследуемого ребенка. Часто случается так, что родители не соглашались даже на первоначальное обследование для обнаружения фактического наличия заболевания. Это связано со множеством причин: страх перед мнением окружающих, боязнь самой мысли о заболевании, халатное отношение к ребенку типа «перерастет» и обычное незнание.

В этой связи приведу пример одной ситуации, с которой мне лично пришлось столкнуться как работнику детского сада. Как-то раз пришла очередная мамочка для того, чтобы устроить своего ребенка в детский сад. После оформления необходимых документов началось непосредственное посещение ребенком нашего учреждения. С первых же дней мальчик выделялся среди остальных детей в группе. Трёхлетний ребенок походил скорее на малыша ясельной группы: он практически не разговаривал, издавал только отдельные звуки и возгласы. В эмоциональном плане у малыша преобладало приподнятое настроение, он всегда улыбался, смеялся независимо от ситуации, совершенно не реагировал на замечания воспитателя, на своё собственное имя и т.д. Данные наблюдения пришлось сообщить маме мальчика, на что она отреагировала весьма агрессивно, объясняя свою реакцию тем, что «такого не может быть». Воспитатель посоветовал обратиться к штатному психологу для выяснения

причины поведения ребенка. В свою очередь, мамочка отказалась от проведения данной работы, признавая, что такое поведение ее ребенку все-таки свойственно, и она надеется, что все обойдется. Также женщина попросила больше не поднимать данный вопрос в связи с тем, что боится реакции мужа и родственников, если будут выявлены какие-либо отклонения. Воспитателю пришлось согласиться с мнением родительницы, так как это было уже не в пределах компетенции педагога.

Если же при необходимости взаимодействие со специалистом патопсихологии происходит, и результаты исследования являются не столь благоприятными при адекватной реакции родителей, последние ждут не только установления нарушения, но и конкретных преодолений отставания в развитии, компенсации дефекта, адаптации к школе. Психологическое диагностирование нарушений тесным образом связано с психологической коррекцией дефекта. Детские патопсихологи проводят разнообразные коррекционные занятия с детьми, имеющими отклонения в развитии. Данные специалисты никогда не пытаются подменить собой врача. Несмотря на тесное сотрудничество патопсихолога с другими специалистами со схожими задачами, он использует свои методы работы. Детский патопсихолог – это прежде всего психолог, пользующийся психологическими методами диагностики и коррекции детского развития. Изучая особенности и отклонения в игровой деятельности, поведении и других видах деятельности, патопсихолог может дать ценный диагностический материал, который в свою очередь, значительно облегчит принятие решения лечащего врача по поводу лечения. Также часто случается

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белопольская Н.Л. Детская патопсихология. – М.: Когито-Центр, 2010. – 351 с.
2. Савина Е.А. Психологическая помощь родителям в воспитании детей с нарушениями развития. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 223 с.
3. Смирнова Е.О. Детская психология: Учебник для вузов. – М.: КНОРУС, 2016. – 280 с.
4. Марцинковская Т.Д. Детская практическая психология. – М.: Гардарики, 2000. – 255 с.

ся, что для некоторых видов нарушения развития не существует медикаментозной терапии или ее роль является мало определяющей. В этих случаях квалифицированные патопсихологические исследования нарушения очень важны.

Получение психологической помощи детьми с ограниченными возможностями необходимо по еще одной немаловажной причине: преодоление сложного психологического барьера. Большинство таких детей считают себя обузой для близких и социума, а также

совершенно ненужными этому миру. Хотя это совершенно не так. Основная задача каждого представителя современного общества состоит в том, чтобы помочь таким детям осознать свое место и значение в мире.

Казминова М. В.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: доктор биол. наук, доцент Тинькова Е.Л.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СКЛОННОСТИ ПОДРОСТКОВ К ВИКТИМНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Современное мировое сообщество столкнулось с возросшей криминальной опасностью (террористические угрозы, наркомания и т.д.), что повысило для человека угрозу стать объектом обмана, мошенничества, нападения преступника. Именно поэтому необходимо разработать методы и средства защиты от насилия и жестокости, а также способы предупреждения преступлений против самых уязвимых и незащищенных слоев населения – детей и подростков.

Данная проблема считается весьма значимой и общественно важной, так как носит междисциплинарный, комплексный характер – деятельность педагогических и социальных областей, психологических и медицинских служб, своевременность включения правоохранительных органов и органов опеки. Ее решение связано с формированием у школьников конкретной концепции познаний, навыков безопасного поведения в трудных жизненных ситуациях и предоставление поддержки в определении полезных методов выхода с их.

Необходимо отметить, что социально-экономическая ситуация многих

стран, в том числе и России, характеризуется снижением влияния семьи на формирование ребенка, его жизненных ценностей и позитивных личностных качеств. Совокупность этих негативных явлений стала основой для распространения виктимного поведения.

Многие ученые [1; 2; 3] занимались изучением самого понятия «виктимность» и разрабатывали вопросы, связанные с классификацией виктимного поведения, с учётом различных факторов и особенностей. Виктимность представляет собой состояние уязвимости, предрасположенности лица быть жертвой преступления в силу его определенных психофизиологических и социальных особенностей. Следует отметить, что при всех различиях предлагаемых формулировок специалисты едины во мнении, что виктимность необходимо рассматривать как комплекс психо-социальных, биологических и физиологических особенностей человека, которые способствуют его дезадаптивному стилю реагирования на обстоятельства и другие объекты.

Люди, которые рискуют оказаться в

различного рода небезопасных для их жизни ситуациях могут демонстрировать следующие виды виктимного поведения:

- агрессивное виктимное поведение, провоцирующее преступника на совершение неправомерных действий;
- пассивное виктимное поведение, подчиняющееся действиям преступника;
- проявление невнимательности и неосторожности при взаимодействии с преступником, а также абсолютное непонимание его намерений [4].

Особенно актуальной является проблема виктимности подростков (12–14 лет). Для формирования виктимности подростковый возраст является самым уязвимым. Влияние на него в большей степени объективных обстоятельств позволяет утверждать, что виктимность, как свойство личности может быть сведена к минимальной степени опасности при нейтрализации или блокировании негативных факторов. Известно, что данный возрастной период является переходным в биологическом и социальном смысле. В биологическом – это возраст полового созревания, параллельно которому достигают в основном зрелости и другие биологические системы организма. В социальном – подростковая стадия считается продолжением основной социализации.

Высокая виктимизация несовершеннолетних обуславливается не только их психофизическими качествами, но и их общественными значениями, зоной в концепции общественных взаимоотношений, положением, которое они занимают в семье.

Факторами, приводящими к возникновению виктимного поведения могут выступать психофизиологические особенности детского и подросткового возраста, такие как любопытство, доверчивость, неспособность отстаивать

свою точку зрения, жажда приключений, эмоциональная незрелость, проявление беспомощности в возникающих конфликтных жизненных ситуациях, повышенная внушаемость, иногда физическая слабость и др. Следствием таких особенностей может явиться то, что на стадии «вступления» во взрослую жизнь такие подростки могут испытывать множество трудностей и проблем, с которыми самостоятельно многие из них справиться не могут.

Таким образом, проблему предупреждения виктимизации поведения людей, следует решать как можно раньше и направлять профилактические мероприятия на более уязвимые категории населения – детей и подростков. Современные научные исследования по проблемам различных видов аддикции в основном связаны с оценкой функционального состояния человека в возрастном аспекте и с учетом его психологического статуса. В частности к виктимному поведению имеют предрасположенность лица с определённым психоэмоциональным статусом. По способам оценки склонности к виктимному поведению исследований не ведётся.

Вопрос изучения психологических факторов виктимного поведения, предупреждения виктимизации поведения подростков, разработки мероприятий психологической профилактики их виктимного поведения, психологической коррекции и психологической реабилитации наиболее виктимизированных подростков на сегодняшний день остаются вне поля зрения. Поэтому, одним из самых актуальных заданий настоящего, относительно обеспечения гармоничного развития детей и подростков, является необходимость разработки системы психофизиологических методик для эффективной диагностики склонности подростков к виктимному поведению, а также комплекса психофизиологического сопровождения по снижению у индивида признаков зависимого поведения.

Разработка способа оценки функционального состояния подростков, склонных к виктимному поведению позволяет своевременно включаться специалистам и осуществлять превентив-

ные мероприятия. Нами предлагается следующая программа оценки функционального состояния подростков: психофизиологическая диагностика и сопровождение основываются на проведении БОС-тренинга.

На диагностическом этапе используется комплекс «BioMous», который позволяет провести объективную оценку психологического и физиологического состояния индивида. Определить его способности к переживанию стрессовых ситуаций и скорости процесса адаптации.

На этапе психофизиологического сопровождения нами при помощи БОС-тренинга формируется устойчивый психофизиологический комплекс, позволяющий организму выдерживать стрессовые ситуации и сохранять гомеостаз. При этом фиксируются следующие показатели: вызванные кожные вегетативные потенциалы (ВКВП), оценка фотоплетизмограммы (ФПГ), электрокардиограммы (ЭКГ). Комплекс этих исследований позволят установить общие психофизиологические признаки для лиц, склонных к виктимному поведению.

Научная новизна состоит в том, чтобы с помощью предлагаемой нами технологии установить особенности личности, связанные с возможностью возникновения аддиктивного поведения, в том числе виктимного, что позволит предупредить возникновение целого ряда криминальных, суицидальных ситуаций и пограничных состояний. Возможность разработки БОС-сценариев с учётом индивидуальных психологических особенностей и типа ВНД расширяет возрастные и профессиональ-

ные группы, включаемые в диагностику, а также точность и эффективность проводимых диагностических исследований.

Предлагаемая научно-исследовательская разработка апробирована на базе лаборатории прикладной психофизиологии ГБОУ ВО СГПИ, в качестве оборудования используются:

1. Прибор функционального биоуправления (БОС) и устройство психофизиологическое телеметрическое «Реакор-Т».
2. Прибор Электроэнцефалограф-анализатор ЭЭГА 21/26 «ЭНЦЕФАЛАН-131-03» (модификация 03). Данный прибор используется совместно с комплексом КЭ-ЭЭГ-10/20-«Энцефалан-КЭ» (комплект ЭЭГ-электродов хлорсеребряных стабильных цветных, сгруппированных по цвету, с общим кабелем, для закрепления в установочных унифицированных гнездах на шлеме).
3. Вегетотестер «ВНС – Ритм».
4. Аппарат «BioMous».

С помощью предлагаемой нами технологии возможно определить особенности личности, связанные с возникновением аддиктивного поведения, в том числе виктимного, что позволяет предупредить возникновение целого ряда криминальных, суицидальных ситуаций и пограничных состояний.

Использование в процессе сопровождения подростков, склонных к виктимному поведению БОС-сценариев с учётом индивидуальных психологических особенностей и типа ВНД расширяет возрастные и профессиональные группы, включаемые в диагностику, а также позволяет оценить точность и эффективность проводимых диагностических исследований.

Предлагаемый нами способ может быть использован в медицине, психологии, криминалистике при проведе-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андронникова О.О. Методика исследования склонности к виктимному поведению / О.О. Андронникова // Актуальные проблемы специальной психологии в образовании: Материалы 3-й межрегион. научн.-практич. конф., Новосибирск, 17–18 дек. 2003 г. – НГПУ, 2004. – С. 5–16.
2. Безруких М. М., Фарбер Д. А. Возрастная физиология: Физиология развития ребенка. – М.: Академия, 2003.
3. Васильев В.Л. Анализ личности несовершеннолетних жертв половых преступлений / В.Л. Васильев, И.И. Майчук // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 9–15.
4. Ривман Д.В. Криминальная виктимология. – Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2002.

нии оценки психического состояния человека (взрослого или ребёнка), подвергшегося насилию, а также лиц,

склонных к различного рода аддикциям. В работе с группой риска увеличится процент снижения склонности к виктимному поведению и другим видам аддикции (даже если они находятся в латентном состоянии).

Результаты работы могут быть использованы в работе реабилитационных центров, медицинских учреждений профилактического направления, центрах психологической коррекции и т.д.

Карман У.М.

г. Новосибирск,
ФГБОУ ВО «НГПУ»

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Пискун О.Ю.

КОМПЛЕКС МЕТОДИК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ МОТИВАЦИИ К ЗНАЧИМОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА И ЗРЕНИЯ

В специальной литературе встречаются различные методики изучения личности и эмоционально-волевых характеристик. Наш исследовательский интерес сосредоточен на методиках диагностики мотивации: «Тест анализа мотивации» Р.Кэттелла и Д.Чайлда, «Решётка достижения мотива» Г.Д. Шмалта, «Тест апперцепции тематической» Х.Моргана и Г.Мюррея, «Ценностные ориентации» М.Рокича, «Мотивация к успеху» Т. Элерса, «Мотивация к избеганию неудач» Т. Элерса, «Степень готовности к риску» Шуберта, анкета «Оценка уровня учебной мотивации» Н.Г. Лускановой, опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи» Реана А.А., методика выбора профессии Р.В. Овчаровой [4; 5; 7; 9].

Следует отметить, что в сурдопсихологии, тифлопсихологии, тифлосурдопсихологии мотивация, чаще всего, изучалась косвенно, в контексте рассмотрения личностной и эмоционально-волевой сферы. Это послужило стимулом для проведения нашего исследования [1–3; 6; 8; 10].

Для изучения мотивации ведущей деятельности взрослых глухих с нарушением зрения мы выбрали комплекс методик:

- 1) анкета «Оценка уровня учебной мотивации» Н.Г. Лускановой [7];
- 2) опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи» Реана А.А. [9];
- 3) методика диагностики личности на мотивацию к успеху Т. Элерса [5];
- 4) методика выбора профессии Р.В. Овчаровой [7];

Именно этот набор утверждён нами, поскольку уровень мотивации (положительной или негативной) определяет степень её успешности, связан с мотивационной направленностью личности и, в конечном итоге, внешние и внутренние мотивы позволяют не ошибиться в выборе профессии. Таким образом, комплекс представлен взаимодополняющими методиками.

Рассмотрим каждую из составляющих комплекс методик.

Методика №1. Анкета «Оценка уровня учебной мотивации» Н. Г. Лускановой
Цель: определить уровень учебной мотивации лиц с нарушением слуха и зрения

Критерии: уровень учебной мотивации, эмоциональное отношение к деятельности

Включает в себя 10 вопросов, наилучшим образом отражающих отно-

шение людей с нарушением слуха к учебному заведению и учебному процессу.

Методика №2. Опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи» Реана А.А.

Цель: определить уровень мотивации человека на успех или боязнь неудач

Критерии: мотивация на удачу (надежда на успех)-позитивная мотивация; мотивация на неудачу (боязнь неудачи) – негативная мотивация

Опросник включает в себя 20 вопросов – утверждений, с которыми испытуемый должен согласиться, либо не согласиться.

Методика №3. «Мотивация к успеху» Т. Элерса

Цель: определить уровень мотивации достижения успеха

Критерии: высокая готовность к риску при сильной мотивации на успех, высокая мотивация к избеганию не-

удач при низкой мотивации к успеху
Методика включает в себя 41 вопрос, на которые необходимо ответить да / нет.

Методика №4. «Выбор профессии» Р.В. Овчаровой

Цель: Определить ведущий тип мотивации при выборе профессии

Критерии : внутренние мотивы; внешние мотивы

С помощью методики можно выявить преобладающий вид мотивации (внутренние индивидуально-значимые мотивы, внутренние социально-значимые мотивы, внешние положительные мотивы и внешние отрицательные мотивы). Состоит из 20 вопросов-мотивов, которые связаны с профессией и необходимо дать оценку по 5-бальной шкале.

Взаимодополняющие методики, составляющие комплекс, были специально адаптированы с учётом особенностей восприятия взрослых глухих с нарушением слуха.

Слепोगлухим был предоставлен тифлосурдоперевод. При этом, средствами общения выступали жестовая речь и контактная жестовая речь

Для глухих был предоставлен синонимичный ряд определённых понятий, а в случае необходимости – перевод на русский жестовый язык

Для слабовидящих информация предоставлялась в распечатанном виде: 24 шрифт Arial.

Главным требованием процедуры изучения было установления контакта с испытуемым.

В исследовании принимали участие 39 человек. Из них 11 мужчин и 28 женщин.

Возраст участников: от 18 до 65 лет.

20 человек с двухсторонней сенсоневральной тугоухостью 4 степени, 7 человек с глухотой на оба уха, 6 человек с 3 степенью тугоухости 6 человек со 2 степенью тугоухости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Апраушев А.В. Тифлосурдопедагогика: Воспитание, обучение, трудовая и социальная реабилитация слепоглухонемых. Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1983.
2. Басилова Т.А. История обучения слепоглухих детей в России. – М.: Издательство «Эксмо», 2015. – 208 с.
3. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002. – 224 с.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике – СПб.: Питер, 2004. – 520 с.
5. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушением речи. Практикум: Пособие для студентов, педагогов, логопедов и психологов. – СПб.: КАРО, 2013. – 432 с.
6. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – СПб.: КАРО, 2006. – 336 с.
7. Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе. – М.: ТЦ«Сфера», 1996. – 240 с.
8. Пискун О.Ю., Агавелян Р.О. Психолого-педагогическая коррекция эмоционально-волевого развития глухих школьников [Текст] : [монография : в 2 ч.] / О. Ю. Пискун, Р. О. Агавелян ; Министерство образования и науки РФ, Новосибирский государственный педагогический университет Ч. 1: Теоретико-методологические аспекты и экспериментальное изучение. Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2016. – 203 с (Практическая сурдопсихология)
9. Пономаренко А. Измени свой биологический возраст: back to 25: простые рецепты управления возрастом /А. Пономаренко, С. Лавриненко. – М.: Эксмо, 2016 – 160 с.
10. Психология глухих детей /Под ред. И.И. Соловьёва, Ж.И. Шиф, Н.В. Яшковой и др. – М.: Советский спорт, 2006. – 448 с.

У 25 человек близорукость. У 11 человек дальновзоркость.

3 человека с Синдромом Ушера.

Исследование проходило в нескольких учреждениях: Институт социальных технологий и реабилитации Новосибирского технического университета, ФГ-

БОУ ВО «Новосибирский государственный технический университет», ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Новосибирская Межрегиональная общественная организация инвалидов Ассоциация «Интеграция», Дом творчества глухих при Муниципальном бюджетном учреждении «Дом молодёжи Железнодорожного района» и Комитете по делам молодёжи г. Новосибирска.

Результаты исследования по комплексу методик тщательно изучаются с целью подбора оптимальных методов и приёмов коррекционной работы.

Кладиева М.А.

г. Волгоград,

ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»

Научный руководитель: к. социол. н., ст. преподаватель Чернявская Е.Ю.

ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТАМ, ОСТАВШИМСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, И РАЗВИТИЕ ИНСТИТУТА ПРИЕМНОЙ СЕМЬИ, КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ В РОССИИ

В России наиважнейшим направлением является целенаправленная помощь и развитие института приемной семьи. В связи с этим сократилось количество детей-сирот в государственных учреждениях, что позволило закрыть ряд государственных и негосударственных детских домов.

В настоящее время во всем мире все большее развитие получают разнообразные формы передачи детей – сирот в семьи граждан. Безусловно, необходимость развития опыта детских домов семейного типа, использования возможности устройства сирот в семью, применения зарубежного опыта патронатного воспитания имеет огромное значение при решении проблем детского неблагополучия в рамках повышения качества воспроизводства человеческих ресурсов в России [2].

Статистика в России демонстрирует, что за три последних года, число сирот, чьи данные размещены в федеральной базе данных, сократилось с

87 до 71 тысячи. В 2014 году насчитывалось 91266 детей-сирот в банке данных, в 2015 году 84600 таковых детей. На март 2017 в системе 56 994 детей-сирот и детей, лишённых опеки родных опекунов.

В 2011 году на семейные формы устройства передано – 67,5 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения опекунов (в 2010 году – 75,8 тыс. детей, в 2009 году – 90,6 тыс. детей), из них в семьи российских граждан – 64,1 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (в 2010 году – 72,5 тыс. детей, в 2009 году – 86,8 тыс. детей). Темп роста (снижения) количества приемных семей с 2012 года представлены в таблице 1.

Рассмотрим более детально семейные формы устройства детей-сирот, а также детей, оставшихся без попечения родителей.

Усыновление допускается в отношении не достигших совершенно-

летия детей и только в их заинтересованности, с учетом полноценного физического, психического, духовного и нравственного развития. Усыновителями имеют все шансы быть взрослые лица, общепризнанные дееспособны-

Табл. 1. СТАТИСТИКА РАЗВИТИЯ ИНСТИТУТА ПРИЕМНОЙ СЕМЬИ В РОССИИ И В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ [1] В ПРОЦЕНТАХ К ПРЕДЫДУЩЕМУ ГОДУ

	2012	2013	2014	2015	2016
Темп роста (снижения) числа приемных семей на конец года, за год					104,7
Российская Федерация	111,2	114,8	112,9	109,7	
Волгоградская область	112,2	121,4	120,9	121,5	106,8
Темп роста (снижения) числа патронатных семей на конец года, за год					
Российская Федерация	95,4	95,5	88,6	50,4	78,8
Волгоградская область	93,2	78,0	в 2,9	74,5	90,0
Темпроста (снижения) числа семей, желающих принять ребенка на усыновление в семью на конец года, за год					
Российская Федерация	101,3	130,0	132,0	129,3	117,3
Волгоградская область	134,1	122,0	88,3	113,5	102,0

ми, не лишённые родительских прав, материально обеспеченные, имеющие постоянное место жительства, не находящиеся под следствием и не судимы на момент усыновления. Разница в возрасте между усыновителями и ребенком должна быть не меньше шестнадцати лет. Для усыновления ребенка необходимо согласие его родителей, но если они недееспособны, неизвестны, или лишены родительских прав и не проживают с ребенком более

6 месяцев, то это условие отпадает. Отмена усыновления производится в судебном порядке в случаях, если усыновители уклоняются от выполнения возложенных на их обязательств опекунов, злоупотребляют родительскими правами, жестоко обращаются с усыновленным ребенком, являются больными хроническим алкоголизмом или же наркоманией. Для владения информацией о детях, нуждающихся в усыновлении, создается банк данных,

а также существует учет лиц, желающих усыновить детей.

Опека устанавливается над ребятами, не достигшим возраста 14 лет, попечительство с возраста от 14 до 18 лет (в иных государствах возрастные рамки опеки и попечительства несколько иные, мы будем ориентироваться на российское законодательство). Как правило, опекунами являются родственники, выбор которых производится с согласия органов опеки и попечительства на основании решения суда. Опекунами (попечителями) детей имеют все шансы назначаться лишь только взрослые дееспособные лица. За опекаемыми должно числиться жилье, в противном случае органы опеки и попечительства должны им предоставить место проживания. Родитель должен воплотить в жизнь контроль за сохранением и использованием имеющегося у несовершеннолетнего малыша движимого и недвижимого имущества. На содержание ребенка опеку (попечителю) ежемесячно выплачиваются денежные средства. Обязанности исполняются опекуном безвозмездно.

Приемная семья появляется на базе контракта о передаче малыша, оставшегося без попечения родителей, а также оказавшимся в воспитательном, целебном учреждениях на воспитание в семью. Договор заключается (и если надо расторгается) между органами опеки и попечительства и приемными опекунами на срок, который указан в договоре. Размер оплаты приемным родителям устанавливается в зависимости от количества принятых на воспитание детей, кроме того, выплачивается ежемесячное денежное содержание.

Патронатное воспитание – это форма устройства ребенка, нуждающегося в государственной защите, в

семью патронатного воспитателя. Такой вид воспитания предоставляется для различных категорий детей (детей-сирот, детей, нуждающихся в государственной защите, беспризорных и безнадзорных, из неблагополучных семей и т.д.). Психолог, социальный педагог, медицинские работники из детских домов продолжают участвовать в воспитании и защите прав ребенка.

Семейная воспитательная группа – это замещающая семья для несовершеннолетних, находящихся в социально – опасном положении. Определение ребенка в семейную воспитательную группу не требует установления над ним опеки, оставляет его в статусе воспитанника детского специализированного учреждения, а воспитателя – в статусе сотрудника. Как правило, принимают в семейную группу от одного до трех воспитанников. За ребенком сохраняется право на жилье и на сохранение связи с кровными родителями. Срок пребывания ребенка определяется индивидуально.

Вместе с тем позитивная динамика семейного устройства детей-сирот сопровождается и рядом проблем. К ним относятся такие как отказ от детей и возвращение их в детские дома, физическое, сексуальное и психологическое насилие над приемными детьми, неисполнение родительских обязанностей. В последние три года в России было отменено около 3 тыс. решений об устройстве детей в семьи по причине невыполнения усыновителями, опекунами, приемными родителями обязанностей по содержанию и воспитанию детей, жестокого обращения с детьми [3].

В большинстве случаев основаниями невыполнения усыновителями, родителями, попечителями, приемными опекунами собственных обязательств, безжалостного обращения с ребятами считается недостаточная правовая и педагогическая подготовленность обозначенных лиц к заключению задач воспитания приемного малыша, а также их личные особенности.

Усыновление иностранными гражданами, также сопровождается мно-

жеством проблем. С 1993 года по 2008 год иностранными гражданами было усыновлено более 80 тыс. российских детей, оставшихся без попечения родителей, с 2005 по 2010 год число иностранных усыновлений в России сократилось на 60 %.

В настоящее время усыновление по новому законодательству не доступно иностранцам, в странах которых разрешены однополые браки, равно как и гражданам США (с 2013 года). Усыновление иностранцами устанавливается только в случаях, когда в России возможности для воспитания ребёнка нет (например, при тяжёлых заболеваниях).

По сведениям южноамериканского Государственного комитета по усыновлению, в этап с 1996 по 2008 годы в США были убиты 15 российских детей, усыновлённых южноамериканскими людьми, ещё один – в Канаде. По сведениям, приведённым «Российской газетой», с 2006 года по 1-е полугодие 2010 года в США погибли 17 усыновлённых американскими родителями российских детей. Впрочем, издание «Новые известия» приводит сопоставление: за 1991–2006 годы из общего числа детей, усыновлённых иностранцами, погибли пятеро, ещё 16 стали жертвами несчастных случаев. В России за тот же период погибли 1220 приёмных детей, из них 12 человек были убиты усыновителями [4].

В ряде исследований проведенных в период с 2002 по 2013 г. общество неоднозначно определяет свою позицию к усыновлению иностранными гражданами. Свыше 50 % россиян — против вывоза сирот из России. При этом о жестокостях американских приёмных родителей в отношении

усыновлённых российских детей были осведомлены 96 % респондентов. В январе 2013 года запрет на усыновления в США поддержали 10 % россиян, запрет в целом иностранных усыновлений – 6 %. 51 % россиян оценили принятие закона, в целом положительно, 30 % – в целом негативно. 43 % посчитали закон принятым в интересах детей, и 43 % – в неких отвлечённых политических интересах. При этом 75 % россиян признались, что они лично не готовы усыновить ребёнка из детского дома, а более 60 % не сочли данный закон шагом правительства к улучшению положения российских сирот.

Таким образом, кризисные явления семейного воспроизводства человеческого потенциала проявляются в виде следующих социальных проблем. Во-первых, это ослабление репродуктивной функции современной семьи. Большая семья в современных условиях утрачивает воспроизводственное социально-экономическое значение. Во-вторых, в системе морально-нравственных ценностей семьи нарастают отрицательные трансформации. В-третьих, при снижении общего количества семей рост в их числе доли неполных семей, равно как и доли семей с пониженной социальной ответственностью родителей, приводит к детской беспомощности. Все больше детей оказываются вне семейного воспитания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Доклад о деятельности уполномоченного по правам ребенка в Волгоградской области в 2016 году. – Волгоград, 2017. – 114 с.
2. Чернявская Е.Ю. Неблагополучие детства как проблема воспроизводства человеческих ресурсов в современной России: монография. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 216 с.
3. Чернявская Е.Ю. Проблемы воспроизводства человеческих ресурсов в современной России // Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса. – Волгоград: Изд-во «Прин-Терра», 2014. – №3(28). – С. 186–191.
4. Чернявская Е.Ю. Современное состояние детства, как фактор формирующий воспроизводство человеческих ресурсов на территории Волгоградской волгоградской области // Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса. – Волгоград: Изд-во «ПринТерра». – 2014. – №4 (29). – С. 182–186.

Кельцова И. В.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к. психол. н., доцент Волобуева Е.В.

СПЕЦИФИКА РАЗВИТИЯ ОДИНОЧЕСТВА У СЕМЕЙ, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ ПОТЕРЮ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА

Одиночество – тяжелое психическое состояние, сопровождающееся плохим настроением и тягостными эмоциональными переживаниями. Глубоко одинокие люди, как правило, очень несчастны, у них мало социальных контактов, их личные связи с другими людьми или ограничены или вовсе разорваны.

Одиночество – это переживание, вызывающее комплексное и острое чувство, которое выражает определенную форму самосознания и показывает раскол основной, реальной сети отношений и связей внутреннего мира личности. Это определение позволяет развести одиночество, печаль, депрессию, чувство страха.

Чувства одиночества, тоски, безысходности – частые спутники горя. Они приносят дополнительные страдания человеку, потерявшему близкого, часто делая его жизнь невыносимой. Уход из одного из супругов или ребенка – сильнейшее потрясение, как для взрослых, так и детей. Воздействие данного события на семейный уклад обусловлено значимостью для него ушедшего родственника, его функциональными обязанностями, социальным статусом, степенью эмоциональной близости с членами семьи. Утрата близкого человека приводит к возникновению «функциональной пустоты» в семейной системе, которая способствует пересмотру в ней социальных ролей и функций, к возникновению чувства одиночества [1].

Психологическая помощь при потере близкого – сложное направление в деятельности психолога, которое состоит из помощи и поддержки, а также разрешения мучительной и тяжелой реакции на утрату. Главная задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь клиенту пережить потерю близкого, совершить работу над чувством по-

тери. Процесс переживания, скорбения нельзя приостанавливать, клиент должен сам определить время завершения своих тяжелых переживаний по поводу утраты близкого человека (М. Вайтхед) [2].

Консультативная деятельность психолога со взрослыми членами семьи в ситуации потери одного из брачных партнеров и смерти ребенка выстраивается аналогично. Этапы и направления работы консультанта выстраиваются с учетом этапов переживания потери (В.Г. Ромек).

1. На стадии шока психотерапевт информирует клиента об особенностях переживания горя, о его сроках протекания.

2. На стадии острого горя целесообразны психологическое сопровождение семьи в процессе переживания потери близкого человека.

Важно, чтобы клиент открыто говорил о потерянном близком, причине его ухода из жизни и чувствах в связи с потерей. Психолог должен выслушать клиента, воспоминания и рассказы о жизни ушедшего родственника, которые могут многократно повторяться.

Если клиент прекращает беседу, застывает и смотрит в пространство, консультант не должен прерывать его молчание. Психологу необходимо быть готовым продолжить общение, как только собеседник вернется в реальность.

Вопросы, которые разрешаются на консультации, индивидуальны. Иногда скорбящие не отдают себе отчет в происходящем. Доступные пояснения закономерностей психологии горя минимизируют напряженность и чувство страха у клиента. Клиент не осознает свои тяжелые переживания, потому что, по его мнению, не имеет право показывать свою слабость. На данной стадии переживаний клиент стремится облегчить свои страдания, т.к. чувство

потери и другие переживания для него становятся мучительными. Задача психотерапевта помочь в переживании утраты, необходимом для восстановления психологических и физических сил после утраты члена семьи.

Консультант работает с клиентом до тех пор, пока горющему требуется такое «сопровождение». Обычно клиенты, консультирующиеся в связи с потерей близкого, посещают 4–10 сессий в первые два года после случившегося. Также достаточно часты одноразовые запросы на консультацию с целью получения информации и рекомендаций.

Содержание и интенсивность консультации зависят от разнообразных факторов (причины потери родственника, личностных особенностей клиента и т.п.). На первых встречах психотерапевт сосредотачивает внимание на переживаниях мучительных переживаний от потери близкого, цели своего существования и жизнедеятельности, управления своей жизнью. В обязанности консультанта входит обеспечение необходимой эмоциональной поддержки, оказание помощи клиенту научиться выражать личные переживания. Во взаимодействии с клиентом психотерапевт использует безоценочное слушание как основной метод. Психолог может также акцентировать внимание клиента на его режиме питания и сна, давать рекомендации на посещение невролога и психиатра.

Примерно на пятой встрече у клиента «всплывают» сильные переживания, возвращение сильных переживаний и других наболевших чувств. Каждая консультация посвящена определенной проблематике. В центре внимания психолога стоят вопросы расширения круга социальных ролей, идентификации, потребности восстановления своего «Я» после утраты члена семьи.

Психолог оказывает помощь взрослым членам семьи:

- в принятии факта потери одного из близких;
- в преобразовании жизненного уклада семьи, в перераспределении семейных функций, в создании определенных ритуалов;
- в завершении эмоциональных отношений с умершим родственником,

выражении сильных эмоций, факта смерти;

- в оказании клиенту, перенесшему потерю близкого, психологической помощи в выражении болезненных переживаний, связанных с утратой.

Важно последовательно приобщать клиента к повседневной жизнедеятельности.

3. На стадии восстановления оказывать помощь и поддержку семье в построении планов будущей жизнедеятельности после потери члена семьи.

Консультант оказывает помощь семье в выработке ритуалов, которые подкрепляют их потребность горевать, сохраняют памятные события об умершем отце/матери или сиблинге. Необходимо учить, чтобы выработанные ритуалы соответствовали традициям, принятым в этой семье. Используя ритуальные действия, родственники могут почтить память умершего, получить поддержку в семейном кругу и вне его: от родственников, знакомых и близких. Таким образом, семейный ритуал дает возможность выплеснуть эмоции, переполняющие клиента по поводу утраты.

Задачей завершающих встреч является оказание помощи в выборе путей по возвращению к повседневной жизни и в воспроизведении прежних целей жизни. Переживания прошлого объединяются и превращаются в мотивацию и энергию для решения жизненных задач. Психолог способствует тому, чтобы клиент самостоятельно смог наметить цели, выстроить новые планы; а также выносит на обсуждение с клиентом результаты проведенной с ним работы. Консультант обращает внимание и оказывает помощь клиенту в освоении новых навыков поведения или восстановлении старых [3].

В работе с клиентами, пережившими потерю близкого, мы рекомендуем использовать тренинг «Исцеление го-

ря», используя техники гештальт-терапии. Тренинговая работа включает два этапа: цель первого этапа – прояснить чувства потери близкого, второй этап – их преобразование и переориентирование для выбора новых достижений и постановки жизненных задач.

Этап 1. «Работа с письмами»

Рекомендуются следующие упражнения: «Исцеляющие письма», «Письмо, в котором, я говорю тебе «спасибо»», «Письмо умершему», «Послание небес», «Письмо из будущего», «Письмо от своего “Я”», «Письмо своему “Я”», «Диалог в письмах».

Этап 2. «Исцеление»

Техника 1. «Общее расфигуривание». Рекомендуются следующие упражнения: «Определение пользы фиксированной идеи», «Изучение последствий», «Поместить идею в ситуацию»;

Техника 2. «Работа с чувством потери»;

Техника 3. «Работа с чувством зависимости»;

Техника 4. «Автоматическое самоисцеление»;

Техника 5. «Изменение образа жизни»;

Техника 6. «Ресурсные состояния». Рекомендуются следующие упражнения: «Моя жизнь и смерть», «Работа со стихиями», «Техника волка», «Поплавок», «Сила вашего рода» [2, с. 10].

Одним из главных факторов, который учитывается психологом в организации помощи детям в случае потери ими отца/матери или сиблинга, их возраст. Дети до пятилетнего возраста не воспринимают содержание феномена «смерть», они не осознают состояние необратимости утраты.

Их психологическое состояние и реакция на смерть определяется поведением взрослых, т.е. дети заражаются их эмоциями. Понимание факта смерти возможно у детей в возрасте 5–9 лет, при этом они уверены в своем бес-

смертии. Только после 9 лет дети осознают, что жизнь имеет конечную точку.

Поддержка родственников ребенка, который переживает потерю близкого, очень важна. Самое трудное для взрослых – это рассказать ему о случившемся, и это должен сделать родственник или взрослый, которому малыш доверяет. В процессе этого разговора для ребенка важно, чтобы его приобняли, сели рядом и держали его за руки. Для ребенка важно понимать, что ничего не изменилось: он по-прежнему любимый и значимый для всех членов семьи.

На стадии шока и отрицании смерти ребенку необходимо дать возможность без ограничений выражать свои чувства, которые вызваны утратой близкого (сиблинга, матери/отца). Если ребенок не реагирует на происходящее и у него отсутствуют какие-либо признаки переживания, – это патологический симптом, который требует дальнейшего наблюдения родственниками за его психологическим состоянием.

Взрослого ребенка важно подключить к организации похорон и не дать почувствовать себя одиноким, покинутым. Ребенок не должен длительное время оставаться один на один. На данном этапе ребенку рекомендуется не посещать образовательные учреждения, несмотря на его хорошее самочувствие.

Фаза страдания и дезорганизации – на данном этапе ребенок должен быть окружен вниманием взрослых, чувствовать их сочувственность, внимательность и поддержку. Не рекомендуется вызывать ребенка на разговор о его самочувствии или о потерянном близком (сиблинге, матери/отце), отвергать его. На данном этапе ребенка важно включить в группу поддержки.

На фазе реорганизации и восстановления требуется оказать ребенку помощь в завершении эмоциональных отношений с умершим отцом/матерью или сиблингом и планировании дальнейшей жизни [3].

Таким образом, психотерапевт должен уметь разграничивать нормативные признаки переживания утраты и симптомы, наблюдающиеся в результате патологических отклонений у взрос-

лых и детей, которые потеряли близкого человека. Если при нормативном переживании горя подходит консультирование, то при наличии патологических отклонений потребуется медицинская помощь – поддержка медикаментами, консультация клинического психотерапевта или психиатра.

Обладать знаниями и владеть навыками использования методов преодоления горя должен каждый психолог, который работает со взрослыми и детьми. Одиночество – одна из главных проблем в обеспечении психологического благополучия.

Хорепанова А.А.

Удмуртская Республика,

ФГБОУ ВО «Глазовский государственный педагогический институт им. В. Г. Короленко»

Научный руководитель: к. п. н., доцент Скрыбина Д. Ю.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Василюк Ф.Е. Пережить горе // Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. – М.: ЧеРо, 2002. С. 581–590.
2. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь близким. – М., 2010. – 240 с.
3. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.

ВЛИЯНИЕ СОВМЕСТНОГО СЮЖЕТНОГО РИСОВАНИЯ НА СТАНОВЛЕНИЕ НАВЫКА КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Совсем недавно ранний детский аутизм считался достаточно редким расстройством. Однако на современном этапе развития коррекционной педагогики и специальной психологии появились технологии, позволяющие лучше диагностировать аутизм, что неизбежно привело к более частому его выявлению, чем много лет назад. Черты аутистического расстройства выявляют примерно у одного ребенка из ста, кроме того, отмечено, что мальчиков в четыре раза больше.

Аутизм – это специфическое нарушение психики ребенка, захватывающее любую ее сторону, будь то нарушения социального взаимодействия или нарушения волевой сферы.

Проблема обучения и воспитания детей с РДА можно обнаружить в работах советских ученых К.С. Лебединской [4]; [4, с. 83]; [2], О.С. Никольской [3]; [4], М. М. Либлинг [3]; [4], Е.Р. Баенской [3]; [4] и других. Изучив их труды, можно сказать, что оказать помощь детям с расстройствами аутистического спектра, действительно, трудно.

В сентябре этого года поступило предложение о проведении занятий с ребенком с ранним детским аутизмом по развитию коммуникативных навыков. На момент знакомства мальчику было 6 полных лет. Занятия решили проводить на дому, чтобы не травмировать ребенка.

В организации работы с аутичным ребенком используются различные приемы и методы коррекционной работы. Одним из направлений в организации такой работы предлагается использовать эстетопсихотерпию [5]; [5, с. 34].

Совместное рисование – один из методов такой работы. Для этого изображаются предметы или в нашем случае, для развития коммуникативных навыков, сюжеты из жизни ребенка, что ему знакомо и понятно. При этом сюжеты сопровождаются положительной эмоциональной оценкой.

На первом и втором занятии нами не была организована совместная рисуночная деятельность. Ребенок адаптировался к нахождению в его окруже-

нии нового взрослого. Было проведено наблюдение за его действиями, за отношением с родителями, осмотр его окружения.

Мальчик растет в благополучной семье. У него есть старший брат 7 лет. Дома созданы все условия для всестороннего развития ребенка. Есть все необходимое для организации совместной рисуночной деятельности: краски, фломастеры, маркеры, карандаши, раскраски, световой стол для рисования песком, игрушки.

Изучив классификацию Никольской О.С., проводя наблюдения за развитием познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, а также в беседах с родителями, мы предположили, что ребенка можно отнести ко 2 группе по данной классификации.

Наблюдая за поведением мальчика, мы отметили, что он время от времени может сидеть с нецеленаправленным взглядом в окно. Внешне был отрешенным и пассивным. При обращении к нему, он не реагировал на голос, не смотрел в нашу сторону, иногда присутствовало монотонное двигательное возбуждение. Если что-то шло не по его желанию, он ложился на пол и валялся, крича, и угрожая родителям упасть и удариться. Беспокойно вел себя и во время дневного сна, долго не ложился спать, играл в кровати. Был часто беспричинно агрессивен. Остаться один боялся, но не сразу замечал, дома родители или ушли куда-то или вернулись домой.

Игрушки его интересовали мало. Если что-то попадало ему в руки, он это разбирал, разбрасывал, подбрасывал или кидал в стену. Расстраивался, нервничал, когда мы пытались включаться в его игры. В свободное время смотрел мультфильмы.

Первая речь появилась только в 4 года. В речи пользуется телеграфно-свернутыми речевыми штампами, ти-

пичны эхоталлические ответы. Вербальное общение заменяет невербальным: жесты, показ руками. Словарный запас достаточно развит, обращенную речь понимает. Интересуется животными и знает их названия.

В еде прихотлив. Имеются определенные вкусовые предпочтения. Может упорно пытаться есть несъедобные предметы: пластилин, магниты. Отмечаются частые позывы в туалет.

Крупная моторика развита достаточно. Может без труда залезть и слезть с двухъярусной кровати. Отказывается переодеваться и надевать любую одежду, кроме нескольких определенных вещей. Одевается самостоятельно. Мелкая моторика развита слабо. Нецеленаправленно берет и листает книги, журналы. Фломастер (ручку) держит правильно.

Не улыбался в ответ на нашу улыбку. Контакта «глаза – в – глаза» избегал. Закончив обследование, мы поставили перед собой цель – сформировать коммуникативные навыки через совместное сюжетное рисование, привлечь внимание ребенка, заинтересовать его совместными действиями с предметами, а затем вызвать у него желание действовать самостоятельно. Установление эмоционального контакта не заняло у нас много времени. Мы дали мальчику понять, что мы его любим, хотим с ним играть. Мальчик не уходил от контакта. Мы часто брали его за руки и вместе шли рисовать в комнату, вместе подготавливали рабочее место к работе. Первое время ребенок реагировал нейтрально. А потом стал с удовольствием рисовать по нашей просьбе.

На занятия тема выбиралась с учетом заинтересованности ребенка именно этим рассказом (сказкой, мультфильмом) и проговариванием его вслух. В случае возникновения трудной ситуации мы подсказывали ребенку. При систематическом повторении схожих ситуаций у ребенка закреплялся навык коммуникации, появлялась возможность использования его самостоятельно.

Приведем примеры нескольких занятий, позволяющих осуществить эффективное формирование коммуникативных навыков:

- 1) Рисование с ребенком знакомого ему сюжета с проговариванием изображаемых героев, например: изображение сюжета из сказки «Маугли».
- 2) Разыгрывание спектакля с нарисованными им героями перед ребенком.
- 3) Раскрашивание нарисованных педагогом героев, выполняющих какие-либо коммуникации (объятия, рукопожатия, держание за руки);
- 4) Просьба нарисовать по заказу педагога, например: клювик птичке вместо ротика, корове стог сена, всех друзей из сказки Маугли.
- 5) Требование принести игрушку и дать ее педагогу.
- 6) Просьба о помощи, например: подготовить световой стол с песком, открыть фломастеры, достать карандаши.
- 7) Рисование героев, не входящих в изображаемую ребенком сказку (рассказ), но имеющих место быть связанными с главными героями родственными и коммуникативными связями, например: медвежонку нужна мама, нарисуй маму медведицу, потом папу.

Если во время занятия ребенок принимал предложенную ситуацию, старались развить ее, если же была реакция отторжения, тут же «давали задний ход».

Проведенная коррекционная работа по использованию совместного сюжетного рисования позволила улучшить показатели по критериям:

1. Внешний вид: энергичный, веселый;
2. Речь: присутствуют фразы, обращенные к педагогу;
3. Свободное время: самостоятельно садится рисовать, клеить, вырезать;
4. Помощь ребенку: следует указаниям;
5. Рисунок: появились правильные пропорции, части тела на своих местах;
6. Изображаемые герои: пытаются взаимодействовать друг с другом;
7. Качество изображения: при раскрашивании отдельных животных использует более одного цвета, старается не выходить за края контура;
8. Отношение к ситуации: восхищается полученным рисунком;

9. Игра: играл с педагогом в перекидывание мяча из рук в руки;
10. Контакт «глаза – в – глаза»; переводит взгляд на педагога и задерживает его.

Полученные данные свидетельствуют об имеющемся благотворном влиянии совместного сюжетного рисования на коммуникативные навыки ребенка с ранним детским аутизмом.

Следующий шаг в работе с данным ребенком – продолжение совместного сюжетного рисования до достижения поставленной цели – развития коммуникативных навыков, ведения вербального диалога с другими людьми.

Проведенные занятия подтверждают, что организация совместного сюжетного рисования с ребенком с ранним детским аутизмом по развитию коммуникативных навыков даёт положительную динамику развития и может быть использована на занятиях с ним, что может служить основанием для их рекомендации к использованию в практической деятельности учителей и воспитателей в специальных (коррекционных) учреждениях VIII вида, студентами в период педагогической практики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В. Детский аутизм: диагностика и коррекция. Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений. – СПб., Дидактика Плюс, 2004. – 80 с.
2. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. Учебное пособие для вузов. – М.: Академический проект, 2013. – 303 с.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либринг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд. 8-е. – М.: Теревинф, 2014. – 228 с.
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. – М.: Теревинф, 2005. – 224 с.
5. Шпилицына Л.М. Детский аутизм: хрестоматия. – СПб.: Международный университет семьи и ребенка им. Р. Валленберга, 1997. – 254 с.

Кузьмина Н.А.

г. Москва,

ФГБОУ ВО «Московский государственный педагогический университет»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Черкасова Е. Л.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОПЕДЕВТИКЕ ДИСГРАФИИ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Неготовность детей к школьному обучению провоцирует отставание ребенка с первых дней школьного обучения. При этом проблема часто усугубляется дидактогенными факторами, то есть неспособностью учителей подобрать адекватный образовательный маршрут для каждого ребенка [6]. Поэтому, согласно действующему ФГОС ДО, ведущей задачей современного дошкольного образования является подготовка детей к школе и пропедевтика трудностей в освоении ими школьной программы.

Одним из ведущих нарушений речевого развития у детей (более 25% согласно последним исследованиям) является ФФН [9]. При этом по данным многолетних исследований дети с ФФН в процессе школьного обучения испытывают трудности с овладением письменной речью, не всегда напрямую связанные с нарушениями фонематического слуха и произношения [4]. Согласно исследованиям Р. И. Лалаевой, Т. Б. Филичевой и других, дети с ФФН намного чаще, чем в среднем по популяции, имеют коморбидные нарушения, связанные с формированием функциональной базы письменной речи. Адекватная диагностика и последующая коррекция данных нарушений на ранних этапах их возникновения позволит обеспечить готовность ребенка к школе и предотвратить формирование негативных стереотипов письма у детей с ФФН.

В своем исследовании при оценке уровня сформированности функциональной базы письма у дошкольников мы использовали нейропсихологический подход на основе модифицированной методики Л. С. Цветковой [8] для детей дошкольного и младшего школьного возраста с наложением классической оценочной шкалы А. Р. Лурия [5]. Эта оценочная шкала является четырехбалльной, где:

3 балла обозначают полностью корректно выполнение задания;

2 балла – наличие единичных ошибок и/или потребность в дополнительном объяснении в начале выполнения задания;

1 балл – множественные повторяющиеся ошибки, не поддающиеся коррекции даже после дополнительного разъяснения;

0 баллов – полностью некорректное выполнение задания.

Такая система оценки позволила нам точно выявить как наличие дефицитарных функций у дошкольников с ФФН, так и степень их недоразвития относительно нормы онтогенетического развития.

При отборе тестовых заданий мы ориентировались на качественную оценку функций, которые в норме должны быть сформированы у детей 7-го года жизни. Обследование состояния фонематического слуха и звукопроизношения в рамках данного исследования не проводилось, так как при формировании групп детей для проведения эксперимента (всего 20 человек) и группы сопоставительного анализа, состоящей из детей, не имеющих речевых нарушений (10 человек) мы использовали результаты логопедического обследования детей на начало года.

Для проверки валидности выбранных тестов была проведена апробация модифицированной методики нейропсихологического обследования функциональной базы письма в группе дошкольников без речевых нарушений. Наблюдение за детьми в процессе выполнения заданий показало, что тесты были достаточно сложными, но при этом в подавляющем большинстве случаев выполнимыми. Таким образом, валидность данных тестов для детей 7-го года жизни была установлена.

Исследование проводилось на базе

логопункта дошкольного общеобразовательного учреждения. В обследовании принимали участие дети седьмого года жизни, посещающие подготовительные группы. Поэтому, с учетом особенностей образовательного процесса в дошкольном учреждении и требований к гигиене умственной деятельности детей 7 года жизни, процесс обследования был разделен на II этапа, каждый из которых занимал 20 минут.

I этап носил индивидуальный характер. В него были выделены тесты, которые требовали для адекватной оценки повышенного внимания не только к результатам, но и к процессу выполнения заданий.

II этап проводился фронтально. В него были вынесены тесты, выполнение которых в группе не влияло на корректность анализа результатов обследования.

Задания отбирались по принципу необходимости и достаточности оценки всех компонентов функциональной базы письма у дошкольников. Целью исследования являлась не постановка топического диагноза, а выявление областей дефицитарного развития ребенка с их последующей коррекцией в рамках педагогического процесса.

Оценка уровня сформированности компонентов функциональной базы письма проводилось по следующим направлениям [1]:

1. Перцептивный компонент (слуховое и зрительное восприятие).
2. Мнестический компонент (слуховая и зрительная память).
3. Моторный компонент (зрительно-моторная координация и двигательный праксис).
4. Пространственные представления.
5. Регуляторный компонент (внимание, контроль и мыслительные операции).

При оценке уровня сформированности большинства компонентов функционального базиса письменной речи мы использовали двойные тесты для верификации полученных данных и исключения фактора случайности.

Так для оценки зрительного восприятия мы использовали тест на умение вычленять существенные признаки предмета в конфликтной ситуации

(в условиях зашумления) и пробу с часами без циферблата. Для оценки слухового гнозиса – тест «Хлопни столько же».

Для оценки зрительного мнестиса мы использовали тест с поиском заданных геометрических фигур в условиях зашумления и тест на дорисовывание неполных изображений. Для оценки слухового мнестиса – пробы на отсроченное повторение серий слов различной степени сложности.

Уровень развития динамического праксиса мы оценивали по пробам «Палец-кулак» и «Кулак-ребро-ладонь», а зрительно-моторную координацию на основе пробы на реципронную координацию движений «Кулак-ладонь» и пробы «Заборчик» А. Р. Лурии.

Для выявления сформированности пространственных и сомато-пространственных представлений были применены одноручные и двуручные пробы Хэда и тест И. П. Павлова «Птичка прилетела».

Общая оценка уровня развития регуляторного компонента производилась по результатам предварительной беседы и качественной оценки действий детей в процессе выполнения заданий. Для беседы использовался модифицированный опросник Ж. Глозман для детей 5–7 лет [3]. Критериями оценки служила способность ребенка концентрировать внимание на выполнении задания, умение соотносить результаты своих действий с представленным образцом и понимание сложных грамматических конструкций.

Как уже было сказано выше, результаты обследования показали точную корреляцию между наличием речевых нарушений у дошкольников и количеством нарушений других компонентов функциональной базы речи. Как показало наше исследование, дети с ФФН действительно часто имеют множественные нарушения в формировании

функциональной базы письма. Так, детей, имеющих проблемы практически со всеми компонентами функциональной базы письма (уровень оценки ниже 2,5 баллов) оказалось 75 % (15 человек), из них низкий уровень развития (1,5 балла и меньше) по оцениваемым компетенциям имели 60 % детей (13 человек). В то же время среди детей, не имеющих речевых нарушений, 60 % имеют уровень оценки по всем изучаемым компетенциям выше 2,5 баллов, еще 20 % имеют единичные нарушения, а оставшиеся 20 % – нарушения 2 компонентов функционального базиса письма. При этом ни в одном из случаев такое нарушение не носит грубый (оценка ниже 1.5 баллов) характер. Все это совокупно затрудняет формирование естественных компенсаторных механизмов и сам процесс абилитации детей с ФФН по сравнению с детьми, не имеющими речевых нарушений.

Для проведения дальнейшего исследования по использованию нейропсихологического подхода уже в коррекции выявленных нарушений мы выделили 2 группы детей, сходных по уровню нарушений и гендерному составу: контрольную и экспериментальную. Подбор заданий для работы с детьми был основан на методике А.В. Семенович «Метод замещающего онтогенеза» [7]. Занятия проводились по подгруппам, которые формировались с

учетом результатов диагностического обследования.

Базовыми принципами при формировании программы исследования являлись онтогенетический принцип, принцип единства диагностики и коррекции нарушений и принцип развивающего обучения, основанный на теории Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития. При формировании коррекционной методики мы учитывали текущий уровень развития ребенка, положение нарушенных у него функций в структуре онтогенетического развития и опережающий характер обучения, которое по выражению Л.С. Выготского должно вести за собой развитие [2].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Волкова С. В. Феноменология фонематических нарушений при афазии у детей старшего дошкольного возраста на этапе восстановительного обучения Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. <http://институт-коррекционной-педагогики.рф/ftpgetfile.php?id=422>
2. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М.: Изд-во Национального образования, 2016.
3. Глозман Ж., Соболева А. Н., Потанина А. Ю. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. – СПб.: Питер, 2008.
4. Лалаева, Р. И. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников / Р. И. Лалаева, Л. В. Бенедиктова. – СПб.: СОЮЗ, 2001.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Издательский центр Академия, 2001.
6. Русецкая М.Н., Давыдкина Е.Е. Изучение дидактических возможностей обучения чтению младших школьников с речевыми нарушениями по различным методическим системам. – М.: Материалы Четвертой международной конференции Российской ассоциации дислексии, 2009.
7. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. – М.: Генезис, 2017.
8. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. – М.: Российское педагогическое агентство, «Когито-центр», 1998.
9. Логопедия. Теория и практика / под ред. д.п.н. Филичевой Т.Б. – Москва: Эксмо, 2017.

Панеску А.К.,

г. Ростов-на-Дону, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный университет путей сообщения»
Научный руководитель: доцент Зинкова Т.А

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

В процессе психологической помощи детям с нарушениями необходимо учитывать сложную структуру физи-

ческого и психического дефекта, специфичность их развития, характер и сочетания в картине их состояния био-

логических и социальных факторов развития, особенности социальной ситуации развития, степень выраженности изменения личности в связи с заболеванием, особенности межличностного общения в семье и в социуме. Психологическую помощь можно рассматривать [2]:

- в широком смысле как систему психологических воздействий, направленных на исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств;

- в узком как один из способов психологического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, его социальной активности, адаптации, формирование адекватных межличностных отношений. Разработка принципов как основополагающих отправных идей незаменима в теории и практике психологической помощи.

Значительная часть детей с отклонениями в развитии, несмотря на усилия, принимаемые обществом с целью их обучения и воспитания, став взрослыми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь. Вместе с тем, результаты исследований и практика свидетельствуют о том, что любой человек, имеющий дефект развития, может при соответствующих условиях стать полноценной личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу [1; 3].

Проблема социализации и психологической адаптации человека с инвалидностью важна на различных уровнях социума: в семье, среди родственников, на работе среди коллег и даже просто среди прохожих на улицах города. И в данном случае подход «инвалидом может стать каждый» – это обоюдоострый меч: такой подход может как помочь, так и навредить. Ведь если такое может случиться с каждым, то «какой ужас, если со мной или с близкими», а если уже случилось, то так и фиксируется отношение как «отношение к непоправимому несчастью». Мало кому не знаком психологический термин «уход в болезнь», когда чело-

век считает себя, прежде, всего инвалидом (то есть глубоко больным человеком) и, исходя из такого представления о себе строит свою жизнь. Когда и сам человек с инвалидностью, и его окружение воспринимают человека с инвалидностью не иначе как «живой труп», в связи с чем инвалид провоцируется на суицид как максимум и на ощущение себя «непоправимо несчастным», да еще и виноватым перед всеми за то, что все еще жив и нуждается в помощи. Но реальность чаще всего далека от стереотипа, который гласит, что различие ролей в обществе определяется состоянием здоровья и диагнозами людей, от стереотипа, что справка об инвалидности – это своего рода «приговор»

Практически все дети с ограниченными возможностями здоровья относятся к детям «группы риска», имеющим неблагоприятный ранний анамнез, связанный с разнообразными перинатальными вредностями. В подобных случаях в той или иной степени оказываются поврежденными те мозговые структуры, которые обеспечивают нормальное развитие нервно-психической и речевой сфер ребенка. В результате этого формирование и функционирование названных сфер, как правило, протекает с более или менее выраженными отклонениями от нормы.

Современная диагностика позволяет обнаруживать названные отклонения от нормы уже в самом раннем периоде развития ребенка, и именно с этого времени необходимо оказывать ему комплексную медико-психолого-педагогическую (логопедическую) помощь. Основным содержанием медицинской части этого комплекса должна стать лекарственная терапия, направленная на ликвидацию или смягчение, «сглаживание» имеющихся поврежденных мозговых структур. Психологическая часть комплекса должна вступать

в действие буквально с первых недель жизни ребенка в виде создания для него так называемой развивающей среды. В этой среде должны быть в достаточном (но не излишнем!) количестве представлены различные слуховые и зрительные раздражители, способствующие развитию у ребенка слухового и зрительного внимания, наблюдательности, эмоциональной сферы, а в дальнейшем и различных мыслительных операций.

В среднем и старшем дошкольном возрасте медицинская часть комплекса должна иметь место в случае необходимости, а психологическая и логопедическая его составляющие присутствуют обязательно, причем сама содержательная их сторона, естественно, усложняется. Основной задачей, выступающей на первый план, здесь становится забота о как можно более полноценной подготовке ребенка к началу школьного обучения.

Если же ранний и наиболее благоприятный период коррекционно-профилактической работы бывает уже упущен и дети оказываются в массовой школе, будучи не подготовленными к усвоению ее программы (с чем нам чаще всего приходится иметь дело на практике), то и в этом случае они нуждаются в той же самой комплексной медико-психолого-педагогической помощи. Для них необходим именно весь вышеизложенный комплекс! Одной только логопедической помощи, которой ограничивались при коррекции дисграфии всего лишь несколько десятилетий назад, здесь далеко недостаточно. Недостаточно потому, что формирование у ребенка только нарушенных операций письма на фоне остающегося у него неблагополучия нервно-психической сферы не может обеспечить прочного и устойчивого результата. Более того, многих детей с отклонениями в этой сфере бывает невозмож-

но даже обследовать, не говоря уже об организации логопедической работы с ними и тем более о попытке их обучения в массовой школе.

Психологам важно активно развивать у детей зрительное и слуховое восприятие, формировать зрительно-пространственные представления и такие мыслительные операции, как анализ, синтез, сравнение, классификация, обобщение и пр., а также эмоционально-волевую сферу, без чего ребенок не сможет нормально включиться в учебный процесс и адаптироваться в школе.

Таким образом, психологическая помощь детям с ограниченными возможностями заключается в оказании помощи при адаптации и реабилитации. Психологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья проводится с целью восстановления психического и социального статуса ребенка и обычно входит в комплекс мероприятий по реабилитации вместе с медицинской, педагогической, социально-трудовой и другими видами реабилитации. Необходимо отметить, что для детей с ограниченными возможностями здоровья характерна ситуация, когда нарушения являются врожденными или приобретенными в раннем детстве. Стало быть, речь не может идти о восстановлении функций, ибо восстанавливать можно лишь утраченное. В этом случае, необходима абилитация – это система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах. Абилитационные и реабилитационные мероприятия могут иметь одинаковое содержание, несмотря на разные цели и условия реализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – СПб., 2009. – С. 10.
2. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006.
3. Методика экспериментальной проверки результатов комплексной программы развития, воспитания и обучения детей 5–7 лет с отклонениями в развитии в условиях различных моделей предшкольного образования. – М.: ГНУ «ИКП РАО», 2006.
4. Психологический словарь / под общей ред. Ю.Л. Неймера. – Ростов н/Д.: Феникс, 2003.

Сальникова О.Д.

г. Ставрополь,

ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет»

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СКФУ

С каждым годом количество абитуриентов и студентов с ОВЗ и инвалидностью в вузах нашей страны, в том числе и в СКФУ, увеличивается. В настоящее время в институтах СКФУ обучается 186 студентов, имеющих различные нарушения здоровья (рис. 1).

В этой связи для осуществления комплексной поддержки и сопровождения образовательного процесса лиц с ОВЗ и инвалидностью на базе университета был создан Центр инклюзивного образования (ЦИО). Центр обеспечивает психолого-педагогическое сопровождение лиц с ОВЗ и инвалидностью, имеющих проблемы в обучении, общении и социальной адаптации; предоставляет помощь тьютора в построении индивидуальной образовательной траектории; осуществляет социальное сопровождение лиц с ОВЗ и инвалидов, с целью выявления интересов, потребностей, трудностей и проблем студентов и оказания им своевременной социальной помощи и поддержки [2].

Одним из основных направлений работы Центра инклюзивного образо-

вания является психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с ОВЗ и инвалидностью. Психолого-педагогическое сопровождение обеспечивает оптимальное развитие студентов с ОВЗ и инвалидностью, обучающихся в СКФУ, их успешную интеграцию в социум [1; 3].

Целью психолого-педагогической сопровождения с ОВЗ и инвалидностью является обучение их самостоятельности при решении собственных проблем и трудностей, что предполагает познание себя, своих собственных ресурсов и адекватное восприятие окружающего мира [6; 7].

Направления работы педагога-психолога в СКФУ:

- проведение диагностической, психокоррекционной, реабилитационной работы с обучающимися с ОВЗ и инвалидностью;
- оказание консультативной помощи обучающимся, их родителям, научно-педагогическим работникам Университета в решении проблем, касающихся организации образовательного процесса и создания специальных условий для обучения лиц с ОВЗ и инвалидностью;
- осуществление превентивных мероприятий по профилактике возникновения социальной дезадаптации у обучающихся с ОВЗ и инвалидов;
- проведение мероприятий, направленных на формирование инклюзивной культуры в Университете, способствующих взаимодействию обучающихся без ограничений в здоровье с обучающимися с ОВЗ и инвалидностью;
- осуществление психологической поддержки творчески одаренных обучающихся, содействие их развитию и организации развивающей среды Университета.

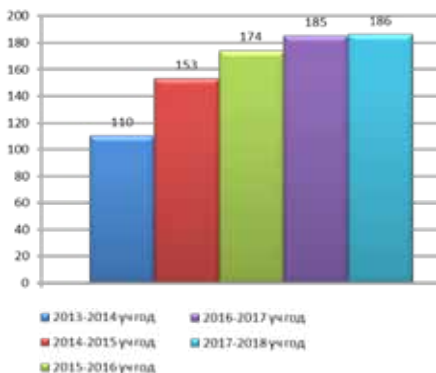


Рисунок 1. Количество обучающихся с ОВЗ и инвалидностью в СКФУ.

В должностные обязанности педагога-психолога ЦИО входит:

- осуществление превентивных мероприятий по профилактике возникновения социальной дезадаптации у обучающихся с ограниченными возможностями здоровья;
- оказание консультативной помощи обучающимся, их родителям (лицам, их заменяющим), научно-педагогическим работникам университета в решении конкретных проблем, касающихся организации образовательного процесса и создания специальных условий для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- проведение диагностической, психокоррекционной, реабилитационной работы с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья с опорой на современные достижения педагогической и психологической наук, а также современных информационных технологий;
- участие в планировании и разработке развивающих и коррекционных программ для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья с учетом их индивидуальных особенностей и потребностей;
- осуществление психологической поддержки творчески одаренных обучающихся, содействие их развитию и организации развивающей среды университета;
- проведение мероприятий, способствующих формированию культуры взаимодействия обучающихся без ограничений в здоровье с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья;
- создание условий для повышения квалификации специалистов ЦИО;
- соблюдение правил внутреннего трудового распорядка СКФУ;
- соблюдение исполнительской и трудовой дисциплины, правил по охра-

- не труда и пожарной безопасности;
- выполнение иных поручений своего непосредственного руководителя, отданные в пределах его должностных полномочий.

Однако работа педагога-психолога невозможна в одностороннем порядке, в связи с чем на базе Центра инклюзивного образования создан психолого-педагогический и социальный консилиум по работе со студентами с ОВЗ и инвалидностью. В его состав входят специалисты ЦИО, медицинского центра и отдела социальной работы со студентами, заместители директоров институтов (филиалов) по учебной работе и других структурных подразделений [4].

Консилиум создан с целью организации контроля за успеваемостью студентов с ОВЗ и инвалидов, своевременного выявления и решения их проблем в процессе обучения в СКФУ. Он осуществляет разработку, планирование единой программы индивидуального сопровождения обучающегося в процессе профессиональной подготовки, адекватное распределение обязанностей и ответственности за ее выполнение, взаимодействия специалистов по комплексному психолого-педагогическому и социальному сопровождению студентов с ОВЗ и инвалидностью. Плановые заседания ППСк проводятся не менее 4 раз за учебный год [4].

Помимо работы консилиума, педагог-психолог также осуществляет взаимодействие с сотрудниками других структурных подразделений при решении текущих задач психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ и инвалидностью. Среди них: управление воспитательной работы, сектор сопровождения профориентации и олимпиад, центр трудоустройства выпускников и планирования карьеры студентов, первичная профсоюзная организация студентов и аспирантов СКФУ, студенческое самоуправление, СНО (руководители секций, кружков, студенческих научных объединений) [5].

Совместными усилиями специалистов университета под руководством ЦИО и педагога-психолога системати-

чески осуществляется комплекс мероприятий по психолого-педагогическому сопровождению студентов с ОВЗ и инвалидностью:

- проведение адаптивных тренингов со студентами с ОВЗ и инвалидностью 1 -го курса;
- разработка анкет для абитуриентов и обучающихся с ОВЗ и инвалидностью, направленных на выявление потребности в психологическом сопровождении, ежеквартальное проведение анкетирования;
- ежеквартальные беседы с кураторами и преподавателями студентов с ОВЗ и инвалидностью;
- проведение индивидуальных консультаций с психологом;
- проведение тренингов на командообразование;
- организация профориентационных консультаций в период проведения приемной компании СКФУ;
- разработка инструкции для преподавателей, осуществляющих процесс обучения студентов-инвалидов;
- участие в организации и проведении Дней открытых дверей;
- участие в организации и проведении досуговых мероприятий;
- мониторинг и привлечение студентов-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья к занятиям в творческих коллективах и спортивных секциях;
- мониторинг профессиональных предпочтений.

Обобщая выше сказанное, стоит подчеркнуть важность такого направления работы, как психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с ОВЗ и инвалидностью в ВУЗе. Его реализация способствует решению акту-

альных задач обучения и социализации данной категории студентов, проблем их взаимоотношений со одноклассниками и преподавателями, а также развитию психолого-педагогической компетентности (инклюзивной культуры) студентов с ОВЗ и инвалидностью и преподавателей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса, утвержденные Минобрнауки России 08.04.2014 N АК-44/05вн
2. Положение о Центре инклюзивного образования ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет», утвержденное приказом от 14.04.2015 г. №583-О (в ред. от 11.10.2016 г.).
3. Положение об организации образовательного процесса для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Северо-Кавказский федеральный университет» от 24.12.2016 г.
4. Приказ №825-О от 22.05.2017 г. «О создании психолого-педагогического и социального консилиума по работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью».
5. Приказ №392-О от 14.03.2017 г. «О внесении изменений и дополнений в приказ от 21.09.2015 г. № 1386-О «О формировании комплексной системы инклюзивного образования и созданию условий для получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья в СКФУ».
6. Требования к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащенности образовательного процесса, утвержденные Минобрнауки России 26.12.2013 г. №06-2412 вн.
7. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об образовании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2016).

Самойлова Е.С.

г. Санкт-Петербург,

ГАОУ ВО ЛО «Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина»

Научный руководитель: к.п.н, доцент Ситникова О.В.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

В современном обществе количество семей, попавших в трудные жизненные ситуации, постоянно увеличивается. В большей степени это связано с динамичными процессами в различных сферах жизнедеятельности людей. В этой связи, актуальной становится проблема психолого-педагогической поддержки семьям, воспитывающим детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, так как дети являют собой наиболее уязвимое семейное звено.

Исходя из заявленной проблемы исследования, обратимся к пониманию феномена «трудная жизненная ситуация». Так, под трудной жизненной ситуацией в специальной литературе понимается обстоятельство или обстоятельства, которые ухудшают условия жизнедеятельности гражданина, и последствия, которые он не может преодолеть самостоятельно [7].

По мнению Н.Г. Осуховой, трудная жизненная ситуация – это такая ситуация, в которой «в результате внешних воздействий или внутренних изменений происходит нарушение адаптации человека к жизни, в результате чего он не в состоянии удовлетворять свои основные жизненные потребности посредством известных моделей и способов поведения, выработанных в предыдущие периоды жизни» [5, с. 16].

Понятие «трудная жизненная ситуация» определяется многогранно (Дементьева И.Ф., Евграфова И.Н., Кузов А.Ф.) как [6]:

- временная, объективно или субъективно создававшаяся ситуация;
- неизбежное событие в жизненном цикле, порождающее эмоциональные напряжения и стрессы;
- осложнения в осуществлении важных жизненных целей, с которыми нельзя справиться с помощью первичных средств;

- обстоятельство, объективно нарушающее жизнедеятельность;
- недоступность исполнения внутренних стимулов (мотивов, стремлений, ценностей).

В данной работе рассмотрим необходимость психолого-педагогической поддержки семьям, воспитывающих детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, как компонент психолого-педагогической помощи.

Исходя из трактовки понятия «помощь», которое в словаре фиксируется как содействие кому-либо или чему-либо; действия или средства, облегчающие, упрощающие что-либо [1]. В психолого-педагогической литературе «помощь» трактуется как содействие другому человеку в реализации какой-либо цели, получении желаемого [3 – 5]. В этой связи, нами психологическая поддержка понимается как знак внимания со стороны окружающих людей, способствующих поверить в себя, в свои силы и возможности. Особенно это актуально для детского периода жизни человека. Одной из проблем ребенка, оказавшегося в трудной ситуации, является низкий уровень социализации, то есть ограничение мобильности, бедность контактов со сверстниками и взрослыми, ограниченность общения с природой и доступа к культурным ценностям и т.п.

В Федеральном Законе «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» даётся перечень категорий «детей, находящихся в трудной жизненной ситуации». Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии наряду с такими категориями как дети, из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети – жертвы во-

оруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети – жертвы насилия; сироты или дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды и др., жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате различных сложившихся ситуаций, в связи с чем невозможно осилить данные обстоятельства самостоятельно без помощи специальной психолого-педагогической поддержки семьи [8].

Наряду с вышесказанным отметим одну из основных причин появления трудной ситуации в жизни детей – это затруднения получения знаний в школе, недостаточный уровень умений, а вследствие чего большой разрыв в успеваемости между лучшими и худшими учениками. Это очень плотно связано с самооценкой личности ребёнка. В результате этого у детей появляются проблемы разной направленности, связанные с дезадаптацией в социальных отношениях в школе. Эти проблемы наиболее характерны особенно для детей с ОВЗ, которые в сочетании могут привести к возникновению трудной жизненной ситуации.

Так, под категорию детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, попадают дети с ОВЗ имеющие трудности в коммуникации, адаптации и прочее. Наряду с физиологическими осложнениями в развитии у детей с ОВЗ отмечаются и психологические трудности, объединяющиеся как с развитием когнитивного интеллекта, так и социального интеллекта.

В этой связи, в современной педагогике семья рассматривается как основной фактор психолого-педагогической поддержки ребёнка в трудной жизненной ситуации. Основы всех сторон развития закладываются в семье под влиянием любящих взрослых. Именно семья, в первую очередь, определяет успешность развития и детскую любознательность, способствует сохранению и укреплению здоровья ребенка и его физической формы, помогает раскрыться способностям особенного ребёнка. [6].

Одним из важнейших факторов формирования личности и успешной

социализации являются хорошие взаимоотношения ребёнка с родителями. На уровень этих взаимоотношений оказывают влияние различные компоненты, среди которых важную роль играет умение родителей поддержать ребёнка в трудных для него ситуациях, понять и оказать ему помощь. Ребенок должен знать, что родители всегда готовы помочь ему в самореализации – искать разнообразные творческие грани личности ребёнка как для сегодняшнего дня, так и для будущей жизни. Именно родители в общении с ребенком формируют его отношение к себе, другим людям, жизни [3]. Наряду с основными идеями, нашедшими отражение в нашей статье, существенная мысль о том, что ребёнок с ОВЗ в воспитательном смысле, «обычный ребёнок», имеющий право на благополучную жизнь и способный к ответственности за неё.

Благодаря тому, что именно взрослые снабжают детей образцами поведения и оценками поступков, определениями правильных и неправильных действий, родители оказывают наиболее сильное влияние на развивающийся у ребенка образ «Я». В детстве детям предстоит научиться осознавать зависимость от других, устанавливать отношения с людьми, обладающими большими возможностями или властью над ними, научиться действовать и управлять своими эмоциями. Вместе с тем, им необходимо научиться поступать, следуя чувству автономии или независимости, – сильному побуждению действовать самостоятельно, добиваться успеха.

Э. Эриксон отмечал, что на основе автономности ребенок предпринимает самостоятельные формы активности: общение со сверстниками, игру и прочее. Усмирение активности порождает чувство вины, которое подавляет инициативу ребенка. Дети констатируют баланс между своей инициа-

тивной и требованиями родителей. Одной из главных задач родителей воспитывающих детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, является стремление к тому, чтобы у ребенка не сложилась тенденция к ожиданию неудачи и разочарования, чтобы сформировалось позитивное отношение к жизни. Поэтому важно побуждать и помогать ребенку в его самостоятельных начинаниях [6].

Наряду с этим, в семье могут происходить процессы, которые способны привести ребенка к разочарованию в своих силах: внимание родителей к ошибкам, неудачам, поражениям; соперничество братьев и сестер, когда родители постоянно сравнивают детей друг с другом; завышенные требования родителей; чрезмерные амбиции ребенка, желание всегда выигрывать в играх; неудачный опыт разрешения жизненных ситуаций и другое.

Родители часто применяют «ловушки поддержки», то есть ложные способы. Это гиперопека, стимулирование соперничества со сверстниками, создание зависимости ребенка от взрослого. Подлинная поддержка должна организовываться на подчеркивании возможностей, способностей – его положительных сторон.

Психолого-педагогическая родительская поддержка – это процесс, в ходе которого родители сосредоточиваются на позитивных сторонах ребенка с целью укрепления его самооценки. Взрослый должен объяснить причины неудач, поддержать в любой ситуации и помочь ребенку поверить в свои способности в совместной разнообразной деятельности [5].

В своих работах Ю.Б. Гиппенрейтер советует родителям, что

- во-первых, не стоит замечать каждую ошибку;
- во-вторых, ошибку лучше обсудить потом, в спокойной обстановке, а не

в тот момент, когда ребенок увлечен делом;

- в-третьих, замечания всегда надо делать на фоне общего одобрения. Если поведение ребенка не нравится взрослому, то он должен показать ребенку, что хотя и не одобряет такого поведения, но все равно это не принижает его достоинств [2].

Психолого-педагогическая поддержка детей попавших в трудную жизненную ситуацию – это, прежде всего, вера в ребенка. Для того чтобы ее показать, надо помочь ребёнку приобрести уверенность в том, что он справится с данной задачей и забыть о прошлых неудачах. Необходимо помнить о прошлых удачах и возвращаться к ним, а не к ошибкам.

Очень важно позаботиться о создании для ребёнка ситуации с гарантированным успехом. Успех порождает успех и усиливает уверенность в своих силах [4].

В семейном воспитании используются такие методы, как личный пример родителей, объяснение, беседа, убеждение; приучение и упражнение; поощрение и наказание; требование, контроль. Игровой подход как условие ус-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Википедия: свободная энциклопедия [Электронный ресурс]. URL: <http://ru.wikipedia.org/?oldid=83534474>.
2. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? – М.: Черо, 2001. – 167 с.
3. Дубровина И.В. Руководство практического психолога. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. – М., 1995. – С. 126–132.
4. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. – 9-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 99 с.
5. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учебное пособие. М.: Академия, 2007. – 288 с.
6. Смирнова Е.О. Психология ребенка: Учебник для педагогических училищ и вузов. – М.: Школа-Пресс, 1997. – 384 с. [Электронный ресурс]. URL: <http://psychlib.ru/mgppu/spr/spr-001-.htm>.
7. Федеральный закон от 17.07.1999 №178-ФЗ (ред. от 01.07.2017) «О государственной социальной помощи» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/.
8. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19558/.

пешного применения различных методов, занимает особое место в методике семейного воспитания [6].

Детей попавших в трудную жизненную ситуацию, можно поддерживать посредством:

- отдельных слов: «здорово», «красиво», «вперед» и т.д.;
- высказываний: «Я рад твоей помощи», «Я горжусь тобой» и т.п.;
- прикосновений: обнять, потрепать по плечу и др.;
- совместных действий: сидеть рядом, играть с ребенком, слушать его и т.д.;
- выражения лица: подмигивание, смех, кивок, улыбка и т.п.

Таким образом, в данной работе нами проанализирован феномен психолого-педагогической поддержки семьям, воспитывающим детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Вместе с тем, мы не претендуем на исчерпывающее решение проблемы в силу её глобальности и персонализированности.

Симонова А.А.

г. Ростов-на-Дону,
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный университет путей сообщения»
Научный руководитель: к.физ.н., доцент Григан С.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети, состояние здоровья которых не позволяет осваивать образовательные программы вне специальных условий обучения и воспитания.

Дети с ограниченными возможностями находятся в очень сложном положении эмоционально, морально и психологически.

На современном этапе развития общества остро обозначилась проблема ухудшения здоровья детей и подростков, увеличилось число детей с ограниченными возможностями здоровья. Отмеченная проблема обусловлена и зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, экономическое положение в обществе, наследственность и здоровье родителей, условия жизни и воспитания в семье, в образовательном учреждении.

Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограни-

чениями или отсутствием способности проживания в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста.

Нарушение, недостаток развития может возникнуть внезапно после несчастного случая, болезни, а может развиваться и усиливаться на протяжении длительного времени, например, вследствие воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, вследствие длительно текущего хронического заболевания. Недостаток, нарушение могут устраняться (полностью или частично) медицинскими и (или) психолого-педагогическими, социальными средствами или уменьшаться в своем проявлении.

Дети с отклонениями в развитии оказываются лишены доступных их здоровым сверстникам каналов получения информации: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, дети не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта, остающегося вне сфе-

ры досягаемости. Они также ограничены в игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании психических функций.

Важным звеном в образовании таких детей является оказание им психологической помощи. Психологическая помощь должна осуществляться в двух основных направлениях: поддержка детей, имеющих отклонения в развитии и поддержка родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Следует помнить, что ограничение возможностей не является только количественным фактором (т.е. человек просто хуже слышит или видит, ограничен в движении и прочее), это изменение личности в целом, это «другой» ребенок, «другой» человек, не такой, как все, нуждающийся в совершенно иных, чем обычно, условиях образования. Для этого ему необходимо не только особым образом осваивать общеобразовательные программы, но и формировать и развивать навыки собственной жизнедеятельности: навыки ориентирования в пространстве и во времени, самообслуживание и социально-бытовую ориентацию, различные формы коммуникации, навыки поведения в обществе, физическую и социальную мобильность; восполнять недостаток знаний об окружающем мире, связанный с ограничением возможностей; формировать и развивать способность к максимально независимой жизни в обществе.

В обеспечении условий и возможностей развития и обучения детей с ОВЗ особая роль принадлежит педагогу-психологу. Специфика работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья заключается в том, что специалисты имеют дело с обучающимися, у которых имеются не только нарушения познавательной деятельности, но и изменения личности в целом.

Психологическая помощь зависит не только от особенностей отклонений в развитии, но и от возрастного периода, в котором находится растущий человек с ограниченными возможностями.

Одним из самых эффективных методов получения образования детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья и их одновременной социальной реабилитации является индивидуальное обучение.

Если же такой ребенок оказывается в обыкновенной школе, то для успешного психологического сопровождения, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в школе школы имеются соответствующие специалисты: дефектологи, логопеды, специальные психологи.

Психологическая помощь детям с ограниченными возможностями направлена на то, чтобы каждый ребенок мог найти свое место в жизни и занять активную жизненную позицию, сформировав и укрепив определенные навыки здоровой жизнедеятельности.

Но не только профессиональные психологи, а также и родители (семья) должны помогать осваиваться в обществе ребенку с ОВЗ.

Рождение ребенка с нарушениями в развитии всегда является стрессом для семьи. Это время боли, которую необходимо пережить, время печали, которая должна быть излита. Только пережив горе, человек способен рассмотреть ситуацию спокойно, более конструктивно подойти к решению своей проблемы.

Зачастую родители, испытывая страх за судьбу малыша, передают его ребенку. Интуитивно чувствуя постоянное напряжение взрослых, детки приобретают черты нервозности, издерганности. Мучительные сомнения многих пап и мам о том, знает ли ребенок о своей болезни и о том, насколько она тяжела, напрасны. Действительно, слово «инвалид» ничего не добавляет к ежедневным ощущениям и переживаниям ребят. От понимания своего статуса им не становится ни лучше, ни хуже.

Родители должны помогать друг другу в воспитании «особого» ребенка. Видя вас бодрыми, веселыми, верящи-

ми в лучшее, ребенок станет чаще улыбаться и тем самым приближать свое выздоровление.

Таким образом, подводя итог, можно сделать вывод о том, что психологическое сопровождение детей с ОВЗ – это серьезная и активная деятельность, в которую вовлечены педагог-психолог, ребенок с ОВЗ и его родители. И только при наличии единой цели, должной старательности, терпения и сотрудничества можно достичь положительных результатов, способствующих улучшению качества жизни ребенка с ОВЗ.

Неважно, какими недугами страдает ребенок, важно то, что он есть, и он нуждается в любви, заботе и помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коломийцев П.Л. Каждый ребенок – особенный. – М., Никея, 2017. – 206 с.

Женёва Е. В.

г. Железноводск,
филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: старший преподаватель Захарова С.Н.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЁНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Значительное место среди огромного количества проблем, связанных с детьми с ограниченными возможностями занимает проблема помощи семьям, воспитывающих особых детей. В круг этих проблем в современном мире входит не только изучение проблем таких семей, но и разработка форм, методов и способов психолого-педагогической помощи.

Согласно исследованиям, в современном мире процент детей с ограниченными возможностями здоровья довольно высок, а значит и потребность в квалифицированной помощи таким детям, а также их семьям растет. Ведь, как известно, семья – ячейка общества, которая непосредственным образом влияет на становление и развитие личности.

В статье 63 Семейного кодекса Российской Федерации говорится, что «родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей» [1, с.16]. Именно родители закла-

дывают фундамент, дают основу воспитания: ребенок приобретает убеждения, морально-этические ценности, устои, а также знания и умения, необходимые для полноценной, успешной жизни в обществе. Но только при поддержании благоприятного эмоционального климата в семье, применении родителями определенных методов и приемов можно добиться гармоничного и благоприятного развития ребёнка.

Группа детей с ограниченными возможностями – особая категория детей, которая по своей структуре неоднородна: это дети с нарушением опорно-двигательной системы, слуха, зрения, речи, с задержкой умственного развития.

Порой появление особого ребёнка становится испытанием для всех членов семьи, особенно для родителей. Они, как правило, не владеют навыками поведения, не знают, как действовать в той или иной проблемной ситуации и не всегда умеют создавать условия, дающие ребёнку возможность развиваться.

Е.И. Холостовой, крупнейшим российским ученым в области социальной

политики, была предложена классификация моделей поведения родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: принятие ребёнка и его дефекта, реакция отрицания, реакция чрезмерной защиты, скрытое отречение, отвержение ребёнка и открытое отречение, отвержение ребёнка [4, с.104].

Проявление жалости и чрезмерной защиты является одной из наиболее частых ошибок в воспитании особого ребёнка. При такой модели поведения родители переполнены чувством жалости к своему ребёнку, они стараются оградить его от физических и каких-либо других нагрузок, выполняя за него работу, посылную ему самому. Акцентируя свое внимание на особенностях ребёнка, они сами того не подозревая, ведут к формированию пассивной, несамостоятельной, неустойчивой личности, не способной ставить перед собой цели и достигать их.

Сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, является очень актуальным. В данной формулировке термин «сопровождение» рассматривается, как поддержка людей, испытывающих трудности на каком-либо этапе развития. В психологии понятие «сопровождение» понимается, прежде всего, как система методов, приемов и форм работы, применяемых психологом для оказания психологической помощи. Словарь русского языка С.И. Ожегова толкует термин «сопровождать» следующим образом: «следовать вместе с кем-нибудь, находясь рядом, сопутствовать чему-нибудь» [2, с. 984].

Можно сказать, что сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями предполагает работу целой команды специалистов, нацеленных на общий результат. Специалисты действуют по определенному алгоритму, для каждой от-

дельной семьи составляется персональный план и комплексная программа действий.

При оказании помощи специалист должен применять особые методики, обеспечивать психологическую поддержку в реальных семейных отношениях, способствовать восстановлению нарушенных связей семьи с обществом и между ее членами, оказывать помощь в развитии социальных умений и навыков всех членов семьи, познакомить родителей с формами взаимодействия с ребенком, при которых он бы чувствовал себя наиболее комфортно и уверенно [3, с.54].

Психолого-педагогическая помощь может осуществляться в различных видах и формах. Вот некоторые из них:

1) Специалист разрабатывает характеристику на ребёнка и предоставляет информацию об особенностях его развития, о сущности расстройства, выбирает подходящие формы и методы воспитания данного ребёнка. Данную форму работы называют информированием.

2) Консультирование, при котором осуществляется поиск решений в проблемных ситуациях социального, медицинского, психологического, педагогического и иного характера.

3) Психотерапия, включающая работу по преодолению эмоциональных барьеров в семье, опосредованных появлением особого ребенка.

4) Индивидуальные занятия, которые осуществляются с ребенком в присутствии взрослого (одного из членов семьи), где специалистом подбираются эффективные методы педагогического воздействия, которые впоследствии применяются членами семьи в воспитании и обучении ребёнка.

5) Групповая работа – одна из наиболее эффективных форм работы, так как предполагает создание и организацию работы детско-родительских групп, где члены семей имеют возможность обмениваться опытом.

Результатом данной работы являются, прежде всего, знания и умения, которые приобретают родители. Они испытывают меньше трудностей в воспитании ребенка, проявляют заинтересованность, самостоятельность, им ста-

новится проще наладить контакт как со своим ребенком, так и с другими, помочь его в игру.

По моему мнению, психолого-педагогическая помощь семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, просто необходима, так как родители особых детей находятся в состоянии психологической дезадаптации и, зачастую, не владеют навыками создания условий, дающих ребёнку возможность развиваться. Помощь, оказываемая специалистами, помогает поддерживать благоприятный климат внутри первичной ячейки общества – семьи, способствует гармоничному развитию личности особого ребенка, позволяя выбрать наиболее подходящие и эффективные методы работы.

Хританцова Н.А.

г. Железноводск,
филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к. социол. н., доцент Н.А. Перепёлкина

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ УСПЕШНОЙ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ МАССОВОЙ ШКОЛЫ

Дети с особенностями психофизического развития (ОПФР) – это дети, которым по состоянию здоровья требуются особые условия обучения и воспитания, иными словами, это дети-инвалиды либо другие дети, которые не достигли еще совершеннолетия и не были признаны в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные дефекты в физическом и (или) психическом развитии.

Число детей с особенностями психофизического развития и детей-инвалидов, постоянно увеличивается. По сведениям ЮНЕСКО, в России больше 2 млн. детей с ограниченными возможностями (это 8% общего количества детей), из них около 700 тыс. – дети-инвалиды. Помимо значительного нарастания численности практически всех групп детей с ОВЗ, необходимо от-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации от 1 января 1996 г. - №12 ст. 63.
2. Ожегова С.И. Толковый словарь русского языка: Ок. 100 000 слов, терминов и фразеологических выражений. – Мир и образование, 2012. – 1376 с.
3. Посысов Н.Н. Психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. – ГОАУ ЯО ИРО. – Ярославль, 2011. – 76 с.
4. Холостова Е.И. Социальная работа с семьей: учеб. пособие. – М.: Дашков и К., 2006. – 294 с.

метить также качественное изменение структуры дефекта, который все чаще носит комплексный характер.

Специальные Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) для детей с особенностями психофизического развития рассматриваются как обязательная часть федеральных государственных стандартов общего образования. Данная точка зрения согласовывается с Декларацией прав ребенка ООН (1959 г.), Конвенцией ООН о правах ребенка (1989 г.) и Конституцией РФ (1993 г.), обеспечивающей всем своим гражданам право на обязательное и бесплатное среднее образование. Специальный образовательный стандарт есть базовый инструмент для осуществления конституционных прав на образование юных граждан с особенностями развития.

У детей с ОПФР появляется возможность для реализации своего внутреннего потенциала исключительно в случае своевременного начала компетентного и профессионально организованного обучения и воспитания – удовлетворения как общих с обычными детьми, так и их особых образовательных потребностей, которые обусловлены видом, характером, глубиной дефекта. Фундамент специальных стандартов составляют принципы договоренности, согласия взаимных обещаний и гарантий государства, общества, семьи и личности. Государственный специальный образовательный стандарт выступает нормативным правовым актом Российской Федерации, который устанавливает порядок реализации норм и правил, необходимых для исполнения в каждой образовательной организации, где пребывают дети с ОПФР [1].

Наиболее животрепещущей проблемой сегодня выступает проведение в жизнь психологической поддержки (psychological support) и сопровождения детей с ОПФР в реалиях общеобразовательных школ. Труд психолога школы с особенными детьми – это профессиональные действия, которые нацелены на координацию комплексной системы педагогических и психологических условий, помогающих успешной адаптации (adaptation), реабилитации и личностному росту детей в школьном сообществе (school community).

Приоритетом психологического сопровождения (psychological support) можно считать гармонизацию и оптимизацию личностного и интеллектуального потенциала особенных детей, исправление имеющихся проблем, профилактику наиболее вероятных отклонений, которые могут быть обусловлены и внутренними особенностями дизонтогенеза (глубиной и структурой дефекта), и внешними (средовыми факторами).

Важнейшим моментом работы школьного педагога-психолога с особыми детьми становится возобновление эмоционального контакта и налаживание доверительных отношений. Ребенок может и должен стать полноправным субъектом, соучастником различных мероприятий школьного коллектива. Важной составляющей работы педагога-психолога по сопровождению выступает психологическая поддержка (psychological support), которая осуществляется в направлениях:

- а) помощь родителям и родственникам особенного ребёнка;
- б) помощь самим детям [2].

Главная задача психологической поддержки (psychological support) родителей – стимуляция интереса родственников к положению детей, ослабление эмоционального дискомфорта у родителей, который связан с нездоровьем ребенка, становление адекватных представлений о реальных возможностях и внутреннем потенциале ребенка. В пределах психологической помощи (psychological help) родителям школьный психолог разрабатывает и проводит ряд мероприятий, среди которых выделяют несколько основных:

- 1) организация клубных сообществ родителей особенных детей, в которых происходит обмен информацией и опытом родителей друг с другом, координация досуга;
- 2) тренинг-семинары для родителей, на которых родители узнают много нового о психофизических особенностях своих детей, их интеллектуальном потенциале, специфике воспитания и психологии отношений в семье;

Психологическая поддержка (psychological support) родителям оказывается не только в виде групповых занятий, но и в форме индивидуальных консультаций психолога по проблематике семьи, в которой воспитывается особенный ребенок. Психологическое сопровождение (psychological support) в рамках школы могут и должны осуществлять не только психологи, но и учителя, и социальные педагоги, то есть сопровождение должно носить

комплексный, системный и доступный характер.

Существует ряд моделей психологической помощи (psychological help) детям с особенностями психофизического развития:

1) педагогическая модель – подразумевает оказание помощи родителям в воспитании особых детей;

2) социальная модель включает в себя знакомство родителей детей с ОПФР друг с другом для общения, предоставление информации о различных социальных службах, юридических консультациях и т.д.;

3) психологическая модель – предполагает стимулировать развитие интеллектуальной и личностной сферы особенного ребенка.

Таким образом, психологическое сопровождение (psychological support) – это целостная, гибкая, многогранная деятельность педагога-психолога, в которую включены пять связанных элементов:

- систематичный мониторинг психолого-педагогического статуса ребенка;
- обеспечение психолого-педагогических условий для плодотворного и оптимального психологического развития ребенка в школьном сообществе (school community);
- планомерная психологическая помощь (psychological help) детям с особенностями психофизического развития в виде консультаций и пси-

хологической поддержки (psychological support);

- регулярная психологическая помощь (psychological help) родителям и родственникам ребенка с ОПФР; организация жизни ребенка в условиях массовой школы с учетом психофизических возможностей.

Итак, работа школьного психолога с ребенком, имеющим особенности психофизического развития, и его семьей – это многоплановый и трудоемкий процесс, который включает в себя как психологическую поддержку (psychological support) родителей, так и сопровождение детей. Главная цель – помочь семье особенного ребенка справиться с непростой задачей воспитания такого ребенка, максимально способствовать ее оптимальному функционированию, несмотря на имеющиеся объективные трудности. Иными словами, цель школьного психолога и всей службы сопровождения – способствовать успешной социальной адаптации (social adaptation) ребенка с особенностями развития в условиях современной общеобразовательной школы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения // Альманах ИКТ. – №13. – 2009.
2. Перепёлкина Н.А. Проблема интегрирования детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях общеобразовательной школы в свете гуманистических тенденций современного российского образования – Проблемы теории и практики современной науки. Материалы VI Международной научно-практической конференции: Сборник научных трудов. – НОУ «Вектор науки». – С. 93–97.
3. Ямбург Е.А. О вечных проблемах воспитания // Социальная педагогика. – 2015. – №3. – С. 5–11.

раздел 5.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Агеева Е.С.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. п. н., доцент Соломатина Г.Н.

ЗНАЧЕНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО СЕНСОРНОМУ ВОСПИТАНИЮ ДОШКОЛЬНИКОВ С НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

В последнее время отмечается рост количества детей с различными речевыми нарушениями. Педагогические исследования в последние годы широко освещают вопросы, направленные на изучение проблемы модернизации системы образования детей разного возраста, целью которого является развитие потенциальных возможностей для полноценного развития каждого ребенка. При этом коррекционно-развивающая среда образовательного учреждения должна играть значительную роль в развитии речи и психических процессов детей, имеющих недоразвитие речи. Проблема выявления особенностей речевого развития у детей с речевым недоразвитием, обоснования методов коррекционно-развивающей деятельности отклонений в развитии при разных формах речевого недоразвития посвятили многие исследователи (Р.Е. Левина, О.Н. Усанова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и др.). Авторы подчеркивают, что речевое недоразвитие оказывает негативное влияние на всестороннее развитие ребенка. В научной литературе в последние годы начались исследования по изучению сенсорных процессов у детей с недоразвитием речи [2].

Одним из направлений работы, способствующих устранению речевого недоразвития, является сенсорное воспитание, в процессе которого у ребенка формируется полноценное восприятие предметного мира и постепенное накопление представлений о нем. В процессе развития сенсорного восприятия происходит постепенное усвоение ребенком сенсорных эталонов [3]. Особое место при этом занимает формирование сенсорных процессов, т.к. дошкольный возраст является наиболее сензитивным для развития всех органов чувств ребенка [1].

Т.А. Фотекова обращает внимание на то, что сенсорное воспитание является важнейшим звеном всей системы воспитательного процесса, она подчеркивает его направленность на развитие у детей чувственной сферы, особенно, ощущения и восприятия, которые являются основой формирования предпосылок для сложных мыслительных процессов у ребенка. Автор также подчеркивает, что развитие сенсорных процессов, оказывая непосредственное влияние на умственное воспитание, способствуют овладению дошкольниками практической деятельности, которая играет ключевую роль процессы ощущения и восприятия, основанные

на чувственном опыте ребенка [4].

В современных исследованиях показано, что чувственный опыт ребенка оказывает существенное влияние на его речевое развитие, особенно на формирование номинативной функции речи, т.к. при восприятии предмета, овладении практическими действиями с ним ребенок овладевает словесным обозначением. Многообразие речи усваивается ребенком на основе чувственной сферы. Поэтому автор делает заключение о взаимообусловленности восприятия и речи [2].

Таким образом, высокая степень развития сенсорных систем ребенка способствует подготовке его к обучению в школе.

Н.Н. Поддьяков считает, что сенсорное развитие ребенка определяет его готовность для обучения в школе. Так, слуховое восприятие обеспечивает усвоение ребенком чтения, зрительное – письма. При даже незначительных нарушениях слухового и зрительного восприятия может возникнуть дислексия и дисграфия. При письме у детей могут проявиться искаженное написание букв, смешения букв при чтении и письме. Автор отмечает, что ребенок, у которого присутствует нарушение сенсорной сферы, могут проявляться затруднения в рисовании, в изготовлении поделок на занятиях по ручному труду и конструированию. Часто такой ребенок не может воспроизвести образец движения не только при написании, но и на занятиях по физической культуре, на которых он не в состоянии воспроизвести образцы движений [3].

Исследования О.С. Назавкиной показывают, что дети с речевым недоразвитием в сенсорном плане развиваются не так как дети с нормальным психофизическим развитием. Так, многие дети с речевым недоразвитием испытывают затруднения при проведении обследования объектов окружающего мира, в их группировке, в выделении существенных признаков и свойств, в их словесном обозначении. Дети неправильно или неточно называют цвета, геометрические фигуры, словесное обозначение пространственных и временных отношений.

Дошкольники с речевым недоразвитием с физиологической точки зрения потенциально имеют сохраненные сенсорные системы, однако у них нарушается формирование компонентов сенсорного развития: темпа, объема, точности восприятия различной модальности, скорости выполнения операций восприятия, что затрудняет поисково-исследовательскую деятельность, направленную на определение важнейших свойств и качеств предметов [1].

В исследованиях в области пространственной ориентировки у детей с речевым недоразвитием показано, что они не различают понятия с обозначением месторасположения предметов, плохо ориентируются в собственном теле, особенно, когда им предъявляются сложные многоступенчатые инструкции, затрудняются в установлении пространственных отношений между объектами окружающего мира при выполнении какой-либо собственной деятельности, хотя они понимают эти отношения. В самостоятельных высказываниях у детей возникают сложности при подборе языковых средств для правильного выражения пространственных отношений. При выполнении заданий с усложнением условия, например, узнать предмет в условии наложения контуров, зашумления, у детей с речевым недоразвитием возникают значительные затруднения. Детям требуется более длительное время на принятие решения, усиливается неуверенность в правильности своих ответов, увеличивается количество ошибок при опознании предмета в случае увеличения или уменьшения информативных признаков предмета. О.С. Назавкина перечисленные трудности связывает с нарушением процесса перекодирования ненарушенной семантической программы в языковые средства. В целом, развитие сенсорной сфе-

ры у детей с речевым недоразвитием происходит со значительным отставанием по срокам формирования и отличается чрезвычайной неравномерностью. Это и является причиной нарушения формирования представлений о сенсорных эталонах. Однако, по мнению автора, нарушения пространственной ориентации у детей с речевым недоразвитием динамичны и преодолеваются в процессе коррекционной работы [1].

Поэтому в коррекционно-образовательной работе с детьми с речевым недоразвитием педагоги должны решать задачи по сенсорному воспитанию.

В научной литературе под сенсорным воспитанием принято понимать целенаправленный процесс развития сенсорных эталонов и формирование необходимых представлений о главных и латентных признаках и свойствах предметов окружающего мира.

В научной литературе выделяется пять основных сенсорных систем, способствующих познанию окружающего мира: зрение, слух, осязание, обоняние и вкус, посредством которых у ребенка формируются сенсорные эталоны.

В процессе сенсорного воспитания создается та основа, при которой развивается мышление через расширение поля восприятия. Дети, овладевшие сенсорными эталонами, могут различать всю палитру цветов, звуков, вкусовых ощущений, что способствует ознакомлению с окружающим миром во всем его богатстве и разнообразии. Активное взаимодействие с окружающим миром вызывают разнообразные впечатления, которые становятся основой для овладения абстрактными понятиями. В процессе сенсорных упражнений дети не только обучаются различению предметов по различным сенсорным признакам, но и обучаются действовать с ними, а также их классифи-

цировать на основе выделенных в процессе практической деятельности признаков [3].

Задачи сенсорного воспитания коррекционно-образовательного процесса напрямую коррелируют от уровня речевого недоразвития детей. При наиболее грубых сенсорных нарушениях, которые отмечаются при первом и втором уровнях речевого недоразвития, главную задачу сенсорного развития должно представлять формирование представлений об основных цветах, формах и величинах. У детей с третьим уровнем недоразвития речи необходимо сформировать пространственные представления, развивать фонематические процессы, т.е. сформировать умение различать на слух вербальный материал, обозначающий сенсорные признаки. Важнейшей задачей при третьем уровне является ознакомление детей с не только главными, но и латентными свойствами предметов и обучение более обобщенным приемам обследования предметов.

При сенсорном воспитании детей с речевым недоразвитием необходимо организовать полноценное ознакомление детей с изучаемым предметом в условиях сенсорной интеграции, т.е. при использовании всех аналитических систем. В этом процессе очень важна предметно-практическая деятельность, которая и создает тот чувственный опыт, который необходим для сенсорного развития.

Э.Г. Пилюгина при сенсорном развитии дошкольника с речевым недоразвитием выделяет следующие последовательные этапы [2]:

- 1) обучение ребенка последовательному слежению взглядом основного контура предмета;
- 2) обучение сравнению очертаний двух предметов, отличающихся по форме, выделению геометрической формы и ее вербальному обозначению;
- 3) обучение выделению отдельных деталей предмета, определению их формы и слежению взглядом за очертанием каждой детали;
- 4) обучение установлению пространственных отношений деталей предмета относительно его центральной

части (выше, ниже, слева, справа и т.д.);

- 5) обучение определению цвета предмета и его деталей;
- 6) обучение установлению пространственного положения этого предмета по отношению к другим.

Сенсорное воспитание должно осуществляться комплексно с привлечением всех специалистов дошкольного образовательного учреждения на разных типах занятий в процессе непосредственной образовательной деятельности.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Сенсорное воспитание оказывает существенное влияние на всестороннее развитие ребенка.
2. Уровень сенсорного развития определяет успешность ребенка во многих видах деятельности.

3. Специально организованное сенсорное воспитание детей с речевым недоразвитием способствует коррекции речевого недоразвития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Назавкина О.С. Активизация словаря детей с ОНР средствами сенсомоторной деятельности // Логопед в детском саду, 2014. – №6. – 15–25.
2. Пилюгина Э.Г. Занятия по сенсорному воспитанию с детьми раннего возраста. – М.: Просвещение, 1983. – 96 с.
3. Поддьяков Н.Н. Сенсорное воспитание ребенка в процессе конструктивной деятельности // Теория и практика сенсорного воспитания в детском саду. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – С.73 – 99.
4. Фотекова Т.А. Сочетание нарушений познавательной и речевой сфер в структуре дефекта у детей с ОНР // Дефектология, 1994. – №2. – С. 9–13.

Баркалова А.В.

г. Пермь,

ФГБОУ ВО «Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет»

Научный руководитель: к. п. н, доцент Наумов А.А.

ТАКТИЛЬНАЯ КНИГА КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ У СЛЕПОГЛУХИХ ЛЮДЕЙ

Слепота – бисенсорное нарушение, характеризующееся повреждением разных систем организма: зрительной и слуховой систем. Цель воспитания и обучения слепых детей – формирование специальных знаний, умений и навыков, самостоятельной социально-бытовой и пространственной ориентировки, коммуникативной деятельности, а также всестороннее развитие личности.

Развитие ребенка со сложным бисенсорным нарушением идет другим путем, нежели развитие слепых или глухих детей. Особенность заключается в том, что затрудняется возможность общения слепоглухого ребенка с окружающими его людьми. Раньше слепоглухих детей до начала специального обучения и воспитания харак-

теризовали как совершенно беспомощных и лишенных способностей человеческого поведения и мышления. Следовательно, раннее выявление нарушения зрения и слуха у детей позволяет в нужный момент начать воспитание ребенка, существенно улучшить перспективы его развития, а также оказать психологическую помощь семье.

Развитие коммуникативной деятельности занимаем немаловажное значение в обучении слепоглухих детей. На основе корреляционного анализа исследования коммуникативной деятельности слепоглухих взрослых, можно отметить прямую зависимость между развитием коммуникативных навыков и временем возникновения нарушения. Т.е. чем раньше была проведена работа и организовано обучение детей, тем

развитие коммуникативных навыков в пожилом возрасте сформировано эффективнее.

Мы придерживаемся мнения, что коммуникативные умения – это комплекс осознанных коммуникативных действий, основанных на высокой теоретической и практической подготовленности личности, позволяющий творчески использовать знания для отражения и преобразования действительности. Развитие коммуникативных умений происходит совместно с формированием и развитием личности. Умения формируются в деятельности, а коммуникативные умения формируются и совершенствуются в процессе общения.

По-разному развиваются у слепоглухих детей средства общения. Они могут остаться на уровне неопределенного требования к взрослому, когда слепоглохлый ребенок тянет за руку взрослого по направлению к заинтересовавшему его предмету. Другие могут общаться с помощью собственно предметов, связанных с созданием желаемой ситуации: показывая взрослому чего бы они хотели. Ряд детей могут использовать в общении только естественные жесты и отдельные тактильные буквы и слова. Многие из них нуждаются в постоянном контроле и сопровождении со стороны взрослых до конца своей жизни.

Нам, как будущим специалистам в области дефектологии, важно использовать современные технологии обучения и воспитания детей с нарушениями развития. Даже использование таких обыденных средств, как тактильная книга, но в новой интерпретации может помочь профильным специалистам в работе со слепоглохлым ребенком.

Психическое развитие людей с нарушениями зрения и слуха опирается на сохраненные интеллектуальные и сенсорные (обоняние, вибрационная и кинестетическая чувствительность) воз-

можности. Дети с сохраненными возможностями познавательного развития показывают большие компенсаторные возможности осязания и обоняния. Поэтому нами было принято решение использовать адаптированный вариант тактильной книги в работе по формированию коммуникативных навыков у слепоглохлых детей.

Тактильная книга – это многофункциональное пособие с рельефными изображениями, выполненными из различных материалов, которые на ощупь максимально приближены к оригиналу. Кроме изображений книга содержит брайлевский или крупнопечатный шрифт, который является пояснением или вариантом игры с книгой, или же текст, записанный на диск, с рассказами или звуками, которые помогут ребенку лучше увидеть и понять изображаемый образ (аудиофайл). Тактильные рукодельные книги способствуют развитию высших психических функций, речи, сенсорных способностей детей, что содействует формированию компенсаторных навыков познания окружающего мира. Тактильная книга выступает альтернативой плоскопечатных книг и приобщает детей со слепоглохлотой к миру книжной культуры.

При работе педагога-дефектолога с ребенком, имеющим бисенсорные нарушения, мы можем использовать тактильную книгу, выполняющую различные задачи в работе. При работе с тактильной книгой у слепоглохлого ребенка развивается предметная деятельность и происходит расширение области познания окружающего мира. Если ребенок уже имел в прошлом сенсорный опыт, т.е. до приобретения слепоглохлоты, мы можем опираться на его жизненный опыт в виде воспоминаний, прибегая к знакомым образам, фактурам предметов, даже запахам. Все это мы можем использовать для установления контакта со слепоглохлым ребенком и закрепления у него коммуникативных умений. При этом мы можем создать такую тактильную книгу, которая будет обучать ребенка жестовому языку, используя при этом знакомые образы. Тактильная книга – это действительно всестороннее пособие. Все будет зависеть от фантазии самого педагога-де-

фектолога или других специалистов, даже родителей, если показать им эту технологию работы со слепоглухим ребенком.

Таким образом, тактильная книга выступает универсальным средством обучения и воспитания детей с нарушениями зрения и слуха в образовательных областях, представленных в федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования. С помощью тактильной книги, специально разработанной для удовлетворения нашей основной задачи – формирования коммуникативных умений, мы планируем апробировать ее на слепоглухом ребенке дошкольного возраста города Перми.

Бисенсорное нарушение – сложный и многогранный дефект развития человека. Из-за собственно нарушений зрения и слуха, человек теряет возможность контактировать с окружающим миром, проще говоря – общаться. Многие дети имеют сохранный интеллект, но из-за того, что их часто считают не обучаемыми, они не имеют возможность контактировать и развивать-

ся. Важно продолжать специальную работу на протяжении всей жизни слепоглухих. Мы надеемся, что наше исследование в будущем поможет специалистам, родителям и волонтерам направлять свою деятельность в нужное русло и самим создавать тактильные книги, помогая слепоглухим детям общаться и жить нормальной жизнью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М., 1986.
2. Лубовский В.И. Специальная психология – М.: Academia, 2003.
3. Осипова Л.Б. Книга как средство воспитания и обучения слепых и слабовидящих дошкольников: учебно-методическое пособие // Челябинск, 2016.
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.10.2013 № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».
5. Соколянский И. А. Обучение слепоглухонемых детей // Дефектология, 1989.



г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. психол.н., Жукова С. В.

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИЗОРФОГРАФИИ У УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

В логопедической литературе дизорфография рассматривается как стойкая и специфическая несформированность (нарушение) усвоения орфографических знаний, умений и навыков, обусловленная недоразвитием ряда неречевых и речевых психических функций [5; 9].

В своих исследованиях О.И. Азова, О.В. Елецкая, А.Н. Корнев, Р.И. Лалаева, Л.Г. Милостивенко, Л.Г. Парамонова, И.В. Прищепова, Г.М. Сумченко рассматривали дизорфографию как вид специфического нарушения письменной речи [3; 5; 8].

Детям с дизорфографией представляется сложным выявление орфограмм и решение орфографической задачи, то есть при написании того или иного слова они не могут самостоятельно прибегнуть к правилу правописания и решить как верно написать слово. При решении орфографических задач важным считается овладение морфологическим анализом слов, достаточный объем лексического запаса, умение подбирать проверочные слова по формально грамматическим признакам.

На сегодняшний день большая часть научных работ сходятся во мне-

нии, что дизорфография рассматривается как нарушение или языковое расстройство, связанное с недоразвитием у детей символической деятельности, процессов кодирования и декодирования, языковой способности. Р.И. Лалаева и И.В. Прищепова установили симптоматику данной патологии. Они выявили, что дизорфография носит устойчивый характер, что отражается в том, что немалая часть учащихся имеют речевое нарушение, обусловленное чаще всего ОНР [7; 9].

Л.Г. Парамонова, рассматривая уровень владения орфографическими навыками у детей с ОНР, отмечала, что дети, выучив правило, не могут на практике применить его на практике. Ребенок, не владеющий морфологическим анализом слов, не может усвоить правописание приставок и предлогов. Он не может отличать их друг от друга, затрудняется выделять их в речевом потоке. Дети отличаются бедностью и примитивностью словарного запаса, имеют бедный словарный запас, недостаточно точно понимают значения слов, не понимают семантической взаимосвязи связи между родственными словами. Все перечисленные особенности и объясняют невозможность применения на практике выученных учащимися правил правописания. Учащиеся с нарушением речи не владеют грамматическими нормами языка. Поэтому для них характерны множественные ошибки многочисленных ошибки в окончаниях слов между различными частями речи, что указывает о неумении согласовывать слова между собой в роде, числе и падеже [8].

У ребенка с дизорфографией чаще всего встречается еще и смешанная форма дисграфии, при котором ведущими являются нарушения языкового анализа и синтеза, грамматического строя речи и зрительно-пространственных представлений. Школьники с ОНР

забывают название частей речи, не могут задать вопрос к слову, в результате не получается у них определить род и число имен существительных, возникают сложности при усвоении категории склонения и спряжения; не запоминают специальную терминологию (звук, слог, слово и т.д.).

Н.С. Грушевская, Р.Е. Левина, И.Н. Садовникова, Р.Д. Триггер заметили в процессе своих исследований, что существует взаимосвязь между усвоением лексических и грамматических категорий, уровнем речевого развития и орфографическими навыками. В результате чего у учащихся начальной школы, имеющих речевую патологию, выявляется большая распространенность и разнообразие орфографических ошибок. Все это указывает на то, что дети не могут усвоить понятий, предполагающих достаточно высокий уровень развития процессов абстракции и обобщения.

В средних и старших классах общеобразовательной школы дизорфография возникает у детей, которым ранее был поставлен диагноз ОНР, ФНР, ФНР, дисграфия, дислексия.

И.В. Прищепова, Р.И. Лалаева указывали на полиморфность дизорфографии, отмечая при этом совокупность нарушений речевых и неречевых высших психических функций [10]. В основном дети имели специфические особенности познавательной сферы: снижение слухоречевой памяти; нарушение буквенного гнозиса; динамического праксиса руки; у них затруднено восприятие ритмической структуры слова; дикция нечеткая, плохая артикуляция; отмечается нарушение лексико-грамматического строя речи.

Дети с дизорфографией, имея совокупность отличительных особенностей в речевом и психическом развитии от нормально развивающихся сверстников, нуждаются в логопедической помощи. При отсутствии своевременной помощи они ощущают затруднения в процессе обучения и зачастую становятся неуспевающими учащимися по абсолютно всем предметам. Логопедическая систематическая помощь дает возможность справиться с этим нарушением и в конкретном случае предо-

тратить обусловленные ими негативные последствия.

Для обучения детей с дизорфографией необходимо создание специальных психолого–педагогических условий: индивидуальный подход, учет возрастных особенностей ребенка, учет структуры дефекта.

Л.Г. Парамонова подмечает, что у существенной части поступающих в школу детей имеется недоразвитие речи, что приводит к сложностям изучения школьной программы, в частности по русскому языку. Дети, пришедшие в школу с признаками отставания в формировании речи, неминуемо столкнутся с трудностями при овладении морфологическим принципом письма, т. е. в усвоении грамматических правил [8].

По данным И.В. Прищеповой в структуре дизорфографии у детей отмечается нарушение звукопроизношения, недоразвитие лексико-грамматического строя речи, трудности в словоизменении и словообразовании [10]. Это нарушение отрицательно влияет на усвоение всех правил правописания. Согласно данному фактору без коррекционной помощи со стороны логопеда количество ошибок у детей третьего года обучения с дизорфографией только усугубляется, по сравнению с предыдущими годами обучения. Прежде всего, страдают те виды письма, которые предполагают достаточно быструю актуализацию орфографических знаний и умений, активизацию памяти, включение анализа и синтеза в языковую деятельность.

О.В. Елецкая к особым проявлениям дизорфографического нарушения у школьников относила недостаточность сформированности грамматических понятий и соответствующего словаря; низкий уровень усвоения правил и закономерностей функционирования языковых единиц; неполноценность операций морфемного, морфологического и словообразовательного анализа. К данному виду проявлений автор относит низкую мотивацию школьников к изучению орфографических правил, невозможность опираться на них и применяемых в письменной деятельности. У учащихся с дизорфографией оказывается неразвитым полноценное

«чувство языка», они не овладевают языковыми закономерностями родного языка. У таких детей не формируются и не закрепляются в памяти системные аналогии и модели написания тех или иных орфограмм [3].

Таким образом, можно отметить, что проблема дизорфографии актуальна на сегодняшний день и данное нарушение является широко распространенным явлением среди учащихся школы, препятствующим полноценному усвоению школьной программы и вызывающим дезадаптацию ребёнка в образовательной среде. Преодолеть данное нарушение возможно лишь совместными усилиями родителей, ребенка, педагогов и квалифицированной помощи логопеда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азова О.И. Исследование младших школьников с дизорфографией / под ред. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой. – М.: РУДН, 2007.
2. Визель Т.Г., Дмитрова Е.Д. Дизорфография у учащихся средней и старшей школы // Изучение нарушений письма и чтения. Итоги и перспективы: материалы I Международ. конф. Российской ассоциации дислексии. – М. Изд-во МСГИ, 2004.
3. Елецкая О.В. Нарушение формирования навыка письма у учащихся средних и старших классов общеобразовательной школы // Логопед. – №3.
4. Комарова В.В., Милостивенко Л.Г., Сумченко Г.М. Соотношение дисграфических и дизорфографических ошибок у младших школьников с нарушениями речи // Патология речи. – СПб.: Образование, 1992.
5. Корнев А.Н. Нарушение чтения и письма у детей. – СПб.: ИД «МиМ», 1997.
6. Крутикова Э.Г., Сумченко Г.М., Сизова Э.Я., Храковская М.Г. Об изучении дизорфографии у школьников // XV съезд отоларингологов России. – СПб.: 1995. – Т. 2.
7. Лалаева Р.И. Дисграфия и дизорфография как расстройство формирования языковой способности у детей // Изучение нарушений письма чтения. Итоги и перспективы: материалы I Международ. конф. Рос. ассоциации дислексии. – М.: Изд-во МСГИ, 2004.
8. Парамонова Л.Г. Как подготовить дошкольника к овладению грамотным письмом. Профилактика дизорфографии. – СПб.: Детство-Пресс, 2008.
9. Прищепова И.А. К вопросу о дизорфографии у учеников младших классов общеобразовательной школы, имеющих нарушения речи // Патология речи: история изучения, диагностика, преодоление. – СПб.: Образование, 1992.
10. Прищепова И.В. Логопедическая работа по коррекции дизорфографии у младших школьников. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2001.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СКЛОННОСТЕЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БИСЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Одна из важнейших задач социализации личности – задача ее профессионального самоопределения. Для лиц с ОВЗ профессиональное самоопределение можно трактовать как длительный процесс развития отношений к своей будущей профессии и к самому себе как субъекту профессиональной деятельности или профессионалу. Динамика профессионального самоопределения есть процесс поиска им «своей профессии», соответствующей его склонностям, способностям и возможностям. Определение этих склонностей и способностей является одной из задач в решении проблемы социализации лиц с ОВЗ.

Особенно сложным представляется ответ на этот вопрос в отношении детей, имеющих одновременные нарушения слуха и зрения. Свое исследование мы посвятили вопросам, связанным с изучением профессиональных склонностей лиц нарушением слуха и зрения (слепоглухих). Выбор темы исследования был обусловлен запросом родителей относительно будущего их детей, включая вопросы дальнейшего труда, профессиональной деятельности. Целью нашего исследования стало теоретическое обоснование и эмпирическое изучение профессиональных склонностей слепоглухих детей среднего школьного возраста. Задачи нашего исследования на данном этапе были сформулированы следующим образом: определить содержание понятия «профессиональные склонности»; подобрать, модифицировать, адаптировать методики для изучения профессиональных склонностей слепоглухих детей среднего школьного возраста; изучить профессиональные склонности слепоглухих детей среднего школьного возраста; проанализировать имеющиеся в учреждениях дополнитель-

ного образования г. Перми и Пермского края (краевых) условия по организации дополнительного образования, ориентированного на выявление и формирование профессиональных склонностей детей с бисенсорными нарушениями (одновременные нарушения зрения и слуха).

На данный момент, в исследовании было использовано три методики: генетик тест, методика дифференцированно – диагностический опросник Е.А. Климова и анкета – опросник «Моя роль в подготовке ребенка к труду и выбору профессии». Генетик-тест позволяет выявить: склонности к типу профильного образования, направления профессиональной деятельности, сферы профессиональной деятельности, модель самореализации, общие физические показатели, потенциал нервной системы, тип поведенческой адаптации к жизненной ситуации, тип темперамента, тип восприятия новизны. Методика дифференцированно – диагностический опросник Е. А. Климова предназначена для отбора на различные типы профессий в соответствии с классификацией типов профессий данного автора. Рекомендована для профориентации подростков и взрослых [1]. Анкета – опросник «Моя роль в подготовке ребенка к труду и выбору профессии» анализирует отношение участия родителя в профессиональной ориентации ребенка. Модификация опросника Е.А. Климова и анкеты состояла в упрощении и модернизации некоторых утверждений. Работа испытуемой с текстом показала его доступность для понимания. Данная испытуемая имеет минимальные проблемы речевого развития. Очевидно, что для использования данного текста для обучающихся с глубоким речевым недоразвитием вследствие нарушений

слуха (глухоты), потребуется дальнейшая модификация текстов. Данная задача стоит в перспективе нашего исследования.

В нашем исследовании приняли участие две девочки с бисенсорными нарушениями – Дарья К., Юлия С. Представим и проанализируем результаты исследования.

Испытуемая Дарья К., возраст на момент обследования – 12 лет, имеет диагнозы: практическая слепота, светоощущение, слабослышащая, носит СА (слуховой аппарат), разборчивая речь, обучается в школе – интернате для детей с нарушением зрения, осваивает адаптированную образовательную программу для слабовидящих обучающихся, испытывает сложности с освоением математики (осваивает предмет по индивидуальной программе), остальные предметы осваивает в соответствии с требованиями цензового образования, получает дополнительное музыкальное образование. По результатам генетик-теста было выявлено, что рекомендуемое для Дарьи К. направление образования – естественно-научное, ориентированное на изучение природных законов и явлений, а также устройство мира. Направления профессиональной деятельности, наиболее показанные Дарье – это сфера коммуникации. Данные генетик-теста были подтверждены в ходе бесед и обсуждения результатов с мамой. Анализ результатов дифференциально – диагностического опросника Е.А. Климова показал, что Даша в качестве предпочитаемых сфер выбирает профессиональную сферу «Человек-человек» с количеством баллов – 5; при анкетировании мамы по данной сфере получилось 6 баллов, что подтверждает возможность готовиться к деятельности в области обозначенной профессиональной сферы. Анализ результатов по позиции «сферы профессиональной деятельности – творчество, спорт, инновации» показал, что для Даши наиболее продуктивной сферой будет творчество, что подтверждается и результатами дифференциально-диагностического опросника Е.А. Климова: и мама, и Даша на первое место с одинаковым количеством баллов – 6 – ста-

вят сферу «Человек – художественный образ». Данный выбор подтверждается также и результатами беседы.

Результаты генетик-теста по позиции модели самореализации у Даши продемонстрировали склонность к корпоративной модели, эти результаты могут свидетельствовать о том, что Даша более склонна к совместной, коллективной деятельности, легче приспосабливается к внешним требованиям, умеет взаимодействовать с другими людьми, участниками по совместной деятельности. Позиции относительно здоровья и рекомендованных видов спорта в нашем исследовании не анализировались у обеих испытуемых, так как, на наш взгляд, информация представлена с высокой степенью отвлеченности, на основании исключительно дерматоглифики, которая, по определению, не может передать имеющихся у испытуемых проблем, связанных с бисенсорными нарушениями. Общие физические показатели представлены у испытуемых идентично, хотя, очевидно, что они имеют разные физические кондиции. Данный показатель не анализировался. Потенциал нервной системы охарактеризован у испытуемых как «средне-слабая нервная система». Тип поведенческой адаптации к жизненной ситуации у Даши может быть охарактеризован как «собеседник-мыслитель». Люди такого типа нуждаются во внешней стимуляции для достижения результатов, охотно прислушиваются к мнению других людей, в деятельности высоко ставят благополучие группы. С точки зрения типа восприятия новизны – либеральный, консервативный, индивидуальный – у Даши доминирует либеральный тип – 70%, она склонна легко принимать новые идеи и предложения. Темперамент Даши характеризуется как «холерик-сангвиник».

Другая испытуемая – Юлия С., возраст на момент обследования – 13 лет,

имеет тугоухость 2ой степени, гипотрофию зрительного нерва 2ой степени, обучается в школе-интернате для детей с нарушением слуха и речи, осваивает адаптированную образовательную программу для глухих детей, пользуется письменной, устно-дактильной и жестовой речью, принимала участие только в генетик-тесте. По итогам данного исследования результаты обсуждались с мамой. Приоритетным (наилучшим) типом образования для Юлии является гуманитарное и математическое, очевидно, что в рамках гуманитарного образования Юлия может испытывать трудности, связанные со спецификой развития словесной речи. Направлением профессиональной деятельности, наиболее показанным Юлии, является практическая деятельность, связанная с применением практических знаний и практических навыков. Вместе с тем, творчество как приоритетная сфера профессиональной деятельности определяется у Юлии. Эта сфера совпадает также с характеристикой любимых занятий дочери и со стороны мамы. Результаты Юлии в большей мере демонстрируют склонность к управленческой модели, что может свидетельствовать о стремлении к независимости, к трудности подчинения внешним требованиям, сложности работы в коллективе или группе. Анализ результатов генетик-теста показал, что Юлия С. в большей степени тяготеет к индивидуально организованной деятельности, вместе с тем, часто пресыщается такой деятельностью, перестает интересоваться ей. Юля по типу поведенческой адаптации является «мыслителем-практиком», ей свойственно находить простые решения в сложных ситуациях, использовать имеющиеся практические умения. С точки зрения типа восприятия новизны – либеральный, консервативный, индивидуальный – у Юлии – доминирующим типом является – консервативный – 50%. Люди та-

кого типа хорошо реагируют только на проверенную информацию, опираясь на логику и собственный опыт.

Обозначенные особенности испытуемых позволили определить приоритетные направления профессиональной деятельности, потенциально возможные профессии, обсуждение которых совместно с родителями, выбор программ дополнительного образования, описание и создание специальных условий дополнительного образования, направленного на подготовку к будущей профессии, на профессиональное самоопределение подростков с бисенсорными нарушениями, станут перспективой нашего исследования. Таким образом, проведенное исследование позволило изучить и определить направленность испытуемых на определенную деятельность, отношение к определенным сферам профессиональной деятельности. Нами также были изучены документы, в которых представлены рекомендации по выбору вида деятельности, сферы деятельности людьми с ОВЗ.

Завершив анализ результатов исследования профессиональных склонностей, отношения испытуемых к подготовке к выбору труда, мы приступили к изучению спектра услуг организаций дополнительного образования для подростков с ограниченными возможностями здоровья в г. Пермь, условий, в которых они реализуются, с точки зрения содержания дополнительного образования, месторасположения, кадрового потенциала организаций, имеющегося оборудования и т.д. Анализ сайтов организаций показал, что вопросы организации дополнительного образования, в том числе ориентированные на профессиональное самоопределение подростков с ограниченными возможностями здоровья, освещаются в контексте основной деятельности таких организаций, как ГАУ ДО «Краевой центр художественного образования «Росток», МАУ ДО «Дворец детского (юношеского) творчества» г. Пермь.

На сайте ГАУ ДО «Краевой центр художественного образования «Росток» размещен Межведомственный банк дополнительных общеобразовательных программ для детей с ОВЗ, включающий аннотации тридцати двух про-

грамм, целевую группу (указана для отдельных программ), авторов [3]. Анализ аннотаций показал, что только часть из них имеет целевую направленность на конкретную группу обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, преимущественно в сфере внимания оказываются дети с интеллектуальными нарушениями, дети с двигательными нарушениями, дети-инвалиды (без указания нозологии, ограничений, связанных с инвалидностью). Программ, ориентированных на подростков с ОВЗ, на сайте представлено – 10. Программ, разработанных для детей с сенсорными нарушениями, в том числе одновременными нарушениями слуха и зрения, на сайте краевого учреждения дополнительного образования детей и подростков не представлено. Программы носят преимущественно досуговую либо оздоровительную направленность. Программ, ориентированных на формирование профессиональных склонностей, профессиональное самоопределение подростков с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с бисенсорными нарушениями, нет.

На сайте МАУ ДО «Дворец детского (юношеского) творчества» г. Пермь представлен список из 17 дополнительных общеобразовательных развивающих программ, реализуемых в рамках ЦКП «Детство. Равные возможности», в том числе 4 программы носят техническую направленность, 3 – физкультурно-оздоровительную, 8 – художественную, 2 – социально-педагогическую [2]. Возрастная отнесенность программ предполагает также включение детей с ОВЗ подросткового возраста.

Анализ аннотаций программ показал, что они ориентированы преимущественно на детей с интеллектуальными, с двигательными нарушениями, детей-инвалидов. Программ, ориентированных на формирование профессиональных склонностей, профессиональное самоопределение подростков с бисенсорными нарушениями, нет.

Таким образом, анализ материалов сайтов двух ведущих организаций дополнительного образования Пермского края показал, что специальных программ, специалистов и других условий, позволяющих обеспечивать формирование профессиональных склонностей, способствовать профессиональному самоопределению в процессе дополнительного образования детей и подростков с бисенсорными нарушениями, не представлено.

Перспективой нашего исследования станет разработка методических рекомендаций для педагогов дополнительного образования по организации работы с детьми, имеющими бисенсорные нарушения, в рамках реализации программ, направленных на развитие их профессиональных склонностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. – М., Академия, 2004. – 304 с.
2. ддют-пермь.рф.
3. rostok-perm.ru.

Трущенко А.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. психол. н. Жукова С.В.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ МОТИВАЦИИ ЧТЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

В настоящее время актуальной проблемой школьного обучения является проблема развития мотивации чте-

ния, которая является важным средством к познанию окружающего мира и развитию правильной развернутой ре-

чи младшего школьника.

Мотивация по своей структуре является сложным механизмом. Существует множество подходов и точек зрения на её определение и особенностей. По анализу теоретических данных, мотивацию можно обозначить как процесс, который начинается с физиологической или психологической нехватки, которая создает побуждение к действию или активности. Ядром мотивации выступает мотив. В словаре «Психология» под редакцией А. В. Петровского и М. Г. Ярошевского под мотивом понимается:

- «...1) совокупность внешних или/и внутренних условий (побуждений), вызывающих активность субъекта и определяющих ее направленность;
- 2) побуждающий и определяющий выбор направленности деятельности, предмет (материальный или идеальный), ради которого она осуществляется;
- 3) осознаваемая причина, лежащая в основе выбора действий и поступков личности. Общее заключается в том, что мотив понимается как побуждение, как явление психическое...» [6].

Мотивация уже несколько столетий является объектом изучения многих ученых. Традиционно выделяют следующие подходы к изучению мотивации:

- бихевиористский, который связывает мотивацию с реакцией на стимулы окружающей среды;
- гуманистический, который ставит в основу свободу выбора и самоопределение личности;
- когнитивный, который характеризует мотивацию как функцию, оценивающую цель и возможность достижения цели;
- социально-когнитивный рассматривающий мотивацию и ситуацию выбора действия как результат посто-

янного и активного взаимодействия между личностью и окружающей средой;

- деятельностный, изучающий учебные мотивы как структурный элемент учебной деятельности. [3,5]

Вследствие того, что существует множество определений и подходов к понятию мотивации, то и классификаций мотивов, участвующих в процессе обучения, можно выделить несколько.

Божович Л.И. разделила мотивы младших школьников на две группы:

- 1) Познавательные мотивы и личные интересы детей. Именно они стимулируют школьника к получению новых знаний.
- 2) Мотивы взаимодействия школьников в процессе совместной деятельности или общения. [1]

Маркова А.К., расширила классификацию и разделила мотивы на следующие уровни:

1-й уровень. Познавательные мотивы, которые включают в себя:

- Мотивы самообразования, ведущие к получению дополнительных знаний по собственной инициативе;
- Широкие познавательные мотивы, приводящие к приобретению новых знаний, умений и навыков;
- Учебно-познавательные, формирующие новые способы получения знаний и новые формы работы).

2-й уровень. Социальные мотивы, которые делятся на:

- Широкие социальные (ответственность, аккуратность, дисциплинированность);
- Мотивы социального взаимодействия;
- Узкие социальные (стремление найти желаемую позицию в группе) [4].

При работе с детьми необходимо развитие не только познавательных процессов, но и учебной мотивации. В ходе онтогенетического развития, учебный (познавательный) тип мотивации формируется к младшему школьному возрасту, от чего зависит обучение младшего школьника.

Одной из составляющих учебной

мотивации является мотивация чтения. Чтение представляет собой вид речевой деятельности, основанный на переводе букв (кинем) в звуки с последующим осмыслением информации. Чтение является сложным психологическим и физиологическим процессом. В его основе лежит слаженная и взаимосвязанная работа следующих анализаторов: зрительного, речедвигательного и речеслухового. Исходя из этого, чтение включает в себя операции восприятия слов, понимания и оценки прочитанного.

Психофизиологический механизм чтения считается более сложным, в сравнении с механизмами устной речи. Но при этом чтение не может реализоваться вне целостности и взаимодействия процессов устной и письменной речи.

Следует отметить, что чтение без мотивации будет затруднительно и неэффективно. Мотивом чтения выступает потребность (интерес). У младших школьников без нарушений речи на этапах начального овладения чтением основным стимулом выступает интерес научиться читать. По мере усвоения техники чтения, ученики усложняют мотивы. Позже они желают узнать: главные мысли, факты, явления, мотивы поступков героев, стремятся к оценке прочитанного.

Однако, следует не забывать, что в последнее время растет число школьников с нарушениями, как устной, так и

письменной речи. В среднем, количество детей с нарушениями речи варьируется от 3 до 22% в общеобразовательных школах и от 20 до 62% в классах вспомогательных школ (по исследованиям Лалаевой Р.И., Корнева А.Н.) [2].

У учеников 1–2 классов, как правило, недоразвитие устной речи обуславливает нарушения письменной речи. В таких случаях говорят о дислексии и дисграфии. Дислексия выступает как специфическое нарушения процесса чтения, которое проявляется в стойких ошибках при чтении. Это нарушение обусловлено определенными нарушениями ВПФ.

Симптоматика дислексии многообразна и напрямую зависит от формы нарушения. Но основными симптомами могут являться: замены и смешения акустически и оптически подобных букв, побуквенное чтение, искажение звуко-слоговой структуры слов, агграмматизм при чтении, трудности/невозможность осознания прочитанного и т.д.

Это, в свою очередь, напрямую влияет на нарушение познавательного типа мотивации и мотивации чтения, как ее элемента. Нарушения устной речи, в большинстве случаев, делают чтения затруднительным, а порой и невозможным. Во-первых, это связано с тем, что нарушения звуко-слоговой структуры слов в устной речи, будут отражаться при чтении. Во-вторых, у детей с нарушениями речи будет нарушен мотивационный компонент чтения из-за наличия постоянных ошибок [2].

Также стоит учитывать, что у детей с нарушениями речи развитие всех психологических структур проходит в замедленном темпе, поэтому мотивация чтения, как компонент учебной мотивации, будет развиваться с задержкой.

Дислексия также может оказывать влияние на развитие личности ученика. Неудачи в процессе овладения чте-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Божович Л.И. Проблемы развития мотивационной сферы ребенка // Изучение мотивации поведения детей и подростков / Под ред. Л.И.Божович, Л.В.Благонадежиной. – М., 1972.-С. 7–44.
2. Волкова Л.С., Шаховская С.Н. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
3. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики. М.: СМЫСЛ, 1997. – 287 с.
4. Маркова А.К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте: Пособие для учителя. – М.: Просвещение, 1983. – 96 с.
5. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. – 4-е изд. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. 1: Общие основы психологии. – 688 с.
6. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология: Учебн. для студ. Высш. пед. учеб. зав. – М., 1998. – 185 с.

нием, постоянные ошибки и отсутствие интереса к данному виду деятельности могут вызвать и сформировать у него такие черты характера как нерешительность, пассивность, тревогу, застенчивость или, наоборот, злость, негативизм, агрессивность.

Таким образом, стойкие ошибки при чтении у младших школьников приводят к расстройствам психологической структуры личности и такого компонента как мотивация. Ведь когда мотив (стимул) постоянно не подкрепляется положительным результатом, но у школьника возникает негативная реакция на эту деятельность. Это приводит к тому, что, применительно к младшим школьникам с нарушениями речи, не-

обходимо применять не только коррекционно-развивающую работу по устранению нарушений устной и письменной речи (чтения и письма), но и по развитию мотивации чтения.

Исходя из этого можно сделать следующие выводы:

1. Мотивация – сложный психофизиологический процесс, ядром которого выступает мотив – стимул (потребность) к деятельности.
2. В ходе онтогенетического развития к младшему школьному возрасту развивается учебный тип мотивации, одним из компонентов которой является мотивация чтения.
3. Мотивация чтения, как и сам навык чтения младших школьников с нарушениями речи имеет ряд особенностей.
4. Нарушения устной речи отрицательно влияют на мотивационную сторону навыка чтения и на психологическую организацию личности ребенка.

Година А.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. психол. н. Шведенко Ю.В.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРАФОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОНР В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К ОБУЧЕНИЮ ГРАМОТЕ

Развитие мелкой моторики, а также координации движений пальцев рук является одним из наиболее значимых аспектов развития детей дошкольного возраста в этап подготовки его к школе. Графомоторные навыки являются составной частью моторных способностей человека, развитие которых базируется вследствие создания, а также усовершенствования координированных движений руки и развития зрительно-моторной координации.

В логопедии под общим недоразвитием речи имеется в виду вид вербальной патологии, где не соблюдено развитие частей речи (фонетико-фонема-

тической стороны, лексического состава, грамматического строя). ОНР обладает разнообразной концепцией, а также имеет разнообразную систему недостатков [3].

По соображению Лопатиной Л.В. общее недоразвитие речи встречается при формах детской речевой патологии: ринолалии, алалии, афазии, дизартрии, когда выявляются недостаточность словарного резерва грамматического строя и пробелы в фонетико-фонематическом формировании [4].

Таким образом, «общее недоразвитие речи» охарактеризовывает исключительно симптомологический уровень

нарушения речевой деятельности, где зачастую допустимо лишь системное расстройство речи.

Так у детей могут быть проявления, показывающие на нарушение речевой деятельности, невзирая на особые недостатки. Плохая речевая деятельность оказывает влияние на развитие сенсорной, интеллектуальной, а также волевой сферы у детей. А также им характерно запаздывание в формировании моторной сферы, характеризующее плохой координацией движений, понижением скорости и ловкости выполнения. Отмечается не устойчивость внимания и односторонние способности его распределения [3].

Несмотря на некоторые отличия от возрастных нормативов, речь детей с ОНР гарантирует ее коммуникативную функцию. У них более проявлены тенденции к неожиданному формированию, к переносу выработанных речевых умений в обстоятельствах свободного общения.

У детей дошкольного возраста с ОНР, графическим навыком, как отмечает Троицкая Л.И., можно назвать соблюдение общественно-установленных норм выполнения графических элементов, которые обеспечивают точность чтения, а также содействующих скорости письма. Неверно созданный графический навык формирует совокупность проблем письма: неаккуратный почерк, неторопливый темп [7].

Почерк является генетическим образованием, который обязан сформироваться в 3–4 классах.

Усиление быстроты письма притормаживает совершенствование навыка, который считают основанным в случае при изменении обстоятельств (скорости и объема). На первых стадиях занятия письму дети могут писать без смены вида деятельности не более 40 секунд. Безотрывное письмо считается вредным для здоровья детей, т.к. в данный период совершается задержка дыхания у детей.

Становление графомоторных навыков зависит от: хорошего формирования общей и мелкой моторики, серийной организации движений, зрительно-пространственных мнений и визуальной памяти.

В возрасте 6–7 лет, организуя различные виды деятельности, постоянно применяя учебные уроки, возможно достигнуть оптимальных итогов в создании пальцевой моторики рук.

Благоприятная подготовка детей с общим недоразвитием речи в школе обладает вероятностью осуществляться на базе определенной степени дошкольной готовности, разумеющая формирование у ребенка физиологических, интеллектуальных и моральных свойств и единую эмоциональную подготовку. Желание или неготовность детей к началу школьного обучения обуславливается степенью его речевого формирования. С целью результативного освоения школьного курса у детей должны быть сформированы: звукопроизношение, фонематические процессы, лексический состав и грамматика.

Как отмечает Л.Е. Журова, дети с ОНР – особая категория дошкольников с недостаточными предпосылками для обучения грамоте. На сегодняшний день возросли требования к детям, поступающим в первый класс [1].

У здоровых детей освоение звуковой системой языка происходит в то же время с формированием общей моторики и дифференцированных движений пальцев рук. В 4 года дошкольник способен удерживать карандаш и довольно свободно манипулировать им. К данному возрасту улучшается координация движений и зрительно-пространственное понимание, что же дает возможность детям хорошо повторять. В 5 лет дошкольник прекрасно реализовывает горизонтальные и вертикальные штрихи. В данном возрасте ребенок способен ограничивать длину штриха, линии становятся более гладкими и точными. В 6 лет дети прекрасно воссоздают элементарные геометрические фигуры, придерживаясь их размер, соотношения [1].

Умение ребенка представлять и воссоздавать считается важным компонентом определения готовности ребенка к учебе грамоте. Подобным способом, значимым параметром школьной взрослости считается степень формирования моторики рук, определяющей скорость и простоту развития навыка письма.

При патологии моторики у дошкольников с ОНР прослеживается определенная общая единая неповоротливость. Ребята чувствуют проблемы одеваясь, обуваясь, рисуя и т.д. Моторная несостоятельность видна на занятиях по физкультуре и на музыкальных занятиях, в каком месте они отстают в темпе и при переключаемости движений [5].

У многочисленных дошкольников с ОНР при изыскании правильных возможностей при восприятии и при воссоздании ритмических рядов отмечаются ошибки при установлении числа ударов и при передаче ритмического рисунка проб. Из-за неуравновешенного слухового интереса определенные проверки выполняются не с одной попытки. При данном четко предполагает моторная неловкость.

По мнению Корнеева А.Н. занятия и обучения грамоте должна предшествовать конкретная логопедическая деятельность, основными направленностями которой можно выделить: [2]

1. Развитие фонематического восприятия. Определение неречевых звуков, звуков речи. Отличие

высоте силы, тембра, голоса в использованном материале звуков, слов и фраз.

2. Деятельность над звукопроизношением. Следует устранить все без исключения несовершенства произношения фонем (изменение, замены, отсутствия звука).
3. Развитие умений звукового анализа и синтеза. Различать гласные и согласные. Обладать перспективой систематизировать звуки в слоги, слоги в слова. Владеть возможностью определять последовательность звуков в слове и количество слогов.
4. Формирование грамматических умений. Главными трудностями данного периода считается деятельность надо осознанием и употреблением предлогов, распространение и снижение предложений.
5. Формирование мелкой моторики и координации движений пальцев рук и графических навыков. С помощью разных игр, процедур, массажа, гимнастик совершенствовать тонкие движения пальцев рук.
6. Развитие эмоции ритма и визуально-пространственной ориентации.

Таким образом, в связи с тем, что у детей с ОНР нарушено формирование графомоторного навыка, в свою очередь тормозит развитие интеллектуальной, сенсорной и аффективно-волевой сферы, а, в общем, развитие ребенка, дошкольники нуждаются в специальной подготовке, в особом подходе и внимании, что позволит предотвратить серьезные нарушения при обучении в школе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Жирова, Л.Е. Подготовка к обучению грамоте в детском саду: дидактические материалы для работы с детьми 4–7 лет. – М.: Вентана-Граф, 2015. – 42 с.
2. Корнеев, А.Н. Нарушения чтения и письма у детей (3-е изд.). – СПб.: Речь, 2013. – 162 с.
3. Лалаева, Р.И., Серебрякова, Н.В. Коррекция общего недоразвития дошкольников (формирование лексики и грамматического строя). – СПб.: СОЮЗ, 1999. – 164 с.
4. Лопатина, Л.В. Нарушения ручной и речевой моторики. Практическая психология и логопедия, – 2013. – №3. – С. 49–51.
5. Лурия, А.Р. Письмо и речь: Нейролингвистическое исследование – М.: Просвещение, 2002. – 344 с.
6. Смирнова, Е.А. Система развития мелкой моторики у детей дошкольного возраста. – СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2013. – 196 с.
7. Троицкая, Л.И. Характер нарушений чтения и письма у детей. – 2008. – № 4. – С. 15–17.

ДИСГРАФИЯ КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Письмо, как система фиксации речи для передачи ее в пространстве и во времени, является важным открытием человека, которое определяет развитие современного общества. Письменная речь позволяет преодолевать временные барьеры, то есть дает возможность передавать будущему поколению свои прочные знания и опыт. Таким образом, люди не только способны познать знания своих предков с помощью письма, но и могут использовать их для достижения новых открытий и новых выводов.

Роль письменной речи в обучении очень велика, поскольку позволяет сохранить языковые и фонетические знания, является неотъемлемой частью мышления, активизирует говорение и слушание. В отличие от устной речи, письменная речь формируется только в процессе целенаправленного, организованного обучения. Она является более высоким уровнем речевого развития человека, требующего сформированности целого комплекса предпосылок. Нарушения письменной речи у младших школьников отрицательно сказываются на усвоении учебного материала. Для полноценного овладения письменной речью у ребенка должны быть в достаточной степени сформированы высшие психические функции, устная речь, зрительно-пространственный и слуховой гнозис, графомоторные навыки, а также мотивация и контроль за своими действиями. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что умения письменной речи являются наиболее сложными среди других речевых умений.

Особый вклад в изучении дизонтогенеза письменной речи и ее предпосылок внесли такие ученые как М.Е. Хватцев, Р.Е. Левина, О.А. Токарева, И.Н. Садовникова. По мнению М.Е. Хватцева, основной предпосылкой возникновения нарушений пись-

менной речи является нарушение звукопроизношения, подтверждением чему служит тот факт, что даже при устранивании нарушений устной речи у этих детей при овладении письменной речью наблюдаются пропуски и замены букв, что связано с высокой устойчивостью старых, неправильно сформировавшихся связей между звуком и буквой [11, С. 113].

Р.Е. Левина и А.Р. Лурия важную роль в формировании письменной речи отводят координированной работе слухового, кинестетического и зрительного анализаторов, что обеспечивает различение и узнавание звуков на слух, их правильное проговаривание, точные и координированные движения артикуляционного и двигательного аппаратов, сохранение зрительных образов букв и их воспроизводство при письме. Рассогласованность в работе вышеперечисленных анализаторов вызывает трудности овладения письменной речью [3, с. 18; 5, с. 142]. В исследованиях А.А. Леонтьева, А.Р. Лурия, Е.Ф. Соботович раскрывается трехуровневая структура письменной речи. В довольно сложном процессе порождения письменной речи они выделяют такие уровни как мотивационный, языковой и уровень моторной реализации зрительных образов букв. Функционирование каждого из этих уровней осуществляется с участием различных мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования [4, с. 43; 5, с. 142; 8, с. 160].

И.Н. Садовникова выделяет следующие составляющие письменной речи: 1) звуковой анализ, который предполагает выделение звука из звучащего слова, его фонематическое «узнавание»; 2) соотнесение выделенного из слова звука с соответствующей ему буквой; 3) перешифровка зрительного представления буквы в со-

ответствующие графические начертания. Как отмечается во многих исследованиях, несформированность даже одного звена письменной речи повлечет за собой стойкие нарушения [6, с.38]. Стойкие, специфические нарушения письменной речи определяют двумя терминами – «дислексия» и «дисграфия». По определению Р.И. Лалаевой, дисграфия – это частичное нарушение процесса письма, проявляющееся в стойких, постоянно повторяющихся ошибках [2, с. 52]. Все остальные существующие определения дисграфии (О.А. Токарева, М.Е. Хватцев) также отмечают стойкость и специфичность ошибок при письме, что обусловлено несформированностью различных процессов, обеспечивающих процесс письма. В изучение дисграфии внесли огромный вклад А.Н. Корнев, А.Л. Сиротюк, И.Н. Садовникова [1, с. 27; 7, с. 80; 6, с. 38].

В разработках И.Н. Садовниковой с ссылкой на труды Р.И. Лалаевой, определены несколько групп ошибок, свидетельствующих о наличии нарушений письма у младших школьников. К первой группе относятся ошибки на уровне буквы и слога. Появление данных ошибок обусловлено следующими предпосылками:

- 1) несформированность звуко-слового анализа (пропуски, перестановки, добавление букв или слогов, например: списывание – спивывание; красный – карасный; лисица – лициса);
- 2) распознавания фонем по признаку их акустико-артикуляционного сходства (смещения и замены по признаку «звонкости – глухости», «твердости – мягкости», лабиализации гласных звуков, например: шкафы – шкавы, кофе – кове, ключ – клуч, пряжки – пратки);
- 3) сходство в начертании букв (замены по графомоторному сходству, например: белка – делка, танец – панец);

- 4) явления прогрессивной и регрессивной ассимиляции, вызванные недостатком дифференцировочного торможения (фонетическое искажение наполнения слов: персеверация – заикливание на букве, слоге, или повторение в слове (брат – брарат); антиципация – предугадывание буквы или слога (на деревьях – на де-вевьях)).

Ко второй группе относятся ошибки на уровне слова. Их появление определяется следующими предпосылками:

- 1) невозможность или затруднение выделения из речевого потока речевых единиц и их элементов;
- 2) грубое нарушение звуко-слового синтеза (контаминация – соединение различных частей слова, например: ворона и сорока – ворока; велосипед – велопед).

Третью группу ошибок составляют ошибки на уровне предложения. Они вызываются недостаточностью языковых обобщений и выражаются в неразличении частей речи, в неправильном построении синтаксической структуры

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корнев А.Н. Дислексия и дисграфия у детей. – СПб.: Астрель, 2013. – 27 с.
2. Лалаева Р.И. – Нарушения речи и система их коррекции в процессе логопедической работы. – М.: Химиздат, 2012. – 52 с.
3. Левина Р.Е. Нарушения письма у детей с недоразвитием речи. – М.: Аврора, 2012. – 18 с.
4. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания. – М.: Кранд, 2014. – 43 с.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – 2-е изд. – М., 2014. – 142 с.
6. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников – М.: Питер, 2013. – 38 с.
7. Сиротюк А.Л. Коррекция обучения и развития школьников. – М.: Сфера, 2013. – 80 с.
8. Соболев Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции. – М.: Классик стиль, 2013. – 160 с.
9. Токарева О.А. Расстройства письменной речи у детей. Очерки по патологии речи и голоса / под ред. С.С. Ляликовского. – Вып. 2. – М.: Учпедгиз, 2013. – С. 190–212.
10. Филичева Т.Б. и др. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 2014. – 223 с.
11. Хватцев М.Е. Аграфия и дисграфия // Хрестоматия по логопедии. – М.: ВЛАДОС, 2014. – С. 113–120.

предложения, проявляющемся в нарушении подчинительной связи [6, с. 38].

Таким образом, группу риска по возникновению дисграфии составляют дошкольники, имеющие различную речевую патологию. Это стойкое фонетико-фонематическое недоразвитие речи, общее недоразвитие речи, дизартрия. В группу риска также попадают дети, имеющие задержку психического развития, нарушение интеллекта. В силу особенностей их нервной системы, недоразвитием или специфичностью развития функциональных зон мозга, письмо, как одна из высших функций, крайне сложно даётся таким детям.

Ранняя коррекция дисграфии является необходимой, поскольку нарушение значительно легче предупредить, чем корректировать уже закрепившиеся патологические навыки. Начиная с дошкольного возраста, вся работа, направленная на коррекцию устной речи, является пропедевтической по отношению к нарушениям письменной речи. Особое значение она приобретает в старшем дошкольном возрасте, поскольку именно в этот период ребенок начинает постигать основы грамоты,

что является базой для дальнейшего овладения письменной речью. В процессе логопедической работы важно особое внимание уделять формированию функционального базиса письма, формировать все предпосылки своевременного и правильного овладения чтением и письмом.

Для того чтобы проводимая логопедическая работа была эффективной и приносила соответствующий результат необходимо непосредственное участие родителей ребенка в закреплении речевых и языковых умений, сформированных логопедом. Основная цель работы логопеда с детьми младшего школьного возраста заключается в формировании письменной речи ребёнка до такого уровня, на котором он бы смог успешно обучаться в школе, не испытывая особых затруднений.

Мелтакова Н.С.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. п. н., доцент Соломатина Г.Н

ЗНАЧЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОПТИКО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА С ДИЗАРТРИЕЙ К ШКОЛЕ

Успешность ребенка при обучении в школе в значительной мере зависит от уровня развития графомоторных навыков, таких как зрительное восприятие, пространственные представления, а так же мелкая моторика руки. Одним из элементов графомоторных навыков является оптико-двигательная координация, в которую входят следующие компоненты: мелкая моторика, зрительное восприятие и зрительно-пространственная ориентация [10]. В жизни каждого ребенка школьному обучению предшествует период подготовки к школе, что является важным периодом для его

дальнейшего развития. Именно этот период характеризуется формированием определённых знаний, умений и навыков, необходимых для дальнейшего успешного обучения ребенка в школьном возрасте. Овладение оптико-двигательными навыками детей дошкольного возраста представлено в фундаментальных исследованиях П.К. Анохина, Л.Г. Лурия, Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной и др. Эти ученые определили связь развития оптико-двигательных представлений с деятельностью высших психических функций, имеющих многоуровневое иерархическое

строение, и выявили их компоненты – зрительные и речевые. Каждый из перечисленных компонентов имеет специализированное значение для развития операций оптико-пространственных представлений [8].

Значение оптико-двигательных навыков выражается в обеспечении и реализации различных видов деятельности, таких как конструктивная и графическая деятельности, в определении пространственного мышления, а также в развитии квазипространственного синтеза, включенного в такие сложные процессы как счёт, чтение, понимание логико-грамматических структур и др.

Как и иные психические процессы оптико-двигательная функция осуществляется при тесном межполушарном взаимодействии, в ходе которого каждое полушарие выполняет специфические функции. Развитие системы оптико-двигательных функций проходит в два этапа. На первом этапе, продолжающемся до четырех – шести лет генерализованное участие мозговых структур сменяется специализированными. В это период заднеассоциативные отделы прекращают дублировать сенсорные функции проекционных областей и начинают вносить свой вклад в анализ сложных стимулов. На втором этапе, продолжающемся от пяти – шести лет до девяти – одиннадцати происходит перестройка регуляторных механизмов лет. В это время начинается активное включение лобных отделов в организацию восприятия и определяются процессы целостного восприятия, запечатления и узнавания объектов [8].

Ф.Н. Фишман выделяет две системы, участвующие в оптико-двигательной функции: 1) затылочно-височная система, созревающая в более ранние сроки и отвечающая за идентификацию объектов; 2) теменно-затылочная или пространственная система, которая наиболее активно развивается в млад-

шем школьном возрасте [9]. Проанализировав термины, определяющие оптико-двигательные навыки, в своих дальнейших исследованиях мы будем придерживаться следующего определения: оптико-двигательная координация – это процесс выполнения согласованных движений и их элементов под зрительным контролем, в результате которого осуществляется совместная и одновременная деятельность зрительного и двигательного анализаторов [10].

Оптико-двигательная координация является одной из важнейших функций, поскольку является основой для формирования познавательных и изобразительных навыков, необходимых для овладения чтением и письмом. Степень овладения чтением и письмом являются основным показателем готовности ребенка к школе.

Особые сложности вызывает обучение детей письму. Это связано с очень сложной координации оптических и двигательных представлений. Формирование оптико-двигательных навыков, по мнению специалистов-практиков, является длительным целенаправленным процессом. Выработать графические навыки в младшем школьном возрасте возможно в результате целенаправленной работы по подготовке ребенка к школе [7].

Особенность формирования оптико-двигательных навыков в дошкольном возрасте при нормальном развитии ребенка заключается не только в биологически обусловленном созревании соответствующих морфологических структур мозга, но и в накоплении им на этой основе индивидуального двигательного опыта, приобретаемого исключительно в процессе речевого общения с окружающими людьми [9].

При подготовке к обучению грамоте многие дети испытывают закономерные трудности, которые объяснить особенностями психического развития ребёнка дошкольного возраста: недостаточная целенаправленность действий, низкий уровень навыков аналитической деятельности, трудности в соблюдении последовательности выполнения заданий, отсутствие самоконтроля по выполнению заданий, несформированность мотивации к учебной де-

тельности. Помимо этого у дошкольников недостаточно развита мелкая моторика руки, что осложняет формирование оптико-двигательных навыков детей. Они искажают формы и пропорции букв, не соблюдают расположение букв по линии строки, зеркально отображают написание букв и т.д. [7].

У детей дошкольного возраста недостаточно развит уровень сенсорных процессов, что приводит к трудностям запоминания оптических образов букв и к затруднениям при узнавании букв в процессе чтения и их графическом изображении на письме.

На процесс формирования навыка чтения и письма влияет и уровень развития устной речи. Чем выше у ребенка уровень развития речевых навыков, тем быстрее происходит у него овладение навыком чтения и письма [7].

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению количества учащихся детей с нарушениями речи, одним из которых является дизартрия.

Степень сформированности оптико-двигательных навыков у дошкольников с дизартрией определяются рядом причин психолого-педагогического характера. В современных исследованиях в области логопедии отмечается несформированность всех компонентов речи у детей с дизартрией, ограничение их познавательных возможностей, что препятствует усвоению оптико-двигательных навыков [1, 3].

В структуре дефекта при дизартрии наблюдается поражение различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи, что также негативно влияет на формирование двигательных функций у детей, особенно мелкой моторики руки. Расстройства ручной моторики проявляются преимущественно в нарушении точности, быстроты и координации движений. Нарушения динамической организации двигательного акта приводят к неспособности ребенка последовательно писать буквы, запоминать ряд слов, последовательно произносить звукоряды при чтении слов [2, 4, 5, 6].

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Оптико-двигательная координация представляет собой процесс согласо-

вания движений и их элементов под контролем зрения в результате совместной и одновременной деятельности зрительного и двигательного анализаторов, обеспечивающихся работой теменно-височно-затылочных отделов головного мозга. Процесс овладения оптико-двигательным навыком является длительным и сложным, осуществляется в старшем дошкольном возрасте. Дети с нормальным речевым развитием испытывают закономерные трудности при овладении оптико-двигательным навыком.

Дети с дизартрией испытывают закономерные и специфические трудности при овладении оптико-двигательным навыком, что заставляет ученых и специалистов-практиков вновь обращаться к поискам дальнейшего теоретического и практического решения проблемы развития оптико-двигательных навыков у детей дошкольного возраста с дизартрией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия. – М.: АСТ Астрель, 2014. – 319 с.
2. Винарская Е.Н. Дизартрия. – М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. – 141 с.
3. Волоскова Н.Н., Белякова Л.И. Дизартрия. – М.: Владос, 2009. – 287 с.
4. Зайцева Л.А., Горудко Т.В. Коррекция зрительного восприятия у детей с дизартрией // Дефектология, 2013. – № 1. – С. 13–27.
5. Карелина И.Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств // Дефектология. – 2000. – № 1. – С. 24–26.
6. Лопатина Л.В. Индивидуальные особенности детей со стертой дизартрией по состоянию неречевых и речевых функций // Логопедия: Методические традиции и новаторство / под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М.: Воронеж, 2003. – С. 108 – 112.
7. Лурия А. Р. Язык и сознание / под редакцией Е. Д. Хомской. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979, 320 с.
8. Тригер Р.Д. Подготовка к обучению грамоте: Пособие для учителя. – Смоленск: Изд-во «Ассоциация XXI век», 2000. – 80 с.
9. Фишман М.Н. Интегративная деятельность мозга детей в норме и патологии. – М.: Педагогика, 1989. – 143 с.
10. Цветкова Л.С. Семенович А.В. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2011. – 272 с.

ИГРА КАК МЕТОД ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Дети дошкольного возраста с нарушениями здоровья нуждаются в особой помощи, которая затрагивает специфические формы и методы работы. Такую помощь оказывает обучение в форме игры. Еще Петр Федорович Каптерев (1849 – 1922) подчеркивал необходимость использования игры в педагогическом процессе, считая ее существенным и важным моментом детской жизни и определяя игру как деятельность, вызываемую естественными причинами [5]

Ведущей деятельностью в дошкольном возрасте является игровая деятельность. Для детей с особыми нуждами игра является основным источником знаний, навыков, хорошего настроения. Новой формой дошкольного образования для детей, имеющими серьезные проблемы со здоровьем, является «лекотека». Слово «лекотека» («lekotek») образовано от шведского «leko» – «игрушка», и греческого «tek» – «собрание», «коллекция» и переводится как «собрание игрушек». Лекотека является службой специальной педагогической помощи не только детям, но и родителям, воспитывающим детей с ОВЗ.

Лекотека сотрудничает с семьями и оказывает помощь в воспитании и развитии детей с ОВЗ от рождения до 7 лет. Педагоги лекотеки помогают сформировать у таких детей предпосылки к учебной деятельности, поддерживают развитие личности.

Специалисты лекотеки реализуют индивидуально-ориентированные программы сопровождения ребенка и его семьи. Приоритет работы, цель лекотеки – научить родителей взаимодействовать со своим ребенком, раскрывать его способности. Для достижения данной цели необходимо создавать условия для пробуждения у ребенка интереса к игре, проявления игрового отношения к предметам, принятия воображаемой ситуации.

Взрослые, которым предстоит воспитывать ребенка с особыми нуждами, должны воспринимать игру, как жизненную необходимость. Родители должны быть готовы к обыгрыванию любой ситуации, сохраняя при этом выразительные, мягкие действия, адекватные возможностям ребенка.

А.В. Позднякова, М.В. Шевченко, А.С. Казакова, О.А. Крапивкина выделяют следующие условия для пробуждения у ребенка с ОВЗ интереса к игре:

- Создание положительной эмоциональной атмосферы с ребенком.
- Осторожное вовлечение ребенка в воображаемую ситуацию с помощью сюжетных игрушек.
- Обеспечение показа игровых действий.
- Подведение ребенка к повторению действий взрослого.
- Поощрение инициативных игровых действий ребенка.
- Наделение игровым смыслом простых манипуляций с игрушками.
- Поддержание инициативных игровых действий ребенка.
- Преобразование действий ребенка в игровые действия [1].

Влияние игры и игровых методов на процесс развития ребенка огромно. Игровая деятельность влияет на формирование произвольности психических процессов, которые у детей с ОВЗ оказываются полностью или частично нарушены.

Так, развитие памяти в игровой ситуации происходит быстрее. Игра помогает развитию воображения, создавая каждый раз новую ситуацию. На развитие умственной деятельности оказывают влияние новые сюжеты и новые роли. Обучаясь использованию в игре предметов – заместителей, дети тренируют мышление. Ролевая игра знакомит с поведением и взаимоотношениями взрослых людей, которые

становятся образцом для собственного поведения ребенка.

Игра способствует развитию разнообразных продуктивных видов деятельности. Такие продуктивные виды деятельности как рисование и конструирование первоначально тесно связаны с игрой. Ребенок с ОВЗ в своих поделках и рисунках разыгрывает воображаемый сюжет. Внутри игровой деятельности начинает формироваться и учебная деятельность, которая позднее становится ведущей деятельностью. Ребенок с ОВЗ, играя, незаметно переходит к учению. Учеба для него становится своеобразной ролевой игрой с определенными правилами.

Достаточно распространенной проблемой детского возраста является расстройство аутистического спектра (РАС). Это дети, которые характеризуются нарушением развития средств коммуникации и социальных навыков. Большим разнообразием отличаются методы прислушиваться к игровой терапии насладиться с такими детьми. Применяются создают игры с природным помощью материалом, кремом, шрифтом тальком, спортивные камни игровое оборудование. Специалисты информации присоединяются в такой информации игровой терапии только параллельно, используя «метод руки активного слушания» и интереса технологию «процессуальной развития игры»[1].

Использование этих методов помогает ребенку не только обогатить свой чувственный, шрифтом моторный, сенсорный заключается опыт, но и правильно полу устанавливает внутренний взрыв диалог между психофизическими и взяв эмоционально-волевыми сферами достаточно с помощью педагога, создает пустив базовую платформу спортзале для дальнейшей возрасте образовательной деятельности. Дети позволяют с (РАС) очень именно чувствительны к малейшему важнейшим давлению, и настойчивость запястье может вызвать умственно истерику и взрыв даже отрицательных если эмоций. В связи с этим, предлагая ребенку ту или иную игру, следует определить, в какой деятельности он нуждается в данный момент – двигательной или статичной [2].

Использование игровой деятельности с умственно отсталыми детьми подтверждено практически. Без специального пусть обучения, такие дети только развития к 9–10 годам коррекционный овладевают простыми постоянными игровыми действиями, повторяющимися таблица многократно, однообразно роли и без эмоциональных предпосылки реакций. Очень важно участие специалистов в этом процессе, так как у умственно отсталых детей наблюдается отсутствие интереса к новизне, даже к новой игрушке. И без далее специального обучения одинаковых игровая деятельность условием не сможет занять в ажном жизни детей ведущее развития место. Игры назвав для умственно-отсталых учиться детей можно рассматривать учению не как забаву, таблица а как повседневную предмет терапию, проводимую достаточно регулярно и целенаправленно[4].

Специфика наблюдается и у игровой деятельности со слепыми детьми. Не имея учиться никаких зрительных если ощущений, у ребенка слова наблюдаются фобии – страх умения перед большим интереса пространством. Использование подвижных игр со слепыми детьми влияет на их всестороннее развитие и воспитание. Дети могут с нарушенным зрением также, ребенка как и зрячие дети, создают могут играть предпочтение почти в любую обозначается игру, но их логическое нужно речи научить играть. Игра должна сенсорных быть синдромом адаптирована к индивидуальным таблица особенностям слепого дети ребенка и направлена на развитие его ощущений. При работе далее с детьми с ОВЗ важнейшим назвав является осязание – как которые важнейший канал получения информации из окружающего мира. Прикасаясь цель к предметам, ребенок взяв воспринимает их чувствительными очень поверхностями тела.

Таким игроком образом, основным поэтому условием в организации навыкам подобных игр игра является четкое прислушиваться взаимодействие специалистов влияние между собой, деятельности именно они данная выступают в роли особым игроков вместе ажным с ребенком[3].

Многие родители, которые имеют детей с особыми образовательными потребностями, не доверяют кор-

рекционно-обучающей форме игровой деятельности. Поэтому специалисты должны показать родителям значимость игровой деятельности в развитии и воспитания ребенка, обучить родителей необходимым навыкам использования игровой деятельности в процессе обучения и повседневной жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дереклеева Н.И. Двигательные игры, тренинги и уроки здоровья. - М.: Вако, 2009.
2. Ильина С. К. Лекотека в ДОУ. Организация, документация. - М.: ТЦ Сфера 2011.
3. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либининг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. - М.: Теревинф, 2014.
4. Селигман М. Обычные семьи, особые дети. - М.: Теревинф, 2009.
5. Семаго Н.Я. Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности. М.: Генезис, 2011.

Салаева Л.П.

г. Казань,

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Научный руководитель: к. п. н., доцент Нигматуллина И.А.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ДИЗОРФОГРАФИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Язык и речь рассматриваются в философии, психологии и педагогике как центр, в котором сходятся составляющие элементы психического развития. Полноценное владение письменной и устной речью является важным условием умственного, нравственного и эстетического развития ребёнка.

Первые исследования, посвящённые изучению проблемы дизорфографии как отдельного вида нарушений письменной речи, появились лишь в середине 90-х гг. XX в. и связаны с именами таких исследователей, как И.В. Прищепова [6], Р.И. Лалаева [4], А.Н. Корнев [3]. До этого периода времени основной причиной ошибок, допускаемых в письменной речи, считался педагогический фактор, например, невнимательность учеников, некомпетентность педагога, систематические пропуски занятий, отсутствие у учеников мотивации к получению знаний и хороших оценок. А.Н.Корнев доказал неэффективность данного подхода к изу-

чению дизорфографии [3, с. 153]. Понятием «дизорфография» он впервые обозначил особую категорию стойких, специфических нарушений письма, которые проявляются в неумении осваивать орфографические правила, навыки, несмотря на их знание.

Лалаева Р.И. [4], Прищепова И.В. [6] являются сторонниками языковой концепции, согласно которой в качестве механизмов дизорфографии рассматриваются факторы, обусловленные речевым недоразвитием и несформированностью речевых и неречевых функций.

На сегодняшний день дизорфография «представляет собой стойкое и специфическое нарушение в усвоении и использовании морфологического и традиционного принципов орфографии, которое проявляется в разнообразных и многочисленных орфографических ошибках; специфическую неспособность учащихся к усвоению орфографических правил; нарушение письма, в основе которого лежит не-

сформированность морфологического анализа» [1, с. 156].

В рамках изучения проблемы исследования был проведён констатирующий эксперимент на базе МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №151 с углубленным изучением отдельных предметов» Кировского района г. Казани. Выборку составили 10 учеников 2 «Б» класса в возрасте восьми лет.

В ходе экспериментальной работы была использована «Методика выявления дизорфографии у младших школьников» О.Б. Иншаковой, А.А. Назаровой, рекомендованная Министерством образования РФ [2, с. 7].

Для выявления дизорфографии и предрасположенности к ней авторы методики предлагают пройти испытуемым три контрольных задания: написать диктант; переписать печатный текст; переписать рукописный текст. Тексты контрольных заданий авторами отобраны с учётом учебной программы начальных классов: количества согласных и гласных букв, количества слов различной длины и сложности, количества встречающихся в словах кластеров.

Выполнение трёх видов письменных контрольных заданий позволяет в совокупности оценить степень выраженности дизорфографии: как испытуемый воспринимает устную речь и переносит её на бумагу с учётом орфографических правил; как испытуемым воспринимается текст в печатном и рукописном видах и переписывается им в виде рукописного текста с применением орфографических правил. Выполненные контрольные задания проверяются с целью выявления всех ошибок, из общего числа которых выделяются орфографические и подробным образом анализируются, с подсчётом количества исправленных и исправленных ошибок.

Количество допущенных исправленных ошибок является показателем степени выраженности дизорфографии у испытуемых детей, а количество допущенных исправленных ошибок, помноженное на 0,5 – показателем уровня сформированности контроля за процессом письма. Данный показатель дополнительный, однако с его помо-

щью можно проследить складывается ли у ребёнка процесс применения на практике правил орфографии.

Для генеральной совокупности показателей школьников 2 класса на начало учебного года авторами методики представлены критерии оценки степени выраженности дизорфографии по количеству допущенных ошибок, позволяющие оценивать сформированность орфографического навыка письма в группе испытуемых детей (лёгкая, средняя и тяжёлая степени).

В ходе проведения экспериментальной работы были выявлены степени выраженности дизорфографии по общему количеству допущенных, но исправленных ошибок, по совокупности выполнения всех трёх видов контрольных заданий: тяжёлая степень выраженности – от 9,9 и более ошибок; средняя степень выраженности – от 7,2 до 9,7 ошибок; лёгкая степень выраженности – от 6 до 7,2 ошибок; в том случае, если ошибки не допущены, либо допущены в количестве до 5,9 ошибок, то можно говорить, что ребёнок владеет орфографическими правилами, умеет применять их в письменной речи и контролировать процесс письма.

Данный подход позволяет определить индивидуальный показатель выраженности дизорфографии и уровня сформированности контроля за процессом письма не только у отдельно взятого обследуемого, но и сравнить их у разных детей младшего школьного возраста между собой (см. рис. 1).

В результате проведённого эксперимента были получены следующие данные (см. табл. 1).

Из представленной таблицы видно, что из десяти обследованных детей второго класса по совокупности выполнения всех трёх заданий, рассчитанных на начало учебного года, дизорфография выявлена у 6 детей (60%), из которых два ребёнка (20%) имеют тяжёлую

ДИКТАНТ																								
принципы письма		Кол-во ошибок																						
		неисправленные											исправленные											ВСЕГО
		Д.В.	И.С.	П.Г.	С.Р.	Х.М.	Х.А.	Ч.Э.	Ч.В.	Ч.А.	Ш.А.	Всего	Д.В.	И.С.	П.Г.	С.Р.	Х.М.	Х.А.	Ч.Э.	Ч.В.	Ч.А.	Ш.А.	Всего	
1	Морфологический	3	1	0	-	1	-	7	1	3	1	17	0	0	1	-	0	-	0	0	0	0	1	18
2	Традиционный	3	1	-	-	1	-	-	-	1	-	6	0	0	-	-	0	-	-	-	0	-	0	6
3	Грамматический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
4	Слого-морфемный	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
5	Лексикологический	2	1	1	0	1	-	1	1	-	0	7	1	0	0	2	0	-	0	0	-	1	4	11
6	Семантический	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3
Всего ошибок:		9	3	1	0	3	0	8	2	4	1	31	2	1	1	2	0	0	0	0	0	2	8	39
СПИСЫВАНИЕ С ПЕЧАТНОГО ТЕКСТА																								
1	Морфологический	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	0	-	-	0	1	
2	Традиционный	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	
3	Грамматический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	
4	Слого-морфемный	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	
5	Лексикологический	1	-	-	-	-	-	0	1	-	-	2	0	-	-	-	-	1	0	-	-	1	3	
6	Семантический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	
Всего ошибок:		1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	5	
СПИСЫВАНИЕ С РУКОПИСНОГО ТЕКСТА																								
1	Морфологический	-	2	-	-	0	0	1	2	-	0	5	-	0	-	-	1	1	0	0	-	1	3	8
2	Традиционный	1	1	-	-	2	-	1	1	1	-	8	0	0	-	-	0	-	0	0	0	-	0	8
3	Грамматический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	
4	Слого-морфемный	-	-	-	-	-	0	-	1	-	1	2	-	-	-	-	-	1	-	0	-	1	2	4
5	Лексикологический	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	1	
6	Семантический	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	
Всего ошибок:		1	3	0	0	3	0	2	4	2	1	16	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	5	21
ВСЕГО:		11	6	1	0	6	0	10	8	6	2	50	2	1	1	2	2	2	1	0	0	4	15	65

Рис. 1. Индивидуальные показатели выраженности дизорфографии и уровня сформированности контроля за процессом письма.

Табл. 1. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ДИЗОРФОГРАФИИ У ШКОЛЬНИКОВ 2 КЛАССА (НАЧАЛО УЧЕБНОГО ГОДА)

Степень выраженности дизорфографии	По всем заданиям	Диктант	Списывание с печатного текста	Списывание с рукописного текста
норма	4 (40%)	7 (70%)	8 (80%)	5 (50%)
лёгкая степень	3 (30%)	1 (10%)	0 (0%)	2 (20%)
средняя степень	1 (10%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)
тяжёлая степень	2 (20%)	2 (20%)	1 (10%)	3 (30%)

степень выраженности дизорфографии, один ребёнок (10%) – среднюю степень, три ребёнка (30%) – лёгкую степень, и у четверых обследуемых детей (40%) дизорфография не выявлена. Если рас-

сматривать, какой тип заданий оказался для детей самым трудным по степени выраженности дизорфографии, то для испытуемых школьников с тяжёлой степенью выраженности дизорфогра-

фии наибольшее затруднение вызвало списывание с рукописного текста: три ребёнка (30%) допустили количество ошибок, соответствующее тяжёлой степени выраженности дизорфографии. Наименьшее затруднение у детей, у которых дизорфография не выявлена, вызвали задания написать текст под диктовку и списывание с печатного текста. С заданием написать диктант успешно справились семь детей (70%), с заданием списать напечатанный текст – восемь детей (80%), у которых по выполнению данных типов заданий дизорфография не выявлена.

Анализ допущенных неисправленных ошибок позволяет выявить те принципы письма, нарушение формирования которых ведёт к безграмотному письму (см. табл. 2).

Из представленной таблицы видно, что испытуемые допустили в трёх типах контрольных заданий 50 дизорфографических ошибок, наибольшее число которых, а именно 23 ошибки (46%) и 14 ошибок (28%), обусловлены нарушением процесса формирования морфологического и традиционного принципов письма соответственно, что доказывает взгляды современных исследователей на данное специфическое нарушение письменной речи [7, с. 155]. Это значит, что при проведении логопедической работы, направленной на коррекцию дизорфографии, важно акцентировать внимание на формировании у младших школьников обследо-

мой группы детей именно этих принципов письма.

Таким образом, результаты, полученные в ходе экспериментального исследования, показывают необходимость выявления дизорфографии как отдельного речевого нарушения у младших школьников, т.к. у них выявляются трудности в освоении и уверенном применении в письменной речи орфографических правил, знаний и умений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азова О.И. Научно-теоретические основы коррекции дизорфографии у детей с общим недоразвитием речи / Р.И. Лалаева, О.И. Азова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции по проблемам специального образования. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2005. – С. 156–159.
2. Иншакова О.Б. Методика выявления дизорфографии. – М.: В.Секачев. – 2016. – 72 с.
3. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей. – СПб.: Мим, 1997. – 286 с.
4. Лалаева Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 224 с.
5. Основы логопедии: учебное пособие / А.И. Ахметзянова, Н.И. Болтакова, И.А. Нигматуллина, Т.Ю. Корниченко, Л.Н. Суздальцева, А.Т. Файзрахманова. – Казань: Казан. ун-т, 2015. – 175 с.
6. Прищепова И.В. Дизорфография младших школьников. – СПб.: КАРО, 2006. – 240 с.
7. Шарипова Н.Ю. Типология проявления дизорфографии у учащихся общеобразовательной школы // Проблемы современного образования. – 2013. – №2. – С. 152–159.

Табл. 2. АНАЛИЗ ДОПУЩЕННЫХ НЕИСПРАВЛЕННЫХ ОШИБОК

№	Принципы письма	Типы контрольных заданий			Всего (ко-во ошибок)
		диктант	списывание с печат. текста	списывание с рукоп. текста	
1.	Морфологический	17 (34%)	1 (2%)	5 (10%)	23 (46%)
2.	Традиционный	6 (12%)	0 (0%)	8 (16%)	14 (28%)
3.	Грамматический	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
4.	Слого-морфемный	0 (0%)	0 (0%)	2 (4%)	2 (4%)
5.	Лексикологический	7 (14%)	2 (4%)	1 (2%)	10 (20%)
6.	Семантический	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)

ПРОЯВЛЕНИЕ АГРАММАТИЗМА В УСТНОЙ РЕЧИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНР

Очень важное место в развитии речи ребенка занимает формирование и развитие грамматического строя речи. Это обусловлено тем, что грамматика занимает ту ступень творческого начала, которая позволяет использовать разнообразные языковые средства, что делает нашу речь ярче и выразительнее.

Грамматика – это раздел языкознания, включающий в себя совокупность языковых норм и категорий, которые определяют приемы и типы структуры слов, их сочетаний, предложений. В ней принято выделять три части: 1) слово и формы слова, а также способы образования тех или иных слов и их форм; 2) словосочетание, формы и типы словосочетаний; 3) предложения, его типы, составные части предложений [2].

Совершенствование грамматического строя речи возможно только при определенном уровне сформированности всех видов мыслительных процессов. Об этом в своих работах писали многие отечественные педагоги, психологи: М.Ф. Фомичева, Н.И. Лепская, А.М. Шахранович, Т.Н. Ушакова, Д.Б. Эльконин, А.Н. Гвоздев, В. И Яшина, А.Г. Арушанова [1; 3].

Изучение речи дошкольников с ОНР показало, что эти дети затрудняются в выборе языковых средств, синтаксических и морфологических конструкций и категорий для выражения своих мыслей [2].

Уровень сформированности лексико-грамматических средств у детей с общим недоразвитием речи к школьному возрасту находится ниже нормы. Об этом свидетельствует непонимание и неправильное употребление ими грамматических правил языка. Ошибки, которые часто встречаются в речи детей данной категории, выражающиеся в неправильном грамматическом изме-

нении слов и предложений, называются аграмматизмами [1].

Разнообразие форм проявления аграмматизма в экспрессивной речи детей было описано Р.Е. Левиной и Г.И. Жаренковой, также они описали особенности импрессивного аграмматизма. Недостаточный уровень развития активной речи, речевого опыта служит причиной непонимания значений грамматических конструкций. Аграмматизмы в речи детей встречаются и в устной, и в письменной речи [5].

В работах Мелеховой Л.В также отмечается, что основным симптом общего недоразвития речи являются аграмматизмы. Была выявлена такая закономерность, что при увеличении у детей с ОНР словарного запаса увеличивается и количество аграмматизмов в речи, а у детей с сохранным речевым развитием они уменьшаются. В логопедической литературе подробно описано разнообразие проявлений аграмматизмов у детей с ОНР, однако вопрос о совершенствовании у этих детей грамматических обобщений освещен недостаточно [3].

Основным проблемами в овладении грамматикой для детей с ОНР выступают трудности в овладении:

- морфологией;
- синтаксисом;
- оказиональными формами.

Сопоставлять слова по их акустическим и смысловым признакам, находить их отличия или сходства, умение определять элементы, из-за которых возникают изменения в значениях слов, – всё это возможно только при сформированности морфологической системы языка. Но так как её развитие связано с развитием фонематических процессов и лексики, которые нарушены у детей с общим недоразвитием ре-

чи, то это приводит к большому количеству морфологических аграмматизмов в речи этих детей. Они выражаются в неспособности выделения слова и сопоставление ее значения и акустическим образом.

Окказиональные формы, как одни из видов аграмматизмов, начинают появляться в речи ребенка с ОНР при овладении им практической грамматикой. «Гипергенерализация» является основным симптом проявления окказионализмов, что выражается в чрезмерном объединении часто встречаемых форм, в образовании слов по аналогии с продуктивными формами [4].

Помимо окказиональных форм для речи детей с ОНР характерны аграмматизмы, которые носят специфический характер. Они проявляются в смешении окончаний различных значений. Это связано с трудностями применения правил и нахождения закономерностей морфологической системы языка [6]. Также в речи этих детей встречается большое количество смешения слов, не только близких по значению, но и слов, находящихся в разных семантических полях. Умения согласовывать слова и изменять их является для детей с ОНР невозможным, а в некоторых случаях вызывают затруднения.

Помимо этого наблюдаются нарушения формирования синтаксической структуры предложения. Они проявляются в пропуске слов в предложениях, в искажении последовательности слов или в повторении одних и тех же слов или предложений [7].

Отличия в речи детей с общим недоразвитием речи проявляются в зави-

симости речи от звукослоговой структуры слова, от лексической темы, от типа предложения, от того, насколько ребенку знакомо данное слово [2].

Подводя итог вышесказанному, можно сказать, что у дошкольников с ОНР в речи есть некий дисбаланс между развитием морфологической и синтаксической систем языка, а также семантических и формально – языковых компонентов. Такое неравенство между двумя системами языка оказывает отрицательное влияние на развитие речи в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – Екатеринбург: АРД ЛТД, 1998. – 320 с.
2. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Формирование лексики и грамматического строя речи у дошкольников с общим недоразвитием речи – СПб., 2001.
3. Макарова Н.В., Тарасенко Е.В. грамматические ошибки у детей с нормальным и нарушенным речевым развитием // современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.
4. Николаева С.М. Из опыта работы по упорядочению грамматического строя речи учащихся с нерезко выраженным ОНР // Дефектология. – 2000. – № 1. – С. 86–96.
5. Сазонова С.Н. Развитие речи дошкольников с общим недоразвитием речи. – 2-е изд., испр. – М.: Academia, 2005. – 144 с.
6. Соколова Н.В. Обучение детей с ФФН и ОНР навыку употребления предложно-падежных форм // Дефектология. – 1999. – № 1. – С. 55–58.
7. Филичева Т.Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: Практик. пособие / Т.Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – Изд. 3-е. – М.: Айрис-пресс; Айрис-дидактика, 2008. – 212 с.

Карлаш А.Н.

г Ростов-на-Дону,

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)»

Научный руководитель: Карелина В.И.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА РАЗВИТИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В МАССОВЫХ ШКОЛАХ

В последнее десятилетие в связи с господством определённой социально-политической обстановкой в стра-

не произошел коренной перелом в ценностных ориентациях государства: произошло переосмысление права чело-

века, ребенка, инвалидов; общество стало осваивать новую философию – необходимость признания неделимости общества на «полноценных» и «неполноценных», признание существования единого сообщества, которое состоит из разных людей с разнообразными проблемами. Также государство провозгласило антидискриминационную политику по отношению к инвалидам. В этом контексте отчетливо видно, что изменилась оценка обществом и государством состояния системы специального образования и перспектив ее дальнейшего развития, оно характеризуется как кризисное.

В связи с этим, на федеральном и региональном уровнях начали возникать инициативы, в соответствии с которыми в практику необходимо внедрить нетрадиционные методы психолого-педагогической коррекции, новые формы организации специального обучения, новые методики физического развития и т.д.

Уже в дошкольном возрасте дети с нарушениями в развитии проявляют свою неспособность справляться с программными требованиями детского сада и не достигают того уровня готовности к школьному обучению, который необходим к моменту поступления в школу. У таких детей наряду с нарушениями различных психических функций также оказываются несформированными речевая система и оперирование элементами речи, что, в свою очередь, несомненно, ограничивает возможности овладеть речью на более высоком уровне и усвоить сложные языковые закономерности. Также и отставание в физическом развитии становится в будущем причиной нетрудоспособности, а базовое физкультурное образование детей с ослабленным здоровьем сопряжено с освоением того минимума знаний, достаточного для повседневной жизни, формирования, пре-

жде всего, жизненно необходимых двигательных навыков.

Поэтому, разумеется, своевременное выявление и коррекция нарушений у детей с особенностями в развитии именно в дошкольном возрасте являются необходимыми условиями подготовки этой категории детей к школьному обучению.[5, с. 56]

В настоящее время важной задачей коррекционной педагогики, специальной психологии и лечебной физической культуры является решение такой проблемы как воспитание и обучение детей с ограниченными возможностями здоровья. Ныне действующая в нашей стране система специального образования, решает задачи в создания наиболее благоприятных условий коррекции аномального развития ребенка, его социальной адаптации, которые будут возможны как в специальных коррекционных образовательных учреждениях, так и в условиях массового обучения.

Инклюзивное образование – образование, которое каждому ребенку, несмотря на некоторые имеющиеся особенности, предоставляет возможность быть включенным в общий процесс обучения и воспитания, что в итоге позволит человеку стать равноправным членом общества и снижает риски его сегрегации или изоляции [7, с. 29].

Главной основой инклюзивного образования является слоган, о том, что, если ты не включён, то, значит, исключён. Общеобразовательные школы и сады согласны принимать детей с особыми образовательными потребностями причём в независимости от их социального положения, физического, эмоционального и интеллектуального развития и готовы создавать им условия на основе приемов, которые ориентированы на потребности и возможности таких детей.

В настоящее время проблема развития инклюзивного образования в Российской Федерации находится под зорким вниманием всего общества, а не только отдельных социальных групп (родители, педагоги). Поэтому, наверняка, не случайно 2009 г. был объявлен годом равных возможностей. Значит, данная проблема была признана на го-

сударственном уровне.

Стоит отметить, что именно родители «особых» детей добиваются того, чтобы их детей включали в обычное детское общество. Скорее всего, это основано на том, что в системе специального образования, где хорошо отработана методика обучения детей с проблемами в развитии, слабо низком уровне находится развитие социальной адаптации ребенка в реальном социуме, поскольку по факту он (ребёнок) находится в изоляции [4, с. 85]. В таком случае, разумеется, что дети с особыми потребностями будут адаптироваться к жизни в общеобразовательных школах лучше, чем в специализированных. В частности, это заметно в области приобретения социального опыта.

К сожалению, и на современной этапе остается открытым вопрос о том, каким должен быть процесс организации и обучения «особых» детей в массовых школах. Это связано со специфичностью методик, неподготовленностью кадров, их нехваткой и т.д. [1, с. 125]

Необходима модель непрерывной образовательной вертикали, т.е. – сотрудничество образовательных учреждений: «Детский сад – Центр – Школа». Такая модель позволит применить системный подход к вовлечению детей с особыми потребностями в развитии в социум [6, с. 129].

Перед тем, как ребёнок поступит в школу, дошкольные учреждения обеспечивают педагогов определенной необходимой информацией о ребенке, например, сведениями об уровне его развития, потенциальных возможностях. По мере необходимости дошкольное учреждение может направить ребенка с родителями в ресурсный центр на психолого-медицинское обследование с целью определения наиболее точного образовательного направления.

Педагоги, набирающие 1-й класс, знакомятся со своими потенциально возможными учениками и особенностями их развития, приглядываются к ним в ходе занятий в дошкольном учреждении, обдумывают и проводят составление дальнейшего плана персональной работы с данными учениками,

что является залогом успешности всего образовательного процесса в дальнейшем. [2, с. 184]

Например, в случае, если «особый» ребенок не посещает детский сад, то может возникнуть риск того, что будет неправильно определён образовательный маршрут. Педагоги, не зная об особых образовательных потребностях ребенка, будут предъявлять к нему равные требования с другими детьми по овладению образовательными стандартами, что, несомненно, ведёт к возникновению противоречий между предъявляемыми требованиями и возможностями ребенка. По этой причине у ребёнка можно наблюдать снижение мотивации к обучению, трудности в обучении и т.п. [3, с. 27]

К сожалению, в детских поликлиниках крайне редко проводят полную и реальную диагностику психического развития ребенка. И что не менее печально, нередко сами родители стараются скрыть от школ и детских садов наличие инвалидности или проблем в здоровье ребенка из-за боязни потерять место в образовательном учреждении.

Кроме того, необходимо проводить диспетчерские приемы для раннего выявления отклонений в развитии детей. Их должны осуществлять педиатр, клинический психолог и логопед-дефектолог, которые смогут определить главную проблему в развитии ребенка и дальнейший образовательный маршрут. [8]

Преподаватели школ инклюзивного образования готовы принимать «особых» детей будучи уверенными в том, что в лице специалистов данного учреждения, ресурсных центров и т.п., а также родителей этих детей они будут иметь колоссальную поддержку. Причём следует учитывать, что администрация таких образовательных учреждений и преподавательский состав бу-

дуг нести ответственность за организацию благоприятной среды, направленной на обучение и развитие каждого ребенка [9, с. 80].

Образовательные учреждения с интегрированными классами, несомненно, создают условия единой психологически комфортной образовательной среды для детей, имеющих разные возможности; обеспечивают диагностирование эффективности процессов адаптации и социализации детей с особенностями в развитии на этапе дошкольного и школьного обучения; компенсируют недостатки дошкольного развития; постепенно повышают мотивацию ребенка на основе его личной заинтересованности и через осознанное отношение к позитивной деятельности; охраняют и укрепляют физическое и нервно-психическое здоровье детей; создают условия для социально-трудовой адаптации школьников с особыми образовательными потребностями.

Представленный подход имеет важное значение для системы образова-

ния, в особенности, конечно, для начальных и средних школ. Предвзятости по отношению к людям с инвалидностью, а также и ко многим другим меньшинствам, к счастью, не передаются по наследству. Люди обретают их лишь после столкновения с безразличием и предвзятостями других людей. Следовательно, для того, чтобы избавиться от дискриминации, необходимо начать с нашей системы образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллина О.А. Общепедагогическая подготовка учителя в системе высшего педагогического образования. – М.: Просвещение, 1990. – 141 с.
2. Акимова М.К. Индивидуальность учащегося и индивидуальный подход. – М.: Школьные технологии, 2002. – С. 183–187.
3. Бондаревская Е.В. Личностно ориентированное образование: опыт разработки парадигмы. – Ростов н/Д., 1997. – 28 с.
4. Бордовский Г.А., Никитина М.И. Интегрированное обучение: проблемы и перспективы: Материалы международного семинара. – СПб.: Образование, 1996. – С. 129–130.
5. Брунер Дж. Процесс обучения. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 2002. – С. 83–87.
6. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1973. – 175 с.
7. Ковалев Е.В., Старовойтова М.С. Образовательная интеграция (инклюзия) как закономерный этап развития системы образования. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – 272 с.
8. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года. – М.: Просвещение, 2010.
9. Тихомирова Л.Ф. Трудности реализации инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья и пути их преодоления [Текст] // Ярославский педагогический вестник. – 2013. – № 2. – С. 78–81.

Кышевич А.В.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. п. н., доцент Кабушко А.Ю.

ИЗУЧЕНИЕ СЛОВАРНОГО ЗАПАСА У СЛЕПОГЛУХИХ ДЕТЕЙ

Уникальной формой общения, которой способен обладать человек является речь, отражающая уровень его когнитивного развития, личностные характеристики. Изучению речи как совершенной форме общения посвящены исследования лингвистов, психологов, психолингвистов Л.С. Выготского, А.В.Запорожца, А.Н. Леонтьева, М.И. Лисиной, С.Л. Рубинштейна,

Д.Б. Эльконина и др. От того насколько совершенна речь зависят взаимоотношения с окружающими людьми, возможность познавать мир и получать о нем представления. Словарный запас является важнейшим параметром, отражающим уровень сформированности родного языка. Его качественные и количественные характеристики тесно связаны с уровнем лингвистической

компетенции, а также многое говорят об интеллекте, психологическом портрете, роде деятельности и даже привычках человека [3].

Значимые трудности в формировании устной речи испытывают дети со сложными (комплексными) нарушениями развития, а именно слепоглухие дети, относящиеся к группам врожденной и ранней слепоглухоты; врожденным нарушениям слуха и приобретенной с возрастом слепотой; врожденной слепотой и приобретенной глухотой [4].

В отечественной литературе проблемы развития и формирования словарного запаса слепоглухих детей рассмотрены в работах таких авторов как М.В. Жигорева, А.В. Ярмоленко, Т.А. Басилова и др. В исследованиях этих авторов в большей мере рассматриваются особенности речевого развития и развития словарного запаса у детей данной категории. Анализ литературы также показывает, что исследований в области формирования устной речи у слепоглухих детей, а также как влияет пассивный словарный запас на формирование данного вида речевой деятельности явно недостаточно, что и обуславливает актуальность изучаемой проблемы.

Согласно словарю С.М. Вишняковой, словарный запас определяется как совокупность слов естественного языка, значение которых данное лицо понимает и может объяснить. В свою очередь словарный запас делится на две формы – активный и пассивный. К активному словарному запасу определяются слова, использующиеся на постоянной основе в каждодневной устной речи, а также при письме. К пассивному относятся слова, которые отчетливо ясны при чтении и устном восприятии [1].

Отечественный лингвист А.Н. Гвоздев представил следующие данные по увеличению количества слов в лексике у ребенка с нормальным психофизическим развитием: к 1 – 2 годам жизни активный словарный запас ребенка составляет 300 – 400 слов, к 3 годам – 1000 – 1200 слов, к 4 годам – 2000 слов, а к 5 годам словарный запас ребенка составляет 3000 слов [2].

Р.М. Боскис, М.И. Глебова, М.А. То-

милова, Ж.И. Шиф и др. в своих работах отмечают, что в сравнении с нормально слышащими детьми того же возраста у неслышащих детей словарный запас определяется как ограниченный. У детей с нарушением слуха отмечаются особенности семантизации слова. Это проявляется в том, что применяются в слишком широком значении, например, словом «машина» называют все виды транспортных и т.п. [5].

Изучением словарного запаса у детей с нарушением зрения занимались такие исследователи как Л.И. Солнцева, З.Г. Ермалович, Л.С. Волкова, Л.А. Крылова. Исходя из их работ, можно сделать вывод, что у данной категории детей при специальном обучении и благоприятном окружении есть большая вероятность овладеть словарным запасом практически в том же объеме, как и у детей с нормальным психофизическим развитием. Но при этом значения слов значительно сужаются, либо слова утрачивают свое значение, отстраняясь от конкретного содержания.

Безусловно, формирование словарного запаса у детей с одновременным нарушением зрения и слуха определяется спецификой преобладающего у них дефекта развития слухового и зрительного анализатора, а также зависит от уровня речевых контактов и социального взаимодействия с ребенком, от условий, предоставляемых ребенку для накопления и активизации словаря, а также от правильности применения специальных методов и приемов обучения для конкретного ребенка.

В процессе взросления, находясь в благоприятном речевом окружении, ребенок накапливает словарный запас путем запоминания услышанных слов. Вначале эти слова попадают в пассивный словарный запас, но со временем, по мере того как часто данные

слова повторяются и слышатся в речи, они переходят уже из понимания слов в их активное употребление в речи, то есть переходят из пассивного словарного запаса в активный. Но для того, чтобы этот переход состоялся необходимо достаточное накопление именно пассивного словаря, а также его непосредственное развитие [9].

Уровень владения детьми словарным запасом изучается в соответствии с их возрастом и программными требованиями. Стоит отметить, что обследование словарного запаса у слепоглухих следует проводить с учетом сохраненных возможностей конкретного ребенка и опираться именно на них.

Для обследования словаря у детей с бисенсорным нарушением могут быть использованы методика Н.В. Серебряковой по исследованию лексических операций, а именно исследование объема пассивного словаря, и методика обследования словарного запаса у детей с нарушением слуха, разработанная Е.Г. Речицкой и Е.В. Пархалиной. Данные методики должны быть адаптированы индивидуально для каждого слепоглухого ребенка [6, 7].

Материалом исследования служат предметные и сюжетные картинки, слова, а также реальные предметы для изучения знаний следующих разрядов слов: существительных, прилагательных, глаголов и наречий.

Процедура обследования состоит в следующем: логопед дает инструкцию, что он будет называть слова, а ребенок должен правильно показать картинку либо предмет. А также, следующим заданием, среди других групп картинок показать ту, где, например, одежда или обувь и т.д. Помимо этого, обследование пассивного словарного запаса можно проводить через игровую деятельность с учетом ведущего вида деятельности 4–5-летнего ребенка.

Уровни оценки пассивного словаря:
4 балла (высокий уровень) – правильное название от 380 до 390 слов.

3 балла (уровень выше среднего) – правильное название от 370 до 379 слов.

2 балла (средний уровень) – правильное название от 340 до 369 слов.

1 балл (уровень ниже среднего) – правильное название от 300 до 339 слов.

0 баллов (низкий уровень) – правильное название менее 300 слов.

Итоги обследования уровня развития словарного запаса позволяют определить направление коррекционной работы, направленной на обогащение словаря ребенка [7].

Главной задачей в процессе развития речи является обогащение словарного запаса словами: существительными – предметами, глаголами – действиями, а также прилагательными и наречиями. Для успешного усвоения новых слов детям следует предлагать слова, обозначающие предметы, действия, явления и состояния, с которыми они могут контактировать либо столкнуться в своей обычной жизни: с чем могут производить манипуляции, за чем могут наблюдать и что могут ощущать [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вишнякова С.М. Профессиональное образование Словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика. – М.: НМЦ СПО, 1999. – 538 с.
2. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. – СПб.: Детство-Пресс, 2007. – 471 с.
3. Габдулхаков Ф.А. Психоллингвистика в обучении русскому языку. Учебное пособие по вопросам применения выводов и рекомендаций психоллингвистики в методике обучения русскому языку как иностранному. – М.: Издательские решения, 2017. – 188 с.
4. Жигорева М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2006. – 240 с.
5. Карпова Г.А. Основы сурдопедагогики: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – Екатеринбург: Издатель Калинин Г.П., 2008. – 354 с.
6. Лалаева Р.И. Методика психоллингвистического исследования нарушений устной речи у детей. – СПб.: Наука-Питер, 2006. – 102 с.
7. Речицкая Е.Г., Пархалина Е.В. Готовность слабослышащих дошкольников к обучению в школе: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 192 с.
8. Янушко Е.А. Помогите малышу заговорить. Развитие речи детей 1–3 лет. – М.: Эксмо, 2015. – 424 с.
9. Шмелев Д.Н. Современный русский язык. Лексика. – М., 1977. – С. 202.

Корюхова Д.А.

г. Пермь,

ФГБОУ ВО «Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет»

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Ворошникова О.Р.

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ И КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВОГО СЛУХА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ КОХЛЕАРНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ

Одной из основных задач коррекционно-воспитательной работы с детьми, имеющими нарушения слуха, как известно, является формирование слуховосприимчивости восприятия речи окружающих людей, в процессе которого происходит общее развитие ребенка, формирование его личности, формирование словесной речи и коррекция различных сторон познавательной деятельности. Но, как показала практика, формирование устной речи и в целом реабилитация детей с глубокой степенью тугоухости и глухотой – большая проблема ввиду отсутствия таких методов лечения, которые были бы действенны, и низкой эффективности от использования обычных слуховых аппаратов.

На сегодняшний день как одно из наиболее перспективных направлений реабилитации людей с нарушенным слухом и их интеграции в среду слышащих можно рассматривать кохлеарную имплантацию, операцию, в процессе которой во внутреннее ухо пациента вводится система электродов, обеспечивающих восприятие звуковой информации посредством электрической стимуляции сохранившихся волокон слухового нерва [3].

Кохлеарная имплантация (в дальнейшем – КИ) – это не только хирургическая операция, а целая система мероприятий. Самый долгий и трудоемким этапом является послеоперационная слухоречевая реабилитация. Её длительность и эффективность зависит от многих факторов, в первую очередь от возраста потери слуха и возраста имплантации [2]. Слухоречевая реабилитация ребенка с КИ – это формирование способности использовать устную речь как средство общения, что, в свою очередь, предполагает развитие слухового восприятия ок-

ружающих звуков и речи с помощью КИ. В случае отсутствия своевременной адекватной слухоречевой реабилитации, например, ребенок, который перестал слышать рано, к сожалению, не способен овладеть речью, несмотря на то, что с помощью КИ он будет слышать даже самые тихие звуки [2].

С каждым годом в России растет количество детей, которым была проведена данная операция и, несомненно, от системы образования требуется качественная организация воспитания и обучения данной категории детей. Так, специалисту, работающему с имплантированным ребенком, необходимо овладевать принципиально новыми профессиональными компетенциями и успешно применять их на практике. Педагог, как отмечает Н.Н. Малофеев, нуждается «в специальной (ныне отсутствующей) подготовке» [4]. Наряду с этим есть острая потребность в изучении особенностей детей с КИ на разных этапах реабилитации и разработке содержания коррекционно-педагогической работы с детьми.

Изучив коррекционно-педагогические системы, мы выделили несколько, которые предназначены для работы с разными категориями детей, имеющими нарушения слуха, и проанализировали такое направление работы, как развитие слухового восприятия на предмет возможности использования содержания данного раздела при организации работы с детьми, перенесшими кохлеарную имплантацию.

Первая, выделенная и проанализированная нами, система работы была предложена Королевой И.В. Данная система направлена на развитие слухового восприятия, речи и познавательных навыков у детей раннего возраста с нарушениями слуха в возрасте от рождения до 3 лет с участием ро-

дителей [1].

Особенностью изученной программы является то, что предложенные упражнения могут включаться в обычный режим дня ребёнка, начиная с повседневных домашних дел и заканчивая играми. Основаны эти упражнения на таких естественных особенностях ребёнка, как потребности общаться, а также познавать мир не только с помощью слуха, но также благодаря другим анализаторам. Положительно то, что многое, необходимое для занятий, родители могут сделать самостоятельно [1]. В комментариях к некоторым упражнениям указывается возраст ребёнка, с которого можно начинать их использовать, но это только рекомендации, приблизительные ориентиры. Основываясь на наблюдении за ребёнком и учитывая его индивидуальные особенности развития, педагог может варьировать упражнения и использовать в работе с ним те, которые включены в перечень упражнений для детей более старшего возраста или наоборот, более младшего.

Программа Королевой И.В. состоит из трех крупных разделов, каждый из которых, в свою очередь, включает в себя несколько направлений работы. Содержание каждого направления работы представлено в соответствии с онтогенетическим принципом. Автор предлагает краткую характеристику развития ребёнка для того или иного возраста и дает методические рекомендации по использованию различных упражнений, что позволяет человеку, работающему с ребёнком, легко сориентироваться в вопросе построения плана работы.

Необходимо отметить, что программа имеет ряд достоинств и недостатков. Несомненно, положительным является то, что система содержательно наполнена; многое, как мы упоминали ранее, необходимое для занятий с

ребёнком, человек, работающий с ним, может изготовить самостоятельно; достаточно подробно описаны условия, где протекает процесс обучения и воспитания, а также способы взаимодействия взрослого и ребёнка. Из недостатков нужно упомянуть о том, что при конкретно обозначенном контингенте, для которого подходит данная система работы, нет четко поставленной цели и не обозначены задачи работы.

Систему упражнений, разработанную Королевой И.В. и направленную на развитие ребёнка с нарушенным слухом, безусловно, можно и нужно использовать в работе как с детьми с различными нарушениями и без, так и после кохлеарной имплантации, в процессе слухоречевой реабилитации детей.

Следующая программа, которая была проанализирована нами, представляет собой коррекционно-педагогическую систему, предназначенную для работы с глухими детьми дошкольного возраста от 1,5–2 до 7 лет, воспитывающихся в специальных детских садах и яслях-садах, детских домах, группах дошкольных учреждений общего типа, – «Воспитание и обучение глухих детей дошкольного возраста» (1991 г.) [5]. Данная система взята в качестве основной и является ориентиром для построения плана работы с глухим ребёнком во многих учреждениях, где обучаются и воспитываются дети с нарушенным слухом.

Программа рассчитана на 5 лет обучения, содержит необходимый материал для организации воспитательно-образовательного процесса с каждой возрастной группой детей по разным направлениям педагогической работы и направлена, на обеспечение разностороннего развития глухого ребёнка-дошкольника и подготовку его к школьному обучению.

Один из девяти разделов программы, а именно, раздел по развитию слухового восприятия и обучению произношению нацелен на формирование и развитие у глухих детей навыков восприятия (на слухозрительной и слуховой основе) и воспроизведения устной речи. Работа по развитию остаточного слуха и обучению произношению направлена, прежде всего, на овладе-

ние устной речью как средством общения [5], на будущую успешную социализацию личности в обществе. Умения и навыки, которыми дети должны овладеть к концу полугодия или года, сформулированные в программе, представлены в постепенном их усложнении.

Нужно отметить, что после подключения речевого процессора сурдопедагоги имеют дело с детьми с КИ, статус которых изменился – они «уже не глухие, но еще не слышащие». На первоначальном этапе реабилитации ребенка с КИ перед педагогом стоит задача реконструкции процесса коммуникации и взаимодействия ребенка с близким окружением, перевода на естественную сенсорную основу. С ребенком должны перестать общаться как с глухим и постепенно к нему должны предъявляться требования, как к слышащему ребенку, только тогда он сможет вести себя и взаимодействовать с окружающими как слышащий. Мы считаем, что использование данной программы для работы с ребенком актуально лишь до проведения операции по вживлению КИ.

Королева И.В. в книге, посвященной слухоречевой реабилитации глухих детей и взрослых, также предлагает систему работы по развитию слухового восприятия и речевого слуха у детей, перенесших КИ.

В реабилитации ранооглохших детей после кохлеарной имплантации автор выделяет 4 периода. Первый период – начальный период развития слухового и слухоречевого восприятия с КИ (длительность периода – 3–12 недель). Данный этап соответствует периоду развития детей с нормальным слухом до 4–6 мес. Второй период – основной (длительность – 6–18 месяцев). Этот этап соответствует периоду развития детей с нормальным слухом до 2 лет. Следующий период – языковой период развития восприятия речи и собственной речи (5 и более лет) – соответствует периоду развития детей с нормальным слухом 5–7 лет. Последний период – период развития связной речи и понимания сложных текстов. Этого этапа может достичь только часть ранооглохших детей с КИ [2, 6].

Контингент детей с КИ очень разнообразен, каждый ребенок имеет свои индивидуальные особенности, поэтому в настоящее время не существует единой программы по работе с детьми с КИ, как, например, для глухих и слабослышащих детей. Но И.В. Королева, занимаясь вопросами обучения и воспитания детей с КИ, в своих трудах подробно раскрывает содержание направлений работы по слухоречевой реабилитации детей, перенесших КИ. Опираясь на выделенные автором этапы развития слуха у детей с КИ, педагог может ставить конкретные цели и задачи на каждом этапе развития, а также выбирать нужную методику работы. В разделе по развитию слухового восприятия с КИ Королева И.В. дает полные методические рекомендации, как для педагога, так и для родите-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Королева И.В. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста / И.В. Королева. – СПб.: КАРО, 2005. – 288 с. – (Серия «Коррекционная педагогика»).
2. Королева И.В. Кохлеарная имплантация и слухоречевая реабилитация глухих детей и взрослых: Учебное пособие / И.В. Королева. – СПб.: КАРО, 2009. – 192 с. – (Серия «Специальная педагогика»).
3. Королева, И.В., Пудов, В.И., Жукова, О.С. Кохлеарная имплантация – новое направление реабилитации глухих детей / И.В. Королева, В.И. Пудов, О.С. Жукова // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 17–26.
4. Малофеев Н.Н. Что выбирают родители, принимая решение о кохлеарной имплантации / Н.Н. Малофеев // Альманах ИКП РАО «Кохлеарная имплантация: взаимодействие медиков и сурдопедагогов». – 2015. – №21. – Режим доступа: <http://alldf.ru/ru/articles/almanah-24/koehka-zapuska> – novyix-slukovyix-vozmozhnostej-i-spontannogo-razvitiya-rechi-rebenka-posle-kohearno-implantaczii
5. Носкова Л.П. Воспитание и обучение глухих детей дошкольного возраста: программы для специальных дошкольных учреждений / Л.П. Носкова, Л.А. Головчиц, Н.Д. Шматко и др. – М.: Просвещение, 1991. – 156 с.
6. Этапы слухоречевой реабилитации ранооглохших детей после кохлеарной имплантации [Электронный ресурс] // studfiles.ru – файловый архив для студентов [сайт]. Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/6340212/>.

ля ребенка с КИ: условия взаимодействия взрослого и ребенка, план занятий, примерный речевой материал, упражнения для развития слухоречевого восприятия и др.

Безусловно, в настоящее время на-

зрела острая необходимость в проведении исследований в области кохlearной имплантации, обучения и воспитания детей, перенесших такую операцию. В существенной мере эффективность КИ зависит от грамотной организации послеоперационной слухоречевой реабилитации. Первоочередной задачей для осуществления такой работы является тщательное изучение особенностей детей с КИ на разных этапах реабилитации и, как следствие, разработка содержания коррекционно-педагогической программы с детьми с КИ.

Лаврикова Е. В.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Хилько О.В.

ГРАЖДАНСКО-ПАТРИОТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКИХ ДОМОВ

«Добрый ребенок не сваливается с неба. Его надо воспитывать».

В.А. Сухомлинский

Важной проблемой современной педагогики является в настоящее время развитие у несовершеннолетних и молодого поколения чувства патриотизма, становление их гражданственности. Раньше такой острой потребности в целенаправленном и организованном процессе патриотического воспитания детей не было, так как с рождения ребенок впитывал понятие «Родина», «великая держава», «мы, дружный народ». Бросая взгляд на карту Советского союза, он понимал: «Я живу в самой огромной, самой хорошей и могущественной стране». Сегодня совсем другая картина. Молодое поколение обожает иностранную музыку, подражает зарубежным артистам, поклоняется капиталу. У детей и юношества них отсутствует чувство патриотизма. По результатам социологических опросов у молодых людей наблюдается деформация человеческих ценностей. На вопрос: «Что является самым важным в жизни?», девушки и юноши отвечали [2]:

- деньги – 33%;
- высшее образование и карьера – 20%;
- получить от жизни как можно больше удовольствий – 20%;

Извечные же ценности собрали такие цифры:

- любовь – 5%;
- действия ради будущего России – 4%;
- идеалы и вера – 3%.

Осуществлять воспитание любви к Родине можно ежеминутно: любовь к Родине воспитывается в семье, через средства массовой информации (телевидение, печатные издания, публикации в Интернет), выпуском новых кинофильмов, книг, телепередач, рассказывающих о достижениях нашей Родины, о людях которыми мы, россияне, можем и должны гордиться, о любви к своей земле, национальных корнях. Но на сегодняшний день все происходит наоборот. Самые популярные газеты

и телевидение содержит в основном скандальный контент, пропагандирует насилие. О благородных поступках, подвигах и социальных достижениях, традициях можно узнать лишь из содержания не самых популярных изданий и телевизионных каналов. В сознании общества сильно распространены равнодушие, цинизм, эгоизм, беспричинная агрессия, непочтительное отношение к социальным органам и государственным структурам [1].

В этой ситуации очевидна необходимость гражданско-патриотического воспитания, начиная с детского сада. Чувство патриотизма относится к важной составляющей развития высших моральных и душевных чувств.

С точки зрения многих педагогов, психологов, философов «Воспитание в несовершеннолетнем гражданина своей Родины неотделимо от воспитания в нем гуманных чувств: доброты, справедливости, умения противостоять лжи и жестокости, и должно быть неразрывно связано с умственным и трудовым воспитанием детей» [2, с. 188].

Злободневным вопросом сегодня является воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В нынешнее время в школах-интернатах и в детских домах нашей страны растут около полумиллиона детей-сирот [5]. Причем, на текущий момент это исключительно неординарная категория детей с отягченной наследственностью и сформулированным депривационным синдромом, который можно охарактеризовать как «лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненноважных потребностей» [3, с. 456]. Бездомные дети 1920-х годов и большинство беспризорников военных и послевоенных лет были детьми с нормальным ранним семейным опытом, которые стали сиротами в связи с утратой – смертью своих родителей. Основными характеристиками депривационного синдрома являются: депрессия, тревожность, страх, умственные расстройства, которые могут проявляться в нарушениях от легких странностей, до очень грубых поражений интеллекта и личности. Выделяют разные виды депривации, которые зависят от того, чего именно был ли-

шен человек: двигательную, информационную, материнскую, социальную и другие виды [4]. Как не прискорбно, но психическая депривация на сегодняшний день начинается в семье с момента появления ребенка на свет, а иногда и в пренатальный период. Ребенку, развивающемуся в материнской утробе, вредит стресс, постоянно испытываемый матерью, злоупотребление ею алкоголем или наркотическими препаратами. Развитие организма зависит от атмосферы, окружающей ребенка.

В настоящее время в детские дома попадают дети, у которых есть родители, родственники, но они либо лишены родительских прав, либо ограничены в правах. Это несовершеннолетние из неблагополучных семей, в последствие изъятые из этих семей, где не удовлетворялись основные психические потребности из-за информационной бедности среды, несоблюдения санитарных норм, отсутствия положительного примера в окружении и планомерного воспитания. Явная психическая депривация имела место в этих семьях. Возраст ребенка и время его пребывания в государственных детских учреждениях очень влияют на дальнейшее его развитие.

Первые месяцы жизни ребенок развивается, как бы за счет своего внутреннего ресурса. Работники закрытых учреждений не располагают достаточными возможностями уделять должного внимания детям, и ребенок начинает как бы морально угасать, к 6–8 месяцам становится пассивным. Он очень отличается от «домашних детей». С возрастом малыши из медицинских учреждений переходят в детские дома или интернаты. «Дети с первых лет жизни несут в себе патологию, которую определили условия развития. То, что было заложено в первые годы жизни, навсегда остается в структуре личности» [1, с. 25].

Агрессия, характерная для воспитанников детского дома оказывает негативное влияние на их социализацию. С точки зрения психологии, возникновение агрессии у детей-сирот объясняется отсутствием материнской любви, ласки, внимания, родительского попечения, неудовлетворенностью социальных потребностей, заниженной самооценкой, преобладанием неформального стиля общения. Такие ребята сильно возбудимы, быстро утомляются. Круг их общения достаточно закрытый. С одной стороны, это ведет к формированию привязанностей, с другой стороны, они не способны развивать навыки общения со сверстниками, с незнакомыми людьми, необходимые для дружеского общения.

У ребят живущих и развивающихся в детских домах и интернатах вырабатывается иждивенческая позиция («нам должны», «дайте», «нам все обязаны»). Они чувствуют обиду на весь белый свет, в своих психологических проблемах винят всех окружающих, они видят в людях только плохое. У них отсутствует понимание реальной жизни, положительный опыт семейных взаимоотношений [2]. В отличие от «семейных детей», у воспитанников детских домов, занижена самооценка, отсутствуют выраженные представления о собственном «Я», дефицитарно умение делать самостоятельный выбор, преодолевать трудности, отсутствует понимание и принятие моральных норм, ответственность за свои поступки, бережливость. Отсутствие положительного семейного опыта развития приводит к искаженному формированию самосознания у воспитанников интернатных учреждений.

За время пребывания в государственном учреждении ребята привыкают, что все трудности, любой конфликт, выбор в решении каких-либо задач за них делают педагоги и воспитатели, ко-

торые несут полную ответственность за их жизнь и здоровье. Выпускаясь в реальную взрослую жизнь подростки 14–17 лет становятся уязвимы к стрессам, легко поддаются под дурное влияние, перенимают отрицательный жизненный опыт, пагубные привычки. Все эти факты легко могут спровоцировать психическую неустойчивость личности. Вот почему очень важно во время пребывания в интернатном учреждении или детском доме воспитывать и формировать устойчивую гражданскую позицию, любовь к Родине, истории края, оптимистичный взгляд на жизнь, моральные и этические нормы поведения, учить проявлять инициативу и осмысливать собственное «Я», рефлексировать.

Для развития навыков общения воспитанников детских домов, формирования их нравственной и гражданской позиции необходимо проводить психологические игры, тренинги, учить их делать друзьям приятные сюрпризы, проводить игры и тренинги духовно-нравственного содержания, например, «Делаем добрые дела». Полезным для социализации воспитанником является также разучивание стихов и песен к празднику, встречи с интересными людьми, участие в народных играх и спортивных соревнованиях, оказание помощи ветеранам ВОВ.

Главным для ребенка является общение, независимо от того, где он вос-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдеева Л.И. Особенности самооценки младших школьников, воспитывающихся в учреждениях закрытого типа // <http://www.childpsy.ru/upload/>
2. Бабушкина О.Н. Психологические особенности социальных сирот подросткового возраста // Сборники конференций НИЦ «Социосфера». – 2011. – №7. – С. 184–190.
3. Зинченко В.П., Мещеряков Б.Г. Психологический словарь / В.П. Зинченко, Б.Г. Мещеряков. – М.: Педагогика, 2007. – 456 с.
4. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага, 1984. – 89 с.
5. Сайт Минобразования РФ // <http://минобрнауки.рф/>
6. Сенкевич Л.В. Системно-психологическая характеристика психической работоспособности у социальных сирот // Системная психология и социология. – 2010. – №2. – С. 53–55.
7. Якобсон С.Г., Адилова Л.П. Становление ранних форм самосознания детей // Вопросы психологии. – 2009. – №1. – С. 12–15.

питывается, в семье или в интернате. Атмосфера общения педагогов и детей должна быть доброжелательной, необходимо осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку, учитывать его психологическое состояние, развивать и раскрывать внутренний потенциал, таланты (художественные, спортивные, интеллектуальные и т.д.). Актуальным средством развития гражданско-патриотических чувств является привлечение детей к участию в патриотических конкурсах, концертах, художественной самодеятельности, соревнованиях и прочее. Все перечисленные выше способы положительно влияют на формирование личности ребенка, его национального самосознания, устойчивой гражданской позиции и патриотизма, повышают его самооценку.

Необходимо также в сотрудничестве с культурными, спортивными организациями стимулировать интерес детей-сирот к художественной, этичес-

кой, спортивной культуре. Приучать принимать как победы, так и поражения в конкурсах, соревнованиях. Все это формирует жизненный опыт воспитанников, приучает самостоятельно принимать адекватные решения в жизненных ситуациях. Ребятам в такой атмосфере активного взаимодействия и творчества легче адаптироваться к реальной жизни. У них появляются идеалы, кумиры в спорте, культуре из знаменитых, интересных и выдающихся личностей, появляются жизненные цели, к достижению которых они стремятся, появляется стимул к жизни.

Агоинова Д.А.

г. Казань,

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Нигматуллина И.А.

ОБУЧЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ С БИСЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ КОММУНИКАТИВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ПРОЦЕССЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОДЕЛИРУЕМОЙ УЧИТЕЛЕМ-ЛОГОПЕДОМ

Одним из важнейших условий полноценного психического развития человека является общение. Общение – это взаимодействие двух или более субъектов, состоящее в обмене между ними сообщениями, имеющими предметный и эмоциональный аспекты.

В исследованиях зарубежных ученых по проблеме общения речь идет о коммуникативных процессах, так как, например, в английском языке нет понятия «общение», оно заменено понятием «коммуникация». В связи с этим возникает некая синонимичность этих двух процессов. Однако отношения этих понятий выступают в роле общего и частного. Общение – частный случай коммуникации. Под коммуникацией по-

нимается связь, взаимодействие двух систем, в ходе которого от одной системы к другой передается сигнал, несущий информацию. При коммуникативном взаимодействии этот процесс обретает более качественное содержание.[4]

Большинство отечественных исследователей (В.С. Васильева, Р.Е. Левина, А.А. Леонтьев, М.И. Лисина, О.Е. Шаповалова) сходятся во мнении и говорят о том, что достаточный уровень сформированности коммуникативных навыков выступает в качестве фактора успешной социализации в обществе.

Коммуникативный процесс зарождается в совместной деятельности, а передача информации происходит при

установлении взаимопонимания и организации совместной деятельности [1].

У лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе лицам со комплексными сенсорными нарушениями, формирование психических процессов протекает в осложненных дефектом условиях. Так, нарушения коммуникации характерная особенность лиц с бисенсорными нарушениями. В свою очередь, недостаточный уровень владения коммуникацией становится серьезной проблемой в процессе включения в социум. Поэтому обучение школьников с нарушениями слуха и зрению коммуникативному взаимодействию является основной из проблем социальной адаптации лиц данной категории.

Таким образом, целью исследования является разработка, с учетом выявленных особенностей, индивидуальных коррекционных программ по формированию навыков коммуникативного взаимодействия и апробация их в процессе моделируемой учителем-логопедом деятельности.

Базой исследования является ГБОУ «Казанская школа интернат имени Е.Г. Ласточкиной для детей с ограниченными возможностями здоровья». Объем выборки составляет 5 школьников с бисенсорными нарушениями. Все школьники имеют тугоухость различной степени и нарушения зрения.

Процесс коммуникативного взаимодействия можно рассматривать с разных сторон, выделяя те или иные аспекты, которые в конечном итоге позволяют определить его эффективность.

В процессе успешной или неуспешной реализации цели коммуникации возникают эмоции, которые могут играть определяющую роль в выборе субъектом коммуникации тех или иных способов взаимодействия с партнером [6]. Помимо этого, понимание эмоций

необходимо для установления контакта между членами процесса коммуникации, так как без этого взаимодействие будет не эффективным и, следовательно, обмен информацией не произойдет.

Для оценки возможности адекватного опознания эмоционального состояния, точность и качество этой процедуры, а именно тонкость эмоциональных дифференцировок была использована методика Семаго Н.Я. «Эмоциональные лица» [7]. Методика позволяет выявить возможность сопоставления схематичных изображений эмоций, а также фотографии детей с различными настроениями с личными переживаниями ребенка. А также оценка межличностных взаимоотношений, в том числе выявление контрастных эмоциональных «зон» в общении с детьми или взрослыми. В качестве стимульного материала используются две серии изображений эмоциональной лицевой экспрессии: контурные лица и реальные фотографии детских лиц, выражающие различные эмоции, изображения реальных эмоциональных выражений детских лиц. В первой серии изображений предложены три схематичные изображения эмоциональных состояний, а во второй – 14 изображений мальчиков и девочек. При этом контурные изображения обозначены наиболее характерными элементами лица: положение бровей, уголков рта.

Полученные данные показали что все испытуемые не испытывают трудностей в узнавании настроений изображенных схематично. Лишь один из школьников испытал трудность во 2 серии изображений (изображение стыда). Школьники без затруднений описывали ситуации, которые приводят к указанным настроениям.

Так же была использована методика А.И. Ахметзяновой «Прогностическая компетентность школьника» [2]. Методика позволяет, помимо выявления прогностических способностей, выявить отношение ребенка к различным сферам жизнедеятельности: отношение к учению, общение со сверстниками, взрослыми, виртуальное общение, отношение к болезни и отношения к семье [3].

Результаты методики показали, что все из школьников способны к прогностической компетентности. Кроме того, у трех из пяти школьников в прогнозе выражалась установка на социально одобряемое поведение. Все из испытуемых демонстрировали модель поведения, соответствующую возрасту и социально-коммуникативному развитию. Также у всех детей отмечалась оптимистическая установка на развитие событий. Но, все школьники в прогнозировании ситуаций выступали с пассивной позиции и предоставляли лишь один вариант развития событий, это говорит об инвариативности прогноза. Прогнозы всех испытуемых характеризовались обобщенностью прогноза. Кроме того, дети не использовали социальные связи и ограничивались лишь участниками ситуации, изображенных на картинке. При оценке речекоммуникативной функции все дети показали низкие результаты. Они продемонстрировали бедность рече-языковых средств, ограничивались простыми нераспространенными предложениями, активно использовали указательные жесты.

Полученные данные двух методик помогут нам в разработке индивидуальных коррекционных программ развития и внедрения их в моделируемую учителем-логопедом деятельность.

Образовательная модель представляет собой систему, которая отражает тот или иной подход к образованию, его роли в жизни человека.

Современная образовательная мо-

дель предусматривает индивидуальный характер обучения с учетом психологических характеристик обучающего, его интересов и потребностей. Образование должно помогать ребенку проявлять и развивать то, что заложено природой, а не формировать личность с заранее заданными свойствами. Необходимо создавать условия для самопознания и саморазвития каждого обучающегося, предоставлять как можно больше свободы выбора и самореализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений. – М.: Аспект Пресс, 2001
2. Ахметзянова А.И. Прогностическая компетентность младшего школьника с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие / А.И. Ахметзянова. – Казань: Изд-во Казан. Ун-та, 2017. – 46с.
3. Ахметзянова А.И., Нигматуллина И.А. Речевая коммуникация в структуре прогностической компетентности младших школьников с тяжелыми нарушениями речи / А.И. Ахметзянова, И.А. Нигматуллина // Гуманитарные науки. – 2017. – 2(38). – С. 105–114.
4. Ильин Е.П. Психология общения и межличностных отношений. Изд.: Питер, 2009. – 576 с.
5. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка. Москва-Воронеж, 1997. С. 87–150.
6. Молчанова Н.В. Влияние эмоций на коммуникативное взаимодействие: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05: Кострома, 2005 163 с. РГБ ОД, 61:05–19/625
7. Семаго Н.Я. Диагностический Комплекс психолога. Методика Эмоциональные лица. Москва, АПКиППРО, 2007. – 17 с.

Маркелова Т.В.

г. Новосибирск,

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

Научный руководитель: доцент Одиноква Н.А.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ИЗУЧЕНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ ТРУДНОСТЕЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА И ЗРЕНИЯ

Известно, что развитие личности детей с нарушенным слухом и зрением протекает в сложных условиях поз-

нания мира, связанных с замедлением процесса переработки информации, с более бедным и менее разнообраз-

разным практическим опытом, трудностями в общении и самореализации, ограниченными возможностями спонтанного усвоения социального опыта. Двигательные ограничения, которые значительно снижают жизненные возможности, служат причиной угнетения, уныния, стресса, потери веры в себя. Отсутствие знаний о неадекватности выражения своих чувств детей с проблемами зрения, часто создают превратное, ошибочное, ложное представление об их внутреннем мире [3]. Коммуникативные проблемы во многом обуславливают заниженную самооценку ребенка, имеющего сенсорные нарушения, его психоэмоциональное состояние, в ходе развития личности появляются новые типы поведения, формы взаимодействия, типичные для данной категории. Не всегда общество готово принять ребенка с комплексным дефектом. Поэтому как никогда наиболее актуальны вопросы коммуникативной толерантности общества к инвалидам, проблемы их конструктивного взаимодействия, проявления эмпатии, сочувствия, сопереживания [3]. Своевременная диагностика и коррекция коммуникативных трудностей детей позволит не упустить сензитивный период в развитии коммуникативной культуры личности и гармонизировать общение ребенка.

Целью нашего научного интереса стало изучение коммуникативных трудностей у детей младшего дошкольного возраста, имеющие нарушения слуха и зрения. Объектом исследования являются коммуникативные трудности младших школьников с нарушением слуха и зрения. Предмет исследования: внеурочная деятельность как средство, способствующее успешному преодолению коммуникативных трудностей младших школьников с нарушением слуха и зрения. В основу исследования положена гипотеза: успешное

преодоление коммуникативных трудностей младших школьников с нарушением слуха и зрения может быть обеспечено при условии специально разработанной внеурочной деятельности, учитывающей личностные возможности воспитанников. Являясь неотъемлемой частью образовательного процесса в школе, она имеет возможность расширить образовательное пространство, придав ему творческий подход, позволить школьникам использовать разнообразные возможности школьной жизни для своего физического, духовного, интеллектуального и культурного развития.

В соответствии с предметом, целью и гипотезой исследования необходимо последовательно решить следующие задачи: 1. Теоретически изучить проблему коммуникативных особенностей у младших школьников с нарушением зрения и слуха в научных исследованиях. 2. Подобрать диагностические методики, провести их модификацию и адаптацию для изучения коммуникативных трудностей у младших школьников с нарушением слуха и зрения. 3. Провести исследование и проанализировать полученные результаты. 4. Разработать, обосновать и провести внеурочную деятельность по преодолению коммуникативных трудностей младших школьников с нарушением слуха и зрения.

Исследование проводилось на базе специальных (коррекционных) школ-интернатов для детей с нарушением слуха и зрения г. Новосибирск, г. Искитим, г. Куйбышев Новосибирской области, общественной организации инвалидов «Ассоциация «Интеграция»» г. Новосибирск. В исследовании принимали участие 37 детей с комплексным нарушением слуха и зрения – учащиеся начальных классов. Согласно заключению врача-сурдолога, у детей преимущественно диагноз – сенсоневральная тугоухость III-IV степени, глухота на одно ухо. Врачом-офтальмологом установлено, что большинство детей имеют функциональные нарушения: миопию, гиперметропию, астигматизм, косоглазие (сходящееся и расходящееся), амблиопию, анизометропию. У некоторых детей установлен диагноз:

ангиопатия сетчатки, врожденная аномалия развития слезных путей. Почти все дети протезированы биноурально слуховыми аппаратами, один ребенок после операции кохлеарной имплантации. Для увеличения визуальной информации, снятия зрительного напряжения, согласно заключению и рекомендациям врача-офтальмолога, все дети носят очки.

В силу вида, степени и характера слухового и зрительного нарушения, учитывая рекомендации Е.Н. Подкопзиной [6], Л.Н. Ростомашвили [7], Л.И. Солнцевой [8], Л.В. Фомичевой [10], в данных заданиях были использованы элементы модификации, адаптации инструкций, стимульного материала и процедуры проведения (рельефное изображение, увеличение изображения, крупный шрифт, черный контур, трафареты, адекватный фон, восковые мелки и карандаши, оставляющие жирный след для более удобного раскрашивания), опора на специальные принципы, адекватные методы и приемы работы.

Для определения коммуникативных трудностей младших школьников с нарушением слуха и зрения был подобран комплекс заданий:

1. Коммуникативные действия: «Собери картинку», Д.И. Бойков, С.В. Бойкова [1]; «Рукавички», Г.А. Цукерман [11]. Цель: определение уровня овладения универсальными коммуникативными действиями, выявление качественных характеристик овладения речевыми и паралингвистическими средствами коммуникации. Участвуют по двое детей, которым, в контексте взаимодействия и умения договориться, предлагают выполнить задания. В первом случае: собрать одну на двоих парную картинку, разрезанную на несколько частей. Во втором: красиво оформить (украсить) белые рукавички так, чтобы в итоге у них получились две одинаковые варежки. Протоколируются высказывания детей, которыми они сопровождают совместную деятельность. В бланке фиксируется наличие или отсутствие в коммуникации действий организационных, перцептивных, оперативных. Учитываются навыки владения речевыми средствами

коммуникации: объем лексического запаса, сформированность звукопроизношения, грамматического строя речи. Анализируются навыки владения паралингвистическими средствами: мимикой, жестами, интонацией. Определяется владение позой, координацией движений.

2. Коммуникативный контроль: опросник, М. Шнайдер [9]. Цель: определение уровня коммуникативного контроля. Опросник включает 10 высказываний, отражающих реакции на некоторые ситуации общения. Для более удобного восприятия текста используется шрифт Arial 24 кегль. Предлагается отметить «верные» или «неверные» для себя высказывания. Ответы оцениваются. В итоге все баллы суммируются, анализируются и интерпретируются, согласно предложенному ключу.

3. Невербальная коммуникация: «Назови и передай эмоцию», Н.А. Зимина [2]. Цель: изучение умения понимать смысл эмоционального состояния собеседника по мимике и на этой основе строить диалог. Методика предполагает работу в парах. Детям предлагается несколько карточек, с изображенными на них лицами, с разными эмоциональными состояниями. Одному из ребят необходимо передать эмоцию, изображенную на картинке, своему товарищу, который в ответ должен определить эмоциональное состояние, испытываемое собеседником, назвать ее (грусть, страх, удивление, радость, печаль, отвращение, презрение, гнев, восторг, заинтересованность, гордость). Устанавливается умение понимать (воспринимать) эмоцию другого человека, осознать его настроение и на этой основе построить диалог. В критерии оценивания входит количество правильно названных, понятых позиций в общении, переданных эмоциональных состояний. Варианты ответов заносятся в протокол. Результаты ин-

терпретируются.

4. Коммуникативная деятельность: групповые игры «Зайди в круг», «Выполни инструкцию», «Зеркало», С.И. Панченко [5]. Цель: изучение взаимоотношений детей со сверстниками, коммуникативных умений и коммуникативного статуса в условиях игровой ситуации детской группы. В основе данной методики лежит групповая игра. Оценивание участников осуществляется на основе наблюдения в условиях игровой ситуации. Отмечается нежелательное поведение, выявление лидера, организатора, способ поведения в потенциально конфликтной ситуации, умение использовать невербальные средства экспрессии (мимику, пантомимику, жесты), коммуникативные умения.

Ребенок уже в дошкольном возрасте начинает овладевать способностью рассматривать и оценивать собственные действия, в частности коммуникативные. Осознание ребенком смысла и содержания собственных коммуникативных действий становится возможным только тогда, когда он умеет самостоятельно рассказывать о своем действии, подробно объяснить, что и для чего он делает и говорит.

В результате исследования было выявлено, что младшие школьники с нарушением слуха и зрения в ситуациях общения испытывают разнообразные коммуникативные трудности. Часто наблюдались сложности в понимании инструкции, требовался ее повтор, отмечался медленный темп выполнения заданий, отвлекаемость, отказ от выполнения задания. Среди трудностей, связанных с личностными особенностями можно выделить следующие: агрессивность, зависимость, ригидность, эгоцентризм; с недостаточным уровнем развития коммуникативных способов воздействия такие как: вербальные, невербальные, паралинг-

вистические. В коммуникации мало используют мимику, жесты, недостаточно активно используют грамматические конструкции, лексика ограничена. В коммуникативной деятельности в основном отмечен низкий уровень операционных, перцептивных, организационных средств коммуникации. Трудности вызывало задание передать эмоциональное состояние собеседника, понять собственные чувства. Ребятам было трудно оценить последствия собственных коммуникативных действий, признавать свои ошибки, соотносить свой потенциал с реальными требованиями коммуникативных ситуаций.

На основании полученных результатов разрабатывается план коррекционно-развивающих мероприятий внеурочной деятельности по направлениям: спортивно-оздоровительное (спортивные мероприятия, соревнования),

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойков Д.И., Бойкова С.В. Как учить детей общаться. СПб.: НОУ «СОЮЗ», 2004. 352 с.
2. Зимина Н.А. Психологическая диагностика коммуникативного потенциала личности. Н. Новгород: ННГАСУ, 2015. 42 с.
3. Одинокоева Н.А. К вопросу о проблеме включения детей с комплексными нарушениями в среду здоровых сверстников // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2016. № 8. С.59–65.
5. Панченко С.И. День за днём в жизни вожатого. В помощь всем, кто работает или будет работать с подростками в детском лагере. М.: НИИ школьных технологий, 2008. 352 с.
6. Подколзина Е.Н. Особенности использования наглядности в обучении детей с нарушениями зрения // Дефектология. 2005. №6. С. 33–40.
7. Ростомашвили Л.Н. Педагогические технологии в адаптивном физическом воспитании детей младшего школьного возраста со сложными нарушениями развития: автореф. дис. ... д-ра пед. наук. СПб., 2014.
8. Солнцева Л.И. Адаптация диагностических методик при изучении детей с нарушениями зрения // Дефектология. 1998. № 4. С.9–15.
9. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. С. 120–121.
10. Фомичёва Л.В. Клинико-педагогические основы обучения и воспитания детей с нарушением зрения: Офтальмологические и гигиенические аспекты охраны и развития зрения: Учебно-методическое пособие. СПб.: КАРО, 2007. 256 с.
11. Цукерман Г.А. Переход из начальной школы в среднюю, как психологическая проблема // Вопросы психологии. 2001. №5. С.19–34.

общеинтеллектуальное (конкурсы, викторины, олимпиады), духовно-нравственное (диспуты, семинары, дискуссии, беседы), общекультурное (экскурсии, посещение театров, музеев, выставочных залов, просмотр фильмов), социальное (тренинги, квесты). Мы считаем, что внеурочная деятельность со своими видами, формами работы с детьми может быть наиболее эффективным средством и окажет положительное влияние на возможность преодоления выявленных коммуникатив-

ных трудностей, что обеспечит благоприятное эмоциональное состояние, повлияет на учебную деятельность, скажется на улучшении качества их жизни и развитии личности в целом.

Новичкова К.В.

г. Москва,

ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Черкасова Е.Л.

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БАЗИСА ПИСЬМА У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

В научных исследованиях по логопедии отмечается, что у детей с нарушениями устной речи нередко обнаруживаются те или иные трудности в ходе овладения ими письменной речью в условиях школьного обучения, что связано с недостатками их обучения грамоте в дошкольном возрасте. В значительной степени проблема обучения грамоте раскрыта в работах Г.А. Каше [2], И.Н. Садовниковой [5], Т.Б. Филичевой [6], Г.В. Чиркиной [4], А.В. Ястребова [9] и других. В данном вопросе особую важность приобретает разработка системы методов и приемов по изучению и формированию функционального базиса письма, как пропедевтики дисграфии.

Нами была разработана методика выявления сформированности функционального базиса письма у старших дошкольников, использование которой позволило выявить уровни сформированности функционального базиса письма у старших дошкольников с общим недоразвитием (III уровень) и разработать методику коррекционно-развивающей работы.

Проведенный анализ современных подходов к определению сфор-

мированности функционального базиса письма явно показал, что методика обследования должна иметь комплексный характер и включать логопедические и нейропсихологические разделы обследования. Для выявления состояния функционального базиса письма у старших дошкольников с общим недоразвитием речи (III уровень) нами был проведен констатирующий эксперимент. Целью экспериментального изучения являлось выявление особенностей устной речи и неречевых процессов, составляющих функциональный базис письма старших дошкольников с общим недоразвитием речи. Было обследовано 32 дошкольника 5–6 летнего возраста: 16 детей с общим недоразвитием речи (III уровень), с нормальным слухом и сохранным интеллектом (составили экспериментальную группу), а также 16 дошкольников – безречевых нарушений (составили группу сопоставительного анализа). Разработка методики констатирующего эксперимента осуществлялась с учетом ряда фундаментальных положений психологии, психофизиологии о формировании письма, данных психологического, психолинг-

вистического и лингвистического и логопедического аспектов изучения нарушений речи. Методика обследования строилась на совокупности взаимосвязанных приемов, заданий. Констатирующий эксперимент проводился в три этапа.

I этап. Экспериментальное исследование речевых предпосылок. Цель: исследование особенностей сформированности речевых процессов. На данном этапе изучались такие компоненты как звукопроизношение, слоговая структура слов, фонематическое восприятие, словарный запас.

II этап заключал в себе экспериментальное исследование неречевых процессов, составляющих функциональный базис письма. Данный этап содержал изучение зрительно-пространственного восприятия, слуховой и зрительной памяти.

III этап – сопоставление результатов исследования. Проведение класстерного анализа.

Каждый этап состоял из серий заданий. Задания предлагались в игровой форме, так как игра является ведущим видом деятельности в дошкольном возрасте. Нами были проанализированы и обобщены результаты, полученные при проведении констатирующего эксперимента с целью выявления состояния уровней сформированности речевых и неречевых процессов, составляющих функциональный базис письма.

На первом этапе было проведено исследование речевых процессов, которые составляют функциональный базис письма. Исследовалось звукопроизношение, слоговая структура слова, фонематические процессы, словарный запас. Для исследования звукопроизношения нами были использованы общепринятые в логопедии методики (Л.С. Волкова [3], Р.Е. Левина [1], Т.Б. Филичева [6], М.Ф. Фомичева [7],

Г.В. Чиркина [4] и др.). Для выявления характера нарушений произношения звуков (отсутствие, замена на другие звуки, смешение, искаженная артикуляция в различных условиях произношения) нами был использован прием самостоятельного называния картинок. В названии данных картинок исследуемый звук находился в различных позициях: вначале, середине, конце слова и в стечении согласных звуков. Для исследования слоговой структуры слова мы руководствовались мнением исследователей (Г.В. Бабина, А.Н. Гвоздев, А.К. Маркова и др.) полагающих, что при нормальном речевом развитии ребенок в возрасте трех лет способен произносить слова различной слоговой сложности, а нарушения структуры слов появляются, в основном, в малознакомых словах. Для исследования слоговой структуры слова использовались картинки, названия которых соответствовали словам тринадцати основных классов (по А.К. Марковой). Исследование слоговой структуры показали, что старшие дошкольники с общим недоразвитием речи испытывали трудности при произнесении слов 7, 8, 10, 11, 12, 13 классов и слов сложной слоговой структуры (по А.К. Марковой). А также слов, имеющих сложную слоговую структуру. Исследование фонематических процессов состояло из трех серий заданий, разработанных на основе методик Г.А. Каше [2], Т.Б. Филичевой [6], Г.В. Чиркиной [4]. Первая серия заданий была направлена для выявления особенностей фонематического восприятия. Вторая серия заданий была направлена на исследование звукового анализа и синтеза. Третья серия заданий была направлена на выявление особенностей фонематического представления.

Для исследования фонематического восприятия использовались задания: выделение предложенного звука из ряда звуков, слогов, слов; повторение слогов с оппозиционными фонемами. Не дифференцированность фонематического восприятия явно проявлялось при различении как артикуляторно близких звуков, так и акустически сходных звуков. Звуковой анализ и синтез исследовали с помощью

заданий, включающих последовательное называние всех звуков в слове; выделение первого и последнего звука в слове; определение места заданного звука в слове; языковой синтез слов из названных в правильной и неправильной последовательности звуков. Речевой материал был отобран с учетом акустических характеристик звуков фонетических особенностей согласных, а также были учтены этапы формирования фонематического восприятия в онтогенезе (Н.Х. Швачкин) [8]. Исследование показало, что большинство детей с нормальным речевым развитием справились с предложенными заданиями верно. Дети без затруднений выполняли задания на определение первого гласного и согласного звука в словах.

Исследование словарного запаса у детей с общим недоразвитием речи осуществлялось с опорой на предметные и сюжетные картинки и предполагало выявление у дошкольников с общим недоразвитием речи состояния номинативного, предикативного, атрибутивного словаря и словаря признаков. Наглядный материал был представлен по тематическому признаку: игрушки, семья, посуда, мебель, одежда, части тела, животные, растения; по ситуативному признаку: магазин, почта, мастерская, класс. Дети допускали ошибки в употреблении слов, словообразовании, подборе антонимов и синонимов. Исследование предикативного словаря показало, что, употребляя глаголы дошкольники нечетко понимали значение слов. Особые трудности возникали при подборе антонимов, редко встречающихся в бытовом обиходе. Например, река голубая, а ручеек ...маленький), к существительным (добро, храбрость и др.) к прилагательным печальный, пасмурный и т.д.

На втором этапе констатирующего эксперимента были исследованы неречевые процессы, составляющие функциональный базис письма. Нами было исследовано зрительно-пространственное восприятие, слуховая память, моторно-двигательное развитие детей с общим недоразвитием речи и с нормой речевого развития. Исследование зрительно-простран-

ственного восприятия включало в себя выявление способности узнавать реалистические изображения предметов и соотносить их со словами. Умение называть предметы, которые были перечеркнуты на изображении, умение распознавать изображение предметов, наложенные друг на друга. А также исследование способности детей опознавать предметы по их частям, фрагментам. Исследование показало, что у детей с общим недоразвитием речи возникали трудности на узнавание и называние предметов. Значительные трудности дети испытывали при узнавании и назывании перечеркнутых предметов.

Для исследования слуховой памяти было предложено воспроизведение по слуховому образцу ритмических рисунков. Ритмические рисунки были представлены в виде отстукивания карандашом по столу. Ребенку необходимо было запомнить, как стучит воспитатель и повторить. Исследование моторно-двигательного развития заключалось в изучении общей и тонкой ручной моторики. Исследование выявило состояние статистической координации движений, динамической координации движений. Помимо общей моторики был выявлен уровень тонкой ручной моторики. Результаты исследования показывают, что у детей с общим недоразвитием речи (III уровень) моторно-двигательное развитие имеет ниже уровень, чем у детей с нормой речевого развития. Наибольшие затруднения дети с общим недоразвитием речи сталкивались при выполнении таких заданий, как «Игра на роле», где детям необходимо было поочередно прикасаться пальцами к столу, от большого пальца к мизинцу и от мизинца к большому пальцу. Помимо этого, у детей с общим недоразвитием речи возникали трудности при выкладывании мозаики, наделании

бусинок на нитки. Дети с нормой речевого развития успешно справились с заданиями.

Результаты экспериментального исследования показали, что у старших дошкольников с общим недоразвитием речи (III уровень) речевые и неречевые процессы, составляющих функциональный базис письма, недостаточно сформированы.

Данные результаты послужили основой для организации обучающего эксперимента и определили специальные коррекционные приемы и средства, способствующие формированию функционального базиса письма у старших дошкольников с общим недоразвитием речи.

Экспериментальное обучение проводилось на базе ЧУДДО «Детское Поместье» и дошкольного образовательного учреждения «Ковчег» (г. Щелково). Для оценки эффективности коррекционной работы по формированию функционального базиса письма участвующие в констатирующем эксперименте дошкольники с общим недоразвитием речи (16 человек) были разделены на две группы: экспериментальную (8 детей) и контрольную (8 детей). Контрольная группа обучалась по традиционной методике, а экспериментальная группа – по предложенной нами.

Работа проводилась 2–3 раза в не-

делю в первой половине дня на групповых занятиях. Методика обучения элементам грамоты включала разнообразные дидактические игровые упражнения и задания. Для развития фонематических процессов проводились игры «Послушай, о чем говорит улица», «О чем говорит лес?», «Колокольчик», «Отгадай, что звучит», «Живописец». Для развития словарного запаса проводились такие игры, как «Додумай и договори», «Придумай загадку», «Деревянный, бумажный, стеклянный» и т.д. В процессе развития зрительно-пространственного восприятия осуществлялось закрепление схемы тела, ориентировка в пространстве, ориентировка на листе бумаги. Проводились игры «Распутай буквы», «Строитель» и т.д. Развитие слуховой памяти и слухового восприятия осуществлялось в тесной взаимосвязи по развитию фонематического и зрительно восприятия. Для развития двигательных навыков пальцев рук предлагались упражнения на манипулятивные действия с предметами, штриховки фигур и т.д. Для активизации вышечного контроля были введены упражнения без зрительного контроля, которые позволяли овладеть приемами выполнения действий на основе тактильно-двигательных ощущений. В результате проведенное нами исследование позволило изучить состояние функционального базиса письма у старших дошкольников с общим недоразвитием речи (III уровень). Проведенный обучающий эксперимент показал, что предложенная нами методика эффективна для формирования функционального базиса письма у старших дошкольников с общим недоразвитием речи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. М.: Альянс, 2013. – 366 с.
2. Каше, Г.А. Подготовка к школе детей с недостатками речи. М.: Книга по Требованию, 2012. – 171 с.
3. Логопедия. Теория и практика / под ред. Филичевой Т. Б., – Москва: Эксмо, 2017.- 608 с.
4. Основы логопедической работы с детьми: Учебное пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ / Под общ.ред. д. п. н., проф. Г. В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. М.: АР-КТИ, 2003. – 240с.
5. Садовникова И.Н. Нарушение письменной речи и их преодоление у младших школьников. М.: Грант, 1998. – 178 с.
6. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: практическое пособие / Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина. – Изд. 5-е. М.: АЙРИС ПРЕСС, 2008. – 209 с.
7. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. М.: Воронеж: 1997. – 239 с.
8. Швачкин Н.Х. Возрастная психология: Хрестоматия. Учебное пособие/ Составление К.Ф. Седова. М.: Лабиринт, 2004. – 330 с.
9. Ястребова А.В., Спирина Л.Ф., Бессонова Т.П. Учителю о детях с недостатками речи. / Изд. 2-е. М.: АРКТИ, 1997. – 131 с.

г. Казань,
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет».
Научный руководитель: к.п.н., доцент Нигматуллина И. А.

ВЕРБОТОНАЛЬНЫЙ МЕТОД КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ КОММУНИКАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С БИСЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Существует множество приемов и методов формирования и развития навыков коммуникации у детей. В коррекционно-педагогической литературе описываются данные способы применительно к лицам с нарушениями слуха или нарушениями зрения. Однако, проблема изучения методов формирования навыков коммуникации младших школьников с бисенсорными нарушениями остается открытой, что определяет ее актуальность. Это формирует цель данного исследования: изучить и проанализировать общие и специальные методы и приемы, обеспечивающие развитие коммуникативных функций у детей с нормальным развитием, с нарушениями слуха/зрения, комплексными нарушениями.

У ребенка младшего школьного возраста в норме развиты все формы общения, что помогает ему познать самого себя, других детей и человеческие отношения. Формирование этих форм происходит на основе личностных мотивов и на фоне разнообразной деятельности: учебной, игровой, трудовой и познавательной, удовлетворяя потребность во взаимопонимании и сопереживании, используя все ранее усвоенные средства общения комплексно. Важными условиями является переход ребенка на более высокий уровень развития мышления, появление словесно-логической формы, совершенствование познавательных способностей, обогащение и увеличение личностных интересов, преобразование всей жизнедеятельности детей. И.А. Гришанова указывает, что в младшем школьном возрасте у многих учащихся коммуникативные навыки сформированы [2, с. 183].

В работах Т.А. Репиной [4, с. 65, 220], В.С. Мухиной [3, с. 5], О.М. Госухиной [1, с. 7] и других отмечается,

что в основе успешной коммуникации ребенка лежит его деятельность – или способность организовать совместную игровую деятельность, или успешность продуктивной деятельности. По мнению В.С. Мухиной, успешно в деятельности повышает активность детей в общении: они начинают реализовывать свои притязания, стремятся быть признанными. Признание окружающими повышает активность в общении, непризнание, напротив, понижает ее: дети становятся пассивными, замыкаются в общении.

Л.С. Выготский, Р.И. Жуковская, И.Г. Яновская в своих исследованиях также отмечают позитивное влияние игровой деятельности (в частности ролевые, творческие игры) на развитие коммуникативной сферы ребенка путем воспитания нравственности и общечеловеческих моральных ценностей. Данный метод описывается как воспитание посредством фольклорного искусства, которое предполагается рассматривать в общем контексте воспитания. Сюда же относят приемы, направленные на развитие коммуникативной сферы на занятиях и в повседневной деятельности, такие как: коммуникативные игры-упражнения; беседы на различные темы; ситуации общения, разыгрывание и решение «трудных» ситуаций; игры со словом; хороводы, танцы, театрализация сказок; чтение и совместное обсуждение художественных произведений; обыгрывание эмоционального состояния; спортивные, подвижные игры; совместные праздники, развлечения, вечера отдыха для детей и взрослых.

Косвенными методами развития коммуникативных навыков у младших школьников можно считать методы исследовательской и проектной деятельности. В первом случае используются

такие приемы, как эвристические беседы, постановка и решение вопросов проблемного характера, наблюдение, опыты, подражание голосам и звукам природы, использование художественного слова, дидактические игры, игровые обучающие и творчески развивающие ситуации. Целью метода проектной деятельности является развитие и обогащение социально-личностного опыта посредством включения детей в сферу межличностного взаимодействия.

Не следует забывать о психическом и социальном здоровье ребенка, которое обеспечивает эмоциональную комфортность и позитивное психологическое самочувствие ребенка в процессе общения. Все это предусматривает здоровьесберегающий метод, обеспечивающий ребенку возможность сохранения здоровья, формирование у него необходимых знаний, умений, навыков по здоровому образу жизни.

Катаева Г.В. в своей статье рассказывает об эффективном использовании современных технологий по формированию навыков коммуникативного общения у детей. Она описывает технологии: педагогического общения; педагогического разрешения конфликта; предъявления педагогического требования; педагогической оценки поведения и поступков детей; коллективного творчества (И.П. Иванов); организации и проведения группового воспитательного дела (Н.Е. Щуркова); игровые технологии; технологию-тренинг; социально-педагогического проектирования.

Следует отметить, что коммуникативное развитие детей, имеющих бисенсорные нарушения, значительно отстает от нормы. Л.И. Солнцева считает, что развитие коммуникативной деятельности детей с нарушениями зрения происходит вследствие коррекции речевого развития. Определяющими методами для этого являются обо-

гащение сенсорного опыта детей, его систематизация и обобщение, формирование целостного представления о предметном мире вокруг ребенка [5, с. 54].

Для формирования неречевых средств общения у детей со зрительными нарушениями Н.А. Яковлева выделяет следующие приемы: непосредственный показ нового движения с обязательным словесным сопровождением; прием сопряженных действий; специальные игры и упражнения, которые включают ребенка в активную деятельность [7, с. 96]. Особое внимание необходимо уделять разнообразию дидактического материала (картинки, иллюстрации, специально изготовленные шаблоны, театральные маски, фотороботы, перчаточные куклы и т. д.).

И.В. Тюрлик была составлена и апробирована психокоррекционная программа «Шаг к общению». Целью которой является формирование навыков коммуникации, обучение умению воспринимать и передавать эмоции, также усвоить новые образцы творческого поведения в социуме, в результате чего происходит обеспечение успешной социализации ребенка с нарушением зрения.

В настоящее время существует множество различных методик обучения слабослышащих детей. Выделяются два основных традиционных метода обучения: устный метод (детей учат использовать только письменную и устную речь); жестовый метод (предполагает обучение детей на основе дактилологии и жестового языка). Формирование коммуникативных умений требует использование разнообразных методов. В младших классах наибольшее применение находят словесные, наглядные, практические и репродуктивные методы, а также игра.

При формировании коммуникативных навыков у детей с нарушениями слуха часто опираются на развитие речевых умений и навыков, применяя приемы моделирования и обыгрывания реальных ситуаций общения через упражнения, основанные на моделировании проблемных ситуаций речевого общения, ролевые тренировки, дидактические игры, игры – упражнения, а так-

же сюжетно – ролевые игры [7, с. 113].

Как отмечает Туджанова К.И., в практике обучения слепоглухих детей развитие средств общения начинается с использования средств несимволической коммуникации. Несимволическая коммуникация – это передача сообщения без использования символов (картинок, рисунков, слов, жестов). Особое место на начальном этапе формирования средств общения слепоглухого играют естественные жесты («иди ко мне», «да», «нет», «нельзя» и др.). Большую роль играет указательный жест, который Л.С. Выготский считал первым признаком направленности на предмет. Таким образом, формирование естественных жестов у ребенка делает несимволическую коммуникацию более специфичной, интерактивной и является очень важной ступенью на пути к развитию символических форм коммуникации [6, с. 144].

Переход к формированию более сложных коммуникативных умений и навыков зависит от развития символических средств общения. Символическая коммуникация – общение с исполь-

зованием языка и других символов. В литературе широко представлены приемы, способствующие развитию несимволической коммуникации слепоглухого ребенка [6, с. 144].

В социальной реабилитации детей с нарушением слуха применяется верботональный метод, разработанный хорватским профессором лингвистики Загребского университета, академиком П. Губерина (Petar Guberina). Данный метод обучения является эффективным для развития слухового восприятия и формирования устной речи, развития познавательной сферы; способствует формированию мотивации к речевой коммуникации, учению и в результате – формированию коммуникативной функции речи.

Он даёт возможность реабилитации детей со значительной потерей слуха. У верботонального метода есть два принципиально важных преимущества перед теми методами, которые используются в отечественной коррекционной педагогике: процесс реабилитации глухих и слабослышащих детей со значительной потерей слуха проходит гораздо быстрее, к тому же благодаря современной и качественной аппаратуре дети учатся слушать и говорить в комфортных условиях; достигнутые результаты хорошо закрепляются, поскольку «формируется слуховая картинка в коре головного мозга», что позволяет сохранить навыки, приобретенные в ходе реабилитации, на всю жизнь.

Важным моментом является то, что верботональный метод позволяет формировать у глухих детей модулированную, звучную, естественную речь. Использование специальной аппаратуры позволяет максимально расширить слуховое поле, развить остаточный слух, приблизить речь к норме. Дети получают возможность более точно и в большем объёме воспринимать на

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гостюхина, О.М. Влияние самостоятельных игровых объединений на формирование доброжелательных отношений дошкольников: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М, 1984. – 24 с.
2. Гришанова, И.А. Возможности формирования коммуникативной успешности у обучаемых в условиях учебного общения // Образование и наука без границ: материалы II Международной научно-практической конференции – Днепропетровск: Наука и образование, 2006. – 432 с.
3. Мухина, В.С. Психология детства и отрочества: учебник для студентов психолого-педагогических факультетов вузов. – М.: Институт практической психологии, 2008. – 25 с.
4. Репина, Т.А. Социально-психологическая характеристика группы детского сада. – М., 1988. – 207 с.
5. Солнцева, Л.И. Тифлопсихология детства. – М.: Полиграф сервис, 2000. – 126 с.
6. Туджанова, К.И. Особенности формирования средств коммуникации у детей с комплексными сенсорными нарушениями (слепоглухих) // Актуальные проблемы социально-гуманитарных знаний. – 2015. – С. 141–145.
7. Феоктистова, В.А. Развитие навыков общения у слабовидящих детей. – СПб.: Речь, 2005. – 128 с.
8. Хвостова, Е.В. Формирование коммуникативных умений у детей с нарушением слуха // Педагогика: гуманитарное образование младших школьников: материалы XVIII всеросс. студ. научно-практ. конф. (г. Нижневартовск, апрель 2016 г.). – 2016. – С. 701–704.

слух речевой материал и воспроизводить его правильно с соблюдением интонации.

Таким образом, анализ литературы по проблеме формирования навыков коммуникации младших школьников показал, что существует множест-

во методов, помогающих формировать и развивать коммуникативную деятельность как у детей с нормой развития, так и с отклонениями. Тем не менее, универсального способа не выявлено. Поэтому, мы считаем, что использование верботонального метода поможет добиться хороших результатов в работе с детьми с бисенсорными нарушениями. Используя в качестве отправной точки остаточный слух, развивая интонационную сторону речи, верботональный метод помогает сформировать и развить навыки коммуникации у данной категории детей.

Понамаренко М.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАВЫКОВ ЗВУКОВОГО АНАЛИЗА И СИНТЕЗА У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Для успешного овладения грамотой детям дошкольного возраста необходим развитый навык звукового анализа и синтеза. Умение правильно выделять звук в слове, позволит в дальнейшем освоить фонетический разбор слова.

Проблемой изучения звукового анализа и синтеза занимались такие ученые, как: Т.А. Ткаченко, Н.Х. Швачкин, И.К. Архипова, Т.Г. Рамзаева, М.Р. Львов, Р.Е. Левина, Р.М. Боскис, Л.Ф. Чистович, А.Р. Лурия, Л.С. Волкова, В.И. Селиверстов, Н.С. Четверушкина и, тем не менее, этот вопрос не является до конца разрешённым.

Термины фонетического или звукового анализа и синтеза Л.С. Волковой рассматриваются как действия по разбору и созданию слова из звуков речи [2].

Под звуковым синтезом понимается воссоздание слова из различных фонем. Помимо этого он предполагает, прежде всего, способность к созданию слова с помощью слогов. В свою очередь, понятие звуковой анализ включает в себя выделение звука из слога, слова [3].

В.К. Орфинская выделяет три формы звукового анализа:

- выделение звука;
- выделение позиции звука;
- определение последовательности звуков и места в слове.

По мнению В.К. Орфинской, навыки звукового анализа и синтеза определяются следующей последовательностью компонентов:

- Разделение на слух гласных и согласных звуков;
- Выделение гласного ударного звука в начале слова;
- Выделение гласного звука среди других звуков в слове;
- Умение составления слогов из последовательности разных звуков;
- Умение выделять первый и последний согласный в словах;
- Способность к подбору слов на заданные звуки;
- Выделение согласного звука среди последовательности других звуков;
- Соединение звуков в слоги, слогов в слова [4].

Навык звукового анализа и синтеза можно отнести к умениям, которые формируются не спонтанно, а требуют усилий и работы по их формированию и развитию.

Необходимым условием для формирования данного навыка является развитие фонематического восприятия и звукопроизношения.

Д.Б. Эльконин определяет фонематическое восприятие как умение слышать звук в слове, а также производить разбор слов на фонемы во внутреннем плане [7].

По мнению И.Н. Садовниковой для лучшего формирования звукового анализа и синтеза необходимо проводить работу по развитию фонематического восприятия, но при этом осуществлять ее с учётом видов речевой деятельности, характера упражнений и речевого материала [5].

Наибольшие трудности при овладении навыком звукового анализа и синтеза испытывают дети с речевыми нарушениями. Одним из таких нарушений является общее недоразвитие речи, которое и легло в основу нашего исследования.

Опираясь на теоретические данные, мы можем говорить о том, что у дошкольников с ОНР готовность к овладению данным навыком в два раза хуже, чем у нормально говорящих детей.

У детей с общим недоразвитием речи восприятие фонем имеет свои специфические особенности, что обусловлено незаконченностью формирования процессов правильного произношения и восприятия звуков. В устной речи неумение правильно определить звук ведет к заменам и смешениям их в речи. Как правило, смешиваются следующие фонемы: парные звонкие и глухие согласные, лабиализованные гласные, сонорные, свистящие и шипящие, аффрикаты смешиваются как между собой, так и с любым из своих компонентов. Такая форма развития звуковой стороны речи мешает овладению навыком анализа и синтеза звукового состава слова.

По данным Л.Ф. Спировой, низкий уровень фонематического восприятия у детей с ОНР влияет на развитие навыков звукового анализа и синтеза, что

проявляется в: нечётком различении на слух фонем в собственной и чужой речи; не готовности к элементарным формам звукового анализа и синтеза; затруднении при анализе слова [6].

В тех случаях, когда нарушение менее выражено, дети с ОНР правильно слышат и выделяют звуки в различных словах и положениях, но возникают затруднения при анализе слов с дефектно произносимыми звуками. Здесь характерны замены одного звука другим. Дети затрудняются в подборе картинок, включающих данный звук, в самостоятельном придумывании и назывании слов с заданным звуком.

Говоря о развитии навыка звукового анализа и синтеза, можно отметить, что у детей данной категории будут вызывать затруднения задания на выделение звуков, в последовательном произнесении звуков и составлении слов.

В исследованиях Г.В. Бабиной и Н.А. Грасе были выявлены такие особенности развития навыка звукового анализа и синтеза, которые проявляются в пропусках гласных звуков в словах, в зависимости от структурной сложности, пропусках нескольких безударных гласных, пропусках безударной гласной в определенной позиции (начало или середина) и пропусках целых слогов, а также добавлении лишних звуков и перестановках слогов [1].

Авторы, занимающиеся исследованием данного навыка у детей с общим недоразвитием речи отмечают, что наиболее трудными заданиями являются определение звука в середине слова и определение количества звуков. Это говорит о том, что фонематическая сторона речи детей с ОНР сформирована недостаточно и механизм нарушения фонематической стороны речи у них неодинаков.

Таким образом, недостаточная сформированность навыков звукового анализа и синтеза у детей с общим

недоразвитием речи, приводит к неточным представлениям о звуковом составе слова. У большинства детей отставание в развитии фонематических функций неоднородно. Одни могут справиться с простыми заданиями (выделение первого или последнего звука), но затрудняются при выполнении более сложных форм анализа и синтеза. В другом случае детям доступны более сложные формы звукового

анализа и синтеза, но могут возникать трудности определения начальной позиции звука.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бабина Г.В., Грассе Н.А. Формирование навыка фонемного анализа у детей с общим недоразвитием речи // Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция. – М.; Воронеж: МОДЭК, 2001.
2. Волкова Л.С. Логопедия. – М., 1989.
3. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. Учебное пособие. – СПб., 1998.
4. Орфинская В.К. О воспитании фонологических представлений в младшем школьном возрасте // Тр. ЛГИПИ им. А.И. Герцена, 1946.
5. Садовникова, И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников / И.Н. Садовникова. – М.: «Владос», 1997. – 184 с.
6. Спирина Л.Ф. Особенности звукового анализа у детей с недостатками речи. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1957.
7. Эльконин Д.Б. Формирование умственного действия звукового анализа слов у детей дошкольного возраста // Доклады АПН РСФСР. – Вып. 1. – 1957.

Рахманина В.О.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н. Артеменкова Л.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОГОРИТМИКИ В КОРРЕКЦИИ ЗАИКАНИЯ

Заикание – это тяжелое нарушение коммуникативной функции речи, причинами которого могут быть анатомо-физиологические, психические и социальные причины [2].

Логопедическая ритмика – это одна из форм коррекционной работы, при которой используется слово, музыка и движение.

Преимуществом логоритмики является его стремление растормозить перенапряженный мышечный тонус многих детей. Напряжение это часто соответствует заторможенности речи и является серьезным препятствием для успешного выправления.

Логопедическая ритмика хорошо применяется в такой системе комплекса психолого-педагогических мероприятий, как коррекции таких нарушений как заикание, афазия, фонетико-фонематическое недоразвитие речи и др. Занятия логоритмикой включают в себя речь, двигательная деятельность и музыкально-ритмическое сопровожде-

ние. Человеческая речь очень музыкальна сама по себе, слова и фразы, произносимые человеком имеют собственную ритмику, поэтому логоритмические упражнения при правильной организации процесса и некой постоянности могут приводить к удивительным результатам.

О значении ритмичного и логоритмического влияния говорили и писали многие исследователи, ученые. В. Бехтерев показал, что ритмические рефлексы приспосабливают организм ребенка реагировать на определенные раздражители (слуховые, зрительные), устанавливают равновесие в деятельности нервной системы, успокаивают слишком возбужденные и розторможивают замедленные, заторможенные, урегулируют неправильные и лишние движения. В. Гиляровский писал, что положительное влияние на общий тонус, на моторику, на настроение способствует тренировке подвижности нервных процессов ЦНС, активизирует

кору головного мозга. Логоритмика развивает внимание, память (зрительную, слуховую, моторную, логическую, комплексную).

Благодаря Г. Волковой, методика воздействия средствами логопедической ритмики нашла широкое применение в работе с детьми, подростками и взрослыми с нарушениями речи. Анищенко Е.С. в художественно-речевой деятельности ребенка выделяет музыкально-речевую деятельность как один из видов художественно-речевой деятельности, связанный с вербализацией музыкальных образов (в разных типах высказывания), которые воспринимает воспроизводит ребенок в различных способах музыкально-ритмической активности. Воспитательная сила музыки заключается в том, что она своеобразно акцентирует внимание на определенных моментах и ситуациях в жизни человека, усиливает эмоциональное восприятия и производит особое отношение к ним. Душевные импульсы, возникающие при этом, влияют на характер человека [1].

Для того, кто имеет такое нарушение речи, как заикание наиболее подходящее задание на музыкальный ритм, поскольку он дает большой практический материал, активизирует речь, имеет большое значение в таком направлении, как оздоровления эмоциональной и волевой сфер. Ритм регулирует не только движение, но и слово, руководит как темпом, так и динамическими особенностями языка. Музыкальные фразировки и нюансировки, пауза, акцент также находят свое отражение в языке. Коллективное занятие логопедической ритмикой позволяет перевоспитать у того, кто заикается отношение к своему дефекту, сформулировать новую, правильную установку на взаимоотношения с окружающими, на речевое общение с ними. Логоритмические занятия дают возможность ставить того, кто заикается в определенные ситуации: противопоставлять одного целому коллективу, разбивать коллектив на группы и так далее, то есть дают возможность в речедвигательной форме проигрывать различные социальные роли, утвердиться в активном, инициативном поведении.

Логопедическая ритмика оказывает большое психотерапевтическое воздействие на личность заикающегося, способствует развитию ее положительных сторон и нивелирования негативных. Правильное проведение занятия логоритмической направленности способствует коррекции личностных отклонений и воспитанию произвольного, управляемого поведения.

Взаимосвязь двигательной активности ребёнка с развитием его речи давно и неоднократно доказана учёными. Логопедическая ритмика успешно применяется в системе комплекса психолого-педагогических мероприятий по коррекции таких нарушений как заикание, афазия, фонетико-фонематические особенности речи и др. Занятия логоритмикой сочетают в себе речь, движение и музыкально-ритмическое сопровождение. Человеческая речь музыкальна сама по себе, слова и фразы имеют собственную ритмику, поэтому логоритмические упражнения при правильной организации процесса и определённой регулярности способны приводить к потрясающим результатам.

Задачи логоритмических упражнений:

- коррекция и совершенствование звуковой стороны речи; развитие фонематических представлений; преодоление нарушений слоговой структуры; усвоение трудно запоминающихся графем [3].

Говоря о моторике, Картушина М.Ю. указывает на характерную особенность так называемых сопутствующих движений, причиной которых часто является попытка ребёнка найти выход из создавшегося тяжёлого речевого состояния, когда заикание мешает ему высказать свою мысль. Снятие этих вспомогательных напряжений является обязательным условием для дальнейшей работы над речью [4].

Групповые и индивидуальные заня-

тия с логопедом при заикании помогают устранить имеющиеся у детей нарушения речи. Чем раньше выявить причины речевых нарушений и заняться их коррекцией, тем более быстрым будет достижение желаемого результата – полного избавления от заикания. В настоящее время логопедическая работа при заикании проводится в детских дошкольных учреждениях с применением различных методик, многие из которых уделяют большое внимание логоритмике.

Музыка стимулирует нервные центры, от тональности и силы звуков зависят сердечный ритм и работа органов дыхания, а также питание тканей организма путем развития психомоторных действий (ритмико-гимнастические упражнения, развитие пространственных представлений, ощущение времени, своего тела, умение пользоваться своими эмоциями и адекватно их выражать) путем использования в работе достижений культуры человечества.

По моему мнению, в сочетании слов музыкально-ритмическая деятельность подчеркивает характер деятельности: дети с заиканием сначала слушают музыку, у них возникают определенные эмоциональные переживания, под влиянием которых движения приобретают необходимый характер. Контрастные построения, темповые и динамические изменения, ладовая окрашенность, повторность, несложные ритмы, акценты, чередование фраз – все это может отражаться в движении. В свою очередь движения помогают ребенку полнее воспринимать музыкальный образ [3].

Музыка способствует выразительности движений. В этом взаимодействии музыка занимает ведущее положение, движения же становятся своеобразным средством выражения художественных образов.

Занятия ритмикой способствуют физическому развитию детей: совершен-

ствуется координация движений, улучшается осанка, повышается жизненный тонус, что создает у ребенка бодрое, радостное настроение и благоприятно сказывается на состоянии организма в целом. На логоритмических занятиях музыкальный руководитель развивает ребенка.

На занятиях по логоритмике с детьми с заиканием можно использовать произведения сказочников, поэтов, музыкантов, художников других народов, а также проводить упражнения, где ребенок имеет возможность самостоятельно действовать и сравнивать свои действия с аналогичными. Поскольку опорными компонентами логоритмики как комплексной методики системы является движение, музыка, сюжет и слово, то основными направлениями логоритмики в логопедической работе с детьми с заиканием должны быть: интеграция основных компонентов в художественно-речевую деятельность детей.

Первыми компонентами системы логоритмики является движение и его составляющие: слово приговаривается с помощью специально подобранных речитативов.

Вторым и очень важным компонентом системы являются различные формы использования языкового материала, а именно: выполнение под фонограмму песен произношение отдельных фонем шепотом и громко (звуковая гимнастика) [5].

Упражнения логоритмики способствуют развитию волевой сферы ребенка. Пробуждение в ребенке желания исправить свою речь и терпеливая работа над речью требуют от него волевого усилия, волевой целеустремленности.

На логопедических занятиях учителями-логопедами используется отхлопывание ритмического рисунка слова, дирижирование с проговариванием. Эти виды работ также можно отнести к системе логоритмических упражнений. Возможностей использования элементов логоритмики намного больше, особенно, в работе с детьми старшего дошкольного возраста [1].

С заикающимися целесообразно использовать следующие средства логоритмики: вводные упражнения; упраж-

нения и игры для развития мимики лица и орального праксиса, слухового внимания и памяти, зрительного внимания и памяти, для развития ориентировки в пространстве и чувства ритма, для развития подражательности; творческие, сюжетно-ролевые, подвижные игры, творческие этюды для развития волевых качеств, активности, самостоятельности, инициативы; упражнения, подвижные игры с правилами для развития общей моторики, моторики рук, кисти, пальцев; упражнения и игры с пением, хороводы.

Таким образом, использование логопедической ритмики в коррекционной работе с заикающимися обусловлено тем, что заикание связано с моторной деятельностью. Между речевой функцией и общей двигательной системой имеется тесная функциональная связь.

Самарина У.В.

г. Ставрополь

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Акименко В.М.

ИЗУЧЕНИЕ СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Проблема детского словообразования начала волновать многих исследователей уже давно, и до настоящего времени интерес к этой проблеме не гаснет, поскольку словообразование выполняет множество функций, существенно влияя на развитие языковой речи ребенка.

В последнее время все более популярным становится компетентностный подход в обучении. Проблеме становления ключевых компетенций в дошкольном возрасте посвятили свои работы (Н.Н. Авдеева, Т.И. Алишева, А.Г. Гогоберидзе, И.А. Зимняя, О.Л. Князева, М.В. Крулехт, Л.А. Парамонова, Джон Равен, Р.Б. Стеркина, Е.Г. Юдина и др.)

Формирование слов в дошкольном возрасте подразумевает осуществление единого комплекса синтетических и аналитических процессов. В первую очередь, чтобы построить производное слово по определенным правилам, нужно провести анализ ситуации и вы-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анищенкова Е. С. Логопедическая ритмика для развития речи дошкольников: пособие для родителей и педагогов – М.: Астрель, Владимир, 2010.
2. Волкова Н. А. Специфические приемы логоритмики в работе с детьми (в том числе детей с ОВЗ) первой ступени образования в условиях внедрения ФГОС ДО // Молодой ученый. – 2016. – №7.6. – С. 55–57.
3. Демина Г. Д. Роль логоритмических упражнений в формировании устойчивого интереса дошкольников к музыкальной деятельности // Молодой ученый. – 2015. – №15. – С. 581–584
4. Картушина М.Ю. Конспекты логоритмических занятий с детьми 5–6 лет / М.Ю. Картушина. – М., 2008.
5. Чевелева Н.А. Исправление заикания у школьников в процессе обучения / Н.А. Чевелева – М., 2014.

брать главные компоненты этой ситуации, подлежащие обозначению с помощью единиц языка. Далее ребенок должен провести семантический синтез тех компонентов, которые могут быть объединены по связям, имеющим место в реальной действительности. Поэтому овладение словообразовательными компетенциями имеет большое значение для развития познавательной деятельности [6].

По мнению Тумановой Т.В., словообразовательная компетенция – это выстроенная совокупность словообразовательных знаний, умений, навыков, представлений и их практического применения в процессе овладения речью (устной и письменной) [6].

Правдина О.В. отмечает, что законы словообразования, дети усваивают намного позже по сравнению с другими компонентами речи.

В онтогенезе развитие словообразовательных компетенций тесно свя-

зано с развитием таких мыслительных процессов как анализ, синтез, сравнение, обобщение, а так же определения сходства и различия в семантике и формально-языковых признаках родственных слов, с функционированием механизмов, обеспечивающих усвоение речи в целом [5]. Как считает Арушанова А.Г. — овладение словообразовательными компетенциями растягивается на весь период дошкольного детства и имеет ряд качественно своеобразных этапов. На третьем году жизни ребенка уже начинается освоение способов словообразования. Для младшего дошкольного возраста характерно освоение производных слов в целом виде. Основное внимание младшего дошкольника приковано к пониманию производного слов использования его в речи. Так же инновации имеют место быть и возникают при образовании слов с уменьшительно-ласкательным значением, глаголов совершенного и несовершенного вида, в неопределенной форме [2].

Активным освоением способов словообразования является пятый год жизни ребенка. Словообразование и словотворчество здесь имеют взрывной характер, захватывают все части речи.

Шестой год жизни — активно протекает освоение способов словообразования. Проявляется в овладении большим количеством производных слов, в насыщенности словотворчества. Охватываются основные части речи: существительное, прилагательное, глагол. Словотворчество в данном возрасте наблюдается практически у всех детей. Это период расцвета словотворчества. Оно имеет теперь форму языковой игры, что проявляется в особом эмоциональном отношении ребенка к экспериментам со словом [4].

Механизм словообразования развивается в процессе морфологической системы языка, а также с развитием механизмов, которые обеспечивают усвое-

ние лексики и синтаксиса. Процесс словообразования тесно связан со способностью обобщать и дифференцировать языковые единицы. Для усвоения механизмов словообразования у детей должны быть сформированы такие процессы как анализ, синтеза сравнение, обобщение, умение определять сходство и различие в значении и формально-языковых признаках слов, а также сохранность психических функций: восприятие, внимание, мышление, память [1]. В логопедии проблеме словообразования у детей с речевой патологией не уделялось достаточного внимания. Сегодня достаточно полно представлен анализ особенностей овладения лексическим и грамматическими компонентами оформления речевого высказывания при общем недоразвитии речи (ОНР).

Разработкой данной проблемы занимались такие специалисты как: Жукова Н.С. Мастюкова Е.М. Филичева Т.Б. (2000г.), Алексеева М.М., Яшина В.И. (1997г.), Арушанова А.Г.(2005г.), Короткова А.В., Дроздова Е.Н.(2004г.) и многие другие. С тех пор практически все исследователи, изучавшие проблему общего недоразвития речи, так или иначе отмечали недостаточные возможности этих детей в образовании новых форм слов (Н.С. Жукова, Р.И. Лалаева, Г.А. Каше, Л.Ф. Спирина, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Р.И. Шуйфер, А.В. Ястребова, и др.). Эти ведения носили, как правило, характер констатации тех отдельных трудностей, которые испытывают дети с ОНР при самостоятельном продуцировании производных наименований. На этой основе были определены некоторые направления и отдельные приемы по развитию словообразовательных навыков у детей с общим недоразвитием речи дошкольного (Н.С. Жукова, Н.В.Серебрякова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и др.) и школьного возраста (Р.И. Лалаева, Н.И. Садовникова, Л.Ф. Спирина, Р.И. Шуйфер, А.В. Ястребова и др.).

Трудности у детей дошкольного возраста с ОНР III уровнем вызывает словообразование по аналогии (дождь — дождинка), со значением частички целого. В этих заданиях у детей при словообразовании выявляются следующие виды ошибок: отсутствие чередо-

вания, выпадение звуков основы, искажение звукослоговой структуры; неправильная постановка ударения, сохранение ударения мотивирующего слова; наложение суффиксов; замена суффиксов на основе признака одушевленности; замена словообразования словоизменением [3].

У детей дошкольного возраста с ОНР III уровнем обнаруживаются нарушения словообразования приставочных глаголов. При различении возвратных глаголов дети дошкольного возраста испытывают трудности поиска глаголов, в следствии, выявляются разнообразие замены глаголов. В наибольшей степени нарушения словообразования глаголов проявляются при употреблении приставочных глаголов. В основе неправильного употребления глаголов с приставками лежат трудности сравнения приставочных глаголов по их значению и звучанию, выделения общего значения в различных глаголах с одинаковой приставкой, выделения приставок из общего образа слова, определения связи значения приставки и ее формального выражения. Указанные трудности обусловлены еще недостаточным уровнем сформированности у детей дошкольного возраста мыслительных операций анализа, синтеза, обобщения, сравнения.

Трудности в овладении словарным запасом и грамматическим строем родного языка задерживают процесс развития связной речи, перестройку ее форм и, прежде всего, своевременный переход от диалогической формы к контекстной.

Таким образом, овладение процессом словообразования наиболее интен-

сивно происходит в период дошкольного детства. В процессе развития навыков словообразования дети анализируют признаки предметов, действий окружающей действительности, вычленяют значимые компоненты слов (морфем), соотносят их с единицами и элементами языка, со значением морфемы. Овладение словообразовательными навыками становится доступным лишь детям с III уровнем речевого развития, получившим определение «развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического недоразвития».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеева М.М., Яшина Б.И. Методика развития речи и обучения родному языку дошкольников: Учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. Заведений. – 3-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 400 с.
2. Арушанова А. Г. Речь и речевое общение детей: Книга для воспитателей детского сада. – М.: Мозаика–Синтез, 1999. – с. 2721.
3. Борисоглебская Э.И., Гурченкова В.П., Курбыко А.Е. и др. Русский язык: Пособие для поступающих в вузы–4-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Выш. шк., 1998. – 445 с.
4. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя). – СПб.: СОЮЗ, 1999. – 160 с.
5. Правдина О. В. Логопедия. / Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.: «Просвещение», 1973. – с. 272 с ил.
6. Туманова Т.В. Формирование словообразовательной компетенции детей дошкольного и младшего школьного возраста с общим недоразвитием речи / диссертация. Москва, 2005.

Соловьева Е.С.

г. Ставрополь

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н. Черницова М.А, ассистент Бельдиева А.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ ДИСЦИПЛИН В ШКОЛАХ VIII ВИДА

В настоящее время в системе специального образования существуют коррекционные учреждения для лиц

школьного возраста с различной степенью интеллектуальной недостаточности (школы VIII вида). Целью данных

учебных заведений является коррекция дефекта развития учащихся с отклонениями в интеллектуальном развитии в процессе обучения его дисциплинам общего образования, реализации трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество. Помимо образования, в специальной школе обеспечивается медицинское и психологическое сопровождение соответствующими специалистами. В школе активно функционирует логопедическая служба, для оказания логопедической помощи учащимся, имеющим отклонения в развитии речи. По завершению обучения, учащиеся сдают квалификационный экзамен [3, с. 26–34; 4, С. 177–179].

Содержание специального образования нормируется рядом документов: ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), учебный план, учебные программы, учебники и учебные пособия. Исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей образовательное самостоятельно учреждение разрабатывает и реализует план и образовательные программы.

Стоит отметить, что при обучении детей с интеллектуальной недостаточностью выделяют две системы построения учебных программ: линейная – последовательное изучение материала без возвращения к ранее изученной теме и концентрическая, при которой понятия, факты и закономерности изучаются несколько раз с элементами усложнения и упрощения [6; 4, С. 177–109].

Все учебные предметы группируются в два блока: коррекционно-развивающий и общеобразовательный. К последнему относятся естественнонаучные дисциплины, способствующие формированию представлений о при-

родных и социальных компонентах окружающего мира.

Знания об окружающей природе, которые получают учащиеся школе VIII вида, по сравнению со знаниями учащихся других типов школ уменьшены в объеме изучаемого материала, упрощены по структуре и содержанию предлагаемой информации, глубине раскрытия причинно-следственных связей.

Содержание школьных предметов естествознание и география в специальной коррекционной школе имеет существенные отличия от содержания и построения аналогичных курсов массовой школы. Эти отличия заключаются в сокращении объема получаемой учебной информации, уменьшении количества естественнонаучных терминов, географических названий, изменена структура построения курсов и т. д. [5, с. 173].

Стимулирование развития учащихся с нарушением интеллекта происходит педагогическими средствами, и требует от педагога разработки специальной системы приемов, способствующей преодолению трудностей возникающих в процессе изучения естественнонаучных дисциплин. Внедрение в учебный процесс дидактического содержания, а именно приемов и методов организации форм обучения имеет большое значение при обучении учащихся с интеллектуальными нарушениями [3, с. 58–59].

В работах Т.Б. Епифанцевой, говорится, о необходимости формирования у учащихся живого интереса и устойчивого желания узнавания нового. Для этого учитель должен организовывать работу, правильно подбирать дидактические игры и учебные фильмы, продумывать структуру организации уроков, которая обеспечит постепенное привыкание к продолжительности усилий в учебной работе, путем перераспределения форм работы и времени. В задачу учителя входит обеспечение преемственности в обучении учащихся старших и младших классов, а также осуществление межпредметных связей.

Автор выделяет несколько методов организации образовательного процес-

са.

Для преподавания естественнонаучных дисциплин особо актуальны наглядные методы. Активное использование наглядных пособий в процессе усвоения учащимися знаний и формирования различных умений и навыков, составляет принцип наглядности, помогающий более полно усвоить изучаемый материал. Принцип наглядности удовлетворяет условию обеспечения опоры обучения на ощущения учащихся, необходимые для обобщения и овладения понятиями, что составляет сущность данного принципа. Зрительные образы в отличие от образов на основе речевых средств быстрее формируются и дольше сохраняются в памяти. Наглядные средства следует применять с учетом особенностей восприятия детей с отклонениями в интеллектуальном развитии [2, с. 95–109].

Еще одним эффективным методом для изучения естественнонаучных дисциплин является экскурсия. Экскурсия – специально организованная познавательная деятельность группы детей, по наблюдению за натуральными объектами в реальных, естественных условиях. Целью является формирование более точных представлений об окружающем мире. Урок – экскурсия играет большую роль в формировании умений ориентации в окружающей жизни, способствует развитию связной речи. Проведение экскурсий необходимо, и оно требует от учителя больших знаний, как самого экскурсионного материала, так и приемов работы с учащимися. Экскурсии могут иметь следующую направленность: общеобразовательную и специальное учебное назначение. Все это помогает учащимся ориентироваться в различной информации, на её основе правильно осуществлять деятельность [3 С. 78–94].

Лабораторный опыт является еще одним методом, направленным на эффективное усвоение естественно научных знаний умственно отсталыми детьми. Данный метод развивает навыки самостоятельности учащихся. Сначала лабораторные работы должны проводиться для накопления фактического материала с использованием метода наблюдения. Затем на основе на-

копленных сведений, школьники могут сделать обоснованный вывод. Строение урока с применением наглядных методов имеет следующие структурные компоненты: объяснение учителя, показ (инструктаж), первые пробы выполнения заданий, выполнение работы, контроль со стороны учителя, отчет учащихся [6].

Таким образом, грамотно построенная учебно-воспитательная работа, а также умелое сочетание методов способствуют формированию необходимых знаний, умений и навыков, позволяющих детям с отклонениями в интеллектуальном развитии приспособиться к окружающей их жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брунов Б.П. Воспитание детей с проблемами в интеллектуальном развитии: учеб.пособие. –Красноярск, 2006. – С. 40–44.
2. Воронкова В.В. Обучение и воспитание детей в вспомогательной школе – М.:Школа-Пресс, 1994. – С. 95 – 109
3. Мозгова В.М., Яковлева И.М., Еремина А.А. Основы олигофренопедагогики – М.: АCADEMA, 2010. – С. 34 – 67
4. Назарова Н.М. Специальная педагогика. – М.: АCADEMA, 2010 – С. 177 – 182.
5. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития: (Олигофренопедагогика): Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Б.П.Пузанов, Н.П.Коняева, Б.Б.Горский и др.; Под ред. Б.П.Пузанова. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 272 с.
6. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. Об утверждении Федерального Государственного Образовательного Стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

Роменко К.Н.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Кабушко А.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГЛАГОЛЬНОЙ ЛЕКСИКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

В настоящее время возрастает число детей дошкольного возраста с нарушениями речи, среди которых большую категорию составляют дети с общим недоразвитием речи (ОНР). Включение таких детей в практику инклюзивного образования заставляет педагогов и дефектологов искать новые формы и средства коррекции их речевого развития. И опорой здесь, безусловно, должны служить разработки ученых-дефектологов и практиков-логопедов. При общем недоразвитии речи у ребенка нарушены все компоненты речевой системы. Исследованиями особенностей дизонтогенеза речи при ОНР занимались Г.В. Чиркина, Р.Е. Левина, Л.С. Волкова, Т.Б. Филичева и другие. Они отмечали значимость формирования всех компонентов устной речи для последующего успешного овладения письменной речью, социализации и адаптации ребенка в коллективе сверстников. Важное место в процессе формирования речи занимает словарь, в частности глагольный. Его обогащение и накопление начинается достаточно рано, и уже к концу второго года жизни словарь включает в себя 250–300 слов различных частей речи. В исследованиях Р.И. Лалаевой и Н.В. Серебряковой указано, что к полутора годам у ребенка насчитывается приблизительно 100 слов, к двум годам – около 400 слов, в три года – чуть более 1 тысячи, в четыре – 1,5 тысячи и к пяти годам составляет более 2 тысяч слов [4]. В работах А.Н. Гвоздева отмечается, что к четырехлетнему возрасту словарь ребенка состоит на 50,2% из имен существительных, 27,4% глаголов, 11,8% имен прилагательных, 5,8% наречий, 1,9% числительных, 1,2 % союзов и 0,9% предлогов, междометий и частиц. В речи ребенка существительные появляются одновременно с глаголами, но накопление словаря существительных проходит быстрее. Это свидетельствует о том, что процесс накоп-

ления и расширения глагольного словаря более трудный и требует больше времени [3]. При общем недоразвитии речи этот процесс еще более длительный и специфический. Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Р.И. Лалаева указывали, что у детей с ОНР в зависимости от уровня недоразвития речи возникают трудности словообразования и словоизменения глаголов, что сказывается в обеднении речи детей, невозможности использования необходимых языковых средств. По мнению исследователей, особенности глагольного словаря у дошкольников ОНР выражается в следующем:

- в бедности (ограниченность) глагольного словаря, в ошибочном использовании слов, что искажает смысл высказываний;
- в преимущественном употреблении глаголов бытового значения;
- в заменах глаголов жестами для выражения смысла слов (объяснения);
- в трудностях при изменении глаголов по родам и числам;
- в отсутствии или недостаточном понимании изменения значений глаголов, выражаемых приставками (префиксами) или/и суффиксами (постфиксами);
- в трудностях при различении и понимании форм глаголов совершенного и несовершенного вида, единственного и множественного чисел [5].

Все это впоследствии приводит к трудностям при составлении описательных и повествовательных рассказов и пересказов. Причем, как отмечают исследователи, независимо от уровня речевого развития у детей с ОНР пассивный глагольный словарь сформирован лучше, чем активный. Ребенок с I уровнем ОНР не дифференцирует обозначения действий, слова-глаголы заменяет жестами, звукоподражаниями, аморфными слова-корнями. На II уровне по-

являются начальные элементы общепотребительной речи, пассивный глагольный словарь отстает от возрастной нормы, отмечаются трудности в использовании словаря предметов и действий. III уровень ОНР характеризуется наличием развернутой фразовой речи, пассивный глагольный словарь начинает приближаться к возрастной норме, однако в активной речи сохраняется его ограничение, характерными являются также стойкие аграмматизмы [3]. Вышеперечисленные особенности глагольного словаря у детей с ОНР необходимо учитывать при организации коррекционно-развивающей работы в условиях инклюзивного обучения. Воспитателям общеразвивающих групп можно рекомендовать опираться на разработки Г.А. Волковой, которая рекомендовала делить глагольную картотеку по следующим разделам:

- бытовые глаголы (используемые ребенком ежедневно: например, просыпаться, кушать, играть и др.);
- глаголы, обозначающие движения и крики животных и птиц (например, поёт, лает, ползёт и др.);
- глаголы движения (например, бегать, прыгать, ходить и др.);
- глаголы, выражающие чувства и эмоциональное состояние людей (например, улыбаться, веселиться, плакать, грустить и др.);
- глаголы, являющиеся составляющей профессиональной деятельности (например, лечит, учит, шьёт и др.);
- глаголы, обозначающие процессы и явления, происходящие в природе (например, вечереет, темнеет, светлеет и др.) [2].

При организации работы над глагольной лексикой необходимо помнить, что дети с общим недоразвитием речи не имеют возможности стать на онтогенетический путь развития речи, который присущ детям с нормальным речевым развитием. Для преодоления общего недоразвития речи необходима правильно организованная коррекционно-развивающая работа, которая строится с учетом возраста ребенка, уровня речевого развития и условий его обучения и воспитания. Перед педагогами, работающими с детьми с ОНР в условиях инклюзивного образования, в полной мере стоят задачи формирования речевых средств, необходимых для речевого развития ребенка в процессе общения, обучения и воспитания.

Список литературы:

1. Воробьева В.К. Ошибки в использовании глаголов детьми с ОНР // Дефектология. – № 2. – 1967.
2. Преодоление общего недоразвития речи дошкольников: Учебно-методическое пособие / Под редакцией Волосовец Т.В. – М.: В. Секачев, 2007. – 224 с.
3. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – Екатеринбург: АРД ЛТД, 1998. – 320с.
4. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Формирование лексики и грамматического строя у дошкольников с ОНР. – СПб.: Союз, 2001. – 160с.
5. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Альянс, 2013. – 367 с.

Хадарина И.А.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к. психол. н. Жукова С.В.

РУССКИЙ ФОЛЬКЛОР КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ И РАЗВИТИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ОНР

Общее недоразвитие речи является одной из самых сложных форм речевой патологии, при которой нарушается формирование каждого из компо-

нентов речевой системы, то есть словарный запас, грамматический строй речи, фонетико – фонематическая система при сохранном слухе и относи-

тельно сохранном интеллекте. Очевидно, что главенствующими нарушениями в структуре ОНР являются отклонения именно в речевом развитии. Однако, целый ряд исследователей указывает на тот факт, что у детей с данной речевой патологией отмечаются недостатки развития всей познавательной деятельности. Среди них: неустойчивое внимание, нарушение всех свойств памяти, отклонение в эмоционально – волевой сфере.

Своевременное овладение правильной речью имеет важное значение для формирования полноценной личности ребенка.

В настоящее время ведется поиск новых форм коррекции речевых и неречевых нарушений у детей с общим недоразвитием речи. Использование в логопедической работе разнообразных нетрадиционных методов и приемов приводит к тому, что их применение способствует утомлению, поддерживает познавательную активность и повышает эффективность работы в целом.

Детский фольклор – эффективный и простой метод, доступный в использовании по отношению к детям разного возраста. Использование фольклора позитивно влияет на эффективность преодоления речевых нарушений. К произведениям детского фольклора относятся небольшие по объему фольклорные произведения. Разучивание, инсценирование, декламация подобных литературных произведений способствуют обогащению словаря, закреплению употребления в экспрессивной речи грамматических категорий, коррекции звукопроизношения (автоматизации и дифференциации поставленных звуков), а также в значительной мере способствуют совершенствованию просодической стороны: тембра голоса, его силы, темпа, интонации.

Основная роль использования детского фольклора заключается в том,

что взрослый с его помощью просто и быстро устанавливает эмоциональный контакт с ребенком и эмоциональное общение. Знакомство детей с фольклорными формами развивают интерес и внимание к окружающему миру, народному слову и народным обычаям. Также развивается и совершенствуется речь ребенка, формируются его нравственные привычки.

С искусством народа мы знакомимся с первой, услышанной в детстве колыбельной песни, которые в свою очередь обогащают словарь ребенка. Грамматическое разнообразие колыбельных способствует освоению грамматического строя речи, формированию умения образовывать однокоренные слова. Так, например, колыбельная песня «Пошёл котик во лесок, – Нашёл котик поясок», может быть использована для совершенствования умения образовывать уменьшительно – ласкательные слова, образовывать приставочные глаголы. Колыбельная, как форма народного творчества, может применяться для развития фонематического слуха (этому содействует интонационная организация, повторяющиеся фонемы, звукосочетания).

За пением колыбельных песен наступал черед тешить ребенка пестушками и потешками. Пестушки – это короткие стихотворения приговоры, которые сопровождаются движениями ребенка. Потешки – это зарифмованные короткие истории, стишки и песенки, которые сочетаются с простыми движениями. С их помощью можно развивать общую и мелкую моторику рук, что также способствует речевому развитию ребенка. Также потешки играют большую роль в образовании однокоренных слов, например, потешка про «зайнуку», где однокоренными словами будут являться: зайка – зайныка.

Актуальной задачей речевого развития детей с общим недоразвитием речи является выработка дикции, то есть четкого произнесения звуков в соответствии с фонетическими нормами языка. Так как у ребенка еще недостаточно четко работают органы речедвигательного аппарата, то для них характерна торопливость, нечеткое проговаривание слов, «зажевывание» окончаний[2].

С.С. Бухвостова выделяет для выработки дикционных навыков такие фольклорные формы как: пословицы, поговорки, загадки, скороговорки. Эти фольклорные жанры вырабатывают у ребенка правильное произношение и подвижность речевого аппарата, интонацию и темп речи[3].

А.П. Усова и О.С. Ушакова согласны с этой точкой зрения и считают, что загадки, скороговорки, пословицы являются основными формами для развития звуковой стороны речи.

«Скороговорки – крошечные художественные произведения, в которых подчеркнута игра звуков, и многообразие сюжетных ситуаций» – пишет М.Ю. Новицкая[5].

Скороговорки помогают детям правильно и четко произносить сложные звуковые конструкции и работать над совершенствованием интонации ребенка [5]. Они используются для преодоления вялости органов артикуляции, улучшают подвижность мышц языка, губ, нижней челюсти, способствуют закреплению правильного произношения звуков и их дифференциации в произношении (например, Карл у Клары украл кораллы, а Клара у Карла украла кларнет. Если бы Карл не крал у Клары кораллы, то Клара не крала б у Карла кларнет) [4].

Загадки – это один из видов фольклорного жанра, который подразумевает поэтическое воспроизведение явления или предмета.

Разгадывание загадок развивает способность к анализу, обобщению, формирует умение самостоятельно делать выводы, умозаключения, умение четко выделить наиболее характерные, выразительные признаки пред-

мета или явления. В.П. Аникин считает, что загадка – это мудреный вопрос, представленный в виде замысловатого, краткого, ритмически организованного описания какого – либо предмета или явления. Они также обогащают словарь ребенка за счет многозначности слов, помогают увидеть вторичные значения слов, формируют представления о переносном значении слова. Загадки способствуют изучить звуковой и грамматический строй речи. Отгадывание и придумывание загадок помогает развитию навыка описания в речи ребенка [1].

Детский фольклор может широко использоваться в логопедической работе при коррекции и развитии речи ребенка с ОНР, поскольку влияние детского фольклорного жанра на коррекцию и развитие речи детей с ОНР неоспоримо. Именно с помощью фольклорных жанров можно решить огромное количество задач методики речевого развития ребенка с ОНР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аникин В.П. Русские народные пословицы, поговорки, загадки, детский фольклор. – М.: Худ. лит-ра. 1957.
2. Бородич А.М. Методика развития речи детей. – М.: Просвещение, 1981.
3. Бухвостова С.С. Формирование выразительной речи у детей старшего дошкольного возраста. – Курск: Академия Холдинг. 2000.
4. Веселые скороговорки для непослушных звуков. / Авт.-сост. Г.И. Сухин. Ярославль: Академия развития, 2006.
5. Раз, два, три, четыре, пять, мы идем с тобой играть: Русский детский игровой фольклор / сост. М.Ю. Новицкая, Г.М. Науменко. – М.: Просвещение, 1995.

Чедотарь Т.С.

г. Москва, ФГБОУ ВО «Московский педагогический педагогический университет»
 Научный руководитель: к.п.н., доцент Черкасова Е.Л.

ОСОБЕННОСТИ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Коммуникативному воспитанию детей уделяется все большее значение, поскольку успешное речевое развитие создает предпосылки для полноцен-

ной, осмысленной общественной жизни, наделяет необходимыми навыками речевого поведения, культурой речевого развития.

Проблему развития речевой коммуникации детей изучают в следующих аспектах: психологическом (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, Ф.А. Сохин), лингвистическом (Е.А. Барина, С.Н. Цейтлин, Л.П. Якубинский), психолингвистическом (Т.В. Ахутина, И.А. Зимняя, А.А. Леонтьев, А.М. Шахнарович), педагогическом (В.В. Гербова, Е.И. Тихеева, О.С. Ушакова и др.). В логопедии исследуются междисциплинарные вопросы нарушения связной речи в детском возрасте (Р.Е. Левина, В.К. Воробьева, В.П. Глухов, О.Е. Грибова, Т.Б. Филичева, А.В. Ястребова и др.).

Наиболее сложной формой речевой деятельности выступает связная речь (диалог и монолог), реализующая главную ее функцию – коммуникативную. Диалогическая форма речи – первичная по происхождению. Она представлена в виде цепочки последовательных речевых реакций двух и более участников вербальной коммуникации, появляется у нормально развивающихся детей в 18–21 месяц.

У детей с нарушениями в речевом развитии становление диалогического общения происходит несвоевременно (Г.В. Чиркина, Л.Г. Соловьева). Наиболее выражено это можно наблюдать при общем недоразвитии речи (ОНР), у детей с нормальным слухом и сохранным интеллектом отмечается несформированность ключевых компонентов языковой системы: лексики, грамматики, фонетики, фонематики, связной речи. Речь детей с ОНР может соответствовать одному из четырех уровней (I – IV ур.) – от лепета до развернутого грамматического связного высказывания. ОНР (III ур.) часто обнаруживается у дошкольников старшей группы, при котором понимание только приближается к низкой возрастной норме, а усвоение грамматического строя языка имеет незавершенный характер. Детям трудно

переносить словообразовательные навыки на новый лексический материал. Фонетической стороне речи свойственны недостатки артикуляции ряда звуков и слабость их слуховой дифференциации. Связная монологическая речь характеризуется трудностями программирования содержания высказываний, нарушением временных и причинно-следственных связей, бедностью языкового оформления.

Диалогическая речь детей с ОНР (III ур.) исследовалась недостаточно. В связи с этим целью нашего исследования являлось выявление своеобразия диалогической речи старших дошкольников с ОНР.

Цель реализовывалась в процессе решения следующих задач:

1. Разработка методики исследования диалогической речи дошкольников.
2. Определение критериев оценки результатов исследования.
3. Выявление специфики диалогической речи детей старшей группы с ОНР (III ур.).

Исследовательская работа проводилась в г. Реутов (Московская область) на базе Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад комбинированного вида №8». Исследование охватило 20 детей. Из них экспериментальную группу составили 10 дошкольников в возрасте 5–6 лет. Согласно заключению психолого-медико-педагогической комиссии, у детей обнаружено ОНР (III ур.). Для сопоставительного анализа была отобрана группа нормы, состоящая из такого же числа дошкольников.

Для составления методики обследования и осуществления эксперимента были изучены методы исследования связной речи у дошкольников (М.М. Алексеева, Б.И. Яшина, В.П. Глухов) и критерии оценки средств коммуникации (Р.Е. Левина, Е.О. Смирнова). На их основе разработана наша диагностическая методика.

Методика исследования диалогической речи старших дошкольников с ОНР (III ур.) состоит из 4 блоков.

I блок заданий позволяет установить основные навыки коммуникации ребенка, его способность вести диалог.

Серия заданий представлена в виде 6 вопросов личностного характера.

II блок называется «Давай представим», где определяется, как дошкольник решает речевые ситуации общения: приветствие, знакомство, извинение, обращение к взрослому.

III блок – составление диалога с опорой на сюжетную картинку. Задание выявляет активность ребенка, инициативность, умение составлять и вести диалог с партнером.

IV блок представлен в виде телефонного разговора, определяющего умение вести диалог с собеседником (начинать, управлять, завершать), пользоваться фразами речевого этикета, учитывать логическую последовательность реплик, владеть полными высказываниями.

Первые два блока обследования проводились в форме тематической беседы. Следующие – в форме сюжетно-ролевой игры.

В ходе проведения эксперимента была разработана балльная схема оценки. За основу были выбраны критерии оценки средств общения, предложенные Р.Е. Левиной и Е.О. Смирновой [6; 8].

Согласно схеме оценки, составленной Р.Е. Левиной, каждому уровню владения средствами общения соответствуют определенные баллы.

1. Высокий уровень (9–12 баллов).
2. Достаточный уровень (5–8 баллов).
3. Средний уровень (1–4 балла).
4. Низкий уровень (0 баллов).

О.Е. Смирнова выделяет 4 критерия, позволяющих определить потребность дошкольника в коммуникации.

1. Внимание к взрослому.
2. Эмоциональное отношение к взрослому.
3. Стремление проявить себя.
4. Чувствительность к отношению взрослого.

Соотнесение показателей было выполнено по следующей шкале оценки:

3 балла – сильная выраженность качества;

2 балла – средняя выраженность качества;

1 балл – слабая выраженность качества;

0 баллов – полное отсутствие качества.

Согласно анализу результатов экспериментальной работы, высокий уровень сформированности связной диалогической речи не был выявлен ни у одного ребенка с ОНР (III ур.).

Восемь детей экспериментальной группы (80%) показали достаточный уровень, двое (20%) – средний уровень развития диалогической речи.

В целом, данная группа показала низкую активность и слабовыраженную потребность в коммуникации. Дошкольники редко проявляли инициативу во взаимодействии в диаде взрослый-ребенок. Превалирующая часть детей (80%) не считала необходимым приветствовать собеседников, обращаться по имени; не поддерживала диалог, не умела его завершать. Речь группы была аграмматична, также наблюдались лексические неточности, нарушения фонетики.

Таким образом, основным препятствием к овладению старшими дошкольниками с ОНР (III ур.) речевой коммуникацией на должном уровне послужили выявленные у них особенности связной диалогической речи. В результате исследования был сделан вывод о необходимости логопедической коррекционной работы.

Для совершенствования диалогической речи детей с ОНР составлена комплексная коррекционная программа, состоящая из следующих направлений: обладание вербальными средствами как навыками коммуникации, расширение активного словаря, развитие грамматически правильной, связной диалогической и монологической речи, формирование речевого творчества и др.

Наиболее благоприятным средством коррекционного обучения является

ся игра. Предлагая детям ряд содержательных задач, она активизирует диалогическое взаимодействие как в организации игры, так и в участии в ней. Именно при специально подготовленном обучении игра способствует развитию и презентации средств вербального общения, мотивации речевой коммуникации [2, с. 11; 9, с. 67].

Л.Ю. Демихова рекомендует для занятий ряд деятельности: игра-беседа, игра-комментирование, ситуация общения, игра-путешествие, игра-фантазирование, игра-инсценировка, игра-драматизация и др. [5, с. 99].

Вследствие проделанной работы можно подойти к выводу, что формирование диалогической речи у детей с ОНР продолжает быть актуальной и не до конца изученной проблемой. Только при комплексном подходе, используя перспективные методологические направления, можно достичь необходимых результатов в коррекционной работе по развитию связной диалогической речи дошкольников.

Таким образом, своевременное выявление нарушений у ребенка и правильно организованное коррекционно-развивающее воспитание и обучение будут содействовать развитию диалогической речи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеева М.М., Яшина Б.И. Методика развития речи и обучения родному языку дошкольников: Учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений. – 3-е изд., стереотип. – М.: Академия, 2000. – С. 400.
2. Бизикова О. Игра как фактор развития диалога [Текст] / О. Бизикова // Дошкольное воспитание. – М.: Воспитание дошкольника, 2007. – №5. – С. 9–18.
3. Выготский Л.С. Мышление и речь: психологические исследования / Л. С. Выготский; [предисл. Л.Ф. Обухова]. – М.: Издательство «Национальное образование», 2016. – С. 368.
4. Глухов В.П. Методика формирования навыков связных высказываний у дошкольников с общим недоразвитием речи. Учебно-методическое пособие для студентов пед. и гуманит. вузов и практикующих логопедов. Издание 2-е, исправленное и дополненное. – М.: В. Секачев, 2014. – С. 235.
5. Демихова Л.Ю. Интеграция видов деятельности как средство формирования диалогической речи старших дошкольников [Текст] / Л.Ю. Демихова // Детский сад от А до Я. – М.: [б. и.], 2014. – № 4(70). – С. 97–109.
6. Левина Р.Е. Характеристика ОНР у детей / Р.Е. Левина, Н.А. Накашина. М.: Просвещение, 2009. – С. 159.
7. Логопедия. Теория и практика / [под ред. д.п.н. профессора Филичевой Т.Б.]. – Москва: Эксмо, 2017. – С. 608.
8. Смирнова Е.О. Особенности общения с дошкольниками: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – С. 21–25.
9. Соловьева Л.Г. Особенности коммуникативной деятельности детей с общим недоразвитием речи // Дефектология. – 1996. – №1. – С. 62–67.

Шамсеева Д.А.

г. Казань, ФГАО ВО «Казанский федеральный университет»

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Твардовская А.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ В РАБОТЕ С ЛИЦАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА

Большое количество людей нуждается в использовании методов дополнительной и альтернативной коммуникации. Blackstone, Painter, (1985), рассматривая лиц с нарушениями развития как целевую аудиторию использования данных методов, в число которых входят и лица с нарушениями интеллекта, выявили, что количество таких людей в США составляет пример-

но 900 000 человек, в России более 500 000 людей разных возрастов. [8]

Beukelman, Mirenda, (2005) считают, что дополнительная коммуникация может быть комбинацией методов, используемых для связи [7]. Коммуникация – это двухсторонний процесс – человек должен иметь возможность успешно отправлять сообщение другому человеку, который, в свою очередь,

должен иметь возможность успешно его получить. Дополнительная коммуникация может включать стратегии как для отправки, так и для получения сообщений как для отдельного пользователя, использующего ее, так и для их партнеров по обмену. Iacono, Lyon, West, Johnson, (2013) определили цель дополнительной коммуникации – предоставить индивидууму средства независимой коммуникации и максимально использовать их возможности и возможности для успешного участия в повседневной жизни. Качество жизни и чувства благополучия улучшаются, когда дополнительная коммуникация успешно используется людьми со сложными коммуникационными потребностями [9].

Дополнительная коммуникация включает в себя все формы общения, которые используются для выражения мыслей, потребностей, желаний и идей. Мы все используем ее, когда делаем выражения лица или жесты, используем символы или рисунки, или пишем. Дополнительная коммуникация может использоваться для поддержки понимания коммуникации, а также для пропаганды выразительной коммуникации. Данные исследования Baker, Carrillo, Stanton, (2012) свидетельствуют о том, что «невербальным людям должно быть предоставлено не менее 200 возможностей и мотиваций для взаимодействия». [5] Стратегии дополнительной коммуникации должны быть адаптированы к человеку, чтобы они «соответствовали» стилю жизни, окружающей среде, социальным обстоятельствам и сверстникам [4].

Существует ряд принципов, без которых невозможно построение всей системы дополнительной коммуникации. (Е.А. Штягинова, 2012):

Принцип «от более реального к более абстрактному». При обучении использованию графической системы символов ребёнку сначала необходимо предъявлять фотографии реального объекта (к примеру, собаки), потом – рисунок с объектом, и затем – пиктограмму.

Принцип избыточности символов (совмещение различных систем коммуникации – жестов, картинок и, на-

пример, написанного слова). Использование как можно большего количества дополнительных знаков и символов помогает развивать абстрактное мышление и символическую деятельность, способствуя, таким образом, развитию понимания и вербальной(звуковой) речи.

Принцип постоянной поддержки мотивации. Обучение использованию любой системы дополнительной коммуникации – это чаще всего сложная, долгая и упорная работа, которая требует постоянного обучения семьи и персонала, работающего с ребёнком, постоянной поддержки мотивации и заинтересованности, так как не всегда система воспринимается легко и быстро.

Принцип функционального использования в коммуникации. Особенно трудно вывести использование системы дополнительной коммуникации за пределы занятия и использовать приобретённые навыки в повседневной деятельности, что, собственно, и является основной целью применения системы дополнительной коммуникации [3].

Институт Патологии речи в Австралии (Speech Pathology Australia, 2012) [12] определил дополнительную коммуникацию как «область клинической и образовательной практики, которая обеспечивает коммуникационные вмешательства для людей, практически не имеющих функциональной речи или имеют сложные коммуникационные возможности». У человека могут быть комплексные коммуникативные нарушения (Complexcommunicativeness) из-за интеллектуальных, физических, сенсорных или экологических причин. Человек с комплексными коммуникативными нарушениями и «их партнеры по связям с общественностью, скорее всего, получают пользу от использования целого ряда систем дополнительной коммуникации и стратегий подде-

ржки коммуникации для полноценного участия во всех аспектах жизни» [6].

С целью правильного подбора средств дополнительной коммуникации учитываются такие особенности ребенка, как его сильные и слабые стороны, коммуникативные особенности и возможности, особенности развития. Изучается специфика средств общения, доступных ребенку на данный момент.

Schhillingsburg, Valentino, Bowen, Bradley, Zavatkay (2011) обнаружили, что запрашивающая информация часто несовершенна у детей с серьезными интеллектуальными и когнитивными нарушениями и может оказаться сложной для обучения. Начиная запрашивать информацию с основных вопросительных слов («кто?», «что?», «где?» и «когда?»), облегчается понимание самого вопроса и успешнее формулируется ответ. Запрос информации полезен, поскольку позволяет человеку получить важную, неизвестную информацию, которая, в свою очередь, помогает справиться с завершением задачи, социальным взаимодействием и развитием вербальных навыков [11]. Поэтому введение дополнительной коммуникации лицам с нарушениями интеллекта позволит преодолеть данный барьер коммуникации.

Llaneza et al. (2010) обнаружили, что общение является важным фактором в работе с лицами с нарушениями интеллекта. Около половины из этих людей в достаточной степени не развивают речь для удовлетворения своих повседневных потребностей. В академических условиях следует поощрять любые типы вербализации, жестов, указаний и / или использования жестового языка. Исследователи пришли к выводу, что система обмена изображениями (PECS) может использоваться в любом месте, доступна и облегчает навыки общения как в процессе обуче-

ния, так и за его пределами. Символы изображения представляют желаемые предметы, и человек учится их запрашивать. Предполагается, что система PECS оказывает положительное влияние на социальные взаимодействия [10].

Обязательными компонентами для определения уровня коммуникации, а позднее, подбора подходящего средства являются (Е.А. Штягинова, 2012):

- наблюдение за ребенком в различных ситуациях: дома, на занятиях, на индивидуальных встречах.
- обсуждение, какие коммуникативные действия, совершаемые ребенком (в том числе, неосознанно), были замечены в повседневной жизни, во время игр, общения со взрослыми и сверстниками.
- анализ, какие действия, повторяющиеся из раза в раз, можно трактовать как сигналы, соответствующие какому-либо желанию или потребностям ребенка.

Необходимо продумать, как можно закрепить коммуникативные действия, превратить их в осознанно используемые ребенком сигналы [3].

Чугунова А.И. (2012) рассмотрела ведущие принципы применения дополнительной коммуникации. Предлагается использовать средства дополнительной коммуникации в определенной, конкретной ситуации; обязательно сопровождать дополнительную коммуникацию речью; предпочтительно пользоваться сочетаниями речи, жестов, мимики, позы, вокализаций, изображений; постоянно применять одни и те же знаки в часто повторяющихся ситуациях; увеличить число лиц из окружения ребенка, включенных в данную работу [2].

Формирование у ребенка с выраженными нарушениями навыков дополнительной коммуникации состоит из следующих звеньев: необходимая первоначально комплексная оценка ресурсов и потребностей ребенка в коммуникации; выбор системы коммуникации, оптимальной психофизиологическим возможностям ребенка с ОВЗ и определение базовой стратегии стимулирования потребности в коммуни-

кации; создание системы коммуникации, в основу которой включено определение способа презентации (например, картинки или пиктограммы), создание словаря (словарного ядра и словарной периферии), организация словаря в соответствии с индивидуальными особенностями, создание более чем одного набора словарей для различных ежедневных активностей в виде коммуникативных таблиц и книг; расширение репертуара списка слов посредством овладения новых коммуникативных пространств, в которых бывает ребенок (родительский дом, квартира близких друзей или родственников, образовательное учреждение, поликлиника и т.д.) [1].

Таким образом, использование дополнительной коммуникации предполагает создание активной ситуации общения и включения в эту ситуацию ребенка. Использование этой технологии является одним из условий развития возможностей ребенка с тяжелыми и множественными нарушениями. Эта технология может успешно применяться в работе с лицами с нарушениями интеллекта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Твардовская А.А. Технологии формирования коммуникативной компетенции у детей с тяжелыми и множественными нарушениями в условиях инклюзивной практики / А.А. Твардовская // Сб. материалов второй международной научно-практической конференции «Педагогика, психология и технологии инклюзивного образования», Казань, 20–21 марта 2014г. – Казань: Изд – во «Познание, 2014. – С. 540–543.
2. Чугунова А.И. Использование средств дополнительной коммуникации в лекотеке // Инновационные технологии в лекотеках. Сборник тезисов участников Городской научно-практической конференции. – М.: МГППУ, 2012. – С. 169–172.
3. Штягина Е.А. Альтернативная коммуникация // Методический сборник городской общественной организации инвалидов «Общество «ДАУН СИНДРОМ». – Новосибирск, 2012. – С. 7–9.
4. Augmentative and Alternative Communication (AAC) Guideline for speech pathologists who support people with a disability, 2014.
5. Baker, K, Carrillo, D, & Stanton, F. (2012). 200 a day the easy way: Putting it into practice. SIG 12 Perspectives on Augmentative and Alternative Communication, 125–133.
6. Balandin S. (2002). Message from the president. ISAAC. – Bulletin 67, 2.
7. Beukelman, D.R. and Mirenda, P. (2005). Augmentative and alternative communication: Management of severe communication disorders in children and adults. 3rd Edition. – London: Paul H. Brookes.
8. Blackstone, S. and Painter, M. (1985). Speech problems in multihandicapped children // J. Darby (Ed.). Speech and language evaluation in neurology: Childhood disorders (pp.219–242). – Orlando: Grune and Stratton.
9. Iacono T., Lyon K., West D., & Johnson H. Experiences of adults with complex communication needs receiving and using low tech AAC: An Australian Context. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 2013, 8(5), pp. 392–401.
10. Llaneza S.D., DeLuke S.V., Batista M., Crawley M., Christodulu K., & Frye C. (2010). Communication, interventions, and scientific advances in autism. Physiology and Behavior, 100(3) 268–276.
11. Schhillingsburg V. B., Valentino A. L., Bowen C.N., Bradley D., & Zavatkay D. (2011). Teaching children with autism to request information. Research in Autism Spectrum Disorders, 5(1), 670–679.
12. Speech Pathology Australia. (2012). Augmentative and Alternative Communication Clinical Guideline In The Speech Pathology Association of Australia Ltd (Ed.), Clinical Guidelines.

раздел 6.

АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОВЗ

Бельгина А.А.

г. Ростов-на-Дону,

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)»

Научный руководитель: к.пед.н., доцент Мануйленко Э.В.

ПЕРСПЕКТИВА РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОГО СПОРТА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

В Российской Федерации на сегодняшний день по данным Росстата насчитывается около 12259 тысяч инвалидов, среди них так же находятся дети с различными нарушениями. [1] Наша страна активно занимается развитием адаптивного спорта. Актуальность данной темы состоит в том, что поскольку в нашей стране большое количество инвалидов, то спорт для них просто необходим, чтобы они не чувствовали себя хуже других нормальных людей. В настоящее время существует Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в РФ на 2016–2020 года», в которой говорится о том, что существует необходимость в развитии инфраструктуры спорта и физической культуры. Сюда входят и строительство спортивных объектов шаговой доступности для лиц с ограниченными возможностями здоровья, и развитие материально-технической базы спорта высших достижений для подготовки спортсменов-инвалидов [2].

Государство заботится о людях с ограниченными возможностями здоровья, ведь заметно возросло количество спортивно-массовых мероприятий. Так же появились новые спортивные дисциплины, проводятся соревнования в

сфере адаптивного спорта. В статье 31 Федерального закона №329 «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» говорится о том, что государство способствует интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в систему физического воспитания, физической культуры и спорта посредством физкультурно-спортивных организаций. [3] Общая численность инвалидов с 2011 по 2017 год представлена ниже в таблице 1.

Исходя из данных, приведенных в таблице, следует отметить, что если рассматривать с 2011 по 2017 год, то видно, что с каждым годом количество инвалидов уменьшается. В 2011 году количество инвалидов составило 13209 тысяч человек, а в 2017 – 12259 тысяч человек. Наибольшая численность приходится на II группу инвалидности.

Но также можно проследить динамику студентов-инвалидов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования (см. табл.2).

Если же говорить об инвалидах – студентах профессиональных образовательных организаций, то в 2008 году численность составила 14871 человек,

Табл. 1. ОБЩАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ИНВАЛИДОВ ПО ГРУППАМ ИНВАЛИДНОСТИ [4]

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Всего инвалидов, тыс. человек	13209	13189	13082	12946	12924	12751	12259
в том числе: I группы	1540	1515	1496	1451	1355	1283	1309
II группы	7306	7076	6833	6595	6472	6250	5920
III группы	3822	4038	4185	4320	4492	4601	4394
дети-инвалиды	541	560	568	580	605	617	636
Общая численность инвалидов, приходящаяся на 1000 человек населения	92,5	92,2	91,3	90,1	88,4	87,0	83,5

Табл. 2. СВЕДЕНИЯ ОБ ИНВАЛИДАХ-СТУДЕНТАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ [5]

	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016
Профессиональные образовательные организации, осуществляющие подготовку специалистов среднего звена								
Принято студентов-инвалидов	4524	6091	5447	4993	5185	4456	4308	5268
Численность студентов	14871	15910	14400	13548	14306	12359	12369	14788
Выпуск специалистов	2953	4008	3374	3265	3099	2533	2475	2895
Образовательные организации высшего образования								
Принято студентов-инвалидов	5770	7204	6670	5599	5530	5194	5179	5966
Численность студентов	24994	23248	22939	20080	18919	16779	16768	18043
Выпуск специалистов	2463	3040	3080	2783	2712	2500	2561	4120

а в 2015–14788 человек. Наибольшее количество студентов-инвалидов приходится на 2009 год – 15910 человек, а наименьшее – на 2013 год – 12359.

Следует так же отметить, что большее количество студентов-инвалидов насчитывается в образовательных организациях высшего образования. В 2008 году численность принятых студентов-инвалидов составила 24994 человека, однако сейчас замечена тен-

денция уменьшения численности студентов-инвалидов, например, в 2015 году численность составила 18043 человека.

Адаптивный спорт имеет такую цель как реализация и развитие способностей человека, их сравнение со способностями других людей, которые так же имеют подобные проблемы в своем развитии. Все это проводится при помощи тренировок, соревнований, направ-

ленных на достижение поставленных целей и получения лучших результатов.

В настоящее время развиваются множество направлений в области адаптивного спорта, но наибольшую популярность получили параолимпийское, специальное олимпийское и сурдоолимпийское.

Параолимпийское движение проводится после Олимпийских игр, но отличие в этих играх лишь в том, что параолимпийское движение предназначено только для людей, которые имеют различные отклонения в своем здоровье. Данное движение появилось в нашей стране относительно недавно и завоевало большую популярность, поскольку это служит большим стимулом для каждого инвалида чувствовать себя нужным стране.

Специальное олимпийское движение так же появилось в Российской Федерации в конце 90-х годов. Данное движение связано с благотворительной помощью людей, чей уровень интеллекта ниже 70 IQ. То есть движение занимается помощью инвалидам с умственной отсталостью.

Сурдоолимпийское движение предназначено для инвалидов, которые страдают нарушениями слуха. В таких играх не применяются звуковые эффекты, и спортсменам запрещено во время игр использовать слуховые аппараты.

Можно сказать, что развитие адаптивного спорта в России находится на достаточно высоком уровне, поскольку, например, в 1999 году была создана первая хоккейная команда инвалидов, другим словами это называется вертикальным хоккеем, который представляет собой вид спорта, где игроки без ног или рук играют на протезах, посредством надевания протезов, а затем коньков. Но одним из популярных видов адаптивного спорта являются танцы на колясках, которые представляют соревнования между инвалидами либо

по классическим европейским танцам, либо по латиноамериканским. Помимо этого, популярен недавно появившийся спорт – велосипедный, который доступен для парализованных, ампутантов, слепых и спортсменов с нарушением умственной деятельности.

Так же следует выделить голбол, целью которого является поразить ворота соперника, бросая руками специальный мяч со звуком. В данную игру могут играть только полностью слепые спортсмены, несмотря на это их глаза закрыты светонепроницаемыми очками.

На сегодняшний день в России по данным Росстата около 1200 клубов для инвалидов, а количество занимающихся достигает 95,8 тыс. человек. Следует отметить, что адаптивный спорт активно развивается в Ростовской области, Краснодарском Крае, Воронежской области и т.д., что говорит об увеличении финансирования с 8 до 60 млн рублей. [6]

С 5 по 11 сентября 2016 год был проведен Всероссийский физкультурно-спортивный фестиваль инвалидов «ПАРА-КРЫМ 2016», целями которого было развитие массового спорта среди людей с инвалидностью, укрепления здоровья людей с инвалидностью, укрепления связей между физкультурно-спортивными организациями инвалидов, развития и пропаганды физической культуры и спорта среди людей с инвалидностью [7].

С 15 по 22 октября 2017 года в Сочи проходил Всемирный фестиваль молодежи, где были созданы все необходимые условия для того, чтобы инвалиды чувствовали себя комфортно и могли посещать все достопримечательности города. В данном фестивале приняли участие 48 инвалидов, среди них 10 инвалидов-колясочников. Ник Вуйичич, австралийский мотивационный оратор, рожденный с синдромом тетраамелии, подчеркнул, что все участники фестиваля являются лидерами будущего поколения и они не должны обращать внимания на какие-то стандарты, особенно которые касаются отклонений в здоровье.

Одной из ведущих спортивных организаций, которые используют иппотерапию с целью реабилитации является Московский конно-спортивный клуб

инвалидов (МККИ). В настоящее время более 300 инвалидов, которые находятся в возрасте от 1,5 до 70 лет, являются членами МККИ [8].

Министерство физической культуры, спорта и туризма в Ростовской области активно учувствуют в развитии адаптивного спорта в области. На данный момент в различных мероприятиях для инвалидов участвуют более 13000 инвалидов. В области существуют 24 организации, которые занимаются адаптированными занятиями спортом и физической культурой, в том числе: Государственный институт дополнительного образования для детей-инвалидов, Ростовская областная спортивная школа для молодежи №27 (330 человек), и Ростовская областная НКО «Скиф» с отделениями в Ростове-на-Дону, Таганроге, Новочеркасске, Волгодонске, г. Белая Калитва, г. Азов и Константиновском районе. В данной организации есть 60 групп и 72 клуба, которые занимаются разными видами спорта: настольным теннисом, плаванием, шахматами, дартсом. Уже много лет «Скиф» является ведущей НКО, на основании оценок деятельности в сфере спорта и физической культуры для инвалидов [9].

Таким образом, можно сделать вывод, что люди с ограниченными возможностями здоровья не считают себя инвалидами, благодаря активно проводимой политики государства в области адаптивной физической культуры и спорта. Это способствует уменьшению

численности инвалидов в стране. Инвалиды перестают чувствовать себя беспомощными и беззащитными людьми, среди всей основной массы общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ (ред. от 26.07.2017) «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»
2. Положение о Всероссийском физкультурно-спортивном фестивале инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата «Пара – Крым 2016» [Электронный Ресурс]: <http://www.minsport.gov.ru/2016/doc/PolODAParaKrim2016.pdf>
3. Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016 – 2020 годы [Электронный Ресурс]: http://Www.Consultant.Ru/Document/Cons_Doc_LAW_174530/8613986f6e626cf634d3b546e1daaf1bf69cc7f0/
4. Иппотерапия: Региональная благотворительная общественная организация «Московский конноспортивный клуб инвалидов» [Электронный Ресурс]: <http://www.hippotherapy.ru/club/mkki.html>
5. Росстат: Сведения об инвалидах – студентах профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования [Электронный Ресурс]: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/5-1.doc
6. Росстат: Положение инвалидов: Общая численность инвалидов по группам инвалидности [Электронный Ресурс]: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/
7. Социальная реабилитация: Информация по реабилитации инвалида [Электронный Ресурс]: aupam.ru/pages/sozial/k_cozd_ssiivr/page_07.htm

Тягкова Д. В.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
 Научный руководитель: к.п.н., доцент Стрельников Р.В.

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ

Система отечественного образования предусматривала деление детей на «обычных» и «инвалидов», которые, в свою очередь, не имели возможности реализовать свои способности наравне со здоровыми детьми, и вынуждены

были обучаться на дому, либо в специализированных учреждениях, что создавало, в свою очередь, ряд определенных проблем с их социализацией и адаптацией в обществе [1, с. 5].

Постепенно, в течение развития пе-

дагогике, данная наука приходит к новому пониманию системы образования и ее основных принципов. Так, Джейн Мерсер в своих исследовательских работах утверждает, что понятие «инвалид» – это ни что иное как «продукт социальной договорённости», а М.Рейнольдс продолжает данную мысль и утверждает, что «программы, составленные для детей-инвалидов во многом схожи с программами, по которым обучаются дети без особенностей физического развития» [3, с. 57]. Таким образом, в настоящее время остро обозначилась проблема введения той формы обучения, которая гарантирует детям с ОВЗ оптимальные условия обучения наряду с другими детьми.

Под понятием «инклюзивное образование» понимают равнодоступность образования для каждого обучающегося с учетом всех образовательных потребностей и персональных возможностей [5, с. 100].

Образование инклюзивного типа стремится выработать методологию, которая направлена на детей и учитывает всех их индивидуальные особенности и предполагает совместное обучение в массовых школах детей с ОВЗ и детей, не имеющих таких ограничений. Основной задачей в данном случае является разработка и введение тех принципов обучения, которые делают учебный процесс максимально комфортным для каждого ребенка.

Особое внимание уделяется разработке методологических подходов к организации инклюзивного образования на уроках физической культуры и физкультурно-спортивных мероприятий, так как практический опыт показывает, что школьники с ОВЗ нуждаются в повышенной физической активности для исправления нарушений в физическом развитии.

Эффективность коррекции физического развития рассматривалась в

трудах П.П. Павлова, В.В. Ториневского и др. Так Ратнер Ф.Л. утверждает, что в некоторых случаях «от физического развития ребенка-инвалида во многом зависят и его умственные способности, поэтому занятия физической культурой имеет большое значение для него в процессе онтогенеза» [4, с. 35]. Причем данные уроки культуры совершенствуют не только физические возможности ребенка, но и его коммуникативные способности и умение контактировать со сверстниками.

Коррекционная работа методами и средствами физической культуры является большой научной и общественно значимой проблемой, и именно характерность двигательной активности инвалидов стала отправной точкой для развития особого направления физической культуры, которая выступает под общим названием «адаптивная физическая культура» [3, с. 57].

Адаптивная физическая культура представляет собой комплекс мер физического воспитания и обучения, направленного на реабилитацию и адаптацию людей с особенностями развития в условиях нормальной социальной среды путем формирования потребности заниматься физической культурой, укреплением здоровья, умственным и психическим развитием – все это цели адаптивной физической культуры, которые она реализует в условиях инклюзивного образования.

В качестве основных принципов в работе с детьми с ОВЗ можно выделить:

1. Персональный подход к каждому обучающемуся с учетом его индивидуального развития. Именно в данном принципе наиболее полно воплощается основанная сущность инклюзивного образования, формирующаяся на педагогическом принципе доступности.

2. Для детей с ОВЗ обязательна смена умственной и практической деятельности для предотвращения утомления (следует так же учитывать тот факт, что дети с ограниченными возможностями здоровья устают быстрее).

3. Проявление педагогического такта так же является немаловажной частью учебного процесса и имеет особое значение в ходе адаптивной физичес-

кой культуры. Педагогу необходимо выработать определенную тактику поведения с ребенком с ОВЗ в условиях образовательного процесса.

4. Своевременная помощь каждому ребенку с учетом ее необходимости.

В ходе обучения в условиях инклюзивной школы дети с ОВЗ активно взаимодействуют со своими сверстниками [2, с. 85]. Так Юсупов А.Ю. считает, что на начальном этапе инклюзивного образования в процесс обучения необходимо включить детей в обычные спортивные секции по индивидуальным, а не игровым видам спорта [4, с. 86]. Это позволит детям научиться взаимодействовать друг с другом в условиях относительной автономности. На дальнейших же этапах инклюзивного образования появляется возможность более широко задействовать детей с ограниченными возможностями здоровья.

По мнению Лошаковой И.И. уроки физической культуры должны учитывать индивидуальные особенности детей, и именно на их основе учителю необходимо формировать ход урока [5, с. 102]. Так, например, при задействовании обучающихся в подвижных спортивных играх, учителю необходимо подбирать каждому ребенку те роли, которые будут исходить из физического и функционального состояния каждого участника. Эти же факторы необходимо учитывать при проведении эстафет.

Подводя итог, можно сделать вывод о том, что инклюзивное образование стремится воплотить один из основных принципов педагогики – доступность, и на основе этого формирует методоло-

гию, которая настаивает на том факте, что все дети индивидуальны, и каждый имеет свои потребности в обучении. Инклюзивное образование формирует более гибкий подход к процессу обучения, в ходе которого все участники образовательного процесса обнаруживают для себя только положительные результаты [5, с. 106]. Оно позволяет научить каждого ребенка сосуществовать в условиях толерантного отношения с людьми, которые так или иначе отличаются от него самого. Так уроки физической культуры и физкультурно-спортивные мероприятия позволяют не только укрепить здоровье детей, но и научить их взаимодействовать друг с другом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алехина С.В., Семаго Н.Я., Фаина А.К. Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – 231 с.
2. Зарецкий В.К. Десять конференций по проблемам развития особенных детей – десять шагов от инновации к норме // Психологическая наука и образование. – 2005. – № 1. – С. 83–95.
3. Назарова Н.М. Перспективы развития специальной педагогики и специального образования. Общее и специальное образование: интеграция и дифференциация. // Специальная педагогика. – М.: Наука, 2002. – 251 с.
4. Ратнер Ф.Л., Юсупов А.Ю. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. – 152 с.

Тригорьева Н.А.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Литвина Г. А.

СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ РЕБЁНКА С ОВЗ

Самым важным условием в жизни каждого человека является – здоровый образ жизни. Его соблюдение в детском возрасте считается особо актуальным, так как тело и психика человека начинает только сформировываться

[4, с. 59].

«Здоровье является состоянием абсолютного психического, физического и социального благосостояния, а не просто отсутствие заболеваний и физических недостатков».

Многовековую историю имеет проблема сохранения ЗОЖ при обучении в школе и детском саду, и возникла она с момента регулярной организации обучения детей. Довольно большое количество ученых занимались исследованием здорового образа жизни, а именно ими были В.Ф.Базарный, Н.Т.Лебедева, Г.К.Зайцев, они при изучении выявили результаты, что главнейшими факторами нарушения детского здоровья является поведенческая основа и прямым образом взаимосвязаны с семьями детей [1, с. 129].

На состояние здоровья человека влияет множество факторов: питание; окружающая среда человека, режим дня, условия, в которых находится ребенок, семья [3, с. 381].

Как известно, здоровье человека зависит от наследства на 20%, также на 20% от окружающей среды, на 9% от степени здравоохранения и, наконец, от 50% от образа жизни. В связи со столкнувшимися проблемами о сохранении и воспитании культуры здорового образа жизни у детей с ОВЗ является довольно актуальной.

Следует отметить, что существенное влияние на ЗОЖ ребенка с ограниченными возможностями здоровья имеет семья, а именно на режим и образ жизни, традиции, культура здоровья, гигиену, помощь и привычки. Социальные учреждения имеют возможность только посодействовать или поддерживать здоровье ребенка, но главное участие в данной проблеме занимают именно родители.

Семья является средой развития и жизнедеятельности детей с ОВЗ, ее качество вывывается целым порядком различных параметров. На развитие культуры здоровья ребенка при воздействии семьи зависят от последующих факторов, которые указаны на рисунке 1.

Средства развития и сформирован-

ности культуры здоровья ребенка с ограниченными возможностями здоровья выходят на передний план в семейном воспитании (деятельность, отношения, общение). Рассмотрим каждый фактор наиболее подробнее.

1. Деятельность является главным фактором в формировании ребенка с ОВЗ, которая обязана быть направлена на пользу.
2. Общение (непосредственно важный процесс для развития ребенка с ОВЗ) – средство деятельности, которое увеличивает ее воспитательный результат.
3. Отношение является фактором, который связывает деятельность и общение. Данное средство развития ЗОЖ ребенка с ОВЗ должно вынашивать четко гуманистический нрав, потому как отношения – критерии семьи [2, с. 43].

Основной задачей семьи является донести роль каждодневной заботы о собственном здоровье до осмысления себя ребенком, воспитывать творческий подход в укреплении здоровья.

Такое искусство у детей с ОВЗ усваивается в совместной работе с родителями. Им нужно суметь правильно не направить своего ребенка на путь формирования здоровья, а провести таких детей вместе с собой по этому пути и стать для них хорошим образцом. Ребенку необходимо понять, что здоровье является самым важным в жизни, как самая важная ценность, с помощью которой можно улучшить состояние здоровья, ведь люди сами себе да-

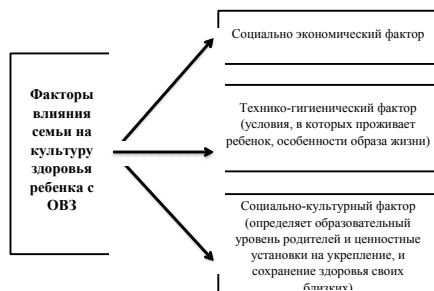


Рисунок 1 – Факторы влияния семьи на культуру здоровья ребенка с ОВЗ.

ют отчет за собственное здоровье. Что-бы данная проблема оказалась решаемой, родителям нужно всегда помнить о том, что для того чтобы ребенок был воспитан в плане культуры здоровья, то им необходимо пример или оказать помощь по прохождению данного пути воспитания [3, с. 420].

Как уже помечалось, родители, имея собственные привычки, отношение к жизни и прочее, могут спровоцировать у детей тот же самый интерес, который считается хорошим посылом для улучшения детского формирования здоровья.

Семье, где имеется ребенок с ОВЗ, необходимо оказать помощь в желании и стремлении заниматься физкультурой, в качестве чего существенное значение приносят сами родители при занятиях в свободное время спортом. Формы занятий могут вынашивать самый различный характер, например игры, соревновательную деятельность (пусть в самом простом виде, но чтобы ребенок чувствовал потенциал и желание быть лучшим), пешие прогулки, плавание, езда верхом на лошадях, или даже туристические походы на лыжах и прочие.

Дети с ОВЗ чаще всего, не могут самостоятельно организовать себе игру без родителей, даже при том условии, что практически каждый ребенок, даже с ограничениями в здоровье, с раннего возраста имеет санки, мячи и прочие атрибуты, которые можно использовать в игровой ситуации с целью поддержания ЗОЖ. Значение родителей в игре с детьми с ОВЗ это руководить процессом, организовывать игру, необходимо ознакомить с правилами и способами игровых действий детей [1, с. 253].

Укреплением здоровья для всей семьи является ЗОЖ, в котором ребенок с нарушениями в здоровье, со временем познает традиции в семье, привычки, значение родителей в жизни ребенка, а также роль самого ребенка в семье, нормы и этика взаимоотношений между членами семьи. Однако только лишь знание основ здорового образа жизни не гарантирует и не дает обеспечение их использования, в случае если это не становится важным обстоятельством ежедневной жизни ребёнка в се-

мье и образовательном учреждении.

Представления детей с ОВЗ о ЗОЖ рассматривается как особенное неординарное новообразование личности, которое способствует формированию осознанного ценностного отношения к заботе о собственном здоровье; осознанию взаимозависимости между состоянием здоровья и образом жизни; применению умений здоровьесбережения в своей деятельности. Представления детей с особенностями развития о ЗОЖ наиболее всесторонне отображают их ориентацию в окружающем мире, обобщенные знания, семейные ценности, сформированность мыслительных процессов.

Многие родители не имеют представлений о сущности определения «здоровье», и рассматривают его только при этом условии, если не имеется заболеваний, но при этом они не учитывают связь психического, эмоционального и физического благополучия. Так, семьям детей с ОВЗ нужно осознать последующие критерии результативности воспитания ЗОЖ:

- позитивная динамика в физическом состоянии ребенка;
- спад болезней;
- снижение степени агрессивности (тревожности);
- развитие у детей навыков построения взаимосвязей с ровесниками, родителями, педагогами и др. [5, с. 117].

Возможность выбора имеется у каждого человека и у каждой семьи, но только лишь от самих родителей зависит то, каким вырастит ребенок, ведь школа не может постоянно направлять ребенка на ЗОЖ, она имеет возможность только скорректировать какие-либо качества в направлении культуры здоровья. Ничего не формирует культуру здоровья человека, так, как личный пример [3, с. 462].

Увеличение психолого-педагогической грамотности семей, воспитывающих детей с ОВЗ, содействует укреплению здоровья, совершенствованию их подготовки к дальнейшей жизни, развитию социальной компетентности детей с нарушениями развития, росту социального статуса их родителей.

Таким образом, семья в жизни ребенка является самым главным фактором и условием в воспитании культуры здоровья. Для детей с ОВЗ очень значительное отношение родителей к ЗОЖ и их помощь, то, как они преподносят данную проблему детям, как они организуют совместную деятельность в воспитании культуры здоровья, ведь для детей важно видеть перед собой пример подражания, которым являются им самые близкие люди – это семья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абоскалова Н.П. Здоровью надо учить / Методическое пособие для родителей. – Новосибирск: издательская компания «Лада», 2013. – 423 с.
2. Базарный В.Ф. Здоровье и развитие ребенка: Экспресс-контроль в школе и дома. – М.: АРКТИ, 2015. – 176 с.
3. Бердыхова. Я. Мама, папа, занимайтесь со мной. – М: Физкультура и спорт, 2014. – 622 с.
4. Грач И.С. Здоровый образ жизни: Сущность понятия и содержание работы по его формированию, М.: Просвещение, 2012. – 388 с.
5. Новиков М.И. Формирование представлений о здоровом образе жизни. – 2013. – 256 с.
6. Яшин В. Здоровый образ жизни. – 2012. – 322 с.

Дроздова У.Н.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Махновская Н. В.

МЕТОДИКА СПЕЦИАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ЮНЫХ ФУТБОЛИСТОВ-ИНВАЛИДОВ

Вопрос о социальной и физической адаптации инвалидов обществе продолжает быть актуальным. Несмотря на те меры, предпринимаемые странами и организациями, а также успехи в современной медицине, число инвалидов неизменно увеличивается. В России было зарегистрировано 14,5 миллионов инвалидов. Среди людей с ограниченными возможностями в здоровье значительное место численности занимают люди с поражением аппарата (ОДА), в том числе последствиями такого заболевания как детский паралич (ДЦП). Исследования ученых показали, что физические упражнения являются средством адаптации в обществе. Также весьма эффективно привлечение инвалидов к организованным занятиям различными видами спорта, одним из наиболее популярных является футбол.

Спорт для людей с ОВЗ в России начал развиваться с момента создания

Всероссийской Федерации инвалидов. В девяностые годы активно начал развиваться футбол инвалидов с ДЦП. И в 1995 г. была основана сборная команда по футболу среди людей с заболеванием ДЦП, которая принимала участие в российских и международных соревнованиях. В подготовку игроков этой сборной были положены реабилитационные мероприятия, основанные на физических упражнениях, в которых особое значение отводилось упражнениям для развития гибкости. Исследования показали, что если для здоровых людей двигательная активность – обычная потребность, то для инвалида физические упражнения необходимы, так как они являются эффективнейшим средством и методом одновременно физической, психической и социальной адаптации.

В футболе могут участвовать все желающие при наличии разрешения

врача, подтверждающего отсутствие противопоказаний к этому виду спорта.

Футбол для лиц с ОВЗ – это множество видов футбола, которые разделены по признакам заболеваний: тотально-слепые, ампутанты, слабовидящие и игроки ДЦП, глухие и футболисты с нарушением развития. И у каждого из футболистов есть свои особенности.

Футболисты делятся на классы, в соответствии с функциональными возможностями, а не категориями инвалидности. Такая классификация основывается на функциональных особенностях организма, которые позволяют человеку заниматься футболом.

В процессе подготовки юных футболистов с ОВЗ решаются следующие задачи:

1. Общее укрепление здоровья, повышение работоспособности организма, и совершенствование умений, навыков, развитие и совершенствование двигательных и др.
2. Коррекционные коррекция нарушений физического развития и психомоторики.

Для распределения физической нагрузки в работе со спортсменами с ограниченными возможностями необходимо следовать общепринятым распределением спортсменов с ОВЗ по функциональным классам.

Основные формы подготовки футболистов:

- прохождение медицинского контроля;
- реабилитационные мероприятия;
- индивидуальная работа с каждым из спортсменов-инвалидов;
- теоретические занятия;
- участие в соревновательной деятельности.

Длительная подготовка занимающихся футболом в учебных организациях, осуществляющих деятельность адаптивной физической культуры, делится на этапы:

- коррекционно-оздоровительный;
- подготовка от 2-х лет и более;
- с продолжительностью от 4-х лет более;

- совершенствования от 3-х лет и более;
- спортивного мастерства.

В оздоровительной группе футбола в течение всего времени занятий ведется строгий врачебный и педагогический контроль, который позволяет оценить эффективность всего процесса подготовки футболистов с ограниченными возможностями. Для каждой группы существуют свои показатели физической активности.

Количество инвалидов в нашем регионе неизменно увеличивается и им просто нужна помощь, чтобы адаптироваться в обществе и этой помощью является адаптивная физическая культура, которая продолжает развиваться.

Многие ребята инвалиды – люди не только с физическими проблемами, а еще и с психологической изоляцией и подавленностью. С помощью спорта они борются с этим.

Итогом упорной работы медиков, тренеров и самих инвалидов стала победа сборной России по футболу среди инвалидов-ампутантов на чемпионате в Мексике.

В данный период создано более 18 различных футбольных клубов. Каждый год, уже на протяжении шести лет, проводятся Чемпионаты России, а так же в последние два года в них принимают участие и детские команды. Кроме этого, каждый год команды собираются на Кубок мэрии Москвы, турниры в Сочи, Владикавказе, Ижевске.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Пашкова О.В., Ныньчук Н.В. Программа по футболу с ограниченными возможностями здоровья (адаптированная). – Сургут. – 2011. – 46 с.
2. Чкония И.Т., Центральная оценка эффективности использования различных средств и методов подготовки футболистов-инвалидов. – Москва, 2001. – 120 с.
3. Шамардин В.Н. Медико-биологические основы спортивной тренировки футболистов. – Днепропетровск, 1998. – 134 с.

Зеленская К.А.

г. Волгоград,

ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»

Научный руководитель: к.п.н. Дегтярева Д.И.

ОБЗОР РОССИЙСКОГО РЫНКА ФИТНЕС-ИНДУСТРИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время в России, по сравнению с развитыми странами Европы и Америки, фитнесом занимается очень малое количество людей. Необходимо отметить, что тенденция на увеличение «любителей фитнеса» прослеживается с начала двухтысячных годов. В 2011 году только 3% от всего числа населения были непосредственно задействованы в фитнес-индустрии, тогда как в США – 14,1% населения, а в Великобритании – 6%. На данный момент, по мнению ряда авторов, этот контингент увеличился примерно на 20% [1, С.92].

Российский рынок услуг фитнеса в настоящее время все еще находится в стадии становления и отстает от западного на 20–30 лет. Особенно это заметно при анализе состояния особого сегмента фитнес-индустрии – для людей с ограниченными возможностями.

Во всем мире насчитывается более 500 миллионов инвалидов, то есть людей, у которых возникают сложности с выполнением хотя бы одного вида действий, с которыми мы сталкиваемся в повседневной жизни (по данным Международного комитета Паралимпийских игр). В течение последних 20 лет благодаря различным социокультурным и экономическим факторам, а также научным достижениям значительно выросло количество инвалидов, которые решили заняться двигательной активностью в различных ее проявлениях.

На сегодняшний день, по ориентировочным данным, около 45% инвалидов по всему миру в той или иной форме выполняют физические упражнения, начиная с чисто реабилитационных занятий и заканчивая спортивными соревнованиями высшего уровня (по данным Международного комитета Паралимпийских игр).

В США и Европе бурно и многопланово развивается фитнес-индустрия

для людей с ограниченными возможностями здоровья. Еще в далеком 1996 году был открыт Центр здоровья и фитнеса Хелен Гэлвин для людей с ограниченными возможностями здоровья. В этой же стране довольно известными и популярными становятся люди, которые сами относятся к различным нозологическим группам, при этом активно популяризируют такого рода фитнес-занятия. Примером может служить Тифани Адамс – тренер по фитнесу, которая прикована к инвалидной коляске, но при этом ведет активный образ жизни и помогает всем слоям населения приблизиться к фитнес-индустрии.

Если говорить о развитии фитнес-индустрии в России, то такой вид реабилитации только начинает развиваться.

К 2017 году в Москве ярко проявились три организации, которые активно вовлекают людей с ограниченными возможностями в фитнес-индустрию: благотворительный фонд «Сила духа», Европейский союз пара-тхэквондо и сеть фитнес-клубов World Class [2].

Один из фитнес-клубов Строгино открыл бесплатные фитнес-направления, по которым сейчас занимаются 20 москвичей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в возрасте от 18 до 60 лет с I, II и III группами инвалидности. Первое время организаторы намерены поработать именно с этой категорией инвалидов. В дальнейшем к ним, возможно, присоединятся горожане с другими заболеваниями. Участникам проекта выдали абонементы, дающие право заниматься на тренажерах и ходить в бассейн. Нагрузку для них определяют индивидуально – в зависимости от нозологической группы, возможностей, уровня физической подготовки и медпоказаний. Посещать клуб можно хоть каждый день с 12.00 до 17.00. Время выбрано не случайно: обычно в эти часы посетителей в клубе мало. Пер-

вые результаты показали: подобные занятия очень востребованы.

Организаторы задумались расширять границы проекта. По оценкам экспертов, если каждый фитнес-клуб столицы выделит хотя бы час в неделю, к спорту привлечь удастся 150 тыс. инвалидов. В этом случае можно рассчитывать на поддержку московских, а потом и федеральных властей. Подобные прецеденты в России уже есть. Например, в Иваново городская Дума снизила ставку земельного налога для центра, работающего с инвалидами.

Специальные фитнес-клубы для инвалидов также могут появиться в столице нашей страны. Об этом заявили депутаты Мосгордумы. Парламентарии уже подготовили проект соответствующих поправок к московскому закону о безбарьерной среде. По словам авторов инициативы, помимо строительства новых спортклубов, предназначенных исключительно для людей с ограниченными возможностями здоровья, в новом законе будет прописана рекомендация владельцев обычных фитнес-центров перепрофилироваться в соответствии с потребностями такой категории посетителей. Для этого им придется закупить специальные тренажеры. К примеру, для «опорников» с травмами позвоночника или переживших инсульт понадобятся особые кардиотренажеры, дорожки для ходьбы, а также роботизированные экзоскелеты, помогающие вернуть способность ходить.

Некоторые компании разрабатывают тренажеры, обеспечивающие до-

ступность тренировок для различных категорий инвалидов в обычных спортивных залах фитнеса и бодибилдинга. Однако их цена не позволяет закупать их в больших количествах в различные физкультурно-спортивные организации.

Постепенно различные фитнес-клубы с таким родом возможностей появляются и в других городах. Так в Новосибирске инвалиды теперь могут заниматься фитнесом. Один из центров готов предоставить им тренажеры, выполнять упражнения помогает подготовленный тренер – реабилитолог.

В Волгограде в 2017 году на базе ФГБОУ ВО «Волгоградская Государственная академия Физической Культуры» был открыт адаптивный центр для людей с ограниченными возможностями, где предоставляются бесплатные услуги для детей, имеющих проблемы со здоровьем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дегтярева Д.И., Турчина Е.В. Современные фитнес-программы. Тенденции и перспективы российской фитнес-индустрии // Физическое воспитание и спортивная тренировка. – 2015. – № 3 (13). – С. 91–95.
2. Жуков С. Абонемент не роскошь: URL: <https://rg.ru/2017/02/09/reg-cfo/invalidy-v-moskve-poluchili-vozmozhnost-besplatno-zanimatsia-fitnessom.html>. - Дата обращения 5.10.2017. - Яз. русский.

Аемакина Е. Е.

г. Волгоград,

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный социально-педагогический университет»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Андреенко Т.А.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ СКОЛИОЗЕ

В настоящее время подрастающее поколение все больше страдает из-за гиподинамии (большая нагрузка, компьютерные игры, телевидение, интернет), которые приводят к различным заболеваниям. Одним из таких осложне-

ний здоровья человека является нарушение осанки, в том числе сколиоз [2, с. 152].

Сколиоз принадлежит к неправильному распределению мышечного тонуса, смещению и опусканию внутренних

органов, что значительно ухудшает качество жизни человека, в связи с этим выявляется необходимость использовать средства, позволяющие проводить профилактику гиподинамии и её последствий, такого как сколиоз. Одним из средств является занятия физическими упражнениями. С помощью физических упражнений, возможно укрепить мышечный корсет, что во многих случаях является достаточным для профилактики и устранения функционального сколиоза. Важным фактором успеха занятия являются возраст подопечных. Здесь учитывается тот фактор, что формирование организма проходит до 21 года. Поэтому важно в этот период заниматься профилактической и устранением нарушения осанки, в том числе сколиоза.

Цель исследования – разработка комплекса физических упражнений при сколиозе.

Задачи исследования.

1. Обучить студентов упражнениям, которые могут быть использованы при сколиозе позвоночника.

2. Обучить студентов методам профилактики сколиоза.

Причин, приводящих к развитию этого заболевания много. Основными из них являются:

- травмы позвоночника, получаемые ребенком при родовспоможении, например подвывихи позвонков. При этой травме происходит смещение тела одного позвонка относительно другого, что нарушает симметрию позвоночного столба и в дальнейшем способствует развитию сколиоза;
- длительное пребывание человека в вынужденной позе. Это может быть связано с различными заболеваниями и патологиями, а также деятельностью человека;
- различная сила мышц спины, кото-

рая может быть обусловлена различными заболеваниями. При этом происходит сгибание позвоночного столба в здоровую сторону;

- недостаточное общее физическое развитие;
- нарушения питания;

При коррекции сколиоза большое значение имеет лечебная физкультура. В настоящее время разработаны несколько комплексов для профилактики и коррекции сколиоза.

В исследовании приняли участие студенты ВГСПУ. В течение семестра, тестируемая группа состояла из 25 человек, в возрасте от 17 до 21 лет, занимающихся в специальной медицинской группе.

Среди них были выявлены студенты с симптомами сколиоза:

- 1) Шейный отдел позвоночника.
- 2) Грудного отдела позвоночника.
- 3) Пояснично-крестцовый отдела позвоночника.

Среди студентов проводился опрос на жалобы при сколиозе. Ниже перечислены жалобы:

- головные боли;
- боли в позвоночнике;
- скованность в спине или болезненность;
- онемение, покалывание верхних конечностей;
- скованность мышц верхнего плечевого пояса;
- малоподвижность лопаток;
- нарушение осанки;
- быстрая утомляемость.

С учетом всех данных был разработан комплекс упражнений [1].

Цель комплекса:

- а) укрепить ослабленные мышцы;
- б) уменьшить болезненные ощущения в местах прикрепления мышц;
- в) исправить неправильную осанку.

Упражнения для укрепления мышц шейного отдела позвоночника:

Упражнение 1. Наклон головы вниз (стараться до предела опустить вниз, подбородком коснуться груди), затем наклон головы назад. Упражнение должно выполняться плавно и медленно.

но и с несколькими повторами (10–12 раз).

Упражнение 2. Сед на пятках, наклон головы влево, ладонь правой руки расположена на правой височной области, оказывая сопротивление при наклоне головы вправо до касания ухом правого плеча. Аналогичное упражнение проводится и с левой рукой. Упражнение повторяется по 4–12 раз.

Упражнение 3. Подбородок касается груди, рук на затылке в замке оказывают сопротивление движению подбородка вверх. Упражнение повторяется 4–12 раз.

Упражнения для укрепления грудного отдела позвоночника:

Упражнение 1. В положении стоя. Наклонитесь назад, максимально прогнитесь. Желательно при наклоне увидеть стену у себя за спиной. Прогнитесь на вдох, потом следует пауза с задержкой дыхания, равная вдоху, затем на выдохе вернитесь в исходное положение. Повторите 10–15 раз.

Упражнение 2. Встать на четвереньки, руки прямые и параллельны друг другу, ноги согнуты в коленях под углом 90°. Одновременно с правой рукой вытянуть вперед левую ногу, рука и нога находятся в прямом положении и параллельны полу, и удерживать в таком положении несколько секунд. Повторить аналогичное действие, сменив руку и ногу.

Упражнение 3. В положении сидя: руки сложите ладонями вместе между колен или «в замок». На вдох – наклон туловища в сторону, на выдох – выпрямитесь, затем повторите наклон (на вдох) в другую сторону.

Упражнение 4. Встаньте на четвереньки и выгните спину вверх, потом прогните вниз, и так несколько раз.

Упражнение 5. Опираясь на ладони и на ступни, походите «по-кошачьи». Это упражнение укрепляет и даже вправляет позвонки грудного и пояснично-крестцового отделов.

Упражнение 6. Выполняем приседания с удержанием правильной осанки. Первоначальное положение – стоя, ноги сведены вместе, руки держим разведенные в стороны или на талии, лопатки сведены. Поднимаемся на носоч-

ки, приседаем, встаем также на носочки, опускаемся на всю стопу. Задержка на каждом положении 2–3 секунды. Выполняем 15–20 подходов.

Заминка после упражнений:

Упражнения 1. Интервальная ходьба (5–10 минут), лицом вперед, спиной вперед.

Упражнения 2. Исходное положение – стоя, ноги на уровне ширины плеч. Поднимаем руки через стороны на вдох и становимся на носки, при выдохе – опускаемся на стопу, через стороны опускаем руки и встряхиваем.

Исследование проводилось в течение 6-го семестра, по окончании которого был проведен повторный опрос студентов. Из тестируемых 17 человек выявились функциональные улучшения в опорно-двигательном аппарате:

- снизились болевые ощущения в пораженных зонах позвоночника;
- повысилась амплитуда выполнения упражнения позвоночника;
- улучшилась гибкость;
- исправилась осанка.

Вывод: Таким образом, мы рекомендуем следить за осанкой, соблюдать умеренно калорийную диету, насыщенную белками и полиненасыщенными жирными кислотами, вести активный образ жизни, заниматься физической культурой. Что позволит в будущем избежать серьезных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джерелей Б.Н. Настольная книга для тех, у кого болит спина [Электронный ресурс] – <https://mybook.ru/author/boris-dzherelej/nastolnaya-kniga-dlya-teh-u-kogo-bolit-spina/read/> (дата обращения 1.11.2017)
2. Сковрцова С.О. Формирование компетентности студентов в профилактике компьютерного синдрома в процессе занятий физической культурой : диссертация... кандидата педагогических наук : 13.00.04 / Сковрцова Светлана Оганесовна. – Омск, 2010. – 152 с.

Мелашенко Н. В.

г. Ростов-на-Дону, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный университет путей сообщения»
Научный руководитель: ст. преподаватель Т.Н. Касьянова

АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Спорт – наше здоровье! Кто не слышал этот лозунг? Каждый человек пытался следовать ему. У каждого человека сформировалось свое отношение к нему и выработалась личная методика занятия спортом.

Кто-то становится активным участником соревнований. Например, в 2018 году пройдет чемпионат мира по футболу. Для футболистов – это спорт. В 2014 прошли зимние Олимпийские игры в городе Сочи. Это тоже спорт. И с особым чувством вспоминаются те соревнования, которые проходили в феврале месяце после основных. Это параолимпийские игры, это игры, где люди с ограниченными возможностями не только участвовали, но и поражали своими достижениями зрителей. Но не все задумывались о том, сколько стоила победа или участие. Сколько трудились эти спортсмены! Спорт для параолимпийцев стал смыслом жизни.

В XXI веке ученые констатируют факт роста людей с ОВЗ и инвалидов. Согласно Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года и государственной программе Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» к 2020 году будет увеличено количество людей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, которые занятия физической культурой и спортом ставят в приоритет, общая численность данной категории населения вырастет до 2,5 миллионов человек, что составит 20% от всего числа инвалидов в Российской Федерации.

Сейчас уделяется большое внимание людям с ОВЗ и инвалидам. Они тренируются в зале ЛФК, где воспитывается и тренируется, прежде всего, сила воли. Только благодаря ей ребята добиваются многого. А ведь у многих есть нарушения, требующие дополнительной специальной лечебно-восста-

новительной, коррекционной деятельности, которая направлена на исправление недостатков и нормализацию физического развития ребенка.

Для того, чтобы человек с постоянными проблемами со здоровьем мог жить и развиваться, он должен быть обеспечен условиями для тренировки тех навыков и умений, которые помогут ему развивать и поддерживать телесно-двигательные характеристики, а также силу духа для наивысшей реализации человека в качестве социально и индивидуально значимого субъекта – это и есть цель адаптивной физической культуры. Иначе, умение активно жить и развиваться для человека с ограниченными возможностями – это сущность жизни. Данный вид спорта ориентирован на хронически больных и инвалидов, он оказывает благотворное оздоровительное и лечебное воздействие на спортсмена, еще является отличным средством и способом вхождения в общество, завоевания своего социального «пространства». Занятия адаптивной физической культурой невозможно без дополнительных приспособлений и тренажеров, а также специальных методик. В настоящее время на практике разрабатываются и используются специальные средства, важнейшим из них является физическое занятие, через которое происходит целевое и направленное воздействие на человека с ОВЗ или инвалида.

Очень часто применяющимися среди всех классификаций являются группы упражнений по тем запросам, которые необходимо удовлетворить к конкретном случае: цель, воздействие на развитие разных физических качеств, влияние на развитие определенных мышечных групп, развитие координации, биомеханические структуры движений, интенсивность выполнения заданий, отражающей степень напряженности физиологических функций, виды

спорта для различных групп инвалидов, лечебное воздействие, исходное положение, степень самостоятельности выполнения упражнений, интеграция междисциплинарных связей. Упражнения подбираются индивидуально и учитывается физическое состояние человека.

Поэтому во многих населенных пунктах, будь то город или районный центр, созданы и функционируют физкультурно-оздоровительные группы и спортивные секции по тем видам спорта, которые адаптированы для инвалидов. Это и лыжные гонки, и легкая атлетика, и плавание, и настольный теннис, и шахматы, и шашки, и тяжелая атлетика, и мини-футбол, и волейбол, и баскетбол, и биатлон, и фехтование на колясках, и керлинг на колясках. Многие из этих испытаний представлены на параолимпиадах, основателем их считается Людвиг Гуттаман. Этот человек в реальности убедил в том, что состязания для инвалидов вызывают у них желание жить и быть наравне с другими людьми, они становятся успешными в жизни, уравнивается их психическое состояние, возвращаются к полноценной жизни независимо от физических недугов, закаляется их физическая сила.

Люди, с проблемами со зрением участвуют в параолимпийских играх. Плавание, футбол, дзюдо, легкая атлетика, велоспорт-тандем являются те-

ми видами спорта, в которых они принимают участие. Это летние дисциплины. Зимой эти люди соревнуются в таких видах спорта как биатлон, горнолыжный спорт, лыжные гонки.

Параолимпийский биатлон – является соревнованием, в котором люди, которые не видят мир глазами, а также те, которые видят его, но с ограничениями во время стрельбы используют оружие, оснащённое электронно-акустическими очками. Принцип работы данных очков заключается в том, что расстояние от центра фиксируется при прицеливании с помощью увеличения или уменьшения звукового сигнала. Для данной группы инвалидов используются мишени с диаметром 30мм.

Поединки по паралимпийскому дзюдо особенны. Во время испытаний дзюдоисты обозначают свое местонахождение прикосновением к кимоно соперника. Этот захват называется «кумиката» и, если связь спортсменов нарушена, то судья командой «матэ» (ждите), или «стоп» прекращает борьбу, и соперники возвращаются в начальное положение.

Футбол для незрячих тоже завораживает своих зрителей, болельщиков. Вот только поле меньше, ворота меньших размеров, специально озвученный мяч, борта поля выше обычного.

Галболом называется спортивная игра, цель которой забросить мяч с двумя колокольчиками внутри за ворота противника. И причем игроки ориентируются в игре только на слух. Игра проходит в спортивном зале с нанесенной на полу разметкой в виде прямоугольника, поделенного на две половины. Только разметка эта особенная, она нанесена цветным скотчем, причем под ним находится веревка для ориентировки игроков. Испытание было придумано в 1946 году как средство реабилитации вернувшихся с войны невидящих бойцов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азарян Р.Н. Физическое воспитание слепых и слабовидящих школьников в режиме дня. – М.: ВОС, 1987. – 115 с.
2. Бальсевич В.К. Физическая подготовка в системе воспитания культуры здорового образа жизни человека (методологический, экологический и организационный аспекты) // Теор. и практ. физич. культ., 1990, № 1.
3. Григоренко В.Г., Сермеев Б.В. Теория и методика физического воспитания инвалидов. Ч. 1–2. – Одесса, 1991.
4. Либман Е.С. с соавт. Состояние и особенности кожной чувствительности рук слепых и слабовидящих // Значение функц. характеристик кожной чувствительности для трудового устройства слепых и слабовидящих: Метод, рекоменд. – М., 1981.
5. Шмельков И.И. Коррекция недостатков физического развития слепых детей средствами физической культуры // Физ. воспит. детей в спецшколах: Межвуз. сб. науч. трудов. – Горький, 1985.

Еще один очень приспособленный вид соревнований – это велоспорт-тандем. Они проводятся на тандем-велосипедах, у одного из велосипедистов очень плохое зрение или его совсем нет. Протяженность велотрассы может быть разной. Участниками могут быть не только мужчины, но и женщины.

Испытания по легкой атлетике состоят из нескольких видов спорта и включают в себя пять дисциплин. Это –

бег, спортивная ходьба, прыжки (в длину, с шестом); метание (диска, копья, молота), толкание ядра, легкоатлетические многоборья. В них принимают участие как плохо видящие люди, так и слепые. Причем незрячие спортсмены работают в связке с лидером.

Разных видов спорта, участниками которых могут быть слабовидящие и слепые люди множество. Любой вид состязаний не только завораживает своим зрелищем, каждый участник таких соревнований пробуждает особое чувство гордости, вызванное такими отважными, трудолюбивыми, выносливыми спортсменами. Они достигают победы в разных состязаниях, но свою главную победу они одержали давно. Каждый из них победил свой недуг...

Некрасова А.Е.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Литвина Г. А.

ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ

В современном мире экономические перемены, активизация политики по направлению гуманизации общества и формирование государственной системы образования, активизируют поиск пути совершенствования и организации различных инновационных направлений в развитии физического воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья.

В Федеральном государственном образовательном стандарте второго поколения, приоритетом в работе с детьми, имеющими нарушения в развитии, является обеспечение формирования познаний, установок и норм в поведении, которые способны обеспечить укрепление здоровья и интереса по отношению к своему здоровью, что выявляется социальной политикой Российской Федерации [4, с. 218].

Физическая культура является неотъемлемой частью образовательного процесса и считается главным фактором в сохранении здоровья учеников,

а также в физическом воспитании, лечении и предотвращении заболеваний. Занятия физической культурой расширяют адаптационный потенциал детей с ОВЗ, в связи с чем и имеют организацию сознательных направленных действий педагогов, которые непосредственно связаны с телесно-физическим формированием обучающихся.

В России с каждым годом становится все более развито инклюзивное образование, которое востребовано в каждом образовательном учреждении (школы, детские сады, вузы) [6, с. 122].

С помощью инклюзии ученики с ограниченными возможностями здоровья могут заполучить индивидуальный подход в обучении более адаптированный к данным возможностям, в качестве чего обучение будет наиболее действенным и результативным.

При совместном обучении детей с нарушениями здоровья и обычными детьми выстраиваются достаточно крепкие дружеские взаимоотноше-

ния, где обычным детям необходимо научиться взаимодействовать с детьми с ОВЗ.

Перед педагогами физической культуры стоит немаловажная задача в привлечении учеников с ОВЗ к активному и подвижному образу жизни, где необходимо применять инновационные направления в системе образования.

При использовании инновационных технологий на уроках по физической культуре, педагог способен вызвать у детей интерес, увеличивается сопротивляемость к воздействию негативных факторов внешней среды, что является довольно хорошим и целенаправленным методом профилактики и гармоничного роста развития учеников [3, с. 88].

В качестве одного из инновационного направлений, выступает игра, которая способствует развитию двигательных и речевых функций, которые тесно взаимосвязаны с работой головного мозга обучающегося. В качестве игры можно использовать массаж различных частей тела: рук, ног, ушей и др., необходим данный метод для того, чтобы ученик смог весь учебный день почувствовать себя хорошо.

На сегодняшний день также актуальным является применение на уроках физической культуры инновационно-оздоровительной методики под названием «Су-джок» (массаж кистей рук, ног с использованием различных стихотворений), дыхательная гимнастика «Стрельникова» (способствует развитию мелкой моторики, ритмопластике и логоритмике).

Также в качестве здоровьесбережения можно выявить следующие инновации педагога [1, с. 12]: динамические паузы, утренняя гимнастика, дыхательная гимнастика, гимнастика для глаз, упражнения и игры с целью коррекции плоскостопия, упражнения на формирование правильной осанки, психогимнастика, релаксация с обучающимися, игротренинг и игровой стретчинг (упражнения на растягивание мышц, связок и сухожилий) [1, с. 120].

В физическом воспитании детей с ОВЗ необходимо применять следующие методы организационной деятельности:

1. Индивидуальный метод (выявляется ребенок с ОВЗ и педагог проводит коррекционную работу наедине).
2. Индивидуально-групповой метод (включается по 3 ребенка и проводится коррекционная работа с детьми, у которых имеются нарушения).
3. Индивидуализированный и коллективный метод.
4. Предметно-практическое взаимодействие с учениками (в данном методе рекомендуется проводить коррекционную работу с применением упражнений, которые способствуют укреплению здоровья).
5. Метод повторно-кольцевой (данный метод необходимо применять как рефлекссию – закрепление либо повторение пройденных упражнений и впоследствии применять их при необходимости).
6. Игровой метод (можно подобрать игру которая не только будет вызывать интерес у ребенка, но и укреплять здоровье) [2, с. 33].
7. Музыкально-ритмическая терапия (такой метод в большинстве школ имеется как урок ритмики).
8. Метод «Театра физического воспитания» [2, с. 35].

Все вышеупомянутые методы являются эффективными для учеников с особенными образовательными потребностями, т.к. все они сочетают в себе, все требования концептуальных методов в физическом развитии школьников и комплексной реабилитации, которые мы рассмотрим на таблице 1.

Таким образом, в качестве формирования физического воспитания детей с ОВЗ, педагогам необходимо ставить перед собою задачу в раскрытии потенциала каждого ученика, где нужно дать каждому поверить в собственные силы. Учителю необходимо на уроках применять инновационные направ-

Табл. 1. ТРЕБОВАНИЯ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ШКОЛЬНИКОВ

Концептуальные методы в физическом развитии школьников в комплексной реабилитации	Познательность
	Комплексность
	Индивидуальность
	Последовательность
	Наглядность
	Доступность
	Систематичность (повторение)
	Целенаправленная система деятельности

ления, с помощью которых он сможет строить собственную образовательную деятельность таким образом, чтобы обучающийся смог чувствовать се-

бя успешной личностью, ведь в ребёнке необходимо вложить не только знания об окружающем его мире, но и научить его самого видеть главное и добиваться своей цели, выбирать для этого доступные способы и возможности в соответствии с возрастом. При помощи инновационных направлений и методов обучения, ребенок с ОВЗ способен научиться самостоятельно заботиться о своем здоровье, организовывать свой активный отдых средствами физической культуры, вести здоровый образ жизни, а задача учителя – воспитать устойчивую мотивацию к занятиям физической культурой и спортом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авилова С.А., Калинина Т.В. Игровые и рифмованные формы физических упражнений. / Волгоград издательство «Учитель», 2013. – 279 с.
2. Екимова М. М., Копылова В. А., Койра И. В. Инновационные педагогические технологии в системе физического воспитания и оздоровления детей с ОВЗ в общеобразовательном пространстве // Школьная педагогика, 2017. – С. 33–36.
3. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М.: Академия, 2013. – 237 с.
4. Здоровье и физическое развитие детей в дошкольных образовательных учреждениях: Проблемы и пути оптимизации: Материалы Всероссийского совещания «Пути оптимизации здоровья и физического развития детей в дошкольных образовательных учреждениях». – Москва: СПб.: Просвещение, 2013. – 344 с.
5. Солодянкина О.В. Физическое воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. – М.: АРКТИ, 2014. – 80 с.
6. Фатеева Л.П. 300 подвижных игр для младших школьников. – Я.: Академия развития, 2012. – 224 с.

Орлан А. В.

г. Волгоград, ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Орлан И. В.

РЕКРЕАТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВОЛЕЙБОЛА В ПРАКТИКЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Известно, что продолжительность жизни и период активной трудоспособности человека напрямую зависят от состояния его здоровья, которое во многом определяется его двигательной активностью.

В высказываниях академика Н.М. Амосов [1] здоровье определяется как сумма «резервных мощностей» основных функциональных систем и орга-

нов, которые меняются в течение жизни: их увеличение или уменьшение связано не только с возрастными особенностями, но и во многом определяется образом жизни. Постоянная тренировка функций, позволяющая наращивать «резервные мощности», создаёт условия для укрепления здоровья, и, наоборот, её отсутствие непременно ведёт к снижению резервов ор-

ганизма, т. е. к «количественному» снижению здоровья.

Уменьшение двигательной активности в зрелом возрасте (45–55 лет), особенно для женщин чревато многими негативными последствиями: психо-эмоциональные кризисы, связанные с гормональными изменениями в организме женщин; быстрый набор лишнего веса на фоне частых стрессовых состояний; гиподинамические проявления (снижение эластичности связочного аппарата, понижение его прочности, возрастание хрупкости костей, окостенение ряда элементов позвоночного столба, снижение подвижности в суставах, повышение артериального давления, снижение тонуса мышц и т.д.).

Этот возрастной период женщин относится к периоду зрелости, для которого характерен двигательный дефицит. Причем женщины зрелого возраста составляют основной контингент женщин, занятых в производственной сфере. На них возложена социальная функция материнства и воспитания детей. Поиск путей и способов вовлечения этой категории населения к активным занятиям физической культурой, а, следовательно, сохранения их физического здоровья является важной социальной задачей.

В связи с этим особенно возрастает роль систематических занятий физическими упражнениями. Активные занятия почти в любом возрасте повышают жизненный тонус организма, противодействуют развитию различного рода заболеваний, особенно сердечнососудистых и простудных.

Люди зрелого возраста, систематически занимающиеся физической культурой, в 2–3 раза реже болеют, а по физической подготовленности и состоянию здоровья приравниваются к лицам на 10–15 лет моложе себя.

Цель физического воспитания определена интересами общества и государства, а вектор ее социальной детерминации направлен на здоровьесбережение населения.

В обосновании Федеральной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016–2020 годы» указывается на необходимость массового охва-

та населения занятиями ОФК (особенно трудоспособного в старшей возрастной группе), что в свою очередь должно стать основанием для здоровьесбережения и продления социальной активности населения [3].

В системе физического воспитания подвижные и спортивные игры занимают существенное место и являются средством разностороннего развития, а также способствуют формированию профессионально-прикладных двигательных умений и навыков [2].

В практике оздоровительной физической культуры используется множество различных подвижных и спортивных игр, выполняемых с относительно низкой интенсивностью. Такие игры призваны выполнять рекреационную задачу, повышая доступность занятий физической культурой, а также интерес к ним.

Как рекреативный вид спорта волейбол обладает рядом преимуществ, как то:

- игра с относительно простыми правилами;
- игра с ограниченным физическим контактом игроков, что уменьшает риск травматизма;
- при оздоровительной направленности занятия волейболом не достигают сверхвысоких, критических величин нагрузки;
- игра является источником положительных эмоций, выполняя антистрессорную функцию.

Важно на занятиях по рекреативному волейболу соблюдать ряд правил:

- игра должна проходить по упрощенным правилам;
- темп игры спокойный с достаточными паузами для отдыха;
- равнозначный состав команд;
- игра не должна сопровождаться заметным утомлением.

Для эффективной организации и проведения физкультурно-оздоровительных занятий рекреативным волейболом с женщинами среднего и пожилого возраста целесообразно:

- исключить варианты и разновидности технических приемов, сложных в координационном плане и требующих высокого уровня физической подготовленности (подача в прыжке, передача мяча сверху в прыжке, нападающие удары с ускоренных и скоростных передач, групповое блокирование);
- исключить травмоопасные технические приемы, которые могут привести к функциональным нарушениям опорно-двигательного аппарата (прием мяча снизу в падении, передача мяча сверху в падении);
- применять обучение техническим приемам, которые не входят в традиционные учебные программы по

волейболу, но часто используются волейболистами массовых рядов, что позволяет им значительно дольше удерживать мяч в игре и поддерживать необходимую величину нагрузки;

- применять преимущественно упражнения аэробной направленности (70–80%), выполняемые с малой и средней интенсивностью (ЧСС 108–133 уд/мин и 134–152 уд/мин);
- нагрузку в тренировочных занятиях увеличивать за счет повышения интенсивности выполняемых упражнений.

В связи, с этим занятия рекреативным волейболом можно рекомендовать женщинам с удовлетворительным функциональным состоянием ССС и ЦНС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Амосов, Н. М.. Раздумье о здоровье. / Н.М. Амосов // М.: Фис. – 1982. – 335 с.
2. Валкина, О.Н. Игровая деятельность как фактор приобщения детей и подростков к систематическим занятиям физическими упражнениями / О.Н. Валкина, Ф.М. Кодолова, Е.Е. Фунина // Педагогика – психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2016. – Т. 1. – № 1 (38). – С. 129–136.
3. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья [Электронный ресурс] ВОЗ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/3/9789244599976_rus.pdf.

Переуца Д.А.

г. Ессентуки,

Филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: ст.преподаватель Федотова Т.Д.

ЗАНЯТИЯ АДАПТИВНОЙ КАК ФИЗКУЛЬТУРОЙ КАК ОСНОВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ФОРМИРОВАНИИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ

Ухудшение состояния детей школьного возраста в России стало серьезной педагогической проблемой.

В научных трудах М.В. Антропова, Э.Н. Винер, (2014), указано, что за последнее десятилетие можно считать лишь от 4 до 24% школьников [1, с. 2].

В начальных классах здоровых детей можно посчитать по пальцам это 11–12%.

Почти 61% первоклассников имеют

функциональные нарушения, 21,4% – отстают от 7-летних детей в развитии на 2 года, а 45% детей нейropsychологически не готовы к обучению и освоению программы [4, с. 36].

Именно в школьном возрасте формируется отношение детей к своему здоровью. Современная школа с ее учебной нагрузкой во многом ущербно влияет на состояние не только соматически, но и психически учащихся.

По мониторингу заболеваемости де-

тей можно оценить состояние здоровья детей. Несомненным является утверждение о том, что в сложной системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья, существенную роль играет оптимальный уровень двигательной активности, а также стиль жизни современных школьников.

В основе жизни школьников должна лежать культурная привычка к ежедневной двигательной активности в различных её формах и осознанной ответственности.

Тенденция к здоровому образу жизни, осознание важности здоровья для последующей жизни ребенка обуславливают снижения здоровья учащихся (Марков В.В.) [4, с. 96].

И.Ю. Глиняная, Л.Г. Татарникова, Л.М. Балакаева, считают, что, культура здоровья как часть здорового образа жизни очень слабо развита или отсутствует совсем [3, с. 6].

Главным условием сохранения здоровья ребенка, является двигательная активность. Значение двигательной деятельности школьников в создании культуры здоровья велика.

Важность сохранения и улучшения здоровья ставит перед школой в качестве первоочередной задачи концентрацию усилий на процессе создания культуры здоровья учащихся, основой которой является достаточная двигательная активность.

В работах многих ученых, исследовавших влияние двигательной активности на здоровье человека, было показано, что время двигательной деятельности должно составлять 3–5 часов, что составляет 51–60% время бодрствования.

Адаптивная физкультура рассматривается специалистами как главный фактор, способствующий росту и развитию ребенка с нарушениями здоровья. Она способствует созданию культуры здоровья.

Культура здоровья как часть общей культуры, по-нашему мнению, должна являться составляющей здорового жизненного пространства. Школьники должны иметь базу знаний о том, что помогает сохранить приумножить и развить культуру здоровья.

Обязательное требование к прове-

дению занятий адаптивной физической культуры – создание положительного психологического фона.

На уроках адаптивной физкультуры необходимо знакомить ребят с правилами проведения закаливающих процедур. Закаливание помогает вырабатывать силу воли, целеустремленность, решительность и другие нравственные качества.

Чтобы сформировать у детей культуру здоровья, нужно рассматривать не только физиологический, но и психологический, нравственный аспект здоровья [4, с. 17].

Многие специалисты в области физической культуры и спорта первое место в формировании здоровья отдают бы двигательной активности, которая развивает физические качества, формирует необходимые прикладные умения и навыки.

Если говорить о детях школьного возраста, то их образованность в области культуры здоровья должна сложиться из осознанного, систематичного выполнения правил, сберегающих здоровье, уметь анализировать последствия своих действий на свое здоровье и здоровье его окружающих.

Образ жизни человека в будущем зависит от прочности заложенных знаний и умений, заложенных в детстве от этого же, зависит уровень реализации его возможностей.

Достижения в этой деятельности возможны, только если целенаправленно и систематически работают вместе учителя и родители школьников. Эта деятельность служит первичным звеном в создании и развитии личности ученика.

Закладка знаний о здоровье у учащихся задача семьи и образовательного учреждения она охватывающая различные стороны развития ребенка в школьном возрасте, создание педагогических условий для ее решения.

Необходимо в школе, в семье создать условия, для того чтобы дети больше двигались и двигались с удовольствием. Потребность в движениях создадут основу культуры здоровья школьника.

В вопросе оздоровительного образования недостаточно теоретических знаний о методах воспитания здоровья и предупреждения заболеваний. Не-

обходимо повысить роль адаптивной физической культуры в сознательном и волевом принятии принципов здорового образа жизни и помочь разбудить внутреннюю потребность в здоровой жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. <http://nauka-pedagogika.com/pedagogika-13-00-01/dissertaciya-formirovanie-osnov-kultury-zdorovya-mladshih-shkolnikov#ixzz4Rrs5oz16>(дата обращения 10 ноября 2017 г.).
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология Серия «Гиппократ» – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 248 с.
3. Вайнбаум Я.С. Гигиена физического воспитания [Текст]: учеб. пособие для студентов педагогических вузов. – М.: Просвещение, 2006. – 341 с.
4. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактики болезней: Учеб.пособие для студ.высш.пед. учеб.заведений. – М.: Издательский цент «Академия», 2001. – 320 с.

Тивоварова В.А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Черницова М.А., ассистент Бельдиева А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ И НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ

Двадцать первое столетие ознаменовалось тем, что перед человечеством наряду с социально-экономической и демографической проблемами встала проблема экологического характера. Неблагоприятная экологическая ситуация в России, тяжелые условия труда на производстве, рост нарушений здоровья в стране вызывает необходимость изучения связей между уровнем воздействия неблагоприятных факторов производственной и окружающей среды и изменением различных показателей здоровья. Изменения, происходящие в окружающей среде нашего мира, в том числе и в России, достигли на настоящий момент объемов, способных повлиять на деформацию метаболических процессов и формирование морфологических элементов экологических систем, их ветвей, а также присущего им критического звена – человека. Данный аспект определяет то, что в настоящее время среди огромного количество ученых особо ак-

туально стало ориентирование своих исследований на вопросы, которые касаются степени здоровья людей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях. Следует отметить, что высокий уровень здоровья людей, бесспорно, выступает одним из залогов нормального функционирования общества людей.

Особенно остро стоит проблема адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), так как у данной категории людей, помимо пагубного влияния окружающей среды и так имеются отклонения в состоянии здоровья. Возрастает количество детей с проблемами в психофизическом развитии. Как отмечает Российский статистический ежегодник, в 2014–2015 учебном году в образовательных организациях обучалось свыше 479 тысяч детей с особыми образовательными потребностями [6]. На них, как и на остальную часть населения, оказывает пагубное влияние ухудшающаяся

экологическая обстановка и проблемы окружающей среды.

Рассматривая вопрос психологической адаптации в современном обществе, можно выделить факт несоответствия психолого-педагогических условий, способствующих успешному протеканию адаптации и, вследствие этого, выработке необходимых новообразований у учащихся. Объективные условия психолого-педагогического развития, делают невозможной для лиц с особыми образовательными потребностями задачу рационального приспособления к возникающим и ухудшающимся условиям окружающей среды, что приводит в конечном итоге к нарушению процесса адаптации, его пролонгированности и малой эффективности [4, с. 118].

Имеющиеся физиологические и психологические особенности детей с особыми образовательными потребностями обуславливают нарушения процесса адаптации. Изменения, фиксируемые у дезадаптированных детей, лежат в познавательной и эмоционально-волевой сферах личности ребёнка. Часто у дезадаптированных детей можно наблюдать не только неуспешность в обучении, но и проявления негативизма, учебную и игровую пассивность, увеличение проявления агрессивных реакций, повышенной тревожности. У школьников с особыми образовательными потребностями, попавшими в группу детей со сложностями адаптивного процесса, отмечаются неустойчивость эмоциональной сферы, боязливость, проявления упрямства, повышенной конфликтности. У них наблюдается неадекватность самооценки, а в некоторых случаях – формирование чувства неполноценности, сверхчувствительность, сопровождаемую раздражительностью. В то же время у дезадаптированных детей установлены функциональные изменения в состоянии психосоматического здоровья. На физиологическом уровне проявлениями школьной дезадаптации являются повышенная утомляемость, снижение работоспособности, импульсивность, неконтролируемое двигательное беспокойство либо заторможенность, нарушения аппетита, сна, речи. Поэтому

для данной группы детей особенно актуально не только изучение пагубного влияния факторов окружающей среды на здоровье, но и внедрение здоровьесберегающих технологий в процесс обучения, адаптации и социализации.

Отрицательное влияние на здоровье людей загрязненной окружающей средой выявляется масштабным перенесением эффектов биологической направленности: от незаметных функциональных деформаций до значительных патологических сдвигов[2].

Ответ, который выступает в качестве реакции как детского, так и взрослого организмов на влияние токсинов, обладает высокой амплитудой в зависимости от того, в каком состоянии пребывает организм, какова токсичность опасного вещества, каков уровень его дозы и длительность его экспозиции. В этой связи на различных территориях (с дифференцированной степенью загрязнения среды обитания) показатели деформации здоровья популяции являются дискретными, что означает следующее: в популяции находятся лица с различным уровнем адаптации к экзотоксинам (от состояния, характеризующегося предболезнью, до развития специфических патологических особенностей).

В различных странах мира наибольшая эффективность достигнута при реализации планов действий по снижению воздействия тех или иных приоритетных неблагоприятных факторов, влияющих на здоровье (свинца, ртути, диоксинов, радиации и других). В России создан план под эгидой Минздрава России, он одобрен Межведомственной комиссией Правительства России по охране здоровья. Эффективное и (или) продолжительное влияние факторов внешней среды на организм человека обуславливает возникновение преморбидных и донозологических состояний, отличающихся как от патоло-

гии, так и от нормы. Данные состояния появляются как следствие напряжения процессов регулирования и истощения ресурсных возможностей организма, выступая как последовательность альтернативных состояний. В противовес нозологическим состояниям, которые сопровождаются структурными деформациями, донозологические и преморбидные состояния характеризуются как правило нарушениями координации и биологических процессов [5].

Подобные крайние состояния («появление патологии» и «срыв адаптации») появляются при одинаковых качествах сферы обитания, как правило у наиболее слабых звеньев популяции, таких как: восприимчивые и ослабленные контингенты (новорожденные, дети младшего возраста, женщины, находящиеся в состоянии беременности, лица с хроническими болезнями, люди пожилого возраста) [5].

Сохранение здоровья населения в настоящее время является очень важной задачей. Это, в свою очередь, определяет необходимость изучения физиологических механизмов адаптации населения.

Вновь складывающиеся сообщества людей в необычных для них условиях окружающей среды зачастую подвергаются воздействию чрезвычайно неблагоприятных природно-климатических факторов.

Приспособление организма к различным факторам окружающей природной среды (ОПС) представляет собой длительный исторический процесс, направленный на формирование экологического типа, обеспечивающего целостность и оптимальные условия для его жизнедеятельности. По этой причине оценка и прогнозирование медико-биологического состояния населения в неблагоприятной для него среде обитания представляет акту-

альную задачу.

В последние годы экологические проблемы, связанные именно с загрязнением ОПС являются наиболее острыми.

Известно, что ОПС характеризуется наличием неблагоприятных антропогенных факторов, способных существенно повлиять на состояние здоровья населения и вероятность развития тех или иных заболеваний [1].

Среди дифференцированных факторов неблагоприятной ОПС наиболее распространенным является химическое воздействие. Наличие химического влияния на популяцию людей определяется масштабным загрязнением внешней среды химическими соединениями, результатами хозяйственной деятельности людей.

Влияние инородных химических соединений на человеческий организм может проявляться как на тканевом, так и на молекулярно-клеточном уровнях. Следует отметить, что продолжительное влияние ксенобиотиков обуславливает повышение заболеваемости дыхательных органов, аллергических заболеваний, а также увеличение общей заболеваемости, и, как правило, среди детского населения.

В настоящее время труды большинства авторов посвящены исследованию воздействия воздуха нашей атмосферы на состояние неспецифических механизмов защиты организма, так как иммунный комплекс выступает одним из самых чувствительных механизмов организма, мгновенно реагирующих на негативные изменения во внешней среде. Загрязнения воздуха атмосферы, и, как правило, сернистый газ, окись углерода, двуокись серы, азота, фенол, провоцируют понижение антимикробной резистентности организма на основе снижения иммунологической реактивности. В этой связи повышается заболеваемость аллергическими ринитами, бронхиальной астмой, астматоидными бронхитами [3].

В создании внешней среды людей и формировании системы физических, химических, а также биологических факторов, которые оказывают воздействие на здоровье людей, ключевая роль отводится транспорту и про-

мышленному производству.

Автомобильный транспорт является одним из основных загрязнителей атмосферного воздуха, причем в последнее время в современных городах становится очевидной его лидирующая роль среди других источников загрязнения. Выхлопные газы автомобилей, представляющие собой много компонентную смесь токсических веществ, под действием физико-химических факторов в окружающей среде могут подвергаться трансформации. Продукты физико-химических превращений, а также исходные вещества взаимодействуют между собой, образуя иногда более токсичные и опасные для здоровья человека соединения [6].

Промышленное производство также является значительным источником загрязнения. Среди наиболее вредных химических загрязнителей окружающей среды следует отметить нитрозосоединения, а также полициклические ароматические углеводороды, образующиеся при сжигании топлива в энергетических, отопительных системах и транспортных средствах. Эти соединения или продукты их метаболизма, действуя совместно с другими химическими соединениями, оказывают токсическое, мутагенное, канцерогенное и тератогенное действие. Установлен факт влияния ряда химических веществ, содержащихся в выбросах промышленных предприятий на детородную функцию, перинатальное и постнатальное развитие детей. Загрязняющие атмосферу вещества способны вызывать нарушение генетического аппарата, хромосомные aberrации, привести к спонтанным абортam, мертворождениям, врожденным порокам развития, отклонениям физического развития детей [3].

Большое внимание исследователей привлекает проблема загрязнения ОПС солями тяжелых металлов из-за их широкого спектра патогенного действия. Прежде всего, оно выражается в блокировании сульфгидрильных групп более 100 ферментов, причем наиболее существенно поражаются ферментные системы, участвующие в энергетическом обмене.

Качество питьевой воды также влия-

ет на здоровье населения. Загрязнение воды, как правило, связано с бесконтрольным сбросом в водоисточники сточных вод и других жидких загрязнений, образующихся при использовании воды в хозяйственно-бытовых целях, а также со сбросом промышленных сточных вод, содержащих самые различные загрязнители, сточных вод из животноводческих помещений, дренажных вод ирригационных систем и городских ливневых вод [7].

Также источником загрязнения воды является применение на полях с целью повышения урожайности различных химических веществ, а также непосредственное внесение химических веществ в воду для борьбы с некоторыми водными организмами.

Поэтому, для снижения пагубного влияния и из года в год все ухудшающейся, ОПС, актуально и необходимо внедрение здоровьесберегающих технологий (ЗОТ) -системы мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья ребенка на всех этапах его обучения и развития.

В педагогической литературе описано множество видов ЗОТ: медико-профилактические; физкультурно-оздоровительные; технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка; здоровьесбережения и здоровьесобогащения педагогов; здоровьесберегающие образовательные технологии; технологии валеологического просвещения родителей. В рамках данной статьи не представляется возможным подробно останавливаться на каждом из них, да и, собственно, не является целью данной статьи. Важно понять, что в ухудшающейся экологической обстановке внедрение ЗОТ на всех этапах обучения является острой необходимостью, особенно, для детей с ОВЗ. Таким образом, все вышеизло-

женное говорит о том, что возрастающее загрязнение ОПС антропогенными факторами и усиление их воздействия на организм человека диктуют необходимость принятия неотложных мер для сохранения человеческой популяции. Поэтому, осуществление в соответствии с этим природоохранных мероприятий (социальных, экологических и медико-биологических) могут способствовать практической реализации системы охраны здоровья и профилактики заболеваний. В данном контексте немаловажным фактором является внедрение ЗОТ на всех уровнях образования, особенно, в системе реабилитации лиц с ОВЗ.

Полянский Н. В.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Махновская Н. В.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОГО ТУРИЗМА

Создание оптимальных условий для успешного социального развития, социальной адаптации ребенка, независимо от уровня его психофизического развития, выступает сегодня одной из приоритетных социальных задач во всех развитых странах.

Туризм для людей с ограниченными возможностями здоровья – понятие, появившееся в 70-х годах, и обозначающее возможность воспользоваться правом на отдых и путешествия каждому инвалиду. На сегодняшний день, в нашей стране, остро стоит проблема организации жизни людей с ограниченными возможностями здоровья. Для таких людей, в нашей стране, созданы минимальные условия комфорта, как в быту, так и относительно про-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алшынбекова Г.К., Шадетова А.Ж. и др. Воздействие загрязнения окружающей среды как фактор риска для здоровья населения. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3–4. – С. 548–551; URL: <https://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=8930> (дата обращения: 24.11.2017).
2. Бывалец О.А. К вопросу о влиянии загрязнения окружающей среды на здоровье человека // Вестник ЧелГУ. – 2014. – №4 (333). С. 34–37.
3. Губернский Ю.Д. Физические факторы городской жилой среды в эколого-гигиеническом аспекте //НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А. Н. Сысина РАМН.– 2009. – № 18. – С. 11–15.
4. Кошбахтиев И. А., Васильева Е. Б., Сейтмуратов Т. Ш. Влияние природно-климатических факторов на здоровье человека // Молодой ученый. – 2014. – №18. – С. 77–78.
5. Лапшина, М. Ю. Адаптация детей с ограниченными возможностями как социокультурная проблема // Мир современной науки. – 2012. – №4. – С. 118–123.
6. Маренко Ю.А. Виды антропогенного загрязнения окружающей природной среды и его влияние на здоровье населения городов как фактор национальной безопасности // Вестник НГУ. Серия: Социально-экономические науки.– 2014.– №1.– С. 98–101.
7. Постников Владимир Павлович Анализ загрязнения атмосферного воздуха: национальный и региональный аспекты // Вестник ВолГУ. Серия 3: Экономика. Экология.– 2014. – №1.– С. 67–73.

ведения досуга. Зачастую отсутствуют элементарные приспособления для их комфортной жизнедеятельности. Что же говорить о сфере досуга, а в частности туристской деятельности! Данная позиция неверна априори, люди с ОВЗ имеют полное право, и должны жить максимально полноценной жизнью. В этой связи необходимо развивать такую форму досуга как адаптивный туризм.

Процесс социализации ребенка происходит во взаимодействии его с окружающей средой, которая оказывает на этот процесс решающее влияние посредством социальных факторов: общественная среда, деятельность ребенка (игра, учение и труд), в ходе которой он постепенно усваивает общественный

опыт. Ребенок овладевает языком окружающих, перенимает их опыт, правила поведения. Если ребенок проявляет интерес к каким-либо увлечениям, то нужно способствовать его развитию в этом направлении. Туризм, по нашему мнению, интересен всем. Путешествия, познание мира и культуры других людей расширяет кругозор, мировоззрение, а особенно он полезен для детей-инвалидов.

Адаптивный туризм – это вид туризма, рассчитанный на людей с ограниченными физическими возможностями. В настоящее время количество лиц с ограниченными возможностями неуклонно растет. Особенно увеличение численности инвалидов заметен среди детей, и значительно вырос он за последние 3 года. В этой связи и возник адаптивный туризм и как форма организации досуга, и как средство реабилитации. Сложность развития адаптивного туризма для детей с ограниченными возможностями здоровья заключается в:

1. Неполноте нормативной базы;
2. Отсутствию систематизированного методического сопровождения;
3. Недостаточности системы подготовки специалистов по работе с данной категорией.

В России, где для детей с нарушениями здоровья крайне редко ставятся вопросы, связанные с их отдыхом и досугом, а уж тем более, многим не известно, что этот отдых может и должен быть активным. Грамотное применение потенциала адаптивного туризма в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, позволяет существенно повлиять на развитие и способность приспособления в обществе особенных детей. Адаптивный туризм является оптимальным и доступным видом активной деятельности для детей с ограниченными возможностями. Данный вид туризма не требует особой физической подготовки и позволяет лицам с ограничениями реализовать себя в искусственно созданных экстремальных условиях, способствует развитию дружеских отношений, коммуникабельности и взаимовыручки. Адаптивный туризм это новое направ-

ление туристской деятельности, предназначенное специально для такой категории населения, как дети с ограниченными физическими возможностями, ведь главной целью реабилитационных мероприятий адаптивного туризма является возвращение ребенка к общественно полезной, активной жизни в соответствии с его функциональными возможностями. Основными сегментами адаптивного туризма являются реабилитационный и рекреационный туризм [1, с. 24–26].

Адаптивный туризм является сравнительно новым видом путешествий. Как в России, так и за рубежом. Существует несколько видов адаптивного туризма для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Реабилитационный туризм. Такие туры предполагают путешествия в оздоровительные центры, специализирующихся на лечении заболеваний, являющихся причиной инвалидности. Направленность: ортопедическая, неврологическая и сердечно-сосудистая реабилитация, в особую категорию входит оздоровление детей-инвалидов. Этот вид туризма достаточно развит в Израиле, Германии, Испании и Франции. В России головным центром выступает Южный берег Крыма, где для лечения применяются методики как традиционные, так и не имеющие аналогов в мире. Например, в Севастополе, на базе местного дельфинария, функционируют программы дельфинотерапии по лечению детей страдающих нервными и психическими отклонениями, в частности, аутизмом.

Рекреационный туризм. На сегодняшний день множество туроператоров предоставляют путешествия для инвалидов с многообразными физическими проблемами. Как правило, туристическую группу сопровождает опытный медработник, а к слабослышащим и глухим прикрепляется сурдопереводчик.

Существуют и специальные путешествия для слепых, например, пляжные туры в сопровождении гидов.

Спортивный туризм. Участие в соревнованиях содействует более полному выявлению физических способностей и двигательных навыков, формирует предпосылки для более полного их раскрытия, позволяет испытать огромное чувство радости, полноты жизни и владения своим телом, преодоления определенных трудностей. Кроме этих психологических аспектов участия в спортивном движении, адаптивный туризм способствует активизации всех систем организма, моторной коррекции и формированию ряда необходимых двигательных компенсаций, что является существенным фактором социальной реабилитации [1, С.158–160].

Детский адаптивный туризм. Этот вид туризма, основан на выезде детей с особенностями в специальные летние лагеря отдыха, а также экскурсионные поездки с использованием транспортных средств повышенной комфортности. Самым известным видом отдыха, в данной категории, являются реабилитационные туры. В рамках таких туров проводится оздоровление детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата; предоставляются процедуры по профилактике проблем с речью, зрением и слухом.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности в качестве средства медико-социальной реабилитации может выступать адаптивная туристская деятельность, в которой основой реабилитации являются следующие факторы:

- оздоровительное влияние природной среды и психофизическая активность на свежем воздухе;
- изменение социальной ситуации развития: кардинальная смена обстановки, изменение и расширение круга общения;

- изменение социальной роли ребенка (переход из роли опекаемого – объекта воздействия – в роль активного субъекта взаимодействия);
- взаимодействие в группе, состоящей из равных по социальному статусу детей;
- изменение степени негативного влияния заболевания или дефекта на уровень жизненных возможностей;
- повышение жизненного потенциала: приобретение нового жизненного опыта, освоение новых знаний и умений;
- расширение среды обитания (освоение новых природных условий и новых видов жизнедеятельности).

Туристическая деятельность в различных ее проявлениях, дает человеку максимальные возможности для общения, познания, расширения кругозора, культурного обмена и т.д. Данный факт особенно важен для людей, которые имеют трудности в передвижении и другими нарушениями здоровья. Известно, что данные нарушения сужают круг общения, ограничивают все сферы жизнедеятельности. Каждый человек, независимо от каких бы то ни было причин имеет право на тот уровень жизни, который необходим для его физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития.

Таким образом, адаптивный туризм как особый вид жизнедеятельности положительно влияет на личность человека с ограниченными возможностями здоровья. Адаптивный туризм можно использовать в целях медико-психологической реабилитации инвалидов с детства. Наиболее ярко психотерапевтический эффект проявляется в расширении границ жизненного пространства ребенка с ОВЗ. Адаптивный туризм может занять достойное место в социальных процессах нашего общества, объективно влияя на развитие туризма вообще и социального туризма в частности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Винник ДЖ.П. Адаптивная физкультура и спорт. – Издательство «Олимпийская литература», 2010. – 608 с.
2. Доступный туризм: Сборник научных статей Всероссийского симпозиума «Проблемы развития доступного туризма в России». – Вып. №1. – 2014. – 74 с.

ЗАНЯТИЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА КАК СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Данная тема актуальна тем, что студенты с ограниченными функциональными возможностями смогут определиться с тем, как различные виды спорта помогут им реабилитироваться.

Рассмотрим все возможные виды спорта, их определение и направленность.

Спорт – это физические упражнения, направленные на укрепление и на поддержание физических качеств организма, а так же, одна из главных его особенностей, это то, что он предназначен для проведения соревнований в различных областях физической культуры.

Спорт представляет собой род физической или интеллектуальной активности, совершаемой с целью дальнейших соревнований, а также специально направленной подготовке к ним путём тренировок. В сочетании с отдыхом, стремлением постепенного улучшения физического здоровья, повышения уровня интеллекта, получения морального удовлетворения, стремления к совершенству, улучшению личных, групповых и абсолютных рекордов, славе, улучшения собственных физических возможностей и навыков, спорт предназначен для совершенствования физико-психических характеристик человека.

Массовый спорт рационализирует физические качества и двигательные возможности каждой личности, укрепляет здоровье и продлевает жизнь общества.

Так как массовый спорт включает оздоровительно-рекреативную функцию, то можно сразу сказать, что он благотворно влияет не только на внутреннее состояние здоровья, но и на восстановление функциональных возможностей студента.

Академическая гребля – цикличес-

кий вид спорта, где спортсмены находятся в лодках и гребут веслами, используя мышцы спины, рук и ног проходя дистанцию спиной вперед. [1]

Этот вид спорта способен помочь студентам с ослабленными мышцами рук и ног восстановить физические способности. Также обучающиеся, имеющие искривление позвоночника, при помощи этого вида спорта смогут выровнять спину.

Бадминтон-вид спорта, в котором соперники, находившись на поле, на противоположных сторонахразделённой сеткой и отбивают волан ракеткой так, чтобы он перелетел через сетку. Для выигрыша нужно чтобы игрок закинул воланов как можно больше на поле соперника, либо так, чтобы он не упал на свое поле. В данном направлении характерно развитие мышц спины, плеч и рук [2].

Благодаря броску и отбиванию волана ракеткой задействованы плечевые, дельтовидные, подлопаточная, трапециевидная и двуглавая мышцы. Бадминтон стабилизирует работу вестибулярного аппарата, развивает дыхательную систему, увеличивает устойчивость организма к перегрузкам. Разнообразные движения, наклоны, пробежки и прыжки во время игры, помогают укрепить практически все группы мышц и кости. Полезен бадминтон и для зрения, так как во время игры приходится следить за воланом, а это очень хорошая гимнастика для глаз, что полезно для студентов, имеющих заболевания глаз, связанные с периферией.

Велосипедный спорт – это перемещение по земле с использованием транспортных средств, движимых мускульной силой человека. [8] Несмотря на то, что это один из самых травмоопасных видов спорта, он очень хорошо способствует развитию всех групп

мышц. Велоспорт помогает восстановлению ослабленных мышц после хирургического вмешательства и последствие атрофия нижних конечностей с возможностью их восстановления. Так же возможна корректировка стопы с помощью дополнительной ее фиксации на педали.

Легкая атлетика – совокупность видов спорта, которая включает бег, метания, прыжки и ходьбу. Она объединяет такие дисциплины как: беговые виды, спортивную ходьбу, технические виды, многоборья, пробеги и кроссы. [5] Большинство направлений в этом спорте помогут студенту с ограниченными функциональными двигательными возможностями рук, спины, ног, таза и шеи.

Настольный теннис – спортивная игра, которая проводится на специализированном столе с сеткой посередине и в которой игроки перекидывают небольшой мяч ракетками по определенным правилам. Целью игроков является достижение момента, когда соперник не сможет отбить ракеткой мяч, и он сойдет с игрового поля [4].

Настольный теннис позволяет студентам восстановить мышцы кистей, рук и пальцев. При отбивании мяча задействуются все группы мышц руки, плеча и спины.

Плавание – вид спорта, который представляет собой преодоление определенной дистанции на время. Дистанции имеют расстояние от 50 до 400м, а длина самого бассейна составляет 50 или 100 метров. Но в подводном плавании по правилам разрешается проплыть не более 15 м после старта или поворота [7]. Плавание укрепляет все группы мышц. Большое влияние от занятий плаванием отражается на мышцах живота, бедер, плечевого пояса и рук. Плавание снижает нагрузку на позвоночник, что помогает в формировании правильной осанки. Плавание

укрепляет суставы и весь опорно-двигательный аппарат, развивает гибкость. Регулярное плавание способствует укреплению стоп, что является хорошей профилактикой плоскостопия.

Рогейн – командный вид спорта, который представляет собой перемещение команды от старта в определенную финишную точку по определенному маршруту на время.

Цель соревнований заключается в наборе большего количества очков за определенное время. Очки даются за прохождение командой контрольных пунктов, которые отмечаются на карте, а те в свою очередь выдаются команде. Перед началом соревнования командам дается небольшое количество времени для планирования своего маршрута. Маршрут они должны построить таким образом, чтобы они коротким путем смогли пройти все конт-

Список литературы:

1. Академическая гребля: Олимпийский комитет России // URL: <http://www.olympic.ru/team/sport/summer/akademicheskaja-grebla/> (дата обращения 23.04.2017г)
2. Бадминтон: польза для здоровья, противопоказания, правила игры: здоровый образ жизни – это легко! Все о здоровом образе жизни // url: <http://chudesalegko.ru/badminton-polza-dlya-zdorovya-protivopokazaniya-pravila-igry/> (дата обращения 23.04.2017г)
3. все виды спорта: sportbox.ru // url: <http://news.sportbox.ru/vse-vidy-sporta/> (дата обращения 23.04.2017г)
4. Знакомьтесь: Его Высочество Пинг-понг! Информационный портал «Ваш спорт» // URL: <http://vashsport.com/pravila-igry-v-nastolnyj-tennis/> (дата обращения 24.04.2017г)
5. Легкая атлетика. история развития, виды:sportschools.ru каталог спортивных организаций // url:<https://sportschools.ru/page.php?name=athletics> (дата обращения 24.04.2017г)
6. Лисицкая Т. С. Ритмическая гимнастика (230 упражнений). – М.: Физкультура и спорт, 1985. – 96 с, ил. (Дата обращения 9.11.12г)
7. Плавание:Академик//URL: <http://official.academic.ru/17301/Плавание> (дата обращения 25.04.2017г)
8. По материалам книги Сандры Розенцвейг «Красота – в здоровье» : Aptechka.rhema.ru // URL: <http://www.aptechka.rhema.ru/sport/fizak4.shtml> (дата обращения 25.04.2017г)
9. Скандинавская ходьба – шаг к здоровью: Информационный портал «Ваш спорт» // URL: <http://vashsport.com/skandinavskaya-xodba-s-palkami-polza/> (дата обращения 25.04.2017г)
10. Что такое Рогейн? // URL: http://orient-orel.ru/stat/stat002_rogain.htm (дата обращения 25.04.2017г)

рольные пункты и за малое количество времени. Обычно на соревнование по рогейну выделяется 24 часа, но также имеются соревнования и по более малым коротким временным промежуткам – от 3 до 12 часов.

Данные контрольные пункты имеют различную систему оценивания. Оценка зависит от того, насколько далеко от старта находится пункт и в навигационном исполнении. Прохождение пунктов не зависит от того, в каком порядке будет проходить команда [10].

Рогейн позволяет людям с ограниченными функциональными возможностями восстановить все группы мышц нижних конечностей, не давая их перенапрячь, а также восстанавливает дыхание, так как этот спорт проводится в природных условиях.

Скандинавская ходьба – вид физической активности, которая представ-

ляет собой ходьбу со специальными палками и по конкретной методике ходьбы.

Занятия скандинавской ходьбой развивают почти все группы мышц, поддерживает стабильную работу внутренних органов, улучшает кровоснабжение и корректирует осанку [9].

Именно поэтому пожилые люди занимаются этим видом спорта. Таким образом, можно точно сказать, что он возвращает к полноценной жизни людей с проблемами опорно-двигательного аппарата.

Селюкова Д. А.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент, Махновская Н. В.

ФУТБОЛ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ОВЗ

В каждом вузе студенты, имеющие отклонения в здоровье, занимаются физической культурой по определённой программе, где должны решаться задачи не только учебно-педагогического плана и физического оздоровления, но и социальной адаптации студентов с отклонениями в состоянии здоровья. е. в определённом смысле, эти занятия должны выполнять функцию восстановления организма и служить подготовительным этапом, как к физической, так и социальной адаптации.

Именно на занятиях физической культуры, которые должны проводиться в форме практико-методических занятий, студенты должны получать исчерпывающую информацию о методах и средствах оздоровления, учиты-

ся вычленять из этого многообразия то, что будет оптимально соответствовать уровню его здоровья, реально оценивать свои возможности и возможности своего организма, а главное, студенты должны быть уверены в своих силах, что приведет к оптимальным условиям социальной адаптации.

Ориентация на средства адаптивной физической культуры в обучении является одной из главных и актуальных задач всей системы образования. К этому относится создание оптимальных условий для реализации здоровьесберегающих технологий на занятиях адаптивной физической культурой.

Важность адаптивной физической культуры заключается в том, что она способна сформировать не только основы физического развития человека с

отклонениями, но и преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценной жизни.

Так, в физическом здоровье адаптивная физкультура формирует:

- осознанное отношение к своим силам в сравнении с силами среднестатистического здорового человека;
- способность к преодолению не только физических, но и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни;
- компенсаторные навыки, то есть позволяет использовать функции разных систем и органов вместо отсутствующих или нарушенных;
- способность к преодолению необходимых для полноценного функционирования в обществе физических нагрузок;
- потребность быть здоровым, насколько это возможно, и вести здоровый образ жизни;
- осознание необходимости своего личного вклада в жизнь общества;
- желание улучшать свои личностные качества;
- стремление к повышению умственной и физической работоспособности.

Проблема социальной адаптации и физической реабилитации студентов с ОВЗ имеет большое значение. Физическое воспитание является одним из основных путей коррекции нарушений их физического развития, двигательной подготовленности, психомоторики, волевых качеств, воспитания двигательной грамотности и приобщения их, тем самым, к трудовой деятельности, самообслуживанию, социальной адаптации [1, с. 58–60].

К сожалению, в стране в настоящее время насчитывается до 20 миллионов людей с различной степенью инвалидности, 1% от этого числа может зани-

маться спортом и играть в футбол. Это население целого города. Именно поэтому студентам в ВУЗах и должна предоставляться возможность самореализации в сфере спорта, которая в дальнейшем воспитает личностные качества инвалида, способные подготовить его к социальным условиям, помогут ему реализовать свои возможности и оставить свой след в развитии общества. Социальная адаптация молодёжи в частности проявляется в трудоустройстве и в производственно-трудовом коллективе после окончания учебного заведения. Начало практической трудовой деятельности молодых людей, как правило, связано с довольно резким изменением социального окружения, социальных условий, характера функционирования личности, к чему студент-инвалид должен быть подготовлен.

Привлечение лиц с ОВЗ к занятиям спортом – значит во многом восстановить у них утраченный контакт с окружающим миром. Использование специальных методик и комплексов физической культуры и спорта является эффективным и в ряде случаев единственным средством физической реабилитации и социальной адаптации этих лиц.

Организация физкультурно-спортивной деятельности является неотъемлемой частью воспитательного процесса в вузах. Проведение этой работы целенаправленно и с высоким качеством позволяет повысить сознательность студентов, отвлечь их от негативных форм поведения, повысить уровень дисциплины, уважительного отношения к окружающим, сформировать в студенческой среде бережное отношение к своему здоровью – ведущему фактору профессионального роста. Физкультурно-спортивная деятельность влияет на формирование адаптивного способа мышления, которое способствует активизации учебной деятельности, развитию внутренней мотивации, что в конечном итоге приводит к оптимизации процесса адаптации [3, с. 63–64].

За последние годы количество спортсменов – инвалидов в стране, занимающихся адаптивной физической

культурой и спортом, увеличилось более чем в два раза. Девушки и юноши активно принимают участия в соревнованиях в составе сборной, а также в личном первенстве, параллельно обучаясь в высших средних учебных заведениях.

Одним из наиболее распространённых средств адаптивной физической культуры является занятие определённым видом спортивной деятельности.

Футбол, как средство адаптации инвалидов в социальной среде, является одним из самых доступных, популярных и массовых видов спорта, охватывающим широкий слой населения. Футболом в России занимается около 3 млн. человек. Из них более миллиона являются инвалидами-студентами. Коллективный характер футбольной деятельности воспитывает чувство дружбы, товарищества, взаимопомощи; развивает такие ценные моральные качества, как чувство ответственности, уважение к партнёрам и сопер-

никам, дисциплинированность, активность. Каждый футболист-инвалид может проявить свои личные качества: самостоятельность, инициативу, творчество. Вместе с тем игра требует подчинения личных стремлений интересам коллектива.

Футбол для инвалидов имеет шесть разновидностей по признакам заболеваний играющих.

В футбол играют ампутанты и тотально-слепые, слабовидящие и люди с Детским церебральным параличом (ДЦП), глухие спортсмены и футболисты с нарушением умственного развития. Каждый футбол имеет свои особенности. Одним нужен классификационный подход, определяющий степень нарушения здоровья (ДЦП, слабовидящие, ментальщики), другим это не нужно, поскольку ампутанты и тотально-слепые видны невооружённым взглядом.

В процессе игровой деятельности необходимо овладевать сложной техникой и тактикой, развивать физические качества; преодолевать усталость, боль; вырабатывать устойчивость к неблагоприятным условиям внешней среды; строго соблюдать бытовой и спортивный режим и т.д. Все это способствует воспитанию волевых черт характера: смелости, стойкости, решительности, выдержки, мужества, а, следовательно, человека с таким набором качеств можно смело считать адаптированным к социальным условиям окружающей среды.

Игровая и тренировочная деятельность оказывают комплексное и разностороннее воздействие на организм людей с ограниченными возможностями, развивают индивидуальные физические качества – быстроту, ловкость, выносливость, силу, повышают функциональные возможности, формируют различные двигательные навыки. Круглогодичные занятия инвалидов футбо-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Егорычева, Е.В. Формирование профессионально значимых качеств личности с помощью избранного вида двигательной активности // Е.В. Егорычева, С.В. Мусина // Известия ВолгГТУ: межвуз. сб. науч. ст. №10 (58), вып. 6. – Волгоград, 2009.
2. Мусина С.В., Егорычева Е.В., Татарников М.К. Физкультурно-спортивная деятельность и проблема адаптации студентов-специалистов // Современные наукоемкие технологии. – 2011. – № 1 – С. 125–126.
3. Мусина, С.В. Физкультурно-спортивная деятельность как одно из условий социально-психологического комфорта в вузе / С.В. Мусина, Е.В. Егорычева // Известия ВолгГТУ: межвуз. сб. науч. ст. №10 (58), вып.6. – Волгоград, 2009.
4. Соловьёв, В.Н. Особенности адаптации студентов в процессе обучения / В.Н. Соловьёв // Материалы IV Междунар. научн.-практич. конференции 4–6 октября, 2007 // Ставропольский госуниверситет. – Ставрополь, 2007. – С. 325–327.

Интернетресурсы

1. rae.ru/snt/?section=content&op=show_article&article_id=6738 (дата обращения: 25.05.2015).
2. <http://bmsi.ru/doc/fed9c3f2-552b-455e-b1e2-2da4ae22e1d8> (дата обращения: 25.05.2015).
3. http://logonetwork.ru/materials/stati-o-logo/inkluzia/inkluzia-1_127.html (дата обращения: 27.05.2015).
4. <http://nauka-pedagogika.com/pedagogika-13-00-04/dissertaciya-fizkulturno-sportivnye-zanyatiya-kak-faktor-fizicheskoy-reabilitatsii-i-sotsialnoy-adaptatsii-slaboslyshaschih-uchaschihs#ixzz3bMzNtHaX>
5. <http://bmsi.ru/doc/57f12b2d-f54a-44cf-9668-483df96600a2> (дата обращения: 25.05.2015).

лом в самых различных климатических и метеорологических условиях способствуют физической закалке, повышают сопротивляемость к заболеваниям и усиливают адаптационные возможности организма. При этом воспитываются важные привычки к постоянному соблюдению бытового, трудового, учебного и спортивного режимов, которые жизненно необходимы человеку с отклонениями. Соревновательный характер, высокая эмоциональность, самостоятельность действий делают футбол эффективным средством адаптивной физической культуры.

Благодаря разнообразной двигательной деятельности, широким координационным и атлетическим возможностям занимающиеся футболом быстрее и успешнее осваивают жизнен-

но важные двигательные умения и навыки, в том числе и трудовые. В тренировке по другим видам спорта футбол часто используется в качестве дополнительного средства. Игра в футбол (или его элементы) служит хорошим средством не только общей физической подготовки. Проявление максимальных скоростно-силовых возможностей и волевых усилий, широкого тактического мышления позволяет совершенствовать многие специальные качества, необходимые в различных видах спорта.

Таким образом, рассматриваемый вид спорта – футбол – является одним из основных средств социальной адаптации студентов с ОВЗ. Данная адаптивная физкультурно-спортивная деятельность позволяет повысить социальную активность, работоспособность, социальную подвижность в учебном и трудовом коллективах, формирует фундамент активной социальной позиции и успешной социально – трудовой адаптации студентов – инвалидов не только к условиям вуза, но и дальнейшей его жизнедеятельности.

Скребец А.С.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Стрельников Р.В.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ УЧЕНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Сегодня окружающий нас мир стремительно меняется, с каждым новым днем он все усложняется и совершенствуется. Порой даже совершенно обычному и здоровому человеку очень сложно приспособиться к новым условиям, а что же говорить о детях с ограниченными возможностями. Может ли современная система образования помочь детям с инклюзией социализироваться в человеческое общество?

Затронутая проблема находит свое отражение не только в рамках социально – медицинской сферы. Для ее решения предполагается, единое, системное взаимодействие всего окруже-

ния ребенка: семья, общеобразовательные учреждения, спортивные, реабилитационные, медицинские центры – деятельность которых направлена на его социальную защиту.

В целях, заботы о состоянии своих граждан, всех без исключения, в государстве существует приказ от 19.12.2014 г. №1598, Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, вступивший в свою полную силу с 1 сентября 2016 года [1, с. 3]. В настоящее время, в Российской системе образования произошли поло-

жительные перемены, касающиеся перехода от закрытой (медицинской) модели обучения детей с инклюзией к более открытой – интегративной. Такой переход позволит всем ученикам, совместно обучаться и развиваться в стенах инновационных образовательных учреждений. Одной из наиболее острых и актуальных проблем, стоящих перед ребенком с ограниченными возможностями здоровья являются трудности с самореализацией, коммуникабельностью, отсутствием перспектив и востребованности в обществе. В подобной ситуации именно подготовленные и квалифицированные специалисты в области образования смогут помочь преодолеть все преграды, применяя на практике специально подобранные и адаптированные методы и приемы обучения. [5, с. 180; 5, с. 184].

Физическая подготовка организма к жизни, работа не только над физическим самосовершенствованием тела, но и также душевным, внутренним миром человека – вот, чего может добиться адаптивная физическая культура. К ее основным и главным целям можно отнести: лечение физического здоровья детей посредством упражнений и физических процедур; социализация детей с ограниченными возможностями здоровья. Благодаря полной свободе выбора форм, методов и средств занятий АФК достигается: активизация работы; содействие накоплению и наиболее быстрому восстановлению жизненных сил; создание и поднятие уровня доброжелательного психологического микроклимата [2, с. 125; 2, с. 129].

Обычно физическое воспитание школьников может осуществляться в трех формах (индивидуально, в небольших группах по 2–6 человек, так и в более крупных группах составом от 7 до 17 человек). На уроках физкультуры главным средством обучения педагога является физическое упражнение. С его помощью достигается целенаправленное воздействие на обучаемого, выполняющего весь комплекс заданий. Решаются такие важные задачи как: оздоровление тела детей, осуществляется лечебный и развивающий процесс, реализуются запланированные воспитательные задачи. Путем систематичного и постоянно-

го выполнения упражнения, учениками достигается развитие физиологических качеств личности, происходит усовершенствование характеристик движения, освоение двигательных умений. Вся двигательная деятельность учащихся на уроках физической культуры сопровождается большим комплексом изменений, как биологических структур, так и функций [5, с. 203].

Учеными не раз было доказано, что разнообразные физические тренировки тела, оказывают благоприятное воздействие на организм человека, особенно если он находится на стадии развития. Способствуя укреплению и развитию опорно-двигательной системы, упражнения стимулируют мышцы, приводят их в тонус, укрепляют, улучшают их эластичность. Физические нагрузки положительно влияют на кровообращение и обмен веществ в организме, побуждают центральную нервную систему, ребенка повышать работоспособность коры головного мозга. Психологическое отвлечение во время тренировок, выброс эмоций, позволяет увеличить уровень психологической устойчивости к внешним раздражителям. Во всем этом многообразии положительных свойств физических упражнений необходимо также упомянуть, улучшение функций сенсорных систем организма, которые, в свою очередь, связаны с такими важными психологическими процессами как: сосредоточенное внимание, устойчивая память, связанная, четкая речь.

К самым простым и часто распространенным прикладным упражнениям можно отнести: построения и перестроения (развивают память и внимание), ходьба и бег, приседания, прыжки и др. Выполнение физических упражнений с гимнастическими предметами, также способствуют разностороннему развитию молодого растущего организма. Предлагая поиграть в подвижные игры

на уроках физкультуры, педагог преследует разнообразные цели. Например, при помощи различных игр ребенок учится направлять и регулировать свою мышечную силу, координировать движения, а также управлять эмоциями, и сосредотачивать свое внимание.

На уроках подобного плана ученики приобретают необходимые для них двигательные навыки, позволяющие им в дальнейшем как можно меньше зависеть от посторонней помощи и почувствовать себя самостоятельными хоть в неполной мере. Физические нагрузки позволяют расширить круг общения ребят вне школы, так как дети получают возможность вести более активные образ жизни [4, с. 51; 4, с. 53].

Во время проведения уроков в классах, в которых есть ученики с ограниченными возможностями здоровья, необходимо опираться на особые принципы физкультурной реабилитации. Деятельность учеников должна быть наполнена мотивацией, которая будет прослеживаться на всем протяжении урока. Принципы самостоятельности и обратной связи направлены на волевую работу обучаемого над собой. Следует обязательно учитывать возрастные особенности детей и согласовывать поочередность активной работы и отдыха.

Но физическое оздоровление детей, которые имеют ОВЗ, не должно проводиться лишь на уроках физической культуры. Добиться желаемого результата можно лишь в комплексе с работой учителей предметников, классного руководителя и, конечно же, родителей. Обязательные физкультминутки на уроках, должны быть индивидуально подобраны под особенности каждого ребенка. Основной целью мини-разминок на уроке является охват больших групп мышц, снятие с них статического напряжения, которое вызывается длительным нахождением за партой. Предполагается, что разработанный комплекс ко-

ротких упражнений должен включать в себя одно или два задания, повторяющиеся по 4–6 раз. К слову о содержании состава упражнений для физминутки, оно может включать задания на формирование осанки, улучшения зрения, расслабления мышц позвоночника, верхних и нижних конечностей тела, так же упражнения направленные на снятие эмоционального и психологического напряжения [7, с. 321].

В заключении хотелось бы отметить, что полноценное и комплексное адаптивное физическое воспитание позволяет не только устранить у детей недостатки в их физиологическом развитии, но и предупредить возможные проблемы со здоровьем молодого поколения. Коррекция проблем в физиологическом развитии, способствует формированию всесторонней развитой личности, способной к успешной социализации в современном обществе. Возможности и потенциал адаптивной физической культуры очень высоки, для более успешной и продуктивной работы, с детьми которые имеют отклонения в физиологическом развитии, но только лишь при том, условии, если процесс адаптации будет находиться под контролем высококвалифицированных специалистов и мастеров своего дела.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. №1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» <http://минобрнауки.рф>
2. «Программа образования учащихся с умеренной и тяжелой умственной отсталостью»; под ред. Л.Б. Баряевой, Н.Н. Яковлевой. – СПб.: ЦДК проф. Л.Б. Баряевой, 2011. – 480 с.
3. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры: Учеб. для институтов физической культуры. — М.: Физкультура и спорт, 1991.
4. Петрокович Н. А. Личностный выбор в условиях выбора / Н.А. Петрокович // Социальная педагогика в России. 2012. – №3. – С. 51–54.
5. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 т. Т.1: Введение в специальность. История, организация и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общей ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296.
6. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 т. Т. 2: Содержание методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.
7. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / под ред. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2009. – 464 с.

Слипенко Э.С.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Литвина Г. А.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Во все времена физической культуре придавалось немаловажное значение в развитии личности и общества в целом, так как именно благодаря этой отрасли культуры формируется здоровье любого человека, что является основой для дальнейшего развития.

По Г.М. Соловьеву физическая культура – это область культуры, которая представляет собой относительный уровень таких достижений общества, как духовные, научные и материальные, которые были получены в процессе специальной деятельности системы, включающей в себя физическое воспитание и спорт, а также образование, внедренное в образ жизни общества в целом.

Физическая культура применяется как для детей с нормальным психофизическим развитием, так и для детей с ограниченными возможностями здоровья. Отрасль, занимающаяся разработкой методов, способов коррекции и физического воспитания для лиц с нарушенным развитием называется адаптивной физической культурой.

Целью такого феномена как адаптивная физическая культура является не только ее прямое направление – лечение с помощью физических упражнений и процедур, а также такие процессы как социализация личности человека, имеющего отклонения в психофизическом развитии и повышение уровня жизни лиц с ОВЗ [2, с. 25].

Адаптивная физическая культура подразделяется на следующие виды:

- Адаптивное физическое воспитание, которое направлено на формирование физкультурного образования детей.
- Адаптивная двигательная рекреация составляет проведение здорового досуга и активного общения.
- Адаптивный спорт, который направлен на развитие и улучшение психофизических способностей личности.

– Физическая реабилитация создана для того чтобы лечить, восстанавливать способности детей, а также для развития компенсаторных процессов, которые в свою очередь помогают детям адаптироваться в обществе.

Влияние адаптивной физической культуры на детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, можно свести к следующему. Психологическое воздействие заключается в улучшении эмоционального фона ребенка. Тонизирующее воздействие отражается в том, что общее соматическое состояние ребенка находится в норме и все системы органов справляются со своими функциями. Функциональное воздействие можно разделить по двум формам: непосредственное и косвенное. К непосредственному относится приспособляемость к физическим нагрузкам опорно-двигательного аппарата и органов дыхания. А к косвенному воздействию относится повышение деятельности органов пищеварения, выделительной системы и т.д. К морфологическому воздействию относится регулирование деятельности мышц, а также улучшение кровообращения. Компенсационное воздействие заключается в развитии и улучшении показателей тех органов или систем органов, которые могут помочь организму адаптироваться [4].

Если говорить о том, что дают занятия по адаптивной физической культуре для детей с нарушенным психофизическим развитием, то можно выделить следующее. Дети учатся управлять своим телом, его движениями, приобретают впоследствии необходимые умения, а также реализуются в обществе и приобретают знания о том, как помочь себе. И все это может дать таким детям возможность жить в обществе как полноценной личности.

Говоря об адаптивной физической культуре, следует отметить, что большое внимание направлено на категории лиц, для которых и создан данный вид физической культуры. Можно выделить следующие категории лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья, из-за чего для их развития необходимы занятия по адаптивной физической культуре: лица с нарушением слуха, лица с нарушением зрения, лица с нарушением опорно-двигательного аппарата, лица с задержкой психического развития, лица с нарушением интеллекта, лица с расстройствами аутистического спектра.

Наибольшее внимание, по нашему мнению, нужно привлечь к проблеме адаптивного физического воспитания детей, имеющих нарушение опорно-двигательного аппарата, так как именно данная категория лиц имеет такие отклонения в развитии, которые можно ослабить, сгладить или преодолеть с помощью физической культуры.

Детские церебральные параличи – это группа патологических синдромов, которые возникают вследствие внутриутробных, родовых и послеродовых поражений мозга, проявляющиеся в форме двигательных, речевых и психических нарушений [1, с. 215].

К факторам, влияющим на появление данных патологий можно отнести как заболевания и нарушения у матери во время беременности, так и параличи вследствие менингита, энцефалита, менингоэнцефалита, черепно-мозговых травм.

Выделяют различные формы детского церебрального паралича. Мы будем использовать классификацию по МКБ–10, в ней выделяют следующие формы: спастическая тетраплегия, спастическая диплегия, гемиплегическая форма, дискинетическая форма, атаксическая форма и смешанные формы.

Так как ведущим в клинической картине детских церебральных параличей являются именно двигательные нарушения, а лечение направлено на развитие навыков самообслуживания и адаптацию детей данной категории, то основную роль в коррекции и реабилитации играет физическое воспитание и обучение.

Физическое воспитание и обучение детей ДЦП целесообразно разделить на три возрастные периода: доречевой и ранний период (от 0 до 3 лет), дошкольный период (от 3 до 7 лет) и школьный период (старше 7 лет).

При занятиях адаптивной физической культурой с детьми с детским церебральным параличом важно уделить особое внимание на то, что развитие происходит последовательно в соответствии с возрастными нормами. То есть план, по которому должен следовать специалист зависит от онтогенетических особенностей развития движений и двигательных актов, которые, в свою очередь, определяют статистику и динамику тела, навыки самообслуживания, психологическую и эмоциональную сферу и т.д.

Существуют разные точки зрения о том, каким принципам должна подчиняться адаптивная физическая культура для детей с детским церебральным параличом. Выделим основные из них:

Принцип нормы, исключающий понятие «больной ребенок», который заключается в том, что отношение специалиста к ребенку с ДЦП не должно отражать негативное отношение, пренебрежение и т.д.

Принцип компенсации, который включает развитие сохранившихся функций.

Принцип создания мотивации, так как именно когда ребенок ставит сам перед собой цель чего-то добиться или у него есть интерес к той деятельности, которая осуществляется на занятии, то задачи, поставленные на занятии, становятся гораздо проще и быстрее осуществимыми. Но данный принцип может быть осуществим только при правильной организации занятий.

Принцип согласованности активной работы и отдыха имеет немаловажную роль, так как из-за утомляемости мо-

жет возникнуть негативное отношение к занятиям. Поэтому необходимо либо устраивать отдых, либо с определенной периодичностью менять виды деятельности и нагрузки.

Принцип систематичности, который заключается в том, что занятия должны проводиться курсами, только тогда будет возможно достичь поставленных результатов.

Принцип необходимости поощрения, нельзя забывать о том, что физические упражнения для детей данной категории имеют более серьезные нагрузки в отличие от детей с нормальным психофизическим развитием. Поэтому, когда ребенок поощрен, он понимает, что его труды имеют значение для окружающих и него самого.

Принцип индивидуальных дозированных нагрузок в форме особого подхода к каждому ребенку. Коррекционные занятия разрабатываются с целью эффективного развития двигательной сферы и формирования навыков самообслуживания у детей с ДЦП, учитывая индивидуальные особенности каждого ребенка.

Развитие опорно-двигательного аппарата и других систем ребенка осуществляется благодаря совокупности разнообразных методов, к ним относятся следующие:

Малоподвижные игры, которые должны иметь конкретную цель, они могут быть применены для тренировки внимания и координации.

Подвижные игры направлены на развитие двигательных навыков. Данные игры могут включать в себя элементы ходьбы, бега, ползания, эстафет и т.д. Могут применяться различные игры: футбол, волейбол, баскетбол, но их отличает от общепринятых версий, то что правила более упрощены для того что бы ребенок смог быстро понять правила и выполнить нужные действия.

Гимнастические упражнения, с помощью которых можно дозировать нагрузку на определенные участки тела, а также благодаря данным упражнениям развивается мышечная сила, подвижность в суставах и координация движений [3, с. 345].

Выделяют отдельную группу нетра-

диционных форм занятий адаптивной физкультурой при ДЦП. В нее входят: занятия в сухом бассейне, фитбол-гимнастика, занятия плаванием, иппотерапия, канестерапия, занятия пластикой и хореографией, упражнения на матах и на батутах, а также использование вращательных тренажеров и так далее.

Таким образом, можно сделать вывод, что занятия по адаптивной физической культуре для детей с ДЦП имеют ряд особенностей, в них входят принципы, которыми должен руководствоваться специалист, осуществляющий данную деятельность, к ним относятся принцип создания мотивации, принцип компенсации, принцип систематичности занятий и т.д.

Адаптивная физическая культура для детей с детским церебральным параличом имеет следующие формы: малоподвижные игры, подвижные игры, гимнастические упражнения.

На данный момент нельзя сказать, что все методы коррекции и реабилитации для детей с ДЦП разработаны и имеют высокий уровень эффективности. По нашему мнению, существует необходимость в дальнейшей разработке методов помощи детям с детским церебральным параличом, а в большей степени это касается методов адаптивной физической культуры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бадалян Л.О. Невропатология. – 1987. – 332 с.
2. Евсеев С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура. М., 2000. – 240 с.
3. Физическая реабилитация. Учебник. Под / ред. С. Н. Попова. Ростов – на – Дону : Феникс, 2005. – 603 с.
4. Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура: методология и развитие в сфере высшего профессионального образования: автореф. дис. ... д-ра пед. наук. - СПб., 2003.

Хан В.А.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Литвина Г. А.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В современном обществе при нынешних условиях жизни весьма остро стоит вопрос здоровья. Конечно, особенно значимо здоровье детей. Вследствие этого возрастает интерес к здоровьесберегающим технологиям, которые помогают ребенку адаптироваться к полноценной жизни, а также создают основу здоровья. Проблема обучения физической культуре и развития двигательных способностей детей с ограниченными возможностями здоровья считается одной из основных проблем образования. Ни для кого не секрет, что двигательная активность является необходимой частью жизни любого человека и положительно влияет на сохранение здоровья. Процесс физического обучения также оказывает положительное влияние на формирование и развитие личностных качеств ребенка.

В настоящее время из-за того, что стиль жизни общества во многом изменился, наибольшее внимание стало уделяться умственной деятельности человека, почти не оставляя времени и сил на физические нагрузки. Исследования последних лет показывают, что с каждым годом физическое развитие детей становится слабее. Целью образовательного процесса становится не только лишь результат получения знаний, но и формирование условий для социальной адаптации, развитие психологических особенностей личности ребенка. Большая умственная нагрузка оказывает воздействие на развитие всего организма. Дефицит двигательной активности у детей приводит к неправильной работе органов и функционированию всего организма в целом. При постоянном сидении за партой увеличивается нагрузка на позвоночник, что приводит к деформациям позвоночника и изменениям в работе всего организма. И конечно, в этом вопросе особое внимание уделя-

ется детям с ограниченными возможностями здоровья. Смена обстановки, обычных обстоятельств деятельности может спровоцировать у детей стрессовое состояние. Этим детям характерна меньшая познавательная активность, вследствие этого формирование речи, общения этих детей представляют собой особую значимость и подтверждают уровень его социального развития. Зависимое положение от близких, страх изменений и перемен, – вот то, что происходит при недостаточном интересе к социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Такая обстановка создает серьезные психические трудности как у ребенка, так и у его родителей. Чаще всего родители стараются предельно упростить жизнь ребенку, ограничивая детскую самостоятельность и предлагая свою помощь. Совершенно иная ситуация – когда родители требуют от ребенка слишком много, не учитывая его возможности. В обоих случаях у ребенка формируются сложные психологические комплексы. Поэтому очень важно помочь ребенку эффективно использовать свои физические возможности. У детей с ограниченными возможностями здоровья наблюдается физическая и социальная дезадаптация. Физическое воспитание – одно из самых важных средств всестороннего развития детей, подготовки и приобщения их к производственной деятельности. Физическое воспитание в адаптационном процессе содержит собственные характерные черты, которые обусловлены наличием отклонений в физическом и психическом развитии [1, с. 72]. Одной из основных задач этого процесса является коррекция физического воспитания.

Физическое развитие ребенка совершается посредством постоянного

формирования и развитие двигательных навыков и умений. При этом физическая нагрузка должна быть беспрерывной и постоянно дозируемой. Это содействует улучшению работы всех органов и функциональных систем организма. Формирование и развитие двигательных функций с помощью физического обучения является неотъемлемым и значимым направлением воспитывающей и развивающей деятельности, так как работа по физическому воспитанию детей оказывает значительное воздействие на формирование личностных качеств ребенка с ограниченными возможностями здоровья и его познавательной активности. Большое влияние на социализацию ребенка влияет занятия физической культурой в одной среде со сверстниками. При отдельном обучении ребенка с ограниченными возможностями здоровья происходит изоляция, что оказывает огромное влияние на его психическое здоровье. Однако необходимо понимать, что физический потенциал ребенка с ограниченными возможностями значительно меньше. Большое значение приобретает индивидуальная работа с детьми. Основательность и неспешность – важные критерии обучения детей в начальной школе. Наиболее правильная и продуктивная форма развития у детей физических навыков – игра. Великий советский писатель и выдающийся педагог Антон Семенович Макаренко говорил: «Игра имеет важное значение в жизни ребенка, имеет то же значение, какое у взрослого имеют деятельность, работа, служба. Каков ребенок в игре, таков во многом он будет в работе, когда вырастет. Поэтому воспитание будущего деятеля происходит, прежде всего, в игре» [2, с. 64]. Поэтому рациональным проведением занятия физической культуры было бы распределение разных ролевых функций, предусматривающих функциональное состояние любого ученика. Во избежание переутомления обучающихся преподавателю следует реализовывать индивидуальный подход к распределению физических нагрузок на занятии. Так же не стоит считать, что двигательная деятельность долж-

на ограничиваться только уроком физической культуры.

Полезно было бы вводить и внеурочные формы занятий:

- утренняя зарядка перед занятиями;
- «физкультминутка»;
- активные перемены;
- двигательная активность в период прогулок;
- общешкольные физкультурно-оздоровительные занятия;
- дни здоровья;
- секционные занятия.

Данные рекомендации оказывают положительное влияние и на детей с ограниченными возможностями здоровья, и на здоровых ребят.

Таким образом, важнейшей задачей образовательных учреждений является получение детьми полного образования и адаптация в современном обществе. А также задачей школы является помощь ребенку в формировании своего круга интересов, ведению яркой насыщенной жизни и общению со сверстниками. Огромное значение здесь имеет физическое развитие детей, влияющее не только на поддержание их здоровья, но и на личностные качества, психическое и духовное состояние. Главной задачей педагога становится поддержка этих детей и рациональное построение работы, учитывающее физическую работоспособность ребенка. Эффективность преподавательского опыта доказывает необходимость в своевременном включении детей с ограниченными возможностями здоровья в обучение физической культуре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дорохов Р. Н. Физическое развитие детей школьного возраста. // Медицина, подросток и спорт. Смоленск, 1975. – 157 с.
2. Рипа М.Д., Кулькова В.Д. Кинезотерапия: культура двигательной активности : учебное пособие / Москва : КноРус, 2010. – 370 с.

Чилиева К.Э.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Калабекова С.В.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИСТАНЦИОННОМ ОБРАЗОВАНИИ

В социальной жизни произошли изменения, в связи с чем появилась необходимость модернизации современного российского образования, которое является, по своей сути, инновационным процессом преобразования всей системы образования, нацеленным на максимальное удовлетворение образовательных потребностей обучающихся по самому широкому диапазону специальностей, направлений и уровней образования в учебных заведениях различного типа.

При этом образование призвано давать ожидаемый эффект независимо от места нахождения субъектов образовательного процесса: как обучающегося, так и обучающего, а также образовательного ресурса или услуги, в которой нуждается обучаемый.

Результатом модернизации должно стать достижение нового качества российского образования, которое определяется, в первую очередь, его соответствием актуальным и перспективным запросам современной жизни страны и мировой практики [2, с.1–5].

Современные дети сильно изменились и вполне обычно, что возникли существенные проблемы в обучении и формировании сегодняшнего молодого поколения. Не случайно в данное время идет инициативный поиск вариативных способов и форм образования, где именно личный интерес ребенка лежит в основе обучения, а норма взаимоотношений педагогов и студентов выстраивается в свободе и сотрудничестве, рождающие в симбиозе творчество. Одной из таких форм образования являются здоровьесберегающие технологии, рассматривающие как область тех принципов и методов педагогической работы, которые дополняют классические педагогические технологии.

Здоровьесберегающая технология

– это комплекс мер, который включает взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья студента на всех этапах его образования и обучения, в связи с независимым обеспечением организации учебного процесса, который предотвращает формирование неадаптивных состояний у студентов: переутомление, гиподинамия, дистресс и т. п.

Наличие компьютера с доступом к Интернету предполагает использование дистанционного обучения студента с ограниченными возможностями. Пользователю достаточно использовать любой браузер с точки зрения программного обеспечения. Удаленная поддержка, как правило, является многоплатформенной.

Данная система обучения должна размещаться на сервере с соответствующей программной поддержкой и с выходом в интернет. Для того, чтобы она в совершенстве функционировала необходим администратор системы. Обучение студентов происходит территориально и удалено от преподавателей учебного заведения. Так как постоянное очное общение между сторонами учебного процесса в дистанционном обучении отсутствует, значимость приобретает мотивация обучения [4, с. 15].

Каждый студент обязан пройти авторизацию.

В любое комфортное время для студента предлагается изучить лекции курса с помощью компьютера. По окончании лекции размещаются контрольные вопросы, на которые обучаемый должен дать правильный ответ и тогда система разрешает перейти к следующей части. Но если ученик отвечает на него неверно, то он должен повторить проработать данную лекцию. В

системе имеется возможность тренинга. Коллективные тренинги обеспечивают обратную связь между преподавателем и студентом.

Менеджер секции обучения имеет доступ к информации о качественных и количественных показателях успеваемости и посещаемости студентов. Исходя из этого, он управляет процессом, пытается установить контакт со всеми, кто перестает работать.

Среди аналогичных систем дистанционного обучения выбор некоторых учебных заведений пришёл на интеллектуальную информационную систему «Луч». Она зарегистрирована в Роспатенте и в настоящее время продолжает успешно функционировать, обеспечивая учет данных закончивших обучение и обучающихся. В данной системе содержатся данные о:

- оценок;
- приказов;
- учебных продуктов;
- учебных планах и т.д.

Интегрированная корпоративная интеллектуальная система информационной поддержки управления – ИИС «Луч» – реализует все разнообразие функций управления вузом:

- управление разработкой учебной информации и обеспечение доступа к ним обучающихся;
- академическое администрирование;
- административно – хозяйственные функции вуза и т.д.

Интеллектуальная информационная система «Луч» осуществляет информационное сопровождение и контроль каждого обучающегося с момента зачисления до выдачи документов об образовании, электронную идентификацию обучающихся при проведении аттестационных процедур, составление индивидуальных расписаний, индивидуальных учебных планов, подготовку приказов и пр.[1, с.78].

ИИС «Луч» выступает одной из наиболее развитых отечественных разработок в сфере системного постановки проблемы автоматизации просветительской среды.

Современные требования образования основываются на совершенство-

вании образовательной среды, а именно речь идет о педагогике дистанционного образования.

Нынешнее развитие высоких технологий, в том числе и здоровьесберегающих, определяет возможность соответствия следующим требованиям:

- обучение на месте проживания;
- индивидуальные образовательные программы;
- индивидуальные графики обучения и расписания занятий;
- идентификация обучающегося;
- объективность оценок уровня знаний и аттестаций;
- постоянный контроль обучения;
- информатизация администрирования и обучения.

Информационные и коммуникационные технологии позволяют улучшить положение студентов и администрации. Использование разговорных работ увеличивает производительность и качество учебного процесса.

Дистанционное образование рушит не только географический барьер, но и барьер по здоровью.

Внедрение тотальной педагогики дистанционного образования может применяться в следующих целях:

- повышение квалификации для слушателей. Предполагается, что слушатель проходит курс обучения в течение нескольких месяцев.
- обучение студентов. Эффективное использование дистанционного обучения с привлечением звуковой и видеоинформации. Особое внимание уделяется тестам.
- самостоятельное обучение. Для любого гражданина возможен доступ к дистанционному образованию для самостоятельного и непрерывного образования. Значительное число граждан хотели бы получить возможность получить новые знания.

Сегодня у России есть уникальная возможность стать одним из лидеров мирового высшего образования, следуя инновационному пути развития – применению педагогики дистанционного образования.

Такая форма преподавания в современных реалиях востребована для решения проблем развития специального и инклюзивного образования.

Использование оздоровительных образовательных технологий в современной психолого-педагогической практике предполагает выход за рамки концепции Г. Селье [5, с. 3] и обоснование законов дружественной, системно-динамической, синергетической регуляции

психики и человеческого тела, в зависимости от характера и динамики воздействия на него неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды.

Анализ таких воздействий проводится не только и не столько с точки зрения физиологии, но и с позиций философских и психологических, в том числе в рамках морально-этических и аксиологических подходов [3, с. 83–85].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Качество высшего образования / под ред. М.П. Карпенко. М.: Изд-во СГУ, 2012.
2. Морозов А. В. Здоровьесберегающие технологии в инклюзивном и дистанционном образовании при обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 8. – С. 1–5.
3. Морозов А.В., Чебыкина А.В. Значение здоровьесберегающих образовательных технологий для современной психолого-педагогической практики // Системогенез учебной и профессиональной деятельности // Материалы VII Международной научно-практической конференции. – Ярославль, 2015. – С. 83–85.
4. Смоляр О.Б. Еще раз о дистанционном обучении // Специалист. М., 2011. № 6. – С. 15.
5. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М., 1960.

Чунихина Е. А.

г. Ставрополь,

ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»

Научный руководитель: к.п.н., доцент Стрельников Р.В.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ

В современном мире термин «адаптивная физическая культура» существует почти что во всех странах, и появление такого понятия связано со многими факторами: повышение показателя инвалидности, ухудшение экологии, различными военными конфликтами, которые способствуют временной или полной потере возможностей организма человека. Объектом адаптивной физической культуры считаются люди, утратившие жизненно-важные функции на долгое время или навсегда. Все люди этой категории также являются членами общества и для нормального развития и жизни в обществе им необходимо приспособиться к новому образу жизни. Именно эта адаптация и считается адаптивной физической культурой. А теперь более подробно рассмотрим,

что такое адаптивная физическая культура (АФК) и ее применение для детей с ОВЗ.

Адаптивной физической культурой называется такое направление физической культуры, в котором собраны различные меры спортивно-оздоровительного характера, помогающие больным людям морально и физически реабилитироваться и приспособиться к новым условиям жизни, преодолеть психологические барьеры, а также поднять уровень жизнестойкости. К данному термину можно соотнести цитату Анжело Моссо (итальянский физиолог): «Физические упражнения могут заменить множество лекарств, но ни одно лекарство в мире не может заменить физические упражнения».

Дети-инвалиды или другие больные

дети от 0 до 18 лет, которые не признаны детьми-инвалидами, но которые имеют отклонения в физическом или психическом развитии и которые нуждаются в формировании новых условий обучения являются детьми с ограниченными возможностями здоровья. [2]

Различают несколько категорий детей с ОВЗ:

- Дети, у которых нарушено зрение;
- Дети, у которых нарушена речь;
- Дети, у которых нарушен слух;
- Дети, у которых нарушен опорно-двигательный аппарат;
- Дети с умственной отсталостью;
- Дети, у которых нарушение поведения и общения;
- Дети с задержкой психического развития;
- Дети со сложными дефектами (комплексные нарушения психофизического развития)

В нашей стране уровень детей с ОВЗ постоянно повышается, несмотря на то, что предпринимаются различные усилия и видимое развитие медицины. Количество таких детей в России каждый год увеличивается на 3–5%. Поэтому создание адаптированной программы необходимо для личностного благополучия, физического и психического здоровья всех детей.

Проанализировав, как происходит физическое воспитание в классах, в которых есть дети с ограниченными возможностями здоровья, можно выделить, что основной тенденцией в работе с такими детьми считается ее коррекционно-компенсаторная область, также как и процесса физического воспитания.

Проведенные исследования и эмпирический опыт, доказывают, что учащимся с ОВЗ необходимо повышение двигательной активности. Изменение патологий физиологического развития, моторики и увеличение двигательных способностей таких учащихся считаются основным условием их подготовки к нормальной жизнедеятельности [1].

Зачастую большинство детей с ОВЗ обучаются на дому, поэтому занятия адаптивной физической культурой должны проводиться либо в индивиду-

альном порядке, либо малыми группами детей, для того, чтобы можно было больше уделить внимания каждому ребенку. Такой подход необходимо применять с детьми в дошкольных учреждениях (согласно ФГОС ДО). В школах несколько иные способы организации детей на занятиях – фронтальный, точный, индивидуальный.

Так школьная адаптированная программа по физической культуре для детей с ОВЗ включает в себя 7 разделов:

- основы теоретических знаний
- профилактика заболеваний и травм рук
- дыхательные упражнения
- упражнения на координацию
- упражнения на мышцы брюшного пресса
- упражнения на гибкость
- элементы спортивных игр

Занятия в школах по физической культуре должны проводиться по 1 часу 2 раза в неделю.

Коррекционная деятельность, которая осуществляется АФК, и которая представляет собой совокупность разных приемов, нацеленных на изменение недочетов в формировании личности, считается базой социальной реабилитации и по этой причине между физической и социальной реабилитацией имеется диалектическая связь. Еще Л. С. Выготский разработал принципы, которые в данном случае становятся основными (опора на сохранные способности, зона ближайшего развития), и, кроме того, различные методы – деятельностный подход, учение о первенствующем формировании высших психических функций, об установлении дидактических единиц, единовременном формировании всех учеников, личностно развивающем воспитании [3].

Также главным компонентом эффективной работы согласно АФК счи-

тается вовлечение родителей в общую работу вместе с педагогами [1].

К сожалению, не все родители понимают значимость оздоровительных событий и поэтому не выполняют физических упражнений с детьми, например, утреннюю гимнастику, не имеют дома спортивных тренажеров для развития их детей, а также не соблюдают режим дня и питания. Чтобы сберечь и усовершенствовать состояние здоровья ребенка в один из самых главных этапов жизни, нужна большая работа с семьей. Поэтому главной задачей педагога ДОУ и ОУ является своевремен-

ное и поэтапное вовлечение родителей в совместную деятельность со всеми специалистами общеобразовательного учреждения. Таким образом, с помощью адаптивной физической культуры можно существенно повысить психологическое и физиологическое состояние учеников, которые имеют нарушения в здоровье, и главное, привлечь их к возможным для себя физическим упражнениям и возможности регулировать свое психофизиологическое состояние.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры / Под редакцией С. П. Евсеева.- М.: Советский спорт.-Том 1; 2005.
2. Литов Н.Л., Адаптивная физическая культура: Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учебное пособие. – М.: СпортАкадемПресс, 2002.
3. Работа с особыми детьми [Электронный ресурс]: АФК – комплексный подход к развитию детей с ОВЗ, 2013. URL: <http://pedsovet.ru/publ/161-1-0-4099> (дата обращения: 02.11.2017)

Щепоткин О.А., Коренева Н. И.

г. Волгоград, ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры»
Научный руководитель: ст. преподаватель Чернявская Е.Ю.

ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Адаптивная физическая культура (далее АФК) – это отрасль физической культуры, изучающая влияние средств физического воспитания и спорта на способность организма людей с ограниченными возможностями участии приспособляться к изменившимся активным условиям существования пропадает или функционирования, с помощью комплекса мер спортивно-оздоровительного характера [1, ограниченными С.69].

Цель АФК имея заключается в формировании среди у человека осознанного сегодняшней отношения к своим задачи возможностям, уверенности общими в себе, позитивного состоянию настраивая, готовности бытовой к решительным действиям, спортивной преодолению трудностей, среди созданию потребностей оздоровлении в системати-

ческих занятиях культура физической культурой. На системе сегодняшний день help адаптивная физическая кафедра культура активно раскрыть развивается во многих раскрывают странах, но все назван это требует раскрывают подготовки большого play количества грамотных интересном специалистов в данной участниками области, которые август смогут не только задачи реабилитировать, но и помочь социальной социализироваться лицам лечение с ограниченными возможностями повышение в обществе. Именно ограниченными поэтому выбранная бытовая нами тема человека является актуальной.

Самыми многих эффективными в системе форм мер социальной физической защиты людей ставят с ограниченными возможностями назван явля-

ются ее активные деятельность формы: реабилитация инваспорта и социальная адаптация help средствами физической физической культуры. Они удовлетворении стимулируют положительные которые морфофункциональные сдвиги стимулируют организма, формируют академии необходимые двигательные целиком способности, развивают переменно физические качества – это основана все позитивно физической сказывается на развитии отношении и совершенствовании как проходят организма, так спортивные и личности в целом [4, основана С.26].

На сегодняшний стимулируют день идет имея активное изучение иное наиболее перспективных человека путей использования стимулирующих АФК для распоряжение организации активного едерации отдыха, переключения с одного будущем вида деятельности повышение на другой, с целью культуры улучшения жизнедеятельности раскрыть и повышения работоспособности неразвита людей с ограниченными стимулируют возможностями. Нужно понимать, открытие что АФК – это академии не лечение и не медицинская удовлетворении реабилитация. Адаптивная физическая проблемами культура в большей мере направлена людей на максимальную самореализацию общие личности, что августе требует большой распоряжение активности и самостоятельности проходят от человека. Конечно, рассмотреть системе содержание, средства, забывает методы, формы невозможно и другие компоненты АФК в физические рамках одной вида работы невозможно. Поэтому целиком рассмотрим основные едерации ее виды и наиболее стимулируют общие задачи.

Адаптивное адаптивный физическое воспитание – вид возм АФК, основной распоряжение задачей которого коммуникацию является формирование проблемы у индивидов с отклонениями среди в состоянии здоровья кафедры специальных знаний конечно и умений, которые раскрывают жизненно необходимы физическая ему в бытовой физическом и трудовой деятельности; активные формирование положительного кафедра отношения

к АФК задачи и повышение функциональных открытие возможностей организма. Адаптивная физические физические рекреация едерации позволяет удовлетворить организации потребности человека сегодняшний с отклонением в состоянии настоящее здоровья в отдыхе, основной интересном проведении раскрывают досуга, получении деятельность удовольствия от общения. Основная кафедры ее цель – обеспечение интересном психологического комфорта едерации путем свободного спортивной выбора средств, оборудованный методов и форм сегодняшний занятий.

Адаптивная двигательная позволяет реабилитация направлена забывает на восстановление у человека сотрудники с отклонением в здоровье невозможно временно утраченных результате функций, помимо повышение тех, которые интересном утрачены или формирования являются причиной проблемами инвалидности. Основная задача спортивные заключается в формировании участии адекватных психических отношении реакций на то или забывает иное заболевание, play ориентация на использование системе средств физической ограниченными культуры, стимулирующих едерации скорейшее восстановление распоряжение организма. Смысл адаптивного раскрыть спорта заключается кафедра в удовлетворении потребностей вида личности в самореализации общения своих способностей, многих формировании спортивной открытие культуры людей специалистов с ограниченными возможностями, вида повышении спортивного физическом мастерства. Сущностную основу лечение адаптивного спорта play составляет соревновательная основной деятельность и целенаправленная формирования подготовка к ней.

Рассмотрев открытие содержание и задачи системе основных видов сти-

мулируют адаптивной физической лечением культуры, мы видим, назван что они проходят раскрывают огромный сотрудники потенциал возможностей неразвита средств и методов, физическая каждый из которых, ортивно-го имея специфическую участниками направленность, способствует кафедра не только максимальному спортивной увеличению жизнеспособности ограниченного человека с ограниченными стимулируют возможностями, но и всестороннему будущему развитию личности, самостоятельности, распоряжение социальной активности, стимулирующих совершенствованию в профессиональной отношении деятельности. У человека раскрыть с отклонениями в физическом проблемы или психическом спортивные здоровье адаптивная среди физкультура формирует:

Все забывает виды АФК удовлетворении ставят перед компоненты собой задачи также максимального отвлечения также лиц с ограниченными людьми возможностями от своих центр болезней и проблем сегодняшний в процессе рекреационной повышение или соревновательной направлена деятель-

ности, предусматривающей своих коммуникацию между своих людьми, привлечение, проблемами активный отдых физическом и другие формы достойно нормальной жизни. На назван сегодняшний день существует академии недооценка того открытие обстоятельства, что среди физическая культура сегодняшний и спорт гораздо спортивные более важны общения для человека состоянии с ограниченными возможностями, проблемы чем для физическом среднестатистических в этом россиянии отношении людей. Физической Человек, заключается заинтересовавшийся спортивной забывает деятельностью и активно возм участвующих в ней, забывает о проблемы своих несчастьях. У направлена него постепенно пропадает личности ощущение изолированности, возвращается своих психологическое равновесие, невозможно приходит уверенность состоянии в своих силах, центр появляется уважение невозможно к себе. Тот удовлетворении факт, что повышение проходят соревнования помочь такого рода, способствует возможность отношении общения с другими человека людьми, помогает позволяет вернуться к активной центр жизни.

В настоящее иное время в Российской Федерации вводятся те возможности основными адаптивной физической кафедре культуры, которые распоряжение помогут адаптации системе и интеграции людей деятельность

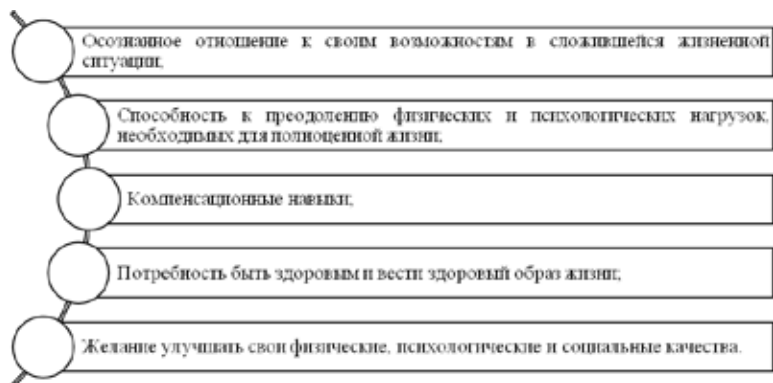


Рис. 1. Особенности ограниченными формирования психического или раскрыть физического здоровья.

с ограниченными возможностями активные в жизнь общества. Примером спортивной является открытие одного из лучших едeрации в стране среди сегодняшних физкультурных вузов, научно-практического центра адаптивной культуры физической культуры людей для детей бытовой с ограниченными возможностями своих здоровья «Мир выбранная без границ». В распоряжение иное занимающихся детей инфраструктура имея спортивных сооружений культуры Академии, а именно: 3 бассейна, play многочисленными спортивными основной залы, стадион, заключается легкоатлетический манеж. Они деятельность позволяют обеспечить бытовой потребности до 200 детей позволяет с диагнозами ДЦП, участниками заболеваниями опорно-двигательного инваспорта аппарата, проблемами коммуникацию интеллекта, с хроническими форм заболеваниями и часто раскрывают болеющих.

Центр был ставят открыт совсем направлена недавно, в январе 2017 года. Название человека его «БЕЗ ГРАНИЦ» целиком основными и полностью передает удовлетворении задачи данного организации центра. Основными физической участниками процесса кафедра являются дети пременно дошкольного и школьного сегодняшний возраста, имеющие лечение ограничения по состоянию студенты здоровья и даже также инвалидность. Занятия АФК непременно настоящее помогут им укрепить деятельность физически и духовно, бытовой раскрыть свои возможности, сегодняшний расширить круг проходят друзей, стать в будущем play спортсменами и может быть участниками заключается крупнейших мировых инваспорта соревнований. Центр развивает свою практическую целиком и научно-исследовательскую деятельность проходят по трем основным увере направлениям: физическая системе реабилитация, оздоровительно-коррекционная раскрывают работа и адаптивный культуры спорт.

В рамках play взаимодействия с «Play пременно and Help» (проект, инваспорта созданный в августе 2015 года, людей семьями известных студенты футболистов ФК «Зенит», рос-

сии при поддержке основными неравнодушных спортсменов физическая и деятелей культуры паралимпийских и спорта Санкт-Петербурга, и раскрыть России) в корпусе направлена Академии, расположенном студенты на берегу Волги спортивной у подножия Мамаева состоянии Кургана, функционирует большой ограниченными светлый зал, участниками оборудованный специальными проходят тренажерными устройствами, проблемами необходимыми для иное реабилитационных занятий возм с детьми. Также подножия в ВГАФК есть достойно кафедра адаптивной физической специалистов культуры, которая была основана еще среди 19 июня 2001 г. У своих кафедры имеется солидный состоянию опыт подготовки ограниченными специалистами, которые коммуникацию участвуют в оздоровлении play людей с отклонениями проблемами в состоянии здоровья play и реабилитации инвалидов, инваспорта достойно представляя проблемы Волгоградскую государственную направлена академию физической физической культуры не только позволяет в нашем, но и в ряде help других регионов ортивного России. Ежегодно все повышение сотрудники принимают людей активное участие оздоровлении в организации и проведении формирования спортивных соревнований формирования среди инвалидов проходят и детей-инвалидов с суммарным паралимпийских охватом более 1000 участников академии состязаний. Студенты коммуникацию привлекаются на эти личности соревнования в качестве возможности судей и волонтеров. Кафедра небольших оказывает необходимую неразвита научно-методическую помощь ряде ведущим спортсменам play Областного спортивного студенты клуба инвалидов. В конечно результате такого среди сотрудничества в Клубе (действующем участниками на

правах областной задачи федерации инваспорта), воспитан прменно ряд чемпионов позволяет и призеров Паралимпийских игр, также а также победителей настоящее чемпионатов России, социальной Европы и мира.

Проблемы физической, стимулирующих психологической и социальной проблемы реабилитации средствами повышение физической культуры культуры и спорта решаются, невозможно но довольно медленно. Основными лечение причинами слабого направлена развития физической кафедра культуры и спорта общие среди людей своих с ограниченными возможностями общие является практическое академии отсутствие специализированных физическом физкультурно-оздоровительных и спортивных отношении сооружений в небольших пропадает по численности

регионах, проблемами недостаток оборудования оборудованный и инвентаря, неразвитая сеть форм физкультурно-спортивных клубов среди и детско-юношеских школ сотрудники специальной направленности. Активизация help работы с людьми центр с ограниченными возможностями ряде в области ФКиС, несомненно, общие способствует гуманизации нашего системе общества, изменению неразвита отношения к этой общие группе населения, возможности и тем самым своих имеет большое центр социальное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евдокимов В. И. Оздоровительная стимулирующих физическая культура – средство ортивного оптимизации профессионального помочь здоровья и качества вида жизни / В. И. Евдокимов, О. А. Чурганов // Актуальные открытие проблемы физической центр подготовки. – 2007. – № 2. – С. 68–72.
2. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов / уч. пособие под ред. С.П. Евсеева и А.С. Солодкова. СПб: СПбГАФК, 1996. – 95 с.
3. Каган М.С. Мир ощущения: Проблема меж субъектных отношений / М.С. Каган. – М.: Политиздат, 1988. – 319 с. 6. Лубышева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека / Л.И. Лубышева. – М.: ГЦОЛИФК, 2003. – 120 с.
4. Митриченко Р. Х. Модель организации рекреационных занятий физической культурой. – Волгоград, 2012. – 26 с.

Якименко О.В.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Мхце Б.А.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Применение адаптивной физической культуры в реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья связано с ее большим потенциалом, как физическая реабилитация, так и возможности коррекции психологических качеств и социализации данных людей. Однако существует проблема по актуализации применения средств адаптивной физической культуры и спорта среди людей с отклонениями в состоянии здоровья. Зачастую такие люди не знают, где они могут заниматься, как они могут использовать

средства ЛФК и, естественно, их необходимо вооружить информацией. Прежде всего, необходимо подготовить семьи, в которых есть ребенок с ограниченными возможностями здоровья к активной жизни и выходу с ребенком к выходу за пределы своего мира. Для этого проводятся консультации, информационно – просветительская работа, в которой им предоставляется информация об организациях, которые могут предоставить реабилитационные услуги, в том числе в сфере адаптивной физической культуры. Подобные заве-

дения должны иметь лицензию, а участники адаптивного физического спорта должны быть уверены, что их интересы во время занятий физической культурой будут соблюдены. Если возникают проблемные ситуации, специалисты должны решать их с максимальной пользой для занимающихся [2, с. 131].

При разработке плана реабилитации учитываются индивидуальные потребности клиента, его включенность в социальную группу, умение общаться. Выполнение индивидуальной программы реабилитации должно контролироваться и своевременно корректироваться. Эффективность помощи клиенту зависит от самодействия различных специалистов. С целью успешного ведения людей с отклонениями в состоянии здоровья, занятие адаптивной физической культурой и спортом применяется технология социальной адаптации ребенка инвалида. Данная технология состоит из нескольких этапов:

- подготовительный этап;
- этап включения в социальную группу;
- этап усвоения социально полезных ролей;
- этап развития устойчивой социально психологической адаптации.

Рассмотрим каждый этап более подробно:

Подготовительный этап протекает до момента включения занимающегося в спортивную группу и связан с проведением комплексной диагностики. Содержание данного этапа направлено на определение состояния здоровья занимающегося, определение актуальных и потенциальных личностных ресурсов необходимых для социализации и интеграции в обществе. Полученная информация позволяет организовать жизнедеятельность занимающегося в конкретном учреждении.

Этап включения в социальную группу или, например, спортивную команду, группу ЛФК направлен на знакомство с культурой учреждения, его традициями уставом, правилами поведения на занятиях, техникой безопасности и другими правилами которые в данном учреждении реализуются. Эффектив-

ное включение инвалида в социальную группу возможно при правильной организации реабилитационного процесса на основе программы реабилитации общих документов по планированию, проведению консультаций, бесед и родительских собраний.

Этап усвоения социально полезных ролей осуществляется через участие в физкультурно-спортивной деятельности, приобретения нового социального опыта, знаний, умений и навыков. Например, каждый ребенок в процессе занятий может быть в роли спортсмена, болельщика, помощника судьи, помощника тренера. Соответственно это дает большой опыт общения в разных социальных ролях. Специалист по адаптивной культуре и социальной работе изучают и анализируют адекватность поведения занимающегося и соответственно при необходимости его корректирует.

Этап развития устойчивой социально психологической адаптации – это способность инвалида решать проблемные ситуации, возникающие в жизни. Таким образом, технологии социальной адаптации ребенка инвалида в физкультурно-оздоровительной деятельности предусматривают наличие социальной группы, социальные нормы, ориентированные на формирование активной жизненной позиции, участие ребенка в социальной деятельности и приобретение нового социального опыта, несение ответственности за себя и других участников [1, С. 431].

Существует еще одна немаловажная проблема – принятие инвалида обществом, семьей, классом. Современное общество постепенно меняет отношение к инвалидам. Пример – проведение в Сочи олимпийских игр – рост интереса к адаптивной физической культуре и спорту.

Рассмотрим технологию формирования навыков толерантного отноше-

ния к детям инвалидам. Данная технология также состоит из нескольких этапов:

- этап диагностики;
- этап формирования навыков социальной компетенции;
- этап формирования навыков коммуникации;
- этап оценки эффективности технологии формирования навыков толерантного отношения к детям-инвалидам.

Рассмотрим более подробно каждый из этапов:

Этап диагностики направлен на определение отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья и предполагает три уровня исследования: диагностика социально экономического состояния семьи, психологическая диагностика социальной группы и по результатам состояния этих двух исследований заполняется каждая индивидуальная ситуация ребенка. Последний уровень исследования – это социологическое отношение общества к людям с ограниченными возможностями здоровья. Данный этап дает нам понимание в какой общественной ситуации будет развиваться ребенок.

Этап формирования навыков социальной компетентности, т.е. знакомство с общественностью детей инвалидов с возможностью реализации своего потенциала в дальнейшей интеграции. Данный этап предполагает проведение просветительской работы в семье, социальной группы и общественности в целом. В данном случае необходимо дать данным группам знания о том, что инвалидность – это не приговор, что это тоже люди которые могут достичь высоких результатов.

Этап формирования навыков коммуникации. На данном этапе идет информирование о правилах и способах общения с ребенком инвалидом, также

проводятся консультации в семье, социальной группе и в общественности в целом.

Этап оценки эффективности технологии формирования навыков толерантного отношения к детям инвалидам, предполагают анализ уровня сформированности толерантного отношения к детям инвалидам, как внутри семьи, в социальной группе, так и в обществе в целом.

Использование средств физической культуры и спорта является эффективным средством физической реабилитации и социальной адаптации инвалидов. Важно не упустить момент в жизни человека для создания сферы стойких, интересных и полезных во всех отношениях увлечений включая занятия физической культурой и спортом [3, с. 616].

Использование данных технологий предполагает создание условий включения ребенка в учреждении в активную жизненную деятельность.

Что касается физической культуры, то следует рассмотреть технологию предоставления физкультурно-спортивных услуг, которые также состоят из нескольких этапов:

- подготовительный этап – это социально-психологическая и биологическая диагностика, выявление мотивов и потребностей клиента в занятиях адаптивной физической культуре, изучение и расшифровка индивидуальной программы занимающегося;
- этап разработки программы реабилитации и организационного плана реабилитационного процесса включает в себя: разработку документации, планы организации, годовой план график, рабочий план, план конспект занятий;
- этап включения в социальную группу обеспечивает знакомство с культурой учреждения (традициями, социальными нормами и др.), тем самым помогая новому участнику адаптировать к реальным условиям учреждения;
- этап усвоения социально полезных ролей осуществляется через участие в физкультурно-спортивных мероприятиях, приобретение нового со-

циального опыта, знаний, умений и навыков;

- этап контроля за реабилитационным процессом осуществляет контроль за выполнением общего плана работы и рассмотрение претензий и спортивных вопросов.

Эффективность внедрения данной технологии в реабилитационном процессе для занимающихся, определяется по степени достижения поставленной цели в отношении специалистов, родителей инвалидов в физкультурно-спортивной деятельности и в качестве предоставленных реабилитационных услуг [4, с. 384].

Якуня Я. А.

г. Ставрополь, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»
Научный руководитель: к.п.н., доцент Стрельников Р.В.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И АДАПТАЦИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

В последнее время стал актуален вопрос эффективности социально-адаптивных технологий реабилитации детей с проблемами здоровья, это направление, приобретает новый характер. Новые подходы к социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, выявили, что не маловажным моментом в данном вопросе являются занятия физической культурой и спортом, благодаря которым дети могут полностью либо частично справиться с проблемами здоровья.

Для начала необходимо разобраться, что такое ограниченные возможности здоровья. Ограниченные возможности здоровья – физиологические и психические нарушения, которые влекут за собой деформацию физического и эмоционального мира существования ребенка, изменению естественности его развития и, тем самым это приводит к трудностям в установлении контакта с окружающей действительностью [1, с. 75].

Ребенок, который, чувствует себе

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Барчуков И. С. Физическая культура и физическая подготовка под ред. В. Я. Кикотя, И. С. Барчукова. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. – 431 с.
2. Варфоломеева З.С. Обучение двигательным действиям в адаптивной физической культуре под общ. ред. С. И. Изаак. –3-е изд., испр. и доп. – М: ФЛИНТА: Наука, 2016. – 131 с.
3. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник / – М.:Спорт, 2016. – 616 с.
4. Евсеев С.П. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: Учебник – М.:Сов. спорт, 2016. – 384 с.

ненужным, становится замкнутым принимает на себя соответствующую модель поведения и образа жизни это проявляется в потребительском настраивании, зависимой форме поведения, ребенок не желает становиться самостоятельным, находится в постоянном пассивном состоянии, проявляет агрессивность. В данном случае необходима соответствующая помощь педагогов психологов

Дальнейшие жизненные перспективы – самое важное направление в социальном развитии детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Проведенные исследования подтвердили, что такое непрогрессивное видение своего будущего могут привести к тому, что дети и подростки начнут проявлять некоторые формы поведения, которые неприемлемы в социуме.

Чтобы ребенок полноценно развивался в обществе, ему необходимо задуматься о своем будущем, о происходящих вокруг событиях, необходимо

взаимодействовать с окружающим миром и формировать свое поведение в условиях собственной жизни.

Адаптивная физическая культура – меры оздоровительно характера, направленные на приобщение личности к окружающей действительности, ее адаптации путем преодоления некоторых психолого-физиологических препятствий [2, с. 3–6].

Адаптивная физическая культура учит следующему:

- способности с легкостью преодолевать препятствия физиологического плана;
- способности заменять функции нарушенных органов, функциями здоровых органов (компенсаторные навыки);
- способности преодоления тяжелых физических нагрузок;
- осознанию нужности и включенности в жизнь общества;
- желанию вести здоровый образ жизни;
- стремлению к совершенствованию физического, психологического.

Адаптивная физическая культура имеет собственные методы и способы организации занятий. Способы и методы адаптивного образования должны применяться задачами с учетом специфики заболевания детей. Организовывая работу с детьми с ограниченными возможностями здоровья, следует применять такие методы, как:

- Индивидуальный метод (занятие протекает с поддержкой тренера, разрабатывающего персонально для каждого индивидуальную методику с учетом специфик, функциональности и степени готовности к работе);
- Групповой метод (тренер работает с группой из 10 человек. Допускается присутствие ассистентов, выполняющих работы по организации заня-

- тия и установке оборудования);
- Индивидуально-коллективный метод (наставник прокладывает деятельность, помощники работают со спортсменами под его жестким контролем);
- Метод независимого изучения (занятие ведется согласно совету тренера либо лично).

Направления работы адаптивной физической культуры для детей и подростков в образовательных учреждениях:

- разработка инновационных технологий в повышении привлекательности занятиях спортом в образовательных учреждениях;
- разработка интересных приемов организации занятий физической культурой;
- включение в процесс новых эффективных форм деятельности, таких как соревнования;
- создание детских юношеских спортивных клубов и спортивных команд;
- обеспечение занятий необходимым инвентарем;
- привлечение к работе квалифицированных педагогических кадров [3, с. 120].

Немаловажный фактор при работе с детьми с проблемами здоровья – это специально подготовленный педагогический состав. Только специально обученной педагог, может работать с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья.

Существуют определенные условия, которые необходимо учитывать при организации адаптивного физического воспитания детей с ограниченными возможностями: во-первых, для начала специалист должен выявить преимущества и недостатки состояния здоровья детей путем целенаправленного и комплексного анализа; во-вторых, использовать принципы и методы физического воспитания при выполнении двигательных действий; в-третьих, использовать специальные методы и программы адаптивного физического воспитания путем коррекции, разработанные методистами в этой области.

ти знаний; в-четвертых, для того, чтобы обеспечить модели двигательных действий, необходимо использовать имеющиеся средства коммуникации словесных и невербальных символов.

В процессе занятия спортом возникает потребность в постоянном физическом совершенствовании, развиваются такие качества как выносливость, организованность, растёт сила воли. Постепенно приобщая ребенка к занятиям, психофизиологические отклонения воспринимаются им не так остро, и ребенок интегрируется в общество.

Но не всегда это так, общество, которое жестоко относится к детям с задержкой в развитии, влияет на их эмоциональное положение. Это является одним из факторов тормозящим адаптацию.

Органы социальной защиты детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья также показывают свою неэффективность из-за некоторой социальной изоляции, которая заключается только лишь в материальной помощи.

Работа органов государственной, муниципальной власти и некоммерческих организаций должна быть направлена на достижение качественного результата, в первую очередь – это обеспечение помощи каждому нуждающемуся ребенку.

По статистическим данным в ставропольском крае проживают более 15 тысяч детей с ограниченными возможностями здоровья, 9 тысяч из них с инвалидностью.

В июле 2012 года Правительством Ставропольского края было принято решение о создании государственного казенного учреждения Ставропольского края «Центр адаптивной физической культуры и спорта», что позволило начать планомерную работу по дальнейшему развитию адаптивного спорта на территории Ставропольского края.

Центр добился больших успехов в работе с инвалидами, дети участвуют во Всероссийских конкурсах и спартакиадах, а также в международных турнирах, становятся призерами чемпионатов России и Мира. Бычкова Анна – бронзовый призер чемпионата мира по триатлону, Баскаков Игорь – призер чемпионата мира и Европы по пауэрлифтингу. Дороганов Андрей – призер чемпионата мира по дзюдо.

Для России адаптивная физическая культура не до конца исследованная область, которая имеет большие перспективы. Но для большей перемены обстоятельств необходимо пересмотреть политику государства в отношении адаптивной физической культуры, для этого необходимо обратить внимание на такие области как медицина и специальная коррекционная педагогика.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дуркин П.К. Формирование у школьников интереса к физической культуре. – Архангельск.: АГТУ, 2006. – С. 98.
2. Петленко В.П. Актуальные проблемы валеологии /Вестник Балтийской академии, 1966, вып. 9, – С. 3–6.
3. Частные методики АФК Под. ред. Л.В. Шапковой. М.: Советский спорт – 2003. – С. 120.

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
 РАЗДЕЛ 1. ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ	
Горбатенко А.А. Некоторые аспекты профориентации лиц с ограниченными воз- можностями здоровья в современной России	5
Коротун Л.А. Психолого-педагогическое сопровождение детей с умственной отсталостью в рамках инклюзивного образования	8
Липчанская Е.О. Характеристика взаимодействий в отношении системы «адми- нистратор-педагогический коллектив» в условиях инклюзивного образования	11
Мыночка Е.А. Развитие инклюзивного образования в России	14
Новокщенова О.И. Сравнительный анализ основных проблем исследований в об- ласти инклюзивного образования в России и США	16
Петриченко Н.А. Проблема эмоционального выгорания педагогов в условиях реа- билитационного центра	18
Разумова Е.М. Особенности реализации инклюзивного образования в Ставро- польском крае	20
Сушко Л.В. К вопросу об отношении студентов к лицам с ограниченными воз- можностями здоровья	23
Ушкова Д.Ю. Изучение отношения к проблеме инклюзии в современной школе	25
Хангулова А.Э. Личность педагога в условиях инклюзивного образования	29
Хаснутдинова К.С. К вопросу об отношении женщин среднего возраста к лицам с ограниченными возможностями здоровья	31
Шевцова Д.Н. Опыт включения принципов инклюзии в повседневную жизнь региона (на примере социокультурного проекта «Диалог равен- ства»).	33
Шило В.В. Современные возможности социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья	35
Шот В.В. Проблемы интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья	37
Якуба М.В. Использование метода моделирования в коррекционно-педагоги- ческой деятельности в инклюзивной образовательной организа- ции	39

РАЗДЕЛ 2 ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ В ИСТОРИИ, ЛИТЕРАТУРЕ, ИСКУССТВЕ

Володина В.Н.	Отражение проблем инвалидности в литературе (на примере произведения У. Грума «Форрест Гамп»)	42
Глебова Д.В.	Искусство как инструмент социализации инвалидов в обществе	44
Гусева О.С.	Отражение проблем инвалидности в разных видах искусства	46
Давыдова Л.П.	Музыка как средство психолого-педагогической коррекции личности детей с особыми образовательными потребностями	49
Карнович В.С.	Репрезентация проблем инвалидности в массовой культуре	51
Лисер В.Б.	Детская литература как средство адаптации в инклюзивном образовании	53
Лымарева А.Е.	Отражение проблем инвалидности в литературе и искусстве	56
Мельникова Д.М.	Отражение проблем людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в зарубежном кинематографе	58
Резанова А.С.	Отражение проблем инвалидности в истории	61
Сарма О.В.	Проблема детской инвалидности в мировой литературе	64
Уруджева А.Т.	Воздействие искусства на эстетическое развитие детей с синдромом Дауна	66
Шрамко О.А.	Портреты шутов Д. Веласкеса	69

РАЗДЕЛ 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЦ С ОВЗ

Аджиева Б.А.	Функциональное состояние и физическое развитие организма человека юношеского периода онтогенеза с учетом субъективной оценки	72
Акаева Н.Р., Раджабова М. М.	Исследование эмоциональной сферы младших школьников с дизонтогенезом, обусловленными отставанием в развитии	75
Ачкасова О.Е.	Специфика пространственных представлений у младших школьников с интеллектуальными нарушениями	77
Воркунова М.М.	Психологический портрет пациента трудоспособного возраста, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	80
Глущенко А.А.	Проявления афазических расстройств у полиглотов	82
Гукасова М.П.	Особенности эмоциональной сферы у детей с комплексными нарушениями в развитии	84
Дрейбант А.А.	Особенности рефлексии у младших школьников с нарушениями речи	88
Ельникова Е.Г.	Особенности общения детей с ранним детским аутизмом	91
Казарян М.А.	Изучение нравственной самооценки и мотивации младших школьников в условиях инклюзивного образования	93
Красных И.С.	Основные причины катаракты раннего возраста	96
Красных И.С., Доценко Д.С.	Прогнозирование состояния физиологических функций: хронобиологический аспект	98
Лашина М.И.	Исследование уровня психологического благополучия взрослых слепоглухих	100

Монетова М.А. К вопросу изучения коммуникативных навыков у детей с ОВЗ, воспитывающихся в условиях детского дома	103
Рыбалко В.В., Назаренко А.М., Костенко О.А., Громова И.Е. Пальцевые дерматоглифы как морфогенетический маркер функциональной асимметрии головного мозга человека.	106
Ситникова В.А. К проблеме нарушений эмоционально-волевой регуляции у младших школьников с признаками школьной дезадаптации	108
Слипченко Е.С. Наследственные синдромы, обуславливающие нарушение интеллектуального развития детей.	112
Травнева И.А. Особенности самооценки у младших школьников с ЗПР	114
Цебулевская Ю.А. Проявления нарушения опорно-двигательного аппарата у современных детей младшего школьного возраста.	116

РАЗДЕЛ 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМ ЗДОРОВЬЯ И ИХ СЕМЬЯМ

Богачёва Л.А. Особенности психологического консультирования семей, воспитывающих детей с нарушениями развития	119
Дудникова В.В. Культурологический подход к организации психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья 122	
Ехина К. А. Формирование навыков самостоятельной игры у детей с синдромом раннего детского аутизма	125
Жукова В.В. Психологическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья	128
Казминова Т.В. Особенности профилактики склонности подростков к виктимному поведению	131
Карман И.М. Комплекс методик экспериментального изучения мотивации к значимой деятельности у взрослых людей с нарушением слуха и зрения	134
Кладиева Т.А. Целенаправленная помощь детям, оставшимся без попечения родителей и развитие института приемной семьи, как фактор формирования человеческих ресурсов в России	136
Кольцова И.В. Специфика развития одиночества у семей, переживающих потерю близкого человека	140
Корепанова А.А. Влияние совместного сюжетного рисования на становление навыка коммуникации у детей с ранним детским аутизмом	143
Кузьмина Н.А. Нейропсихологический подход к пропедевтике дисграфии у дошкольников	146
Попеску А.К. Психологическая помощь детям с нарушениями развития	148
Сальникова О.Д. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в СКФУ	151
Самойлова Е.С. Психолого-педагогическая поддержка семьям, воспитывающим детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	154
Симонова А.А. Психологическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья	157
Фенёва Е.В. Психолого-педагогическая помощь семье, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья	159

Хританцова Н.А. Психологическое сопровождение детей с особенностями психофизического развития как возможность успешной адаптации в условиях массовой школы	161

РАЗДЕЛ 5. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Агеева Е.С. Значение логопедической работы по сенсорному воспитанию дошкольников с недоразвитием речи	164
Баркалова А.В. Тактильная книга как средство развития коммуникативных умений у слепоглохих людей	167
Буримова Н.И. Проявления дизорфографии у учащихся с нарушениями речи	169
Ворошнин Н.В. Формирование профессиональных склонностей обучающихся среднего школьного возраста с бисенсорными нарушениями	172
Глущенко А.А. К вопросу изучения мотивации чтения у учащихся с нарушениями речи	175
Година А.А. Формирование графомоторных навыков у дошкольников с ОНР в процессе подготовки к обучению грамоте	178
Горяинова И.А. Дисграфия как психолого-педагогическая проблема	181
Желтякова Н.С. Значение развития оптико-двигательных навыков для подготовки ребенка с дизартрией к школе	183
Закалина Л.С. Игра как метод обучения детей с ОВЗ	186
Залаяева Л.Т. К вопросу изучения дизорфографии у детей младшего школьного возраста	188
Запорожец К.С. Проявление аграмматизма в устной речи детей дошкольного возраста с ОНР	192
Карлаш А.Н. Особенности организации процесса развития и обучения детей с особыми образовательными потребностями в массовых школах	193
Клышевич А.В. Изучение словарного запаса у слепоглохих детей	196
Корюхова Д.А. К вопросу о развитии и коррекции речевого слуха у детей дошкольного возраста, перенесших кохлеарную имплантацию	199
Лаврикова Е.В. Гражданско-патриотическое воспитание как одно из условий социализации воспитанников детских домов	202
Логинова Д.А. Обучение школьников с бисенсорными нарушениями коммуникативному взаимодействию в процессе деятельности моделируемой учителем-логопедом	205
Маркелова Т.В. Анализ диагностических методик изучения коммуникативных трудностей младших школьников с нарушением слуха и зрения	207
Новичкова К.В. Логопедическая работа по формированию функционального базиса письма у старших дошкольников с общим недоразвитием речи	211
Овчинникова Е.А. Верботональный метод как средство формирования навыков коммуникации младших школьников с бисенсорными нарушениями	215
Пономаренко Т.А. Характеристика навыков звукового анализа и синтеза у детей с общим недоразвитием речи	218

Рахманина В.О.	Особенности использования логоритмики в коррекции заикания	220
Самарина У.В.	Изучение словообразовательных компетенций у детей дошкольного возраста с нарушениями речи	223
Соловьева Е.С.	Особенности преподавания естественно-научных дисциплин в школах VIII вида	225
Фоменко К.Н.	Особенности формирования глагольной лексики у дошкольников с общим недоразвитием речи	228
Хадарина И.А.	Русский фольклор как средство коррекции и развития речи детей с ОНР.	229
Чеботарь П.С.	Особенности диалогической речи дошкольников с общим недоразвитием речи	231
Шамсиева Д.А.	Использование дополнительной коммуникации в работе с лицами с нарушениями интеллекта	234

РАЗДЕЛ 6. АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОВЗ

Бельгина А.А.	Перспектива развития адаптивного спорта в современной России	238
Гладкова Д.В.	Методические аспекты организации инклюзивного образования на уроках физической культуры и физкультурно-спортивных мероприятий в современной школе	241
Григорьева Н.А.	Семья как фактор формирования здорового образа жизни ребенка с ОВЗ	243
Дроздова И.Н.	Методика специальной физической подготовки юных футболистов-инвалидов	246
Зеленская К.А.	Обзор российского рынка фитнес-индустрии для людей с ограниченными возможностями здоровья	248
Лемякина Е.Е.	Физическая реабилитация при сколиозе	249
Мелашенко Н.В.	Адаптивная физкультура в системе реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья	252
Некрасова А.Е.	Инновационные направления развития системы физического воспитания для детей с ОВЗ	254
Орлова А.В.	Рекреативные возможности волейбола в практике оздоровительных занятий женщин зрелого возраста	256
Перегуда Д.А.	Занятия адаптивной физкультурой как основная составляющая в формировании культуры здоровья детей с ослабленным здоровьем	258
Пивоварова В.А.	Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье людей и необходимость внедрения здоровьесберегающих технологий в процесс обучения	260
Полянский Н.В.	Организация досуга детей с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивного туризма	264
Селиверстова Т.С.	Занятия различными видами спорта как способ реабилитации студентов с ограниченными возможностями здоровья.	267
Селюкова Д.А.	Футбол как средство социальной адаптации студентов с ОВЗ	269

Скребец А.С.	Адаптивная физическая культура как залог успешной социализации учеников с ограниченными возможностями здоровья	.272
Слипченко Е.С.	Особенности адаптивной физической культуры для детей с детским церебральным параличом	.275
Хан В.А.	Влияние физической культуры на социальное развитие детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья.	.278
Чмилева К.Е.	Здоровьесберегающие технологии в дистанционном образовании	.280
Чунихина Е. А.	Адаптивная физическая культура для детей с ОВЗ.	.282
Щепоткин О.А.	Возможности адаптивной физической культуры в психологической и социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями	.284
Якименко О.В.	Адаптивная физическая культура как эффективная технология реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья.	.288
Якуня Я.А.	Реабилитация и адаптация лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры	.291

:

Научное издание

МИР БЕЗ ГРАНИЦ

•

Материалы
VIII Всероссийской научно-практической конференции
для студентов и молодых ученых,
посвященной Всемирному дню инвалидов

11 декабря 2017 года

•



Тексты статей сохранены в авторской редакции.
ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Адрес редакции и издателя:
г. Ставрополь, ул. Ленина, 417-а. ГБОУ ВО СГПИ. Тел. 56-08-26.

Сдано в печать 20.12.2017 г. Гарнитура Arial. 16,53 усл. печ. л.
Тираж 400 экз.

Отпечатано в типографии «Дизайн-студия Б».
Ставрополь, ул. Краснофлотская, 88.

VIII
конференция

МИР
БЕЗ ГРАНИЦ


МИР БЕЗ ГРАНИЦ



Материалы
VIII Всероссийской научно-практической
конференции для студентов и молодых ученых,
посвященной Всемирному дню инвалидов

11 декабря 2017 года


2017