

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«АРМАВИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РЕАЛИЗАЦИИ
ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ИНКЛЮЗИВНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ**

Армавир
АГПУ
2019

УДК 378.04:376.3

ББК 74.3

П 78

Научный редактор –

А.М. Дохоян – кандидат психологических наук, доцент, зав. кафедрой социальной, специальной педагогики и психологии ФГБОУВО «АГПУ»

Ответственные редакторы –

И.А. Арцимович – кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной, специальной педагогики и психологии ФГБОУВО «АГПУ»

О.В. Соколова – кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной, специальной педагогики и психологии ФГБОУВО «АГПУ»

Л.А. Ястребова – кандидат педагогических наук, доцент кафедры социальной, специальной педагогики и психологии ФГБОУ ВО «АГПУ»

П 78 Проблемы и перспективы реализации инновационных технологий инклюзивного образования в России: сборник научно-методических трудов / науч. ред. А.М. Дохоян; отв. ред.: И.А. Арцимович, О.В. Соколова. – Армавир: Изд. ИП Ершова О.А., 2019. – 148 с.

ISBN 978-5-6042222-6-3

В сборнике представлены научные и научно-методические материалы студентов, магистрантов и преподавателей ФГБОУ ВО «АГПУ». Статьи раскрывают теоретические, методические и прикладные аспекты актуальных проблем инклюзивного образования и специального образования в России.

Сборник представляет интерес для педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов, педагогов системы образования, бакалавров и магистрантов, обучающихся по направлению «Специальное (дефектологическое) образование».

Издание выполнено при поддержке Министерства образования и науки РФ в рамках базовой части государственного задания в рамках проекта «Разработка инновационных технологий инклюзивного образования» №27.9500.2017/8.9.

УДК 378.04:376.3

ББК 74.3

ISBN 978-5-6042222-6-3

© Авторы статей, 2019

© Оформление. ФГБОУВО «Армавирский государственный педагогический университет», 2019

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Байбара О.В.</i> (Научный руководитель – И.А.Арцимович) Сравнительная характеристика особенностей общения у детей в норме развития и коммуникативные проблемы у детей ЗУР	6
<i>Белоус О.В.</i> Формирование готовности будущих педагогов к работе в условиях инклюзивного образования	13
<i>Бежко Ю.А., Белоус О.В.</i> Использование пальчиковых игр в развитии моторики у детей дошкольного возраста с ОВЗ	18
<i>Бровина Ю.Н., Ястребова Л.А.</i> Особенности формирования и коррекции речи у дошкольников с нарушениями зрения	24
<i>Вареца Е.С.</i> Причины суицида у подростков с ОВЗ	29
<i>Глуценко Е.А.</i> (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Особенности психического развития и эмоционально-волевой сферы детей дошкольного возраста с дизартрией	36
<i>Грибушенкова Л.Н.</i> Использование инновационных технологий в работе с детьми дошкольного возраста с ТНР	40
<i>Дохолян А.М.</i> Психолого-педагогическая деятельность «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей»	47
<i>Егизарьянц М.Н., Н.С.Коваленко</i> К вопросу о возрастных особенностях подростковой лжи	51
<i>Живоглядова Ю.А., Костенко А.А.</i> Здоровьесберегающие технологии в коррекционно-логопедической работе с детьми	57

<i>Захарова Е.Н., Белоус О.В.</i> Возможности инклюзивного образования детей с задержкой психического развития	60
<i>Калинина М.В., Дохоян А.М.</i> Игра как средство коррекции познавательной деятельности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития	66
<i>Кащенко У.Д.</i> (Научный руководитель – В.И. Лахмоткина) Ступени формирования навыка чтения	72
<i>Коваленко Ю.В.</i> (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Особенности развития мелкой моторики у детей дошкольного возраста с дизартрией	74
<i>Кубанцева Д.А.</i> (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Особенности реабилитации взрослых с подкорковой дизартрией	77
<i>Лахмоткина В.И.</i> Учёт особенностей формирования связной речи у детей с общим недоразвитием речи в условиях инклюзивного обучения	81
<i>Лыскова А.С.</i> (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Стёртая дизартрия: причины, симптоматика	90
<i>Новикова А.Н.</i> (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Особенности развития мелкой моторики у детей с дизартрией	94
<i>Рубцова О.Ф.</i> Влияние межполушарных связей на речевое развитие ребёнка	98
<i>Скачкова Ю.А., Белоус О.В.</i> Особенности развития слухового восприятия у детей с нарушением слуха	102
<i>Сыреева В.Д.</i> (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Особенности развития мелкой моторики у дошкольников с дизартрией	108

Тлеужева М.И., Бирамова З.Р. Компьютерно-игровой комплекс как инструмент развития личности дошкольника в инклюзивной образовательной среде	113
Цепкова А.С. (Научный руководитель – В.И.Лахмоткина) Чтение и его психологическая структура	118
Цинцадзе Л.Д. (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Коррекция стёртой дизартрии у старших дошкольников посредством логопедического массажа	121
Чернецкая А.Н. (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Бульбарная дизартрия: причины и симптоматика	125
Шевченко И.Е. (Научный руководитель – Л.А.Ястребова) Дизартрия у детей с церебральным параличом	128
Юсифова Н.С., Исмаилова И.С. Особенности формирования ассоциативной лексики у детей с общим недоразвитием речи	131
Ястребова Л.А. Методы и приёмы формирования психомоторной готовности к овладению письмом у младших школьников	136

О.В.Байбара, И.В.Арцимович

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ РАЗВИТИЯ И КОММУНИКАТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ ЗУР

Аннотация. Автором статьи представлена сравнительная характеристика особенностей общения детей в норме развития и у детей с задержкой умственной развития (ЗУР). Проведён анализ исследований, посвящённый психологической структуре общения, его формирования в онтогенезе.

Ключевые слова: общение, коммуникация, коммуникативные проблемы, компоненты коммуникативной деятельности, задержка умственного развития, умственная отсталость.

Человек – социален по сути, для развития, реализации себя человек должен контактировать с себе подобными, чтобы развить в себе качества, определяющие его как личность, субъекта собственной жизнедеятельности, познания. Д.Б. Эльконин [5] писал: «Ребёнок присваивает общество... Все, что должно появиться у ребёнка, уже существует в обществе, в том числе потребности, общественные задачи, мотивы и даже эмоции». С точки зрения Л.С. Выготского [1] развитие в онтогенезе осуществляется от социального к индивидуальному. А формой психического развития ребёнка выступает овладение общественным опытом, присвоение исторически сложившихся способов деятельности и мышления. В качестве общего механизма формирования высших психических функций Л.С. Выготский считал подражание ребёнка взрослому, в процессе общения.

Л.С. Выготский считал, орудием общения– речь, слово как фактор культуры. Усвоение приёмов применения специальных орудий–средств, сформированных в течение исторического развития человечества, посредством обучения (а не созревание), предопределяет ход и курс психического развития (от социального к индивидуальному).

В процессе общения со взрослым через протраивания процессов интериоэкстериоризации, ребёнок усваивает, и научается применять полученные в ходе обучения знания, умения и развивает необходимые ему навыки. Освоение ребёнком общением как особым видом деятельности является наиглавнейшей задачей его успешности (неуспешности) в тактике социально-психологической адаптации необходимым критерием успешности (неуспешности) его (ребёнка) социализации.

В работах М.И. Лисиной [3] подробно расписаны компоненты коммуникативной деятельности дошкольников и показана их роль в развитии личности ребёнка. Автор выделяет такие компоненты коммуникативной деятельности как:

1. Наличие предмета общения – другого человека, как партнёра.

2. Потребность в общении – в основе, которой стремление ребёнка познавать окружающий мир, себя, других людей, сверстников.

3. Коммуникативные мотивы – во имя чего, для чего я общаюсь с окружающими.

4. Действие общения – выступает как единица коммуникативной деятельности.

5. Задачи общения – способствующие целенаправленному и неосознанному исполнению различных действий, совершаемых в процессе общения.

6. Средства общения – необходимы для быстрого осуществления действий на вербальном и невербальном уровне.

7. Продукты общения – результат общения.

Важно также отметить, что М.И. Лисиной [2,4] описаны четыре стадии развития потребности в общении ребёнка в дошкольном возрасте:

– 1 стадия (2-6месяцев) – потребность в доброжелательном, эмоционально, благоприятном внимании со стороны взрослого.

– 2 стадия (6мес.–3года) – потребности в сотрудничестве.

– 3 стадия (3-5лет) – потребность в уважительном отношении со стороны взрослого, собственной активности ребёнка в общении самовыражении в нём.

– 4 стадия (6-7лет) – потребность во взаимопонимании и сопереживании.

В своих трудах М.И. Лисина [2,3,4] предложила и описала формы общения детей (от рождения до 7 лет) со взрослыми, которые представляют собой возрастные уровни развития коммуникативной деятельности детей: ситуативно-личностной формы общения младенцев, ситуативно-деловой формы общения детей раннего возраста, внеситуативно-познавательной, свойственной среднему дошкольному возрасту, и внеситуативно-личностной формы – высшего достижения социального развития в дошкольном детстве.

Ситуативно-личностное общение ребёнка со взрослым (Обмес.). Дети ещё не овладели хватательными движениями целенаправленного характера. Взаимодействие со взрослым и первые месяцы жизни детей основано на совместной со взрослым общей жизнедеятельности: отсутствие приспособительных форм поведения у ребёнка определяет высокую активность взрослого в контакте с ним, организации его выживания и удовлетворения базовых физиологических потребностей. В этом общении у ребёнка формируется «комплекс оживления» – как первая форма сложного поведения, состоящая из сосредоточения на предмете, взгляд в лицо другого человека, улыбку, вокализации двигательное оживление.

Общение младенца со взрослыми протекает самостоятельно, и является ведущей деятельностью ребёнка в этот период. Операции, с помощью которых осуществляется общение в рамках первой формы деятельности, относятся к категории экспрессивно-мимических средств общения.

Ситуативно-личностное общение имеет большое значение для общего психического развития ребёнка. Внимание и доброжелательность взрослых вызывают у детей яркие радостные переживания, а положительные эмоции повышают жизненный тонус ребёнка, активизируют все его функции. Ребёнку в этот период важно научиться воспринимать взрослых их влияния, что стимулирует образование у ребёнка перцептивных действий в зрительном, слуховом и других анализаторах. Усвоенные в таком общении формы контакта в дальнейшем используются ребёнком для познания предметного мира, развитию когнитивных процессов у детей.

Ситуативно-деловая форма общения детей со взрослыми (вмес. – 3года). Главная особенность этой формы коммуникации является общение ребёнка со взрослым посредством практического взаимодействия. У ребёнка в этот период на фоне общения возникает потребность в сотрудничестве со взрослым, основанном на соучастии, содействии друг с другом. Важным является эмоциональный отклик, улыбка, похвала взрослого. Следствием такого контакта выступает формирование у ребёнка потребности в общении.

В ходе данной деятельности главными становятся деловые мотивы общения, а средствами общения выступают предметно-действенные операции: функционально-преобразованные предметные действия, позы и локомоции.

Главным приобретением у детей этого возраста выступает понимание речи окружающих людей и овладение активной речью. Исследования показали, что становление речи берет начало из общения.

Овладение речью даёт возможность детям форсировать ограниченность ситуативного общения и переходить к теоретическому общению. Таким образом, дети переходят к высокой форме коммуникативной деятельности.

Внеситуативно-познавательная форма общения (3-5 лет). Третья форма общения ребёнка со взрослым развёртывается на фоне познавательной деятельности детей, направленной на установление чувственно невоспринимаемых взаимосвязей в физическом мире. Главным признаком этой формы общения является появление первых вопросов ребёнка о предметах и их разнообразных взаимосвязях.

Потребность ребёнка в уважении и принятии со стороны взрослого является условием возникновения особой чувствительности детей в этом возрасте к оценкам со стороны взрослых. Чувствительность детей к оценке проявляется в их обидчивости, нарушении окончания деятельности после замечаний, порицаний.

Главным средством коммуникации в этой форме общения является речь, которая открывает возможность выйти за пределы одной частной ситуации и осуществить то «теоретическое» со-

трудничество, которое составляет суть описываемой формы общения.

Значение этой формы общения детей со взрослыми в том, что она помогает детям расширить рамки мира, доступного для их познания, позволяет им отворить взаимосвязь явлений. В этот период у детей появляется желание познать мир социальных отношений.

Внеситуативно-личностная форма общения детей со взрослыми (6 – 7 лет). Цель этой формы общения – познание социального, а не предметного, мира, мира людей, а не вещей. Эта форма общения существует самостоятельно и является коммуникативной деятельностью, в «чистом виде».

В основе этой формы общения лежат личностные мотивы, стимулирующие детей к коммуникации, и на фоне разных видов деятельности: игровой, трудовой, познавательной. Это общение имеет для детей данного возраста важное жизненное значение, оно позволяет им удовлетворить нужду в познании себя, других людей и взаимоотношений между людьми. Ребёнок в этом общении стремится непременно добиться взаимопонимания, сопереживания со взрослым.

Важнейшее значение в возникновении и развитии общения играют воздействия взрослого, его предваряющая активность которая стимулирует деятельность ребёнка на новый, более высокий уровень по принципу «зоны ближайшего развития». Что способствует обогащению и преобразованию их социальных потребностей ребёнка.

В тоже время нельзя отрицать, что необходимым условием развития ребёнка является полноценность всех функциональных систем организма, нормально функционирующий мозг. Нельзя отрицать огромную вариативность «природных особенностей», недооценивать значение факторов, благоприятных или осложняющих органическое развитие, в том числе наличие у детей задержки умственного развития или умственной отсталости.

Под умственной отсталостью понимается стойкое необратимое нарушение интеллекта. Или врождённая или приобретённая в раннем возрасте задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации.

Клинически выделяют две основных формы умственной отсталости – олигофрению и деменцию. Олигофрения включает несколько групп стойких нарушений интеллекта в следствие недоразвития мозга в раннем возрасте. Под деменцией понимается распад уже сформированных интеллектуальных функций в результате различных заболеваний мозга. Задержкой умственного развития считаются более лёгкие формы интеллектуального недоразвития, часто сопровождающиеся лишь парциальным (частичным) нарушением высших психических функций.

Ребёнок с проблемами в интеллектуальном развитии находится в специфической зависимости от коммуникативной помощи и поддержки. Он испытывает трудности в понимании того, что его окружает, и часто люди затрудняются в понимании его. Поскольку он более слабый партнёр по коммуникации, опасность заключается в том, что он либо отдаляется от любого контакта, впадает в коммуникативный негативизм, крайнее проявление, которое можно видеть в аутоагрессии, либо из-за своих проблем с поведением сковывается страхом, беспокойством, агрессией. Незнание этих процессов позволяет с излишней лёгкостью рассуждать о том, что дети с интеллектуальным недоразвитием неспособны к общению.

Изучение социального развития, социального поведения и связанных с этим специфических проблем детей с недоразвитием интеллекта только начинается. Непосредственно педагогический интерес представляют исследования развития и условий межличностных (двусторонних) отношений.

Для развития детей, имеющих отставание в умственном развитии, качество межличностных отношений приобретает основополагающее значение. Не безразлично: разговаривают с ним или нет; что о нём говорят; обращаются ли к нему и как; стараются ли его понять и как это делают; полагают ли, что с ним нужно обходиться исключительно как с неподдающимся и неспособным к обучению объектом и им следует манипулировать, или же, несмотря на все коммуникативные трудности, воспринимают всерьёз и уважают как партнёра по коммуникации; в каком эмоциональном климате происходит это взаимное сближение, доверительное общение и взаимная оценка.

Для олигофренопедагогики центральным объектом обсуждения и исследований должны быть социальные взаимодействия, проблемы развития детей с интеллектуальной недостаточностью в аспекте «социального обучения». В нерешённом состоянии эти проблемы приводят к утрате взаимодействия и общения и тем самым к социальной изоляции.

К проблемам коммуникации можно отнести:

- коммуникативные барьеры: логические, стилистические, семантические, лингвистические и фонетические;
- психологические барьера: установки, психологическая защита, характер, объяснимые и необъяснимые понятия.

Важным является включение и обучение детей с умственной отсталостью в процесс коммуникации с другими людьми, сверстниками, что способствует обогащению их жизненного опыта, развитию социально-психологического потенциала их успешности в адаптации к социуму.

Литература

1. Выготский Л.С. Обучение и развитие в дошкольном возрасте. (Электронный ресурс) [http://psychlib.ru/mgppu/VUR/VUR-0201.htm#\\$p20](http://psychlib.ru/mgppu/VUR/VUR-0201.htm#$p20)
2. Лисина М.И. Общение, личность и психика (Электронный ресурс) <http://psychlib.ru/mgppu/LOI-1997/LOI-383.html>
3. Лисина М.И. Формирование личности ребёнка в общении (Электронный ресурс) <https://itexts.net/avtor-mayuua-ivanovna-lisina/172868-formirovanie-lichnosti-rebenka-v-obschenii-mayuua-lisina/read/page-15.html>
4. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза в общении (Электронный ресурс) [http://psychlib.ru/mgppu/lis/lis.htm#\\$p1](http://psychlib.ru/mgppu/lis/lis.htm#$p1)
5. Эльконин Д.Б. Проблема обучения и развития в трудах Л.С. Выготского // Избр. психологические труды. – М., 1989. – С.494.

ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Аннотация. В статье раскрываются особенности возможности формирования готовности будущих педагогов к организации инклюзивного образования для особой категории детей – детей с ограниченными возможностями здоровья. Особо представлены характеристики инклюзивного образования в целом и актуальность его построения для детей с ОВЗ.

Ключевые слова: дети с ОВЗ, готовность, профессиональная деятельность, инклюзивное образование, коррекция, развитие.

В области социальной политики наметился переход на такую модель инвалидности, когда нарушение здоровья не считается для человека и общества проблемой. Барьеры для активности и жизнедеятельности инвалида создаёт сама среда. Общественное мнение постепенно приходит к осознанию того, что психофизические нарушения не отрицают личности в человеке: его способности чувствовать, переживать, приобретать социальный опыт. В 2011 г. начала работу Государственная программа «Доступная среда», целью которой стало повышение приспособленности российских городов к жизни людей с инвалидностью. В системе реформирования образования приоритетным направлением стало создание «безбарьерной среды» для учащихся с ОВЗ, среды, позволяющей детям, имеющим отклонение в развитии, вести достойный полноценный образ жизни.

Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ) в общеобразовательных учреждениях без помещения их в специальные школы-интернаты или коррекционные классы является новым и перспективным подходом к учебно-воспитательному процессу в российской педагогике. Толчком для развития этого направления стало принятие Национальной доктрины РФ (2000 г.), задающей цели обучения и воспитания подрастающих поколений до 2025 г., присоединение России к Болонской декларации (сентябрь 2003 г.), Национальной образо-

вательной инициативы «Наша новая школа» (2010 г.), а также принятие в 2012 г. Федерального закона «Об образовании в РФ» №273-ФЗ.

Для описания процесса обучения детей с ОВЗ в общеобразовательных (массовых) школах принято использовать термин «инклюзивное образование» (англ. Inclusion – включение; франц. Inclusif – включающий в себя; лат. Include – включаю), подразумевающий доступность образования для всех, равное отношение к учащимся со стороны педагогов, исключение дискриминации «особых» детей. Внедрение в современную образовательную систему идеи инклюзии дало толчок к переосмыслению критериев подготовки учителей.

Исследователи (Д. З. Ахметова, А.П. Валицкая) считают, что наиболее остро стоит проблема обеспечения инклюзивных школ профессиональными кадрами: учитель прогрессивного типа должен не только владеть разнообразными психолого-педагогическими умениями, но и быть личностью подлинно образованной, способной понимать сложившуюся социокультурную ситуацию, обладать высоким уровнем нравственной культурой, в служении ребёнку, людям видеть истинную цель своей жизни. Так традиционно сложилось, что в России педагог не просто ретранслятор учебной информации. Учитель – это носитель национально-культурных ценностей.

Инклюзивное образование, внедряясь в образовательную практику, выдвигает требования о новых знаниях, компетенциях, накладывает отпечаток не только на способы педагогической деятельности, но и на всю профессионально-педагогическую культуру.

Именно учителям отводится особая роль в реализации механизма инклюзии. С их собственной педагогической позиции, личностной ориентации на гуманистические ценности обучения и воспитания зависит результативность инклюзивного образовательного процесса. Однако остаются малоизученными методы формирования эмоциональной устойчивости, толерантности, рефлексии, эмпатии в целом психологической готовности педагогов общеобразовательных школ к реализации принципов инклюзивного образования. Все эти качества, составляющие личностную компетенцию учителя, необходимо закладывать ещё на

этапе профессионального обучения. Отсюда возникает вопрос о внесении корректировок в содержание программы профессиональной подготовки педагогических кадров. Студентов необходимо как можно раньше приобщать к педагогической науке, к методам использования её достижений. В вузе учитель получает фундаментальное образование, но в течение всего своего профессионального пути он должен заниматься самообразованием, чтобы соответствовать требованиям и запросам современного общества.

С.В. Алехина, Е.В. Губина, Т.Л. Чепель, Т.В. Кожекина, В.В. Хитрюк, Г.Ю. Козловская также в своих статьях отмечают, что недостаточная профессиональная подготовка учителей и студентов педагогических вузов к реалиям работы с «особыми» детьми является основной проблемой внедрения инклюзии в образование на сегодняшний день и требует создания действенной системы, нацеленной на исследование и распространение успешного эмпирического опыта. Авторы отмечают, что развитие инклюзивной практики в России во многом зависит от позиции высших учебных заведений, от единой политики в подготовке кадров, от понимания необходимости интеграции научных и методических усилий специалистов общего и специального образования.

Нам представляется, что профессиональная готовность является главным условием эффективной деятельности специалиста, в частности, педагога инклюзивного образования. Готовность – это не врождённое качество, а прогнозируемый результат специальной подготовки: становления, направленности, заинтересованности, профессионального обучения и самообразования. Это ещё и цель подготовки, приоритетное условие реализации возможностей каждого индивида.

На тему готовности педагогов к «образованию для всех» проведено несколько психолого-педагогических исследований. Например, О.С. Кузьмина разрабатывала вопрос о содержании и технологии подготовки педагогов к работе в условиях инклюзивного образования. Такую подготовку она рассматривает как «...персонифицированный и непрерывный процесс развития профессиональной компетентности педагогов, направленный на достижение гуманистических целей и становление педагогиче-

ских ценностей, в результате которого у них (педагогов) формируется способность решать профессиональные задачи в области инклюзивного образования». Оценку готовности педагогов к реализации идей инклюзии она проводила по трём критериям: мотивационно-ценностному, операционально-деятельностному и рефлексивно-оценочному. О.С. Кузьминой разработана эффективная модель подготовки педагогов инклюзивного образования, включающая в себя содержательный и организационный компоненты.

Задачей профессионального образования по формированию готовности к инклюзивному образованию обучающихся по педагогическому направлению мы видим культивирование мотивации, интереса к работе с детьми с ОВЗ, стремления к дальнейшему непрерывному самообразованию в этой области, воспитание у студентов комплекса качественных характеристик будущих педагогов инклюзивного образования. Нужно делать акцент на развитие саморегуляции, самодисциплины, самоанализа.

Педагоги, имеющие готовность к инклюзивному образованию:

- знают сущность инклюзии, основные условия, барьеры и ресурсы инклюзивного образования; психолого-педагогические закономерности и особенности возрастного и личностного развития детей с ОВЗ;

- умеют выявлять образовательные потребности детей с ОВЗ, делать предварительные прогнозы их развития и определять основные направления коррекционной работы; адекватно применять методы организации коррекционно-развивающей работы; включать в инклюзивный процесс разнообразные формы организации совместной деятельности детей с нарушенным и нормальным развитием; использовать различные способы выстраивания взаимодействия между всеми субъектами образовательного процесса с учетом закономерностей психического развития и зоны ближайшего развития ребёнка с ОВЗ; проектировать коррекционно-развивающую предметно-пространственную среду, отвечающую потребностям как детей с нормальным развитием, так и детей с ОВЗ; готовить документы для заседания психолого-медико-педагогического консилиума и участвовать в его работе;

– владеют специальной терминологией; навыками построения адаптированных образовательных программ для детей с ОВЗ; технологиями организации инклюзивного образования; коррекционно-развивающими методами и приёмами;

– умеют разрабатывать индивидуальные коррекционно-образовательные маршруты, руководствуясь гуманистическими принципами и теоретическими знаниями в области коррекционной педагогики и специальной психологии.

Литература

1. Арцимович И.В., Дохоян А.М. Обучение будущих педагогов технологиям психолого-педагогического сопровождения детей группы риска по состоянию здоровья в общеобразовательной школе / Мир педагогики и психологии №4(33) Апрель 2019 – с. 90-101.

2. Компетентностный подход в педагогическом образовании: коллективная монография / под ред. проф. В.А. Козырева, проф. Н. Ф. Радионовой и проф. А.П. Тряпицыной. – Санкт-Петербург: Изд-во РГПУ им.А.И. Герцена, 2008. – 392с.

3. Митина Л.М. Психологу об учителе. Личностно-профессиональное развитие учителя: психологическое содержание, диагностика, технология, коррекционно-развивающие программы / Л.М.Митина. – М.: Учреждение Российской академии образования «Психологический институт», МГППУ, 2010. – 386с.

4. Хитрюк В.В. Формирование готовности будущих педагогов к работе в условиях инклюзивного образования: компетентностный подход // Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: сб. материалов II Междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. С.В.Алехина. – Москва: БукиВеди, 2013. – С.666-671.

5. Шумиловская, Ю.В. Подготовка будущего учителя к работе с учащимися в условиях инклюзивного образования: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Шумиловская Юлия Валерьевна. – Шуя, 2011. – 28с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАЛЬЧИКОВЫХ ИГР В РАЗВИТИИ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОВЗ

Аннотация. В статье раскрывается понятия «мелкая моторика», «пальчиковые игры». Актуальность проблемы – проблемы развития мелкой моторики у детей с ОВЗ. Материалы статьи могут быть полезны для родителей, учителей-дефектологов, воспитателей.

Ключевые слова: моторика, мелкая моторика, пальчиковые игры, дети с ОВЗ, дети дошкольного возраста.

Одним из немаловажных моментов развития дошкольника в промежутки подготовки его к школе, является формирование мелкой моторики и координации движений рук. Формирование развития мелкой моторики – один из уровней мыслительной готовности к школьному обучению. Ребёнок, имеющий высокий уровень развития мелкой моторики, умеет логически рассуждать, у него достаточно на достаточно высоком уровне развиты память и внимание, связная речь.

Способность производить миниатюрные движения с предметами развивается в старшем дошкольном возрасте, именно к 6-7 годам заканчивается созревание соответствующих зон головного мозга, развитие мелких мышц кисти. По мнению Н.А. Бернштейна анатомическое развитие уровней построения движений идёт с первых месяцев жизни и заканчивается к двум годам. Затем начинается продолжительная операция привыкания друг к другу всех уровней построения движений.

В.А. Сухомлинский писал, что истоки способностей и дарования детей находятся на кончиках их пальцев, от них, образно говоря, идут тончайшие нити – ручейки, которые питают источник творческой мысли. Чем больше решительности и затейливости в движениях детской руки, тем тоньше взаимодействие руки с орудием труда, замысловатее движения, ярче творческая обстановка детского разума, а чем больше мастерства в детской руке, тем ребёнок умнее.

С анатомической точки зрения, около трети всей площади двигательной проекции коры головного мозга занимает проекция кисти руки, расположенная очень близко от речевой зоны. Развитие речи ребёнка неразрывно связано с развитием мелкой моторики. Мелкая моторика – это гибкость, ловкость рук и точность движения пальцев руки. И.М. Сеченов писал, что движения руки человека наследственно не predeterminedены, а возникают в процессе воспитания и обучения как результат образования ассоциативных связей между зрительными ощущениями, осязательными и мышечными в процессе активного взаимодействия с окружающей средой. Изучением мелкой моторики занимались такие учёные, как Н.А. Бернштейн, А.Н. Корнев, М. Монтессори, Л.С. Выготский, А.А. Леонтьев и др. В психологии большое значение имеет развитие мелкой моторики ребёнка - тонких движений кистей и пальцев рук и расценивается как один из показателей психического развития ребёнка.

На сегодняшний день проблемы развития мелкой моторики у детей с ограниченными возможностями здоровья очевидны и заключаются в том, что многие современные концепции дошкольного образования признают большое влияние пальчиковых игр на речевое и умственное развитие ребёнка.

Учёные доказали тесную взаимосвязь между руками (пальчиками) и речевым центром мозга. Деятельность мозга ребёнка очень тесно связана с тактильными ощущениями, которые получает малыш через ладошки и пальчики.

Чем более ловкие пальчики у ребёнка, тем легче и быстрее он будет осваивать речь. Ребёнок с хорошо развитой мелкой моторикой пальцев и кисти имеет более развитые отделы головного мозга, отвечающие за речь. Если движение пальцев рук соответствует возрасту, то и речевое развитие находится в пределах нормы; если движение пальцев отстаёт, то задерживается и речевое развитие. Поэтому многие специалисты рекомендуют развивать мелкую моторику с самого раннего возраста. Вместе с мелкой моторикой развивается не только речь, но и внимание, мышление, координация, наблюдательность, зрительная и двигательная память. Все эти сферы у данной категории детей нуждаются в коррекции. В связи с этим очень важно развивать мелкую моторику у детей с ОВЗ.

Детям с ОВЗ присуще отставание в развитии двигательной сферы. У значительной части детей двигательная недостаточность выражается в виде плохой координации сложных движений, неуверенности в выполнении точно дозированных движений, снижения скорости и ловкости выполнения. Особого внимания требует рассмотрение особенностей мелкой моторики пальцев рук.

Лучшими игрушками для маленьких считаются те, которые состоят из разных по текстуре и форме деталей, позволяющих понять ребёнку разницу между мягким и твёрдым, жёстким и нежным, гладким и шершавым. Родители должны помнить о том, что самая лучшая игрушка не заменит личного контакта, взгляда «глаза в глаза», одобрительной улыбки мамы или бабушки.

Пальчиковые игры и упражнения – уникальное средство для развития мелкой моторики и речи ребёнка в их единстве и взаимосвязи. Разучивание текстов с использованием «пальчиковой» гимнастики стимулирует развитие речи, пространственного мышления, внимания, воображения, воспитывает быстроту реакции и эмоциональную выразительность. Ребёнок лучше запоминает стихотворные тексты; его речь делается более выразительной.

Пальчиковые игры, имеют незатейливую, доступную детскому пониманию стихотворную форму, а при помощи рук и пальчиков взрослый вместе с ребёнком «иллюстрирует» рассказ. Уже давно известно, какую большую роль в развитии личности ребёнка играет телесный контакт с любящим взрослым человеком. Ничто не может сравниться с пальчиковыми играми по той степени контакта, который устанавливается во время занятий. Во-первых, малышей обычно усаживают на колени и спинкой к себе. Это даёт ребёнку чувство защиты от кольца материнских объятий. Во-вторых, все действия, происходящие во время игры – поглаживания, похлопывания, сгибание и разгибание пальчиков помогают установить и укрепить доверие, развивают коммуникативность ребёнка, наконец, это огромный заряд положительных эмоций от общения и самой игры.

Пальчиковые игры – это весёлые упражнения для пальчиков и ручек, инсценировка с их помощью каких-либо стихотворений,

историй, сказок. Пальчиковые игры являются важной частью работы по развитию мелкой моторики рук у дошкольников. Игры эти очень эмоциональны, увлекательны для детей, а также исключительно полезны для их общего развития:

1. Учат ребёнка концентрировать внимание и правильно его распределять.

2. Помогают в игре формировать элементарные математические представления.

3. Активизируют моторику рук. Тем самым вырабатывается ловкость, умение управлять своими движениями. Пальцы и кисти приобретают хорошую подвижность, гибкость, исчезает скованность движений.

4. Способствуют развитию творческой деятельности. Ведь руками можно «рассказывать» целые истории!

5. Развивают память, ведь в пальчиковых играх нужно запоминать многое: и положение пальцев, и последовательность движений, да и просто стихи.

6. Развивают эмоциональность, формируют добрые взаимоотношения между детьми, а также между взрослым и ребёнком.

Тренировка движений пальцев и кисти рук является важнейшим фактором, стимулирующим развитие ребёнка, способствующим улучшению артикуляционных движений, подготовки кисти руки к письму.

Как играть в пальчиковые игры:

1. Начинать пальчиковую гимнастику рекомендуется с разминки пальцев: сгибания и разгибания. Можно использовать для этого упражнения резиновые игрушки с пищалками или дети разогревают ладони лёгкими поглаживаниями до приятного ощущения тепла.

2. Упражнение начинается с объяснения его выполнения, показывается поза пальцев и кисти, обсуждаем её содержание, сразу при этом отрабатывая необходимые жесты, комбинации пальцев, движения. Это не только позволяет подготавливать детей к правильному выполнению упражнений, но и создаёт необходимый эмоциональный настрой.

6. Постепенно от показа переходят к словесным указаниям (в случае, если ребёнок действует неправильно, снова показывается верная поза).

7. Если ребёнок не может самостоятельно принять позу и выполнить требуемое движение, педагог берет руку ребёнка в свою и действует вместе с ним; можно научить ребёнка самого поддерживать одну руку другой или помогать свободной рукой действиям работающей.

8. Все упражнения выполняются в медленном темпе, от 3 до 5 раз, сначала правой рукой, затем левой, а потом двумя руками вместе. Гимнастика должна быть построена таким образом, чтобы задействовать кисти обеих рук, развивать и укреплять все мышцы.

9. Выполняя упражнения вместе с детьми, обязательно нужно демонстрировать собственную увлечённость игрой.

10. При выполнении упражнений необходимо вовлекать, по возможности, все пальцы руки (особенно безымянный и мизинчик—они самые ленивые).

11. Необходимо следить за правильной постановкой кисти руки, точным переключением с одного движения на другое.

12. Нужно добиваться, чтобы все упражнения выполнялись детьми легко, без чрезмерного напряжения мышц руки, чтобы они приносили радость. Добровольность выполнения игр, ребёнок должен играть с удовольствием.

13. Все указания даются спокойным, доброжелательным тоном, чётко, без лишних слов. При необходимости отдельным детям оказывается помощь.

14. В идеале: каждое упражнение имеет своё название, длится несколько минут и повторяется в течение урока 2-3 раза.

15. При повторных проведениях игры дети нередко начинают произносить текст частично (особенно начало и окончание фраз). Постепенно текст разучивается наизусть, дети произносят его целиком, соотнося слова с движением.

16. Выбрав два или три упражнения, постепенно заменяю их новыми. Наиболее понравившиеся игры оставляем в своём репертуаре и возвращаемся к ним по желанию детей.

17. Очень чётко придерживаемся следующего правила: не ставить перед детьми несколько сложных задач сразу (к примеру: показывать движения и произносить текст). Так как объём внимания у детей ограничен, и невыполнимая задача может «отбить» интерес к игре.

18. Никогда не принуждайте! Попробуйте разобраться в причинах отказа, если возможно, ликвидируйте их (например, изменив задание), поменяйте игру.

19. Пальцы левой и правой рук следует нагружать равномерно; после каждого упражнения нужно расслаблять пальцы (например, потрясти).

20. Обязательно чередуйте три типа движений: сжатие, растяжение, расслабление.

Коррекционная направленность пальчиковых игр позволяет:

– решать комплексную задачу развития движений, психических процессов и личности в целом;

– оказывать общеукрепляющее влияние на организм ребёнка и повышают работоспособность мышц, сокращают сроки адаптации к выполнению физических нагрузок;

– усваивать детям различного ритма, автоматизируют согласованную деятельность рук у детей;

– улучшать подвижность мышц, способствуют объединённой работе кистей рук, совершенствуя их координацию, тем самым способствуют укреплению общего состояния здоровья детей;

– детям успешно овладеть основами координационных механизмов, перенести координационные отношения, которыми они овладели в процессе индивидуальных занятий, во фронтальные формы работы и широко применять их в метании, лазанье, ходьбе.

Включение пальчиковых игр и упражнений в любой урок вызывают у детей оживление, эмоциональный подъем и оказывают неспецифическое тонизирующее действие на функциональное состояние мозга.

Литература

1. Балашова Е.И. Узелок завяжется, узелок развяжется...: Формирование мелкой моторики дошкольника //Здоровье детей (Прил. к газ. «Первое сентября»). – 2013. – № 1. – С. 26-29.

2. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. – М.: Наука, 1990. – 494 с.

3. Безделева М.Н. Сенсомоторное развитие детей с интеллектуальными нарушениями //Дошкольное воспитание. – 2012. – № 6. – С. 53-59.

4. Киселева В.А. Развитие тонкой моторики //Дошкольное воспитание. – 2006. – № 10. – С. 41-48.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Аннотация. В статье рассматриваются особенности логопедической работы по формированию речи у дошкольников с нарушениями зрения, а именно, у детей с амблиопией и косоглазием; отражены особенности развития психических процессов и их влияние на речевое развитие детей дошкольного возраста.

Ключевые слова: амблиопия, косоглазие, речевое развитие, зрительная функция, психические процессы, коррекционно-логопедическая работа.

Формирование у дошкольников правильной речи – важнейшая задача коррекционно-педагогической работы в дошкольном образовательном учреждении. Правильная речь, основанная на конкретных и реальных представлениях об окружающем мире – один из ведущих факторов интеллектуального развития малыша. Формирование адекватных предметных представлений осуществляется преимущественно с помощью зрения. Отражение окружающей действительности является сложным процессом, в котором взаимодействуют сенсорные и двигательные компоненты зрительной системы, обеспечивающие целостность, одновременность восприятия предметов и явлений. Поэтому при различных нарушениях деятельности зрительного анализатора у дошкольников проявляются некоторые нарушения речевого развития, которые могут отличаться от возрастных стандартных показателей и выражаются в особенностях речи, таких, например, как нарушения словарно-семантической стороны, «формализм», эхолалия, сигматизм, ротацизм.

Развитие речи у детей с нарушением зрения, а в детском саду, как правило, это дети с амблиопией и косоглазием, происходит в основном также, как и у нормально видящих. Однако динамика её развития, овладение чувственной её стороной, смысловой её наполненностью у детей с нарушением зрения осуществляется несколько сложнее, наблюдается взаимосвязь речевой и зритель-

ной недостаточности. Таких детей объединяет общая особенность – нарушение словесного опосредования. Особенно заметно это при дефектах зрения, когда непосредственный зрительный анализ сигналов страдает меньше, чем вербальная классификация его результатов. Если малыш даёт правильное словесное обозначение явлению или предмету, это не значит, что у него имеются конкретные, ясные представления о нём. Это обусловлено нарушением формирования предметной соотнесённости слова и образа, точного употребления различных слов в речи. Правильно подобранные словесные признаки вычлняются и становятся объектами познания.

Различные нарушения зрения у детей, как правило, сопровождаются разнообразными вторичными отклонениями, негативно сказываются на нервно-психическом статусе детей, существенно снижают их двигательную активность и умение ориентироваться в пространстве.

У детей с различными нарушениями зрения наблюдаются разнообразные особенности формирования психических процессов. Из-за недостаточности зрительных функций у детей дошкольников часто нарушено произвольное внимание, что обусловлено нарушением эмоционально-волевой сферы и ведёт к расторможенности – низкому объёму внимания, хаотичности, или, наоборот, к заторможенности детей: инертности, низкому уровню переключаемости внимания. Дефекты зрительного анализатора, нарушая баланс основных процессов – возбуждения и торможения, негативно влияют на качество памяти, в частности на скорость запоминания. У детей дошкольного возраста с нарушениями зрения существенно ослаблены зрительные ощущения, а восприятие окружающего мира существенно сужено. Эти проблемы влияют на качество, полноту и целостность образов отображаемых действий и предметов. Целостность восприятия напрямую зависит от степени поражения зрительных функций. Недостатки зрительного восприятия способствуют формированию нечётких, недифференцированных образов-представлений, отрицательно влияют на развитие мыслительных операций детей с нарушениями зрения, что значительно затрудняет их деятельность, а в дальнейшем обучение в школе. В процессе различных видов деятельности (познавательной, практиче-

ской, игровой) дети с нарушениями зрения испытывают серьёзные трудности, например, в работе с сенсорными эталонами (определении величины, цвета, формы), пространственного расположения предметов, во владении практическими, графическими и измерительными навыками выполнения конкретных действий, ориентировке на своём теле, рабочей поверхности, в пространстве. При сохранном интеллекте мыслительные все процессы формируются как у нормально видящих сверстников. Однако у дошкольников с нарушениями зрения ограничены понятия об окружающем мире, их рассуждения, выводы могут быть не вполне обоснованы, так как реальные понятия недостаточны или искажены.

Дети с амблиопией и косоглазием, не относятся к слабовидящим, так как у них в большинстве случаев страдает только один глаз, а здоровый имеет относительно высокую остроту зрения, но все же имеют общие с ними особенности.

Монокулярный характер зрения таких детей негативно отражается на формировании зрительных представлений об объёме, протяжённости и трехмерности пространства. Помимо этого, в период лечения методом прямой окклюзии в рабочем состоянии оказывается глаз с наименьшей остротой зрения.

У детей с амблиопией и косоглазием зрительно-сенсорная недостаточность отрицательно влияет на чувственную сторону речи, обедняет словарный запас, негативно отражается на понимании смысловой стороны речи и функционального назначения слова, на развитии связной речи, её грамматического строя, усвоении выразительных средств.

Неточность, фрагментарность, замедленность зрительно-пространственной ориентировки предопределяет общую обедненность предметных представлений и снижение уровня чувственного опыта детей с косоглазием и амблиопией, из-за чего наблюдается качественное снижение речевого развития при выполнении заданий на описание объектов реального мира, даже если дети находятся с этими объектами в постоянном контакте.

Нарушение деятельности зрительных анализаторов негативно влияет на усвоение детьми различных понятий и значений слов. Часто такие дети судят о многих предметах поверхностно, словесно обозначают их, но знают о них недостаточно и ясного

представления о них не имеют. Как правило, в процессе педагогической и психологической диагностики обнаруживается ограниченность этих знаний, низкий уровень умения анализировать, обобщать, исключать, классифицировать. Значительные трудности возникают при составлении последовательных и описательных рассказов.

Развитие дошкольников с различными нарушениями зрения имеет свои особенности и отличается от темпа развития нормально видящих сверстников. Комплексная и многосторонняя коррекционно-логопедическая работа с данной категорией детей направлена на нормализацию психических процессов, осуществляется всеми специалистами, работающими с детьми: тифлопедагогом, учителем-логопедом, педагогом-психологом, воспитателями и оказывает положительное влияние на все ослабленные функции ребёнка, обеспечивая наилучшие условия для его жизнедеятельности и развития.

Коррекционно-логопедические задачи решаются во всех видах деятельности: игровой, учебной, трудовой, а также в предметно-практической деятельности, на музыкальных и физкультурных занятиях. При организации логопедических занятий особое внимание уделяется возможности использования имеющихся возможностей зрения: подбирается дидактический материал необходимой величины и цвета (преимущественно оранжевого, красного и зелёного цветов, насыщенных тонов), используются картинки с объёмными изображениями, объёмные предметы и игрушки с целью получения дополнительных представлений о форме, цвете, величине объектов «волшебные мешочки» с набором игрушек, кубики и палочки для обозначения звуков, построения слогов.

Выбор дидактического материала (демонстрационного и раздаточного) и его расположение в значительной степени зависит от характера зрительного нарушения. Объекты на общих пособиях должны быть увеличены с целью расширения возможности применения фронтального показа. При косоглазии наглядный материал должен демонстрироваться на уровне глаз и на доступном расстоянии (в соответствии с остротой зрения. Раздаточный материал, при сходящемся косоглазии (направление взора вверх и вдаль) нужно располагать обязательно на подставке, при рас-

ходящемся косоглазии (направление взора вниз и вблизи) наглядный материал лучше положить на стол.

Огромное значение в коррекционной работе с этими детьми в целях формирования представлений о многообразии предметного мира придаётся природной наглядности. Обязательным элементом логопедических занятий являются разнообразные игры.

Планирование коррекционно-логопедической работы с такими детьми, имеющими общее недоразвитие речи первого и второго уровня, осуществляется по следующим направлениям: развитие понимания речи, уточнение и расширение лексического запаса, формирование грамматического строя речи, а также звукопроизношения.

При реализации плана по обучению детей с третьим и четвертым уровнями сформированности речи логопеды (по согласованию с тифлопедагогами и воспитателями) вводят элементы, направленные на коррекцию предметно-практической, игровой и познавательной деятельности. Неотъемлемым должно быть совершенствование моторных навыков, координации, ориентировки в пространстве и конструктивного праксиса. Эта работа увязывается с развитием речевых навыков и формированием соответствующих понятий. В основу её должно быть положено формирование углублённых представлений и реальных знаний детей об окружающем мире. На этой предметной базе строится развитие их речи. Особое внимание необходимо уделять расширению словарного запаса, формированию обобщающих понятий, грамматического строя и связной речи.

Предметная и речевая база, создаваемая тифлопедагогом и воспитателями, используется и совершенствуется на логопедических занятиях. Коррекционно-развивающая работа строится на основе общего тематического планирования с использованием единой игровой и речевой картотеки (игры и речевой материал для закрепления навыков правильного звукопроизношения, развития словаря и связной речи).

Комплексная, коррекционная и методическая работа требует от учителя-логопеда не только высокой квалификации, но и специальных знаний о ребёнке с нарушениями зрения, об особенностях его развития, об особенностях познавательной деятельности, общения, социального взаимодействия, передвижения и

ориентировки в пространстве и о других специфических особенностях. Наличие необходимых профессиональных компетенций позволяет трансформировать и адаптировать учебный процесс, содержание, формы и методы и обеспечивает высокое качество коррекционно-логопедической работы, необходимый уровень подготовки дошкольников к школьному обучению и полноценное развитие личности ребёнка.

Литература

1. Волкова Л.С. Выявление и коррекция нарушений речи у слепых и слабовидящих детей. – Л., 1991.

2. Дружинина Л.А. Коррекционная работа в детском саду для детей с нарушением зрения: Методическое пособие / Л.А. Дружинина - М.: Издательство «Экзамен», 2006.

3. Лапш Е.А. Развитие связной речи у детей 5–7 лет с нарушениями зрения. М.: ТЦ Сфера, 2006.

4. Орлова Е.В. Особенности речевого развития детей с нарушениями зрения [Электронный ресурс], режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-rechevogo-razvitiya-detey-s-narusheniyami-zreniya>

5. Плаксина Л.И. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения: Учебное пособие. -М.:РАОИКП, 1999. [Электронный ресурс], режим доступа: http://pedlib.ru/Books/3/0191/3_0191-38.shtml

Е.С.Вареца

ПРИЧИНЫ СУИЦИДА У ПОДРОСТКОВ С ОВЗ

Аннотация. У подростка с ОВЗ специфика возрастных особенностей накладывается на деформированную личность. Некоторые учёные говорят об особенностях проявления суицида у детей и подростков. Выделяют группы подростков, которые подвержены суицидальному риску больше всех, среди которых: наличие хронических или смертельных болезней, подверженность депрессии, что соответствует подросткам с ОВЗ. Учёные рассматривают разные причины суицидов, которые будут харак-

терны и для подростков с ОВЗ. Необходимо понимать, что только комплекс причин, а не одна ведут к совершению самоубийства и проявлять бдительность и принимать во внимание сочетание опасных сигналов.

Ключевые слова: подростки с ОВЗ, суицид, суицидальное поведение, суицидальные действия, социально-психологическая адаптация, дезадаптация, депрессия.

С началом пубертатного периода перестройка личностной сферы усугубляется внешними факторами, когда у ребёнка повышается уязвимость, зависимость от мнения ровесников, личностная тревожность и мнительность. У подростка с ОВЗ специфика возрастных особенностей накладывается на деформированную личность, в которую входят комплекс неполноценности, заниженная самооценки, повышенная личностная тревожность. Это последствия проблем со здоровьем и инвалидности.

Проблемы многих подростков накапливаются, ресурсы для их решения ещё недостаточно осознаются и единственным решением видится самый радикальный способ – самоубийство. Приведём данные агентства социальной безопасности (АСБ): «В России уровень самоубийств в молодёжной среде составляет 53 случая на 100 тыс. населения. В последние годы в России совершается ежегодно около 55 тыс. самоубийств, а убийств около 40 тысяч»[5].

Некоторые учёные говорят об особенностях проявления суицида у детей и подростков, которые берут истоки в своеобразии детской психики и специфики социализации, в тех психопатологических состояниях, которые характерны для этих возрастов, а также в особенностях профилактических мероприятий- все это является основанием выделения детской и подростковой суицидологии как отдельной отрасли науки.

Под суицидальным поведением – понимается некая суицидальная активность, которая проявляется в мыслях, намерениях, высказываниях, угрозах, попытках, покушениях [2,с.19].

Суицидальные попытки совершают как люди в норме (без психопатологии), так и при психопатиях и при акцентуациях характера – такие действия можно считать формой девиации, основой которых будут острые аффективные или патохарактерологи-

ческие реакции. Собственно суицидальное поведение – «любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни»[1]. Суицидальное поведение состоит из суицидальных мыслей, представлений, переживаний, а также суицидальных тенденций, среди которых выделяют замыслы и намерения[3].

А.Г. Амбрумова и другие учёные пишут, что суицид – это феномен, которые они связывают с социально-психологической дезадаптацией личности, т.е. ключевым понятием для данного явления будут социально-психологическая адаптация и дезадаптация[2,с.19]. Адаптационный процесс предполагает качество контактов с социальным окружением личности, где общение строится на принципах осознанности и осмысленности. Уровень адаптации будет влиять на поведение человека в обычных и трудных условиях жизни. Поэтому, социально-психологическая дезадаптация личности может приводить к самоубийству, как единственному выходу из кризисной ситуации или конфликта. Но если дезадаптация может считаться основной причиной суицида, то психологи говорят и о второстепенных, таких как болезни, трудности в семье и т.д.

Дюркгеймом выделены виды мотивов суицидов: альтруистический и эгоистический, с одной стороны, фаталистический и аномический – с другой[3]. Он отмечает, что решение к сознательному уходу из жизни может быть принято во имя большой цели, убеждений, ради спасения людей и т.д. Такой поступок, который совершается из альтруистических мотивов, будет положительно оценён в обществе. Но для подросткового возраста характерны эгоистические мотивы суицида. Дюркгейм ввёл понятие «аномиз» – как некоего типа социально-психологической изоляции, которая наступает, если ослабели связующие нити между индивидом и его социальным окружением[3]. Аномическое самоубийство, по Дюркгейму, можно считать своеобразным результатом тяжелейшего рассогласования между личностью и ближайшим окружением.

А.Е. Личко выделял наиболее частые причины суицидов среди подростков: потеря любимого человека; состояние переутомления; уязвлённое чувство собственного достоинства; разрушение защитных механизмов личности в результате употребления

алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков; отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство; различные формы страха, гнева и печали по разным поводам[4].

Результаты исследований других учёных, которые рассматривали причины суицидальных действий подростков, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сводные показатели причин суицидальных действий
подростков в норме и с ОВЗ (%)

№ п/п	Группы причин	Норма	ОВЗ
1.	Болезненные состояния	26	35
2.	Неблагоприятная семейная ситуация	12	14
3.	Сложная романтическая ситуация	18	17
4.	Нездоровые отношения со сверстниками	15	15
5.	Нездоровые отношения со взрослыми	8	8
6.	Пьянство и употребление наркотиков	5	1
7.	Боязнь ответственности и стыд за ...	7	1
8.	Прочие	9	9

А.А.Султанов рассматривал основные группы факторов причин суицидального поведения у практически здоровых подростков и юношей[6,с.24]:

1) наличие дезадаптации, связанной с проблемами социализации – если уровень притязаний молодого человека и его статус в обществе не совпадают;

2) конфликтные отношения с семьёй, на основе разной системы ценностей;

3) алкоголь и наркотики, которые становятся катализатором не только самой суицидальной ситуации, но и причиной её реализации.

Есть различия в данных по болезненным состояниям у этих групп. Так, у подростков в норме в 26% случаев из категории болезненные состояния психозы занимают 10%, пограничные состояния – 15%, соматические заболевания – 1%. Для подростков с ОВЗ в 35% случаев психозы занимают 11%, пограничные состояния – 9%, соматические заболевания – 15%.

Несмотря на объективные причины, связанные с трудностями в жизни, все же суицидальное поведение у подростков можно объяснить тем, что маленький жизненный опыт не позволяет ставить адекватные жизненные цели и наметить траекторию их реализации.

Выделяют группы людей, которые подвержены суицидальному риску больше всех [2,с.20]:

- предыдущая (незаконченная) попытка суицида (парасуицид). По статистике составляет около 30%;
- суицидальная угроза, прямая или завуалированная;
- стремление к повреждению себя (аутоагрессия);
- суицидальные попытки родственников;
- алкоголизм. Риск суицидов повышается у людей, которые употребляют алкоголь. При этом заболевании отмечается от 25 до 30% самоубийств, а у молодежи – до 50%. Продолжительная алкоголизация приводит к повышению депрессии, усиливает чувство вины и психическую боль, являющиеся предшественниками суицида;
- хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов. Сочетание наркотиков и алкоголя ведёт к ослаблению мотивационного контроля поведения человека, обостряет проявления депрессии или может приводить к психозу;
- аффективные расстройства, особенно тяжёлые депрессии (психопатологические синдромы);
- хронические или смертельные болезни;
- тяжёлые утраты, например, смерть супруга (родителя), особенно в течение первого года после потери;
- семейные проблемы: уход из семьи или развод.

В эти группы входят подростки с ОВЗ.

Подростки совершают попытки самоубийства на много чаще, чем дети, при этом только некоторые из них достигнут задуманный результат. Доведённые до результата суицидные действия у подростков составляют меньше 1% от всех попыток совершить суицид. Многие поведенческие реакции подростков, в том числе суицидальное поведение, это некое проявление демонстративности, в некоторых случаях шантажирование ближайшего окружения. По данным А.Е. Личко только 10% подростков имеют искреннее желание завершить свою жизнь «здесь и сейчас»,

остальные 90% – своеобразный сигнал о помощи[4]. Демонстративные, шантажные попытки совершаются из стремления добиться какой-то цели, а также стремления привлечь на себя внимание. Кроме этого, подобные действия могут быть протестом против ситуации, которая оказалась тяжёлой для подростка.

По сведениям А.Е. Личко и А.А. Александрова, которые обследовали детей от 14 до 18 лет, 49% суицидальных действий совершались при тяжёлых эмоциональных состояниях, которые могут перерасти в состояние аффекта[4]. В этой возрастной группе повышается вероятность наличия психических расстройств, таких как депрессия, которая кроме «детских» признаков сопровождается симптомами, характерными для подростков – чувство скуки и усталости, фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушание, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Суицидальное действие может совершаться, если у человека отсутствует возможность найти решение своей эмоциональной проблемы, но, в то же время, нельзя отказаться или примириться с тяжёлой ситуацией. Напряжение накапливается и может стать столь высоким, что снизить его уровень кажется невозможным. Максимально о риске повторного суицида надо помнить во временной промежутке от 1 месяца до 3 лет.

Депрессию у подростков с ОВЗ можно считать одним из наиболее частых расстройств душевной сферы. Дословно депрессия переводится как «угнетение», «подавление» [6,с.24]. Наибольшую опасность депрессия представляет из-за возникновения суицидальных мыслей, которые при ухудшении эмоционального состояния перерастают в суицидальные попытки.

Также на появление суицидальных мыслей у подростков с ОВЗ оказывает влияние проблемы в общении с ровесниками и родителями. Л.Я. Жезлова пишет, что предпубертатный возраст волнуют «семейные» проблемы, а пубертатный – «сексуальные» и «любовные» [2,с.20].

Учёные с 14 лет фактически не отмечают гендерного преимущества в суицидальном поведении, данные приблизительно одинаковые для девушек и юношей.

Кроме того, для молодых людей с ОВЗ, которые предпринимали попытки самоубийства, характерны: неадекватная само-

оценка, чувство малоценности и ненужности, которые составляют комплекс неполноценности. Возникает чувство биологического чужака, который шагает «не в ногу» с членами своей семьи. Этот комплекс негативных эмоций становится основой появления чувства своей нежеланности, которое не имеет объективной причины, но подростки в полной уверенности в том, что мама и папа не хотели их рождения. Этот феномен получил название «отвергнутый ребёнок»[2,с.21].

Психологам, которые сталкиваются с такими подростками, их социальному окружению необходимо преодолеть простую интерпретацию или слишком быстрые выводы. Проявление некоторых симптомов в подростковом возрасте, который в целом характеризуется как кризисный этап жизни, не является показателем возможных суицидальных действий. Нужно помнить, что только комплекс причин, а не одна ведут к совершению самоубийства. Но, все же, даже намёк на суицидальные мысли в разговоре или действиях должен быть воспринят достаточно серьёзно, возможно это крик о помощи, которую напрямую подросток попросить не может. Особенно необходимо проявить бдительность и принимать во внимание сочетание опасных сигналов, тем более, когда они проявляются достаточно продолжительно. Очевидно, что сигнал о помощи должен получить ответную реакцию человека, который готов и может вмешаться и помочь в кризисе одиночества.

В целом, суицид у детей с ОВЗ характеризуется как заниженной самооценкой, так и высокой потребностью в самореализации. Кроме этого проявляется чувствительность, эмпатичность и сниженная способность переносить боль. Он отличается высокой тревожностью и пессимизмом, тенденцией к самообвинению и склонностью к суженному (дихотомическому) мышлению. Такие подростки не в состоянии прилагать волевое усилие, им проще уходить от решения проблем. Необходимо проявлять чуткость, понимание и внимательно наблюдать за подростками с ОВЗ, чтобы вовремя заметить изменения в настроении, поведении и действиях.

Литература

1. Адамова Л.И. Профилактика суицидального поведения. – М., 2005.

2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социально и клиническая психиатрия. – 2016.–№4.–С.19-22.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд.– М.,1994.
- 4.Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.–СПб.,2010.
- 5.«О мерах профилактики суицида среди детей и подростков» Письмо Минобразования России от26.01.2000 №22-06-86.URL: <http://Единыйурок.рф/index.php/ebo/item/612-53>
- 6.Усов М.Г. Ранняя диагностика и терапия депрессий – важнейшие факторы профилактики суицидов у подростков // Вопросы психологии–2012.–№4.–С.24-26.

Е. А. Глуценко

*Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент Л. А. Ястребова*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности психического развития и эмоционально-волевой сферы детей с дизартрией. Раскрыто содержание термина «дизартрия», а также присущие ему речевые (речевое дыхание, произносительная сторона речи, голосовая функция) и неречевые симптомы (общая и мелкая моторика, неврологический статус). Представлена характеристика развития внимания, мнестических и мыслительных процессов у дошкольников с данным речевым нарушением. Определены некоторые особенности поведения детей с дизартрией и их личностные качества.

Ключевые слова: дизартрия, дети дошкольного возраста, речевые нарушения, нарушения общей и мелкой моторики, высшие психические функции, мыслительные процессы, мнестические процессы, неречевая симптоматика, эмоционально-волевая сфера личности, поведение.

В настоящее время проблема изучения развития высших психических функций, а также эмоционально-волевой сферы детей с дизартрией является наиболее актуальной, что связано с увеличением числа дошкольников, имеющих сложные речевые нарушения.

Дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата (дыхательного, голосового и артикуляционного). Наиболее тяжёлые варианты дизартрии встречаются у детей с ДЦП, ЗПР и умственной отсталостью. В структуру дефекта последних входят не только нарушения произносительной стороны речи и неречевых функций (общая и мелкая моторика, пространственные представления, эмоционально-волевая сфера и личность в целом).

Р.М. Мартынова[4], исследуя физический, неврологический и психолого-педагогический статус детей с дизартрией, выявила следующие особенности, которые отличали их от других дошкольников с тяжёлыми речевыми нарушениями:

1) физический статус: нередко можно наблюдать отставание в физическом развитии: низкий рост, узкая грудная клетка, общая физическая слабость мышц, особенно верхних конечностей;

2) неврологический статус: наличие изменения тонуса мышц, гиперкинезы в мимической и лицевой мускулатуре.

3) психологический статус: неустойчивое, рассеянное внимание, нарушение памяти и мыслительной деятельности, нарушение личности ребёнка, а также его поведения.

Наиболее часто у детей данной категории наблюдаются нарушения ощущений или восприятия движений. Как правило, ребёнку тяжело подражать целенаправленным действиям по типу «покажи, как летит птица, как моют руки и т.д.», выполнять физические упражнения и ритмические, танцевальные движения на занятиях. Ярко выражена моторная неловкость, быстрая утомляемость, нарушение темпа, ритма и переключаемости движений.

Н.В. Мироненкова [3] в своих исследованиях отмечает, что дошкольники с дизартрией в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания, плохо держат карандаш, не любят

рисовать и собирать пазлы – это обусловлено нарушениями их общей и мелкой моторики, чаще всего повышенным тонусом кистей рук.

Отмечаются также и особенности артикуляционной моторики в виде снижения амплитуды движений, смазанности и нечёткости артикуляции, нарушения тонуса мышц языка (гипотонус и гипертонус, тремор кончика языка), аритмичности движений, кратковременности удержания артикуляционной позы, недостаточном поднятии мягкого неба, что и определяет фонетические недостатки речи у дошкольников с дизартрией.

Л.С. Волкова и С.Н. Шаховская [2] к наиболее частым нарушениям звукопроизношения относят замены, искажения или отсутствие звуков. Они отмечают, что у ребёнка с дизартрией все это может носить непостоянный характер и быть обусловлено его текущим эмоциональным состоянием. Множественные нарушения звукопроизношения влекут за собой трудности во владении лексической и грамматической сторонами речи, формировании интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер дошкольника.

Для детей с дизартрией характерны такие особенности развития высших психических функций, которые проявляются в незначительных нарушениях восприятия, внимания, памяти и мышления при условии сохранного интеллекта. Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева [4] обращают особое внимание на нарушение процессов устойчивого внимания и произвольного запоминания, которые проявляются в плохом понимании и запоминании детьми инструкций, медленной переключаемости при выполнении одного задания к другому, нарушении выполнения последовательности заданных действий, а также в необходимости повторения или разъяснения инструкции. Все это влечёт за собой нарушение и других высших психических функций, а также поведения ребёнка.

Наиболее часто у детей с данным речевым нарушением наблюдается недостаточное развитие логического мышления. Дошкольники затрудняются в установлении сходства и различия между предметами и явлениями окружающего мира по различным признакам; затрудняются классифицировать предметы, а также объединять их (обобщать) в конкретную группу.

Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова [1] считают, что это связано с тем, что у детей с дизартрическими расстройствами в той или иной степени страдает начальная стадия познавательного акта, а именно сосредоточение и произвольный выбор информации. Только терпение, настойчивость и выдержка могут помочь ребёнку правильно выполнять задания. Как правило, эти навыки у детей данной категории не сформированы, что обусловлено повышенной эмоциональной возбудимостью и истощаемостью их нервной системы.

Ещё на первом году жизни дети с дизартрией очень беспокойны, нуждаются в постоянном внимании и очень плаксивы. По мере взросления у таких детей можно наблюдать отставание в развитии общей и мелкой моторики, а также повышенную тревожность, степень которой зависит от окружающей обстановки.

Л.С. Волкова и С.Н. Шаховская в своих научных работах обращают особое внимание и на то, что в дошкольном возрасте у детей с дизартрией наблюдаются частые смены настроения, суетливость, раздражительность, грубость, иногда агрессия и непослушание, двигательное беспокойство, которое при сильном утомлении только усугубляется. На ряду с этим при смене обстановки их поведение может характеризоваться повышенной застенчивостью, нерешительностью и пугливостью, или наоборот повышенной возбудимостью, негативизмом и агрессивностью.

Таким образом, у детей дошкольного возраста с дизартрией имеются отличительные особенности психического развития, а также эмоциональноволевой сферы, которые взаимообуславливают формирование друг друга.

Литература

1. Логопедия. Дизартрия. Учебное пособие для ВУЗОВ / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова – М.: ВЛОДОС, 2013. – 287 с.

2. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. Вузов /Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 1998. – 680 с.

3. Мироненкова Н. В. Коррекционно-логопедическая работа по формированию тонкой моторики пальцев руки детей со стёртой дизартрией с использованием природного и рукотворного материала // Логопед в детском саду. – 2008. – №6.

4. Основы специальной психологии: Учеб. пособие. / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др. / Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 480 с.

Л. Н. Грибушенкова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТНР

Аннотация. Мелкая моторика рук и уровень развития речи находятся в прямой зависимости друг от друга, что установлено уже давно. Если моторика развивается нормально, т.е. ребёнок на определённых этапах роста выполняет те или иные действия, то нормально развивается и речь. Если же мелкая моторика развита слабо, то наблюдается отставания и во владении речи.

Ключевые слова: Речь – важнейшее средство общения и вершина познавательных процессов.

Мелкая моторика рук и уровень развития речи находятся в прямой зависимости друг от друга, что установлено уже давно. Если моторика развивается нормально, т.е. ребёнок на определённых этапах роста выполняет те или иные действия, то нормально развивается и речь. Если же мелкая моторика развита слабо, то наблюдается отставания и во владении речи. По мнению В.А. Сухомлинского «Источники способностей и дарований детей – на кончиках их пальцев. От пальцев, образно говоря, идут тончайшие ручейки, которые питают источник творческой мысли».

В образовательной практике накоплено достаточное количество методик, научных трудов, статей по развитию речи у дошкольников. Сегодняшний день отличается активным ростом новых развивающих технологий, многие из которых можно успешно использовать в работе воспитателя ДОУ.

Важным отличием инновационной деятельности от традиционной является то, что воспитатель выполняет роль не наставника, а соучастника процесса и придерживается положения «не ря-

дом, не над, а вместе». Тем самым ребёнок чувствует больше свободы, что побуждает к большей творческой активности. А также знание даётся воспитаннику не в готовом виде, как раньше, а добывается ребёнком самим в ходе своей исследовательской деятельности.

К инновационным педагогическим технологиям можно отнести:

- здоровьесберегающие;
- технологии проектной и исследовательской деятельности;
- информационно-коммуникационные;
- технологии «лэпбук»;
- личностно-ориентированные;
- игровые технологии;
- технологии проблемного обучения и др.

Работая с детьми дошкольного возраста, имеющими речевые нарушения, я стараюсь применять здоровьесберегающие технологии в различных видах деятельности. Чтобы дети с удовольствием выполняли утреннюю гимнастику, я провожу её в игровой и тематической форме. Для профилактики усталости в режимные моменты включаю упражнения для глаз, дыхательные упражнения, пальчиковые игры. На прогулках предлагаю подвижные игры не только с бегом, но и с лазаньем, метанием и бросанием. Очень полюбились детям такие игры как «Хитрая лиса», «Волк во рву», «Медведь и пчёлы», «Горелки», «Классы» и др.

Спортивные игры: «Волейбол», «Баскетбол», «Бадминтон», «Футбол».

В своей работе я использую музыкотерапию. Прослушивание классической музыки, засыпание под музыку, выполнение движений под музыку, помогает корректировать поведение детей, их эмоциональное состояние.

В группе мною создан центр «Здоровье». В нём есть атрибуты для спортивных игр: мячи, скакалки, флажки, мешочки для метания, кегельбан, кольцоброс, альбомы с иллюстрациями летних и зимних видов спорта, диски с мультфильмами о спорте, а также нетрадиционное спортивное оборудование, изготовленное с помощью родителей: гантели; дорожки для хождения босиком; оборудование для профилактики нарушений осанки и плоско-

стопия, настольные игры на спортивную тематику «Спортивное лото», «Витамины польза или вред», «Зимние виды спорта», «Летние виды спорта», «Хоккей», «Волейбол», «Футбол»; игры на развитие дыхания «Воздушный волейбол».

Для того чтобы родители посмотрели на здоровье детей по-другому, я размещаю на информативных стендах плакаты, стенгазеты, папки передвижки, освещающие вопросы профилактики болезней «Босиком по дорожке», «Правильное питания», «Правила здорового образа жизни», «Для чего мы чистим зубы» и др.

Родители с удовольствием участвуют в физкультурных досугах, спортивных праздниках, акциях, посвящённых здоровому образу жизни.

Технология проектной деятельности – это новая образовательная технология, которая позволяет эффективно решать задачи личностно-ориентированного подхода в обучении детей.

В своей работе мы используем:

– творческо-исследовательские проекты, которые позволяют детям экспериментировать «Огородна окне», «Наша клумба», «Магниты», «Волшебные свойства воды».

– ролевые-игровые проекты, позволяющие в игровой форме образе персонажей решать поставленные задачи: «Космонавты», «МЧС», «Защитники Отечества», «Безопасная дорога»;

– информационные проекты, которые дают возможность собирать информацию, анализировать и оформлять на стендах, витража и т.д. «Красная книга природы», «Необычный мяч», «Мой лучший друг», «Необычный космос».

Работа над проектом включает деятельность детей, педагога и родителей воспитанников. При составлении плана работы с детьми над проектом я стараюсь заинтересовать каждого ребёнка тематикой проекта, создать игровую мотивацию, опираясь на интересы детей, создать атмосферу сотворчества с ребёнком, используя индивидуальный подход, развивать творческое воображение и фантазию детей, творчески подходить к реализации проекта, ориентировать детей на использование накопленных наблюдений, знаний, впечатлений.

Технология исследовательской деятельности в детском саду помогает сформировать у дошкольников основные ключевые

компетенции, способность к исследовательскому типу мышления. С помощью исследовательской деятельности можно поддержать и развить в ребёнке интерес к исследованиям, приобретению опыта успешной собственной исследовательской деятельности, развитию восприятия, мышления, а главное – речи (умению размышлять, рассуждать и анализировать, становление ребёнка как самостоятельной, инициативной личности будет проходить успешнее.

Дети любят экспериментировать всегда, везде и совсем, используя для этого любой материал, любое время года. Мои дети не являются исключением.

В результате использования в своей работе исследовательской деятельности у детей возросла познавательная активность, интерес к миру. Они стали увереннее в себе, стали стремиться получить результат при достижении поставленной цели. У детей улучшилась речь. Они стали выражать свои мысли, правильно строить предложения, составлять связные творческие рассказы.

Использование информационно-коммуникационных технологий является одним из приоритетов образования. Внедрение ИКТ в воспитательно-образовательный процесс детского сада повышает качество дошкольного образования. Главной целью внедрения информационных технологий является создание единого информационного пространства образовательного учреждения, системы, в которой задействованы и на информационном уровне связаны все участники учебно-воспитательного процесса: администрация, педагоги, воспитанники и их родители.

Информационно-коммуникативные технологии помогают:

1. Подбирать иллюстрированный и познавательный материал к занятиям и материал для оформления стендов группы, уголка для родителей. В этом мне помогают детские познавательные сайты «Дошкольник», «Дошколёнок», «Кошки-мышки», «Солнышко», «Мир деток» и др.

2. С помощью компьютера я могу смоделировать такие жизненные ситуации, которые нельзя или сложно показать на занятии либо увидеть в повседневной жизни (например, воспроизведение звуков животных; природы, работу транспорта и т.д.).

3. Создавать презентаций в программе PowerPoint для повышения эффективности образовательных занятий с детьми. Мною

были созданы презентации «Животные Краснодарского края», «Память о подвигах нашего народа живет в наших сердцах».

Лэпбук

В своей работе я совсем недавно использую лэпбук. Лэпбук – сравнительно новое средство обучения из Америки. Он представляет собой папку или другую прочную картонную основу, на которую наклеены маленькие книжки (мини книжки – простые и фигурные, в виде кармашков, гармошек, белочек, стрелочек и т.д.), в которых организован и записан изучаемый материал. Было бы даже правильнее определить лэпбук не как средство обучения, а как особую форму организации учебного материала:

1. Он помогает ребёнку по своему желанию организовать информацию по изучаемой теме и лучше понять, и запомнить материал.

2. Это отличный способ для повторения пройденного. В любое удобное время ребёнок просто открывает лэпбук и с радостью повторяет пройденное, рассматривая сделанную своими же руками книжку.

3. Ребёнок учится самостоятельно собирать и организовывать информацию.

Лэпбук, или интерактивная папка, – это самодельная книжка-раскладушка, в которой могут присутствовать всевозможные элементы: кармашки, дверки, конверты и т.д. Лэпбук является результатом совместной деятельности педагога и детей. В нём собирается материал по конкретной теме. Этот метод предоставляет ребёнку возможность самому проводить ознакомление с наглядным материалом – он решает, как взаимодействовать с лэпбуком, складывает и открывает определённые детали по своему желанию.

Лэпбук поможет закрепить пройденный материал, а также периодически напоминать о нём в дальнейшем. Такая интерактивная папка часто используется на завершающем этапе проектной деятельности. Лэпбук хорошо подходит для применения в разновозрастных группах. Например, информацию можно распределить подобным образом: для младших дошкольников выделить конверты с картинками животных внутри, а старшим детям оставить материал, где нужно применять навыки чтения, счёта и т.д.

Синквейн

В старшем возрасте, когда дети имеют словарный запас, я в своей работе совсем недавно использую один из эффективных методов развития речи ребёнка, который позволяет быстро получить результат, является работа над созданием нерифмованного стихотворения, синквейна.

На первом этапе работы при обучении составлению синквейна уточняю, расширяю и совершенствую словарь дошкольников. Знакомлю детей с понятиями «слово, обозначающее предмет» и «слово, обозначающее действие предмета», тем самым готовлю платформу для последующей работы над предложением. Дети овладевают понятиями «живой и неживой» предмет, учатся правильно задавать вопросы к словам, обозначающим предметы, действия и признаки предмета.

В работе на начальном этапе обучения детей по составлению синквейна, использовала дидактические игры и упражнения.

В группе создала картотеки дидактических игр: «Подбери определения», «Узнай предмет по определению», «Кто что делает?», «Что чем делают?», «Назови часть целого» и др.

Синквейн составляем как на индивидуальных, групповых занятиях, так и на занятиях с одной группой или в двух подгруппах одновременно.

На данном этапе очень важно научить детей выражать своё личное отношение к теме одной фразой; а также использовать знание пословиц, поговорок по заданной теме.

Большое значение на данном этапе отводила работе с родителями. После проведения консультации «Применение метода синквейн в развитии речи детей старшего дошкольного возраста», мастер-класса «Учимся составлять синквейн» родителям вместе с детьми предлагала написать «Сочинения – синквейн» на тему недели, что находит своё отражение в комплексно-тематическом планировании.

Благодаря технологии синквейна изученный материал приобретает эмоциональную окраску, что способствует его более глубокому усвоению. Также отрабатываются знания о частях речи, о предложении. Дети учатся соблюдать интонацию; значительно активизируется словарный запас. Совершенствуется навык использования в речи синонимов, антонимов; активизируется и

развивается мыслительная деятельность. Осуществляется подготовка к краткому пересказу. При использовании синквейна дети учатся определять грамматическую основу предложений.

Таким образом использование описанных технологий в педагогическом процессе является целесообразным и эффективным, так как они позволяют в наиболее доступной и привлекательной форме достигнуть нового качества знаний, развивают речь, логическое мышление детей, усиливают творческую составляющую учебной деятельности, способствуют повышению качества образования в целом.

Литература

1. Деркунская В.А. Проектная деятельность дошкольников. Учебно-методическое пособие. – М.: Центр педагогического образования, 2012.

2. Лаврова Л.Н., Зубарева В.В. Подготовка к обучению грамоте в условиях проектной деятельности // Управление дошкольным образовательным учреждением. – 2012. – №6. – С.100-107.

3. Проектный метод в деятельности дошкольного учреждения / Сост. Киселева Л.С., Данилина Т.А., Лагода Т.С., Зуйкова М.Б. – М. : АРКТИ, 2011.

4. Смирнова О.Д. Метод проектирования в детском саду. Образовательная область «Чтение художественной литературы». – М.: Издательство «Скрипторий 2003», 2011.

5. Штанько И.В. Проектная деятельность с детьми старшего дошкольного возраста // Управление дошкольным образовательным учреждением. – 2004. – №4. – С.34-41.

6. Душка Н.Д. Синквейн в работе по развитию речи дошкольников. // Логопед. – №5(2005).

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ «СЛУЖБЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ИХ СЕМЕЙ»

Аннотация. В статье даётся содержательная характеристика психолого-педагогической деятельности «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей». Определены цель, задачи и основные положения её деятельности с учётом специфики объектом психолого-педагогической диагностики, а именно детей с ОВЗ и всех членов их семей.

Ключевые слова: дети с ОВЗ, семья, психолого-педагогическая деятельность, психолого-педагогическая диагностика, сопровождение, диагностика семьи.

Специфика психолого-педагогической деятельности специалистов «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» обуславливает характер и способы получения профессиональной информации, так как этим специалистам приходится пользоваться различными видами диагностики, адаптируя их к поставленным целям. Особенно когда речь идёт о диагностике как области практической деятельности, целью которой является постановка диагноза.

Сосредотачивая работу вокруг растущей личности ребёнка с ОВЗ и её социального окружения, специалисты «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» могут использовать данные об участниках социальной ситуации развития ребёнка с ОВЗ, анализировать влияние на него членов семьи, ближайшего окружения, прогнозировать последствия для её развития.

Специалисты «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» не ставят диагнозы, по той или иной аномалии психосоматического развития. Однако они могут диагностировать социально-педагогические последствия, которые сопровождают эти заболевания, учитывать их влияния на формирование личности ребёнка с ОВЗ.

Соответственно у специалистов «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» должен быть контакт с членами психолого-медико-педагогической комиссии и врачами.

Целью психологической диагностики является установление психологического диагноза об актуальном состоянии психологических особенностей личности (или других объектов) и прогнозе их дальнейшего развития.

Специалисты «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» не ставят психологический диагноз, они выявляют и используют в качестве опорных психодиагностических признаков факторы риска, затрудняющие процесс семейного воспитания ребёнка с ОВЗ.

В младшем школьном возрасте факторами риска являются: сочетание низкой познавательной активности и личностной незрелости, которые не позволяют овладевать новой социальной ролью ученика; двигательная расторможенность и эйфорический фон настроения, снижающие самоконтроль и самоорганизацию; повышенный интерес к ситуациям, включающим жестокость и агрессию как компонент формирования детской агрессивности; немотивированность, неадекватность и аффективность поведения как указание на проблему личностного и психического здоровья; отрицательное отношение к учению, неуспеваемость, побеги из дома, конфликты как признаки школьной дезадаптации; поведенческие реакции в виде отказа, защиты, компенсации, эмансипации как следствие негармоничного отношения к ребёнку с ОВЗ и неудовлетворённости его потребности в уважении, самоутверждении, достижениях.

В подростково-юношеском возрасте факторами риска являются: сохранение инфантильности, крайняя зависимость от ситуации, склонность к уходу от трудностей, слабоволие, отсутствие самоконтроля и саморегуляции как несформированность основных предпосылок личностного развития; сочетание инфантильности с большой возбудимостью, аффективностью, приводящее к неуправляемости поведения; раннее половое развитие в сочетании с повышенным интересом к сексуальным проблемам, бродяжничеству, агрессии; переориентация интересов на внешкольное окружение, тенденция к усвоению внешних форм подросткового поведения, имитации его асоциальных форм как указание

на средовую дезадаптацию, деформации личностного развития и угрозу асоциального поведения.

В ряде случаев специалист «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» не только не может пользоваться готовыми педагогическими оценками, но и вынужден реабилитировать ребёнка с ОВЗ в глазах окружающих через демонстрацию его лучших сторон.

Объектом психолого-педагогической диагностики для специалистов «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» является развивающаяся личность ребёнка с ОВЗ в системе её взаимодействия с социальной средой и отдельные субъекты этой среды, оказывающие влияние на формирование данной личности.

Следует подчеркнуть, что у всех детей с ОВЗ имеются нарушения в эмоционально-волевой и личностной сферах. Личность ребёнка с ОВЗ, особенности его контактов с социальным окружением, в первую очередь близкими и значимыми людьми, во многом могут определять возможности и степень его профессионально-трудовой и социальной адаптации в будущем.

Правильное воспитание ребёнка с ОВЗ и формирование адекватных личностных качеств в целом позволят облегчить бремя семьи и, в свою очередь, гармонизировать внутрисемейную атмосферу.

При изучении личности ребёнка с ОВЗ и членов его семьи специалисты «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» должны опираться на следующие положения:

- диагностика носит стимулирующий характер;
- направлено на изучение динамики развития личности ребёнка с ОВЗ и членов его семьи;
- изучение личности необходимо осуществлять в процессе деятельности и общения; личность ребёнка с ОВЗ и членов его семьи изучается не изолированно, а в контексте социальных отношений;
- изучение личности ребёнка с ОВЗ и членов его семьи должно быть направлено на поиск резервов личности, её нераскрытых возможностей и потенциалов;
- необходимо изучать личность ребёнка с ОВЗ в развитии и сравнивать её с собственными показателями;

– методы изучения членов семьи, воспитывающей ребёнка с ОВЗ, и его личности должны быть тесно связаны с методами воспитания;

– методы диагностики должны быть научно обоснованными, валидными, разнообразными и применяться в комплексе;

Диагностика семьи, воспитывающей ребёнка, – трудный и ответственный процесс, который предполагает соответствие следующим критериям:

– объективность, достоверность, взаимодополняемость и проверка получаемой информации;

– профессионализм и компетентность в процессе интерпретации информации, полученной в ходе диагностики;

– конфиденциальность;

– соблюдение права клиента на невмешательство в частную жизнь;

– умение прогнозировать возможные варианты реакции клиента на предлагаемые действия.

Таким образом диагностика семьи – длительный процесс, который не допускает бесцеремонных поступков и непродуманных выводов. Изучение семьи – дело деликатное, тонкое, требующее от специалистов «Службы сопровождения детей с ОВЗ и их семей» проявления уважения ко всем её членам, искренности, объективности, желания оказать действенную помощь в воспитании ребёнка.

Литература

1. Борисова Н.В., Прушинский С.А. Инклюзивное образование: право, принципы, практика. – М.: РООИ «Перспектива», 2009.

2. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.А. Социальная работа с семьей ребёнка с ограниченными возможностями. – М., 2005.

3. Инклюзивное образование: состояние, проблемы, перспективы. – Минск: Четыре четверти, 2007.

4.. Ключева Н.В. Психолог и семья: диагностика, консультации, тренинг. – Ярославль: Академия развития, Академия Холдинг, 2002.

5. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М., 2003.

М. Н. Егизарьянц, Н. С. Коваленко

К ВОПРОСУ О ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПОДРОСТКОВОЙ ЛЖИ

Аннотация. В статье анализируются взгляды современных отечественных и зарубежных исследователей на феномен лжи, и предпринимается попытка спроецировать их на учебно-воспитательный процесс в среднем звене общеобразовательной школы. Автор констатирует возрастные различия в понимании лжи, особо останавливаясь на психолого-педагогических предпосылках распространения данного явления среди школьников-подростков.

Ключевые слова: подростковая ложь, склонность ко лжи, девиантное поведение, возрастные особенности подростков.

Подростковый возраст – это период, когда психика индивида, несмотря на сохранение своей пластичности, обретает черты, которые в дальнейшем станут неотъемлемыми личностными характеристиками. В системе формирующегося мировоззрения особое значение приобретает отношение подростка ко лжи, своевременное выявление и коррекция (при необходимости) которой играет важную роль в формировании стереотипов поведения.

Нужно обратить внимание, на близость понятий «ложь» и «обман». Так, одни современные специалисты отождествляют их, другие определяют, как две самостоятельные категории.

С. Харрис указывает на важность понимания грани между ложью и обманом. По С. Харрису, обман – это частный случай лжи. Им отмечается интересный парадокс обмана, который сводится к тому, что «обманывать можно, даже тогда, когда говоришь правду» [11, с.4]. Схожую позицию в этом вопросе занимает Ю.В.Александрова[1, с.162].

С. Харрис, отмечает, что цель любого лжеца сводится в основном к тому, чтобы у окружающих сформировались неверные представления. Причины, побуждающие человека ко лжи, по Харрису, можно представить следующим образом:

- 1) стремление выйти из неловкой ситуации;
- 2) желание преувеличить свои заслуги;
- 3) стремление скрыть свои проступки.

На основе его изложения можно выделить несколько видов лжи – «ложь значительная», требующая хитроумных уловок, и «ложь ничтожная», выражающаяся, как правило, в форме эффе-измов или тактичного молчания. В основе данной классифика-ции лежит цель, которую преследует лжец. В последующем С. Харрис уточняет, что в первом случае говорится об обмане с далеко идущими последствиями, а во втором – о «лжи во благо», которая используется, чтобы не ранить чувства окружающих.

Не следует переоценивать положительного эффекта так назы-ваемой «лжи во благо», потому что очень часто она олицетворя-ет собой посягательство на свободу других людей. С. Харрис отмечает, что отсутствие факта уличения во лжи в глазах лжеца говорит о том, что его ложь не причинила вреда. Однако, с точки зрения обманутых людей, подобные воззрения лжеца являются заблуждением[11,с.5].

Необходимость помнить о собственной лжи является серьёз-ной проблемой для самих лжецов, потому что перед ними встаёт не простая задача «оберегать» свою ложь от столкновения с ре-альностью, следить, чтобы вымыслы не расходились с действи-тельностью в будущем [11,с. 17]. Интересно и то, что, как прави-ло, лжецы мало доверяют тем, кому лгут. Губительность лжи прямо пропорциональна доверию и симпатии по отношению к жертвам. Если перенести данный факт в плоскость учебно-воспитательного процесса следует, что ложь подростков отража-ет их недоверие к сверстникам, учителям, родителям и т.д. От-сюда следует, что решение проблемы подростков, склонных ко лжи кроется в создании системы доверительных отношений в семье, классном коллективе и школе.

Е. Спирица, подходя к решению вопроса о феномене лжи практически, вводит понятие «рентная информация» [8,с. 16]. Для понимания его содержания необходимо сначала рассмотреть составляющие термина по отдельности, а затем вместе.

Информация – сведения, являющиеся объектом хранения, пе-реработки и передачи [7,с. 245].

Похожее, но более конкретизированное определение приводится в «Толковом словаре современного русского языка»:

Информация – сведения об окружающем мире и происходящих в нём процессах, воспринимаемыми человеком или специальными устройствами и являющиеся объектом хранения, переработки и передачи [10, с. 150].

Рента – регулярно получаемый доход на капитал, облигации государственных займов, имущество или землю, не требующий от получателя предпринимательской деятельности [7, с. 525].

Используя термин «рентный» в значении «регулярно приносящий выгоду», Е. Спирица вводит понятие «рентная информация», которое означает информацию ценную, приносящую какую-либо выгоду человеку. Ложь понимается данным автором как феномен целенаправленного сокрытия рентной информации [8, с. 17]. При этом выделяется три базовых ситуации, лежащие в основе лжи:

1) кто-то владеет рентной информацией, но об этом никто не знает;

2) владелец рентной информации скрывает эту информацию, но не факт владения ею;

3) владелец рентной информации скрывает и саму информацию, и факт владения ею.

Получается, что ложь, по Е. Спирице, – основной способ защиты рентной информации, используемый владельцем информации в противоборстве с претендентами на её получение. Данный подход при всей своей неоднозначности остаётся актуальным применительно к подростковой лжи. Ведь, вне всяких сомнений, информация, которую пытаются скрыть подростки, прибегая ко лжи, обладает большой ценностью для педагога, цель которого состоит в воспитании гармонично развитой личности. Для этого необходимо понимание учащихся как равноправных субъектов учебно-воспитательного процесса.

Нами в рамках данной статьи предложено считать ложь и обман равнозначными понятиями, что предполагает возможность отождествления одного с другим. Исходя из этого, обратимся к словарю для уточнения понятий. В «Толковом словаре современного русского языка» даётся следующее определение слову «обмануть»:

Обмануть – намеренно ввести в заблуждение, говоря неправду; поступить недобросовестно, нечестно по отношению к кому-либо [10,с. 232].

Особое внимание в данном варианте определения следует обратить на тот факт, что на первый план выносятся возможность данного действия в первую очередь в рамках речевой коммуникации.

Само понятие «ложь» на разных возрастных этапах понимается детьми по-разному. Так, до восьмилетнего возраста ложью для ребёнка является любое ложное утверждение, вне зависимости от того, знал ли говоривший о его истинности или нет. Именно в этот период ложь является важным атрибутом, позволяющим научить ребёнка отделять реальность от фантазии [4,с. 125]. Но уже младшие подростки 12 лет не расценивают ложь как однозначное зло, устанавливая её зависимость от обстоятельств. По мере взросления детям удаётся не только лучше обманывать других, но и самим отделять истину от вымысла [3,с. 239].

Формирование склонности ко лжи у ребёнка во многом зависит от личного примера родителей. Так, в семье, где родители лгут друг другу или другим людям, попытки объяснить ребёнку пагубность лжи будут мало эффективны [4,с. 125].

Характерные особенности подростковой лжи связаны со своеобразием возрастных кризисов, происходящих в процессе формирования личности [2,с. 217]. В подростковом возрасте повышена реактивность человека к неблагоприятным факторам внешней среды, включая экологию, вредные привычки, стрессы и т.д. [4,с. 225;13,с. 212]. Отмечается, что ложь у подростков в основном наблюдается при низком интеллекте, так как в противном случае он в состоянии самостоятельно справиться с текущими заданиями. Тем не менее, исследования показывают, что в ответственных ситуациях все подростки предпочитают списывать. Это наводит специалистов на мысль, что подростки лгут, пытаясь скрыть свою слабость [16,с. 176].

Чаще всего ложь подростка говорит о неблагополучии в семье или в системе взаимоотношений «учитель-ученик». Ложь является неотъемлемым атрибутом такого механизма психической защиты, как зависимость. Кроме того, стремясь оградить свой

внутренний мир от посягательств со стороны родителей, подросток меняет и сходную цель своей лжи на самосохранение. Примером такого рода лжи может служить ложь подростков, когда они, отправляясь на свидание, говорят родителям, что идут к другу, чтобы подготовиться к грядущей контрольной [1, с. 162]. Но стремление отдалиться от родителей – абсолютно закономерный процесс, который свойственен даже при благополучных детско-родительских отношениях [12, с. 44]. В отличие от детей более раннего возраста, подростки способны предугадать вероятные вопросы взрослых и дать на них приемлемые ответы [6, с. 29], что делает их обман более искусственным [9, с. 86; 12, с. 44].

Ведущей причиной лжи во все возрастные периоды, включая подростковый, является страх [5, с. 130; 14, с. 134]. Одной из черт, типичных для подростков, служит стремление занять среди сверстников значимое место (не быть изгоем). Неудивительно, что девочки в стремлении повысить свою репутацию в группе не редко сочиняют истории о своём знакомстве со знаменитостями [6, с. 31].

Ещё В.В. Знаков указывал на половые различия в понимании причин лжи, отмечая ярко выраженную женскую приверженность к добродетельной лжи. Эти выводы подтверждаются результатом исследований О.В. Барсуковой. Исследователь установила, что только 20% девочек лгут учителям из страха наказания. Число респондентов, прибегающих ко лжи из-за «боязни наказания» в семье и в школе, составило соответственно 53 и 60%. При этом в структуре подростковой лжи у девочек доминируют альтруистические мотивы. У мальчиков в ситуации общения с родителями на почве «боязни наказания» ложь встречается в 33% случаев; аналогичный показатель наблюдается и в ситуации общения с учителями [2, с. 218].

Таким образом, на сегодняшний день существуют различные подходы к феномену лжи. Часть исследователей отождествляет понятия «ложь» и «обман», другая настаивает на том, что разница между ними всё-таки есть. Подростковая ложь базируется на боязни:

- а) наказания;
- б) за свою репутацию;
- в) за свой внутренний мир.

Тем не менее, как показывают исследования специалистов, наблюдаются половые различия отношения ко лжи у подростков средней школы. Причина данных различий остаётся не вполне ясной и в перспективе может стать предметом изучения.

Литература

1. Александрова Ю.В. Возрастная психология. Характеристика психологических особенностей подростков и юношей. – М.: Современный гуманитарный университет, 2017.–516с.
2. Барсукова О.В. Изучение особенностей и причин подростковой лжи. // Молодой учёный. –2012.–№2.–С.216-219.
3. Грюнвальд Б., Макаби Г. Консультирование семьи. – М.: Когито-Центр, 2016.–415с.
4. Мазуркевич С.А. Энциклопедия заблуждений. Дети. – М.: Эксмо,2013.–400с.
5. Николаева Е.И. Как и почему лгут дети? Психология детской лжи. – СПб.: Питер,2012.–160с.
6. Николаева Е.И. Психология детской лжи, или Почему дети говорят неправду. – М.: Первое сентября,2013.–40с.
7. Современный словарь иностранных слов. – СПб.: Дуэт, 1994.–752с.
8. Спирица Е.Б. Психология лжи и обмана. Как разоблачить лжеца. – СПб.: Питер, 2016.–300с.
9. Тигунцева Г.Н. Проблема нарушенных коммуникаций в классификациях подростков, склонных к правонарушениям // Известия Иркутского государственного университета. – Иркутск: ИГУ, 2012 – С.84-92.
10. Ушаков Д.Н. Толковый словарь современного русского языка. – М.: Риполклассик, 2010. – 509с.
11. Харрис С. Ложь: Почему говорить правду всегда лучше. – М.: Альпина Паблишер, 2015. – 144с.
12. Хухлаева О.В. Лесенка радости. Коррекция негативных личностных отклонений в дошкольном и младшем школьном возрасте. – М.: Совершенство, 2018. – 80с.
13. Янкаускас А.А. Физиология подросткового периода. – М.: Юрайт, 2018. – 375 с.
14. Яценко С.Л. Российская школа сегодня: состояние, проблемы, перспективы. – СПб.: Питер, 2011. – 252с.

Ю. А. Живоглядова, А. А. Костенко

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ

Аннотация. В данной статье рассматривается возможность и обосновывается необходимость использования здоровьесберегающих технологий в организации коррекционно-логопедической помощи детям, имеющим тяжёлые нарушения речи.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, коррекция, общее недоразвитие речи, логоритмика, дыхательная гимнастика, артикуляционная гимнастика.

Детей дошкольного возраста, имеющих тяжёлые нарушения речи (дизартрия, алалия и пр.) в системе образования относят к категории детей, для которых необходимо создание специально организованной среды для удовлетворения их особых образовательных потребностей. В целом такую среду можно назвать здоровьесберегающей, поскольку она предполагает формирование и укрепление здоровья детей на основе комплексного и системного использования доступных средств при обязательном конструктивном партнёрстве семьи, педагогического коллектива и самих детей в укреплении их здоровья, развитии творческого потенциала.

Положения по созданию здоровьесберегающих условий вошли в важнейшие государственные документы, определяющие приоритеты развития образования. «Концепция модернизации российского образования на период до 2020 года» предусматривает создание условий для повышения качества общего образования, создание в образовательных учреждениях условий для сохранения и укрепления здоровья обучающихся.

Многочисленные исследования детей с общим недоразвитием речи (Волкова Л.С., Лалаева Р.И., Чиркина Г.В., Левина Р.Е. и др.) показывают, что у них наряду с речевой патологией наблюдается нарушение общей и мелкой моторики, слабое поверхностное ды-

хание, многие дети соматически ослаблены, часто болеют, быстро утомляются, испытывают психоэмоциональный дискомфорт. Практика показывает, что поэтому в ходе коррекционно-логопедической работы с детьми этой категории необходимо использовать прежде всего здоровьесберегающие технологии.

В научной литературе к настоящему времени все существующие здоровьесберегающие технологии дифференцируются на такие группы:

1. Физкультурно-оздоровительная технология, которая направлена на организацию физкультурно-оздоровительной деятельности, ориентированной на физическое развитие и укрепление здоровья ребёнка с ОНР. Физкультурно-оздоровительная деятельность осуществляется на занятиях по физическому воспитанию, а также в виде различных гимнастик, физкультминуток, динамических паузы пр.

2. Технология обеспечения социально-психологического благополучия ребёнка, которая направлена на обеспечение эмоционального комфорта и позитивного психологического самочувствия ребёнка в процессе общения со сверстниками и взрослыми в детском саду, семье, т.к. эмоциональный настрой, психическое благополучие, бодрое настроение детей является важным для их здоровья.

3. Здоровьесберегающие образовательные технологии, которые направлены на формирование у детей знаний о необходимости соблюдения режима дня, о важности гигиенической и двигательной культуры, о здоровье и средствах его укрепления, о функционировании организма и правилах заботы о нем. Дети приобретают навыки культуры и здорового образа жизни, знания правил безопасного поведения и разумных действий в неподвижных ситуациях.

Выделяются также технологии валеологического просвещения родителей и технологии здоровьесбережения и здоровьесобогащения педагогов, поскольку состояние здоровья взрослых людей, окружающих ребёнка с ОНР, оказывает непосредственное влияние на состояние здоровья детей.

Оздоровительная работа в нашем саду усиленно проводится в течение всего времени пребывания детей и представляет собой комплекс мероприятий, направленных на восстановление функ-

ционального состояния детского организма. Центральное место в этом комплексе занимает режим дня, который предусматривает максимальное пребывание детей на открытом воздухе, соответствующую возрасту продолжительность сна и других видов отдыха. Вся деятельность, связанная с физическими нагрузками (подвижные игры, труд, занятия физической культурой) проводятся в часы наименьшей инсоляции.

Однако наибольшее внимание к укреплению и сбережению здоровья уделяется такими специалистами как педагог-психолог и учитель-логопед, поскольку специфика их работы позволяет максимально индивидуализировать коррекционный процесс. Так учитель-логопед активно использует такие средства здоровья сбережения: логоритмика, дыхательная гимнастика, артикуляционная гимнастика с элементами биоэнергопластики, кинезиологические, фонопедические упражнения, психогимнастика, самомассаж, песочная игротерапия и су-джоктерапия.

Методами логоритмики можно в доступной и игровой форме развивать у детей общие речевые навыки: темп, дыхание, ритм; развивать артикуляцию, мимику; регулировать процессы возбуждения и торможения; формировать координацию движений, ориентировку в пространстве; расширять словарь детей и многое другое. Сюда же относится и воспитание у детей музыкально-эстетических представлений, развитие их музыкальных способностей и задатков; а также представлений об эстетической красоте родной речи.

Для развития артикуляционной моторики учитель-логопед использует метод биоэнергопластики, который направлен на синхронную работу артикуляционного аппарата с движениями рук. Данный метод способен ускорить процесс коррекции нарушений речи, так как работающая ладонь многократно усиливает импульсы, идущие к коре головного мозга от языка. Артикуляционная гимнастика необходима для развития не только артикуляционного аппарата, но и улучшает развитие высших психических процессов. Кинезиологические методы в работе с детьми с ОНР позволяют активизировать различные отделы коры больших полушарий, что способствует развитию способностей детей и коррекции проблем в различных областях психики. Кинезиология – это методика сохранения здоровья путём воздействия на

мышцы тела, т.е. путём физической активности. В ходе систематического использования кинезиологических упражнений у ребёнка развиваются межполушарные связи, улучшается память и концентрация внимания, наблюдается значительный прогресс в управлении своими эмоциями.

К здоровьесберегающим технологиям необходимо отнести и фонopedические упражнения, позволяющие закрепить изолированное произношение звука. Дети в процессе логопедической работы тренируют дыхательные мышцы, укрепляется голосовой аппарат, развивают свой голос.

Таким образом, проблемы коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста не отделимы от проблем, связанных с сохранением и укреплением здоровья. Мы полагаем, что применение здоровьесберегающих технологий в работе учителя-логопеда может значительно повысить эффективность его коррекционной деятельности.

Литература

1. Акименко В.М. Новые педагогические технологии: учебно-метод. пособие. – Ростовн/Д; изд. Феникс, 2008.
2. Подольская Е.И. Формы оздоровления детей 4-7 лет. – Волгоград: Учитель, 2009.
3. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: Учебное пособие. – М.: Народное образование, 2011.
4. Тверская Н.В. Здоровьесберегающий подход в развитии успешности ученика // Образование в современной школе. – 2005. – №2. – С.40-44.

Е. Н. Захарова, О.В. Белоус

ВОЗМОЖНОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Аннотация. В статье раскрываются содержание и возможности организации инклюзивного образования для особой категории детей – детей с задержкой психического развития. Особо представлены характеристики инклюзивного образования в целом и актуальность его построения для детей с ЗПР.

Ключевые слова: дети с ОВЗ, задержка психического развития, нарушения интеллекта, инклюзивное образование, коррекция, развитие.

Изменение представления государства и общества о правах и возможностях ребёнка-инвалида привело к постановке практической задачи максимального охвата образованием всех детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Признание права любого ребёнка на получение образования, отвечающего его потребностям и полноценно использующего возможности развития, обусловило важнейшие инициативы и ориентиры новой образовательной политики. Такое право детей с ограниченными возможностями здоровья возможно при инклюзивном образовании.

Масштабное практическое применение научных достижений в сфере медицины, техники, цифровых технологий, специальной психологии и коррекционной педагогики приводит к тому, что часть детей с ограниченными возможностями здоровья, к семи годам достигает близкого к норме уровня развития, что ранее наблюдалось в единичных случаях, а потому считалось исключительным. Существенную роль в таком изменении ситуации играет раннее (на первых годах жизни) выявление и ранняя комплексная помощь детям, внедрение в практику научно обоснованных и экспериментально проверенных форм организации совместного обучения здоровых детей с детьми с ограниченными возможностями здоровья, принципиально новых подходов и технологий их воспитания и обучения. В следствие этого часть детей с ограниченными возможностями здоровья, наиболее близких по своему развитию к нормативному, закономерно перераспределяется из специального образовательного пространства – специальных (коррекционных) школ – в общеобразовательное пространство массовой школы. Основная причина – общеобразовательное учреждение является основным институтом социализации ребёнка. В этих условиях общеобразовательное учреждение должно быть адаптивным к потребностям и возможностям особой части своего контингента – детям с ограниченными возможностями здоровья.

В связи с вышесказанным, вопросы инклюзивного образования в настоящее время очень актуальны: в течение длительного периода времени государственные и общественные организации в России занимаются разработкой методик в области инклюзивного образования, стремясь тем самым сделать доступным для всех школьников получение качественного образования в образовательных учреждениях общего типа.

В настоящее время наблюдается неблагоприятная тенденция к увеличению количества неуспевающих школьников, не справляющихся с учебной программой. За последние 20-25 лет число таких учащихся только в начальной школе выросло в 2-2,5 раза (30% и более). Наиболее многочисленную группу риска составляют школьники с так называемой задержкой психического развития (ЗПР).

В настоящее время в России сложилось единое образовательное пространство, и интеграция стала ведущим направлением при обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья, что выражалось в сближении массовой и специальной образовательных систем. На сегодняшний день институт инклюзивного образования является единственным международно признанным инструментом реализации прав ребёнка с ограниченными физическими возможностями на образование и счастливое будущее. В мире давно принято уделять особое внимание детям с ограниченными возможностями, их возможности получать достойное образование и их потребности во внимании, понимании и заботе взрослых людей.

В настоящее время у родителей, чьи дети имеют ограниченные физические возможности, есть два варианта выбора учебного заведения общего среднего образования:

- специализированная школа;
- общая образовательная школа с возможностями обучения ребёнка с ограниченными физическими возможностями.

Интегрированное обучение выступает как одна из форм альтернативного обучения, базовыми принципами которого являются: ранняя коррекция, образовательная психокоррекционная помощь каждому ребёнку, обоснованный психолого-медико-педагогический отбор детей для интегрированного обучения, наличие положительной системы и отношений со стороны соци-

ума и др. Интеграция детей с ограниченными возможностями в учреждение для нормально развивающихся сверстников происходит с учетом уровня развития каждого ребёнка и обеспечения реального выбора модели интеграции.

Сегодня речь идет о придании нового, социально-педагогического смысла процессу интеграции детей с ограниченными возможностями в образовательной практике. Особое значение приобретает организация не только и не столько совместной ведущей для определенного возраста деятельности (игровой, учебной), сколько совместного мира жизни детей.

На современном этапе произошли значительные изменения в области государственной образовательной политики. В отечественной системе образования складывается особая культура поддержки и помощи ребёнку в учебно-воспитательном процессе (психолого-педагогическое сопровождение). Разрабатываются вариативные модели сопровождения на базе медико-социальных центров, школьных служб сопровождения, профориентационных центров, психолого-медико-педагогических комиссий, центров психолого-педагогического консультирования, кабинетов доверия и других. Своевременное и эффективное психолого-медико-педагогическое сопровождение учащихся с ЗПР обеспечивается как в условиях дифференцированного (специального или коррекционного), так и интегрированного обучения. Приоритетным направлением деятельности по реализации права детей с ЗПР на образование является создание вариативных условий с учетом психофизических особенностей их развития в общеобразовательной среде.

На данном этапе действующее законодательство позволяет организовать обучение и воспитание детей с задержкой психического развития в дошкольных и школьных образовательных учреждениях общего типа. Содержание образования определяется образовательной программой VII вида, разрабатываемой с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников.

Задержка психического развития (ЗПР) – нарушение (замедление) нормального темпа психического развития. Термин «задержка психического развития» (ЗПР) используется для обозначения сборной и клинически неоднородной группы дизонтоге-

ний (нарушений развития). Несмотря на неоднородность задержки психического развития имеют общие специфические особенности состояния эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности, позволяющие выделить их в определенную категорию.

Клинический аспект задержек психического развития подразумевает интеллектуальные расстройства, обусловленные недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы или познавательной деятельности. По ряду параметров эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер дети с ЗПР находятся как бы на более ранней возрастной стадии. Их характеризует незрелость поведения и личности в целом, несформированность навыков интеллектуальной деятельности, ограниченность знаний и представлений. Но при этом наблюдающаяся у них «зона ближайшего развития» позволяет дифференцировать данный дефект от умственной отсталости (Чупров, 2009).

Тенденции развития ребёнка с задержкой психического развития те же, что и нормально развивающегося. Некоторые нарушения – отставание во владении предметными действиями, отставание и отклонение в развитии речи и познавательных процессов – в значительной мере носят вторичный характер. При своевременной и правильной организации воспитания, возможно более раннем начале коррекционно-педагогического воздействия многие отклонения развития у детей могут быть скорректированы и даже предупреждены (Стребелева, Венгеридр., 2002).

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети с задержкой психического развития все же имеют возможности для развития. У них в основном сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, ориентированы на взрослого, у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность (Аксенова, Архипов и др., 2005).

В связи с особенностями развития дети с задержкой психического развития в ещё большей мере, чем нормально развивающиеся, нуждаются в целенаправленном обучающем воздействии взрослого. Отставание в коммуникативном развитии у детей

этой категории на этапах раннего онтогенеза в силу деструктивных органических и социальных влияний, основным из которых является дефицит общения со взрослым, различные деформации в их отношениях нарушают процесс личностного развития детей (в совокупности его социальных компонентов), межличностных отношений (взаимоотношений) и их социально-психологическую адаптацию.

Позитивным аспектом практики включения образовательных учреждений всех ступеней в процесс интегрированного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья является осознание соблюдения цели обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья. Так, образовательные учреждения осознают необходимость создания целостной системы, обеспечивающей оптимальные педагогические условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, образовательного пространства школы, которое позволит обеспечить развитие учащегося, его подготовку к полноценному и эффективному участию в общественной и профессиональной жизни. Среди частных задач ОУ выделяются организация обучения в соответствии с их возрастными и индивидуально-типологическими особенностями таких учащихся, формирование у них гражданско-правовой культуры; культуры здоровья; общения. Создание условий для личностной реализации учащегося и другие.

Литература

1. Письмо МО РФ от 27.06.2003 г. №28-51-513/16 «Методические рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования» // СПС Консультант Плюс

2. Специальная педагогика: Учебное пособие для студ. высш. учеб. Заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; под. ред. Н.М. Назаровой. – 4-е изд., стер. – М.: Академия, 2005.–400с.

3. Специальная дошкольная педагогика: учеб. Пособие / Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова и др.; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Академия, 2002.–312с.

4. Чупров Л.Ф. Психодиагностическая триада методик для исследования структуры интеллектуального развития младших школьников. – Черногоorsk-Москва: СМОПО, 2009. – 80с.сприл.

ИГРА КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Аннотация. В статье представлены экспериментальные данные проведённого исследования познавательной деятельности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития. Показано, что игра является важным средством её формирования у данной категории детей.

Ключевые слова: познавательная деятельность, задержка психического развития, дети с задержкой психического развития, игра, игровая деятельность.

Проблема развития познавательной деятельности дошкольников – одна из самых актуальных в детской психологии, поскольку взаимодействие человека с окружающим миром возможно благодаря его деятельности, а ещё и потому, что активность является неременной предпосылкой формирования умственных качеств личности, её самостоятельности и инициативности.

Познавательная деятельность при правильной педагогической организации деятельности воспитанников и систематической и целенаправленной воспитательной деятельности может и должна стать устойчивой чертой личности дошкольника и оказывает сильное влияние на его развитие. Объектом нашего исследования стала познавательная деятельность детей дошкольного возраста с задержкой психического развития, а предметом – дидактическая игра как средство коррекции познавательной деятельности детей дошкольного возраста с ЗПР.

Основная цель исследования, это теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность дидактической игры как средства коррекции познавательной деятельности детей дошкольного возраста с ЗПР.

Для решения поставленных задач и проверки гипотезы были использованы следующие методы исследования: теоретический анализ и обобщение психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, наблюдение за учебно-воспитательным

процессом, педагогический эксперимент, метод анализа педагогического эксперимента, статистические методы обработки данных.

В эксперименте участвовали воспитанники старшей группы в количестве 24 человек. Они были поделены на две группы: контрольную и экспериментальную.

Для выявления уровня познавательной деятельности мы остановились на четырёх заданиях, два из которых предполагали активную продуктивную деятельность дошкольников и действенный способ познания – конструирование фигурок из бумаги (оригами) и составление узоров из кубиков (по типу кубиков Кооса).

Другие два вида деятельности были направлены на восприятие и переживание образов – прослушивание сказки и рассмотрение картинок с изображением экзотических животных и птиц. Задания предлагались в разных коммуникативных ситуациях: слушали сказку и складывали оригами испытуемые в парах, а рассматривали картинки и складывали узор из кубиков по одному (в присутствии и при участии экспериментатора).

В результате проведённой работы на констатирующем этапе эксперимента было установлено, что показатели уровня сформированности познавательной деятельности отличаются в группах по низкому и среднему показателям:

– 25% детей контрольной группы и 33,4% детей экспериментальной группы имеют низкий уровень сформированности познавательной деятельности, исходя из четырёх критериев, определённых в начале эксперимента. Эти дети не проявляют инициативности и самостоятельности в процессе выполнения заданий, утрачивают к ним интерес при затруднениях и проявляют отрицательные эмоции (огорчение, раздражение), не задают познавательных вопросов; нуждаются в поэтапном объяснении условий выполнения задания, показе способа использования той или иной готовой модели, в помощи взрослого;

– 66,7% детей, входящих в контрольную группу и 58,3% детей, входящую в экспериментальную группу представили средний уровень. Они, испытывая трудности в решении задачи, не утрачивают эмоционального отношения к ним, а обращаются за помощью к воспитателю, задают вопросы для уточнения условий её выполнения и получив подсказку, выполняют задание до конца, что свидетельствует об интересе ребёнка к данной дея-

тельности и о желании искать способы решения задачи, но совместно со взрослым;

– детей с высоким уровнем познавательной деятельности активности в контрольной и экспериментальной группах по 8,3%. В случае затруднений эти дети не отвлекаются, проявляли упорство и настойчивость в достижении результата, которое приносит им удовлетворение, радость и гордость за достижения.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что у большинства испытуемых низкий и средний уровень познавательной деятельности, что говорит о необходимости её развития.

С целью формирования познавательной активности у детей дошкольного возраста мы провели ряд дидактических игр, направленных на развитие познавательного интереса, мышления, внимания, зрительной памяти, воображения и речи детей, а также на формирование таких качеств личности как внимательность, наблюдательность и сосредоточенность, познавательная самостоятельность, инициативность.

После завершения формирующего эксперимента было проведено контрольное обследование детей экспериментальной и контрольной групп.

Цель контрольного эксперимента: выявить результаты опытно-экспериментальной работы по формированию познавательной деятельности у детей дошкольного возраста в дидактических играх, провести сравнение результатов экспериментальной группы с результатами контрольной группы.

Диаграмма 1

Сравнение уровней сформированности познавательной деятельности в контрольной группе до обучения и после эксперимента (%)

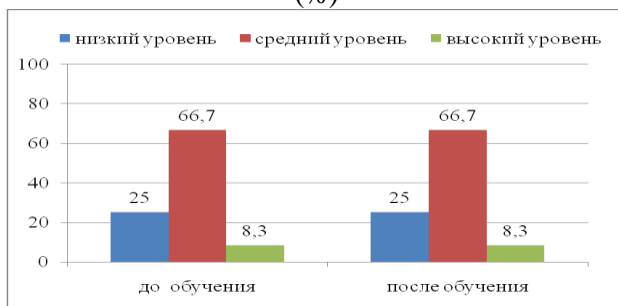
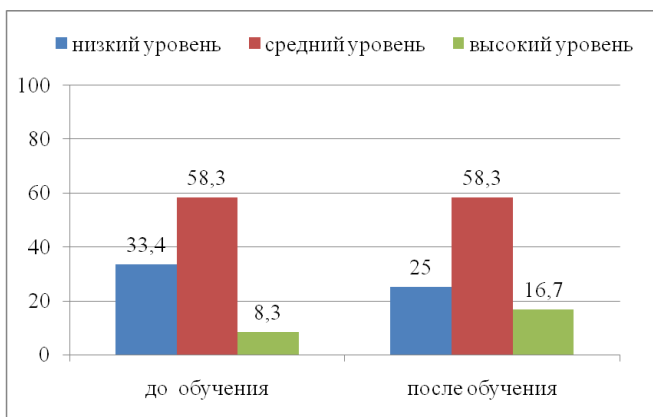


Диаграмма 2

Сравнение уровней сформированности познавательной деятельности детей дошкольного возраста в экспериментальной группе до и после эксперимента (%)



Полученные сравнительные диаграммы свидетельствуют о том, что отмечается положительная динамика в экспериментальной группе: произошло изменение показателей – низкий уровень снизился с 33,4% до 25%, а высокий уровень вырос с 8,3% до 16,7%.

В контрольной группе изменений не произошло.

Сравнение результатов уровня развития познавательной деятельности по всем выделенным нами критериям и показателям внутри каждой группы детей, до проведения формирующего эксперимента и после проведения формирующего эксперимента позволяет сделать следующие выводы:

- контрольной группе, где не проводилось специальной работы, в показателе «Развитие любознательности» изменений не произошло;

- в экспериментальной группе (где наряду с мероприятиями, проводимыми по плану воспитателей, проводилась работа, направленная на развитие познавательной деятельности) произошли следующие изменения в категории развития любознательности: низкий уровень развития познавательной активности

с 41,7% (5 детей) уменьшился до 33,4% (4 ребёнка), высокий уровень развития познавательной деятельности вырос с 16,6% (2 ребёнка) до 25% (3 ребёнка), количество детей со средним уровнем развития содержательного показателя познавательной активности осталось неизменным – 41,6 % (5 детей);

– в контрольной группе не произошло значительных изменений в категории развития самостоятельности: количество детей с низким уровнем снизилось с 33,4% (4 ребёнка) до 25% (3 ребёнка), количество детей со средним уровнем развития содержательного показателя познавательной деятельности осталось неизменным – 58,3% (7 детей), количество детей с высоким уровнем развития содержательного показателя выросло с 8,3% (1 ребёнок) до 16,6% (2 ребёнка);

– в экспериментальной группе в категории развития самостоятельности произошли следующие изменения: низкий уровень развития познавательной деятельности с 41,7% (5 детей) уменьшился до 33,4 % (4 ребёнка), средний уровень вырос с 41,7% (5 детей) до 50% (6 детей), в то же время высокий уровень развития познавательной деятельности остался неизменным – 16,6% (2 ребёнка).

В категории развития инициативности в контрольной группе не произошло никаких изменений, в экспериментальной группе в этой же категории произошли следующие изменения: низкий уровень уменьшился с 8,3% (1 ребёнок) до 0, средний уровень уменьшился с 58,3% (7 детей) до 50% (6 детей), а высокий уровень увеличился с 33,4% (4 ребёнка) до 50% (1 ребёнок).

В контрольной группе не произошло изменений в категории развития интереса к процессу познания.

В экспериментальной группе в категории развития интереса к процессу познания произошли следующие изменения: средний уровень изменился с 58,3% (7 детей) до 41,6% (5 детей), высокий уровень развития познавательной деятельности вырос с 8,3 % (1 ребёнок) до 25% (3 ребёнка), количество детей с низким уровнем развития осталось неизменным – 33,4% (4 ребёнка).

В контрольной группе изменений в категории «Практическое приспособление к ситуациям» не произошло.

В экспериментальной группе в этой же категории произошли следующие изменения: низкий уровень развития познавательной

деятельности с 25% детей (3 ребёнка) уменьшился до 8,3% (1 ребёнок), средний уровень увеличился с 66,7% (8 детей) до 83,4 (9 детей.), в то же время высокий уровень остался неизменным – 8,3% (1 ребёнок).

Полученные нами данные позволяют сделать следующее выводы:

После проведения формирующего эксперимента уровень развития познавательной деятельности детей экспериментальной и контрольной групп стал значительно отличаться. У детей экспериментальной группы уровень познавательной деятельности значительно вырос, в то время, как у детей контрольной группы остались без изменений.

Проведённый эксперимент позволяет заключить, что познавательная деятельность детей дошкольного возраста с ЗПР может быть реально и существенно повышена, если в процессе коррекционной работы будут целенаправленно и комплексно использоваться дидактические игры.

Литература

1. Аванесова В. Н. Дидактическая игра как форма организации обучения в детском саду /Под ред. Н. Н. Поддьякова. – М.: Просвещение, 1972. – 176 с.
2. Айдашева Г.А. Дошкольная педагогика /Г.А.Айдашева, Н.О.Пичугина. – М: Феникс, 2004. – 326 с.
3. Веракса Н. Е. Развитие ребёнка в дошкольном детстве: пособие для педагогов дошкольных учреждений /Н.Е.Веракса, А.Н.Веракса. – М.: Мозаика-Синтез, 2006. – 523 с.
4. Кригер Е. Э. Педагогические условия развития познавательной активности детей старшего дошкольного возраста /Е.Э.Кригер. – Барнаул, 2000. – С.32-35.
5. Лейтес Н. С. Динамическая сторона психической активности и активированность мозга: в кн.: Психофизиологические исследования интеллектуальной саморегуляции и активности /Н.С.Лейтес, Э.А.Голубева, Б.Р.Кадыров. – М.: Просвещение, 1980. – С. 114-124.

У. Д. Кащенко
*Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент В. И. Лахмоткина*

СТУПЕНИ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКА ЧТЕНИЯ

Аннотация. В статье рассматриваются особенности формирования процесса чтения при овладении письменной речью. Рассказывается содержание ступеней формирования навыка чтения.

Ключевые слова: чтение, навыки чтения, ступени формирования навыка чтения, техника чтения.

Чтение – это сложный психофизиологический процесс, который осуществляется с помощью различных анализаторов (зрительных, речевых, слуховых) и различных систем мозга. Федина В. В. отмечает, что чтение начинается с визуального восприятия, различения и распознавания букв. Основываясь на зрительных процессах, буквы соотносятся с соответствующими звуками, так осуществляется звуковое воспроизведение зрительного образа слова, его прочтение. И, наконец, на основе соотношения звуковой формы слова и его значения создаётся понимание прочитанного.

Автор указывает, что восприятие чтения происходит в момент фиксации, останавливая взгляд на линии. В процессе прямого движения глаз восприятие чтения не происходит. Это подтверждается длительностью этих процессов. Поэтому время простоя в 12-20 раз больше, чем время движения глаз на линии. Кроме того, при изменении условий чтения, когда текст становится более сложным, количество и продолжительность фиксации изменяются, в то время как скорость движения глаз от одного приложения к другому остаётся неизменной[2].

Овладение навыком осуществляется в процессе длительного обучения. Известный советский психолог Т. Г. Егоров выделяет следующие четыре ступени обучения чтению: 1) овладение звуко-буквенным обозначением; 2) слоговое чтение; 3) становление техники синтетического чтения; 4) ступень синтетического чтения. Каждая ступень характеризуется своей оригинальностью, определённой психологической структурой, сложностями, задачами и приёмами овладения.

На этапе усвоения звукобуквенного обозначения дети анализируют поток речи и предложения, деля слова на слоги и звуки. После различения звука ребёнок соотносит его с определённым образом, буквой. Затем, когда он читает, он синтезирует буквы в слоги, соотносит прочитанное слово со словом устной речи. Буква – это графический знак, служащий для обозначения на письме звуков (фонем) и их разновидностей. Следовательно, сложный процесс усвоения звуковых и буквенных обозначений начинается с познания звуковой стороны речи, с различения и разделения речевых звуков. Быстрое и успешное усвоение букв возможно только в том случае, если в достаточной степени сформированы следующие функции: а) фонематическое восприятие (дифференциация, различие фонем); б) фонематический анализ (способность различать звуки речи); в) визуальный анализ и синтез (способность определять сходство и различие букв); г) пространственные представления; д) визуальный мнестик (возможность запоминания визуального образа буквы).

На ступени слогового чтения распознавание букв и слияние звуков в слоги выполняются без затруднений. Воспроизводимые слоги быстро соотносятся с соответствующими звуковыми комплексами. Таким образом, единица чтения на этой ступени – это слог. Процесс понимания текста отстаёт от процесса визуального восприятия прочитанного, не соединяется с процессом восприятия, но идёт за ним. Следовательно, на данной ступени остаётся сложность синтеза, объединения слогов в слове, особенно при чтении длинных и структурно сложных слов, сложность установления грамматических связей между словами предложения.

На ступени становление техники синтетического чтения семантическая гипотеза играет важную роль. Полагаясь на значение прочитанного ранее, и не имея возможности быстро и точно контролировать его с помощью визуального восприятия, ребёнок часто заменяет слова, окончание, наблюдается так называемое угадывающее чтение. В результате догадок существует большой разрыв между чтением и печатью, появляется много ошибок. Ошибочное чтение приводит к частым регрессиям, возврату к предыдущему чтению для исправления, уточнения или контроля. Гипотеза имеет место только в предложении, а не в общем со-

держании текста. На этой ступени синтез слов в предложении более зрелый, увеличивается скорость чтения.

Степень синтетического чтения характеризуется целостными методами чтения слова, словосочетания. Технический аспект чтения больше не усложняет читателя. На этой ступени читающий не только синтезирует слова в предложении, но и синтезирует фразы в одном контексте. Скорость чтения довольно быстрая. На заключительных этапах формирования способности к чтению все ещё возникают трудности в синтезе слов в предложении и синтезе предложений в тексте. Понимание прочитанного осуществляется только в том случае, если ребёнок знает значение каждого слова, понимает связи между ними, которые существуют в предложении[1].

Следует отметить, что основными условиями успешного овладения навыком чтения являются: сформированность устной, фонетико-фонематической речи (произношение, дифференциация фонем, фонетический анализ и синтез) и лексико-грамматической стороны речи; достаточное развитие пространственных представлений; визуальный анализ и синтез; визуальный мнестис.

Литература

1. Егоров Т.Г. Психология овладения навыком чтения / Акад. пед. наук РСФСР, Ин-т психологии. – М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1953.–263с.

2. Федина В.В. Самоучитель по специальной методике объяснительного и литературного чтения. Пособие для студентов специальностей логопедия и олигофренопедагогика. – Великий Новгород: НовГУ им.ЯрославаМудрого,2004.–82с.

Ю. В. Коваленко

*Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент Л.А.Ястребова*

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности развития мелкой моторики у детей дошкольного возраста с ди-

зартрией. Описано формирование определённых моторных навыков в соответствии с онтогенезом.

Ключевые слова: дизартрия, мелкая моторика, моторная недостаточность, двигательные акты, пространственно-временная организация движения.

Дизартрия – это нарушение звукопроизношения, голосообразования и просодики, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного.

Мелкая моторика – одна из сторон двигательной сферы, которая напрямую связана с овладением предметными действиями, формирование продуктивных видов деятельности, письмом, речью ребёнка. Развитие же двигательных функций, в том числе и тонких движений рук, происходит в процессе взаимодействия ребёнка с окружающим его предметным миром[2].

М.М. Кольцова говорит: «Движения пальцев рук исторически оказались напрямую связаны с речевой функцией человека. Жесты являлись одной из первых форм коммуникации древних людей, и здесь необходимо подчеркнуть важность руки, так как развитие функций руки и речи у людей шло параллельно. У ребёнка примерно такой же ход развития речи – в начале идет развитие тонких движений пальцев рук, затем появляется артикуляция слогов. Последующие совершенствования речевых реакций находятся в зависимости от степени тренировки движений пальцев»[3].

Известный деятель в области психиатрии и невропатологии В.М. Бехтерев отмечает, что функция движения руки тесно связана с функцией речи, а развитие первой всегда способствует развитию второй[4]. Е.Ф. Архипова приводит данные о том, что моторная сфера детей с дизартрией характеризуется замедленными, скованными, неловкими, недифференцированными движениями. С первых дней жизни развитие ребёнка с дизартрией значительно отличается от развития нормально развивающихся детей. Дети с дизартрией поздно начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Задерживается развитие прямохождения не только в первый год, но, зачастую, и во второй год жизни малыша[1].

К 3-м месяцам ребёнок с дизартрией берет игрушку, может проводить различные манипуляции с ней длительно удерживая, но, как правило, такие движения, хаотичны и носят преимущественно размашистый характер. В 1 год действия малыша приобретают характер ситуативной игры, как и у здорового ребёнка, но движения также остаются хаотичными и носят преимущественно размашистый характер. Что негативно сказывается на развитии восприятия, связанного в этом возрасте с хватанием. У ребёнка с дизартрией нет активного хватания, не формируется восприятие свойств предметов и зрительно-двигательная координация.

В 1,5-2 года отмечается то, что у ребёнка запаздывают формироваться навыки самостоятельной еды, ребёнок только начинает есть ложкой и пить из чашки.

С 2,5 лет нарушения мелкой моторики у ребёнка с дизартрией проявляются в продуктивных видах деятельности – изобразительной деятельности и ручном труде. Ребёнок плохо или вовсе не контролирует силу нажатия при аппликациях или работе с пластилином, произвольного контроля над движениями нет, движения неточны и хаотичны.

В 2-3 года, ребёнку с трудом удаётся сложить пирамидку разной величины. Элементарные навыки гигиены из-за моторных нарушений плохо развиты. Малыш не может самостоятельно снять одежду. При манипуляции с предметами ребёнок не учитывает их свойства, а сами манипуляции чередуются неадекватными действиями, то есть ребёнок может не учитывать соотношения размеров[4].

К 4-м годам в процессе трудовой деятельности затруднены координация движений в выполнении точных действий, как правило сила кисти руки мало контролируема или же является недостаточной. У ребёнка отсутствует самоконтроль за собственными действиями, имеются нарушения темпа действий, что обуславливает проблемы в развитии мелкой моторики детей с дизартрией.

Даже к 5-6 годам ребёнок способен выполнить только самые простые движения. Ребёнок затрудняется выполнить без посторонней помощи движение по подражанию. У детей также продолжает наблюдаться вялость пальцев, особенно ярко это прояв-

ляется при работе с ручкой или карандашом чрезмерное напряжение и малая подвижность. Именно поэтому, рисунки малыша небрежны и выходят за границы предполагаемого контура.

Таким образом из-за нарушений центральной нервной системы, ребёнок с дизартрией не способен самостоятельно овладеть всеми моторными навыками и речью, свойственных нормально развивающемуся сверстнику.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Стёртая дизартрия у детей. –М.: АСТ; Астрель, 2016.

2. Лопатина Л.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников коррекция стёртой дизартрии: Учебное пособие для логопедов, студ. пед. вузов и родителей – СПб.: Каро; Дельта+, 2013.

3. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ. ред. проф. Г.В. Чиркиной. – 3-е изд., доп.–М.: АРКТИ, 2009.

4. Шашкина Р.Г. Логопедическая ритмика: Учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. Заведений – М.: Владос, 2014.

Д. А. Кубанцева

*Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент Л.А. Ястребова*

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ С ПОДКОРКОВОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Аннотация. Существует большое количество исследований, посвящённых речевым нарушениям у детей. Однако многие из таких нарушений встречаются и у лиц взрослых, получивших специальность, работающих. Одной из распространённых речевых патологий у взрослых является подкорковая, или экстрапирамидная, дизартрия. Процесс реабилитации лиц с данным нарушением имеет свои особенности.

Ключевые слова: дизартрия, дизартрия у взрослых, подкорковая дизартрия, экстрапирамидная дизартрия, реабилитация.

Современное общество продолжает развиваться, совершаются открытия во многих областях научной сферы. Однако количество разного рода патологий, к сожалению, не уменьшается, а только растёт. Причём патологии, в частности речевые, проявляются не только в детском возрасте. У взрослых также наблюдаются нарушения речи, которые характеризуются разной этиологией, патогенезом и симптоматикой. Одним из таких нарушений является подкорковая дизартрия.

Во взрослом возрасте дизартрия чаще всего возникает внезапно, из-за длительного пребывания в бессознательном состоянии (кома тозное состояние после черепно-мозговой травмы или обширного инсульта). Кроме того, дизартрия может появляться вследствие интоксикации алкоголем, а также не правильного приёма некоторых групп медикаментов[5].

Е.Ф. Архипова даёт следующее определение дизартрии: «дизартрия – нарушение звукопроизношения и просодики в следствии нарушения иннервации мышц речевого аппарата»[4]. Автор отмечает, что дизартрия относится к числу сложных нарушений, так как её ведущей характеристикой можно выделить не плавную, не ясную. Нарушения произносительной стороны речи при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. В энциклопедическом словаре под редакцией Г.А. Волковой дизартрия рассматривается как нарушение членораздельной речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата[3]. Ведущий дефект при данной патологии – нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи, которые связаны с органическим поражением центральной и периферической нервной системы.

Подкорковая дизартрия возникает в результате поражения экстрапирамидной системы. Вследствие этого поражения наблюдаются расстройства локомоции, мышечного тонуса и тонической активности, врождённых автоматизмов, в том числе различных мышечных синергий, появляются гипер- и гипокинезы. Особенностью данной формы дизартрии является отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения, кроме того, большую сложность представляет автоматизация звуков.

В работе Л.И. Беляковой и Н.Н. Волосковой «Логопедия. Дизартрия» отмечено, что тонические спазмы мышц или же резкое снижение их тонуса могут полностью исключать вибрацию голосовых складок, следовательно, в эти моменты звонкие согласные заменяются глухими, не требующими участия голоса.

Основной характеристикой речевого потока является прерывистость. У лиц с экстрапирамидной дизартрией наблюдаются расстройства темпа речи, проявляющиеся то в её ускорении, то в замедлении. Характерны трудности включения в акт речи, внезапные остановки речевого воспроизведения, разнообразные стереотипии и персеверации отдельных звуков, слогов, слов, артикуляция звуков у больных невнятная, смазанная. Нарушены модуляции голоса, выразительность речи, изменён голос. Указанные нарушения делают акцент на диспросодических расстройствах в картине экстрапирамидной дизартрии.

Голос больного характеризуется слабостью, глухостью, неопределённым тембром, колеблющейся звонкостью, монотонность экспрессивной речи является следствием суженного звуковысотного диапазона, кроме того, отмечается нечёткость паузации и акцентной структуры фраз.

А.М. Пулатов и Е.Н. Винарская рекомендуют для взрослых больных с дизартрией провести нейрофонетический анализ симптомов дизартрии, который обычно проводится врачом. Это позволяет качественно продиагностировать речевое нарушение, верно выделив форму дизартрии[1].

Реабилитация взрослых с подкорковой дизартрии представляет собой комплекс специализированных мероприятий, который включает диагностику, выявление, лечение посредством медикаментов и физиотерапии, что проводится медицинскими работниками, а также специальную педагогическую работу по коррекции звукопроизношения и специальная психологическая помощь.

В коррекционной работе при подкорковой дизартрии могут быть использованы не только логопедический массаж и артикуляционная гимнастика, но и выработка различных речедвигательных координаций, которая и является ведущим направлением работы в процессе преодоления речевого нарушения. При разных формах подкорковой дизартрии дискоординации носят

различный характер, поэтому необходимо применение коррекционных методов, специфичных для каждой из них.

Нельзя не отметить важность взаимодействия врача, логопеда и психолога на протяжении всей работы с взрослым, страдающим дизартрией, проведение совместных психогигиенических и психопрофилактических мероприятий. Необходимо принимать к сведению тот факт, что психоорганический тип изменения психических процессов характеризуется недостаточностью психических функций различной степени, что связано с нарушением памяти, внимания, мышления, эмоционального состояния.

При взаимодействии с больным с дизартрией психолог и логопед должны способствовать адекватной оценке им окружающей действительности, собственной работоспособности, сохранности профессиональных навыков, возможности вербального общения. Постепенно, по мере восстановления речи психолог и логопед направляют работу на уменьшение психологической зависимости больного от специалистов, обеспечивающих процесс реабилитации. Это необходимо, чтобы подготовить его к самостоятельному функционированию в обществе. К концу восстановительного периода, когда создаётся точное представление о возможностях последующей социальной реабилитации больного, необходимо правильно ориентировать больного на новые виды деятельности. Основные усилия психолога и логопеда должны быть направлены на сохранность личности, мотивов активной социальной реабилитации.

Нередко взрослые с дизартрией нуждаются в эмоциональной разгрузке. Существуют разработанные методы арттерапии, с помощью которых пациента стимулируют к созданию художественных произведений для активного творческого выражения личностной динамики и решения проблем. В современных тренингах с использованием биологической обратной связи применяются внешние зрительные или слуховые сигналы, которые информируют больного о появлении специфических изменений функций организма. А.А. Сметанкин и Н.М. Яковлев посредством исследований определили, что в этих методиках пациенты обучаются устранению паттернов поведения утяжеляющих их состояние, часто путём преднамеренного вхождения в определённые состояния мозга[1].

Таким образом, процесс реабилитации взрослых с подкорковой дизартрии имеет свои особенности, которые сводятся к комплексному воздействию на больного медицинского, педагогического и психологического характера. Важным в ходе восстановления больного является слаженная работа врача, логопеда и психолога. Именно это позволяет преодолеть барьер между человеком, страдающим дизартрией, и окружающими, помогает ему отыскать наиболее безболезненный путь возвращения к общественной жизни.

Литература

1. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. – М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 287с.

2. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680с.

3. Волкова Г.А. Энциклопедический словарь логопеда. – СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2014. – 256с.

4. <https://arkhipovaef.ru/2017/01/24/%D0%B4%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F-1/>

5. <https://yusupovs.com/articles/neurology/dizartriya/>

В.И. Лахмоткина

УЧЁТ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ СВЯЗНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ

Аннотация: в статье рассматриваются особенности связной речи у детей с общим недоразвитием речи, показана актуальность учёта специфики состояния связной речи при её недоразвитии в процессе совместного обучения детей с нормальным речевым развитием и с речевой патологией.

Ключевые слова: инклюзивное обучение, связная речь, общее недоразвитие речи.

В настоящее время одной из актуальных проблем является реализация инклюзивного обучения, предполагающего совместное образование обычных и имеющих особые образовательные потребности детей. Как отмечают многие учёные, проблема совместного обучения таких детей чрезвычайно сложна и многогранна и требует высокой квалификации работающих с ними педагогов.

Вопросы развития связной речи в норме и патологии изучались многими учёными такими, как В.И. Яшина, Т.А. Ткаченко, А.Н. Гвоздев, Т.Б. Филичева, В.К. Воробьева, В.П. Глухов, Н.В. Нищева и др. Развитие связной речи является необходимым условием при подготовке ребёнка к школе и включает в себя умение связно, в логической последовательности излагать свои мысли, пересказывать тексты, отвечать на поставленные вопросы, поддерживать диалог с собеседником.

В.К. Воробьева отмечает, что связная речь представляет собой развёрнутые высказывания, которые связаны между собой по смыслу, структуре и обеспечивают общение людей. По мнению автора, связная речь является одной из главных составляющих речевого развития дошкольника и включает в себя две основные формы речи: монологическую и диалогическую. В ходе нормального онтогенеза развитие связной речи начинается в дошкольном возрасте, когда происходит становление и развитие всех сторон речи: фонетической, лексической, грамматической, связной[1].

Исследователи А.Н. Гвоздев, Г.А. Фомичева, В.К. Лотарев, О.С. Ушакова и др. отмечают, что интенсивномонологической речью дети начинают овладевать в 5-6 лет, хотя уже с 4 лет им доступны простое описание, повествование, а на седьмом году жизни появляются короткие рассуждения. У детей с нормальным речевым развитием, как утверждают учёные, к моменту поступления в школу устная связная речь находится на достаточно хорошем уровне. В.П. Глухов подчёркивает, что и в норме дети могут овладевать навыками монологической речи полноценно

только при проведении специально организованного целенаправленного обучения.

Все исследователи детской речи убедительно доказывают, что без целенаправленного обучения дети, обучающиеся в школе, испытывают затруднения при построении развёрнутого связного высказывания. Учёные утверждают, что для успешного овладения монологической речью необходимо иметь хороший уровень психического развития, специальные мотивы, сформированность навыков контроля и самоконтроля, соответствующий возрасту уровень владения языком, возникновение регулирующей и планирующей функций речи. Кроме того, необходимо верно использовать интонацию, предложения различной синтаксической структуры, логическое ударение и т.д.

Особое внимание формированию навыков связной монологической речи необходимо уделять при проведении коррекционной работы с детьми, имеющими общее недоразвитие речи. Несформированность связной речи дошкольников с общим недоразвитием речи отрицательно сказывается на развитии всей речемыслительной деятельности, ограничивает их коммуникативные потребности и познавательные возможности.

Е.М. Мастюкова сделала вывод о том, что у детей с общим недоразвитием речи речевой дефект не является единственной причиной дальнейшей задержки у них психоречевого отставания. Исследователь подчёркивает, что в структуре этой задержки наблюдается замедление темпа формирования всех высших психических функций, трудности овладения прежде всего языковой и другими видами символической деятельности, недоразвитие тесно связанных с речью мыслительных операций. Е.М. Мастюкова отмечает, что выделение такой формы речевого расстройства как общее недоразвитие речи основано на системном подходе к развитию речи в норме и патологии. Исследователь подчёркивает, что в норме имеет место тесная взаимосвязь формирования фонетических и лексико-грамматических компонентов речевой системы, а в условиях патологии – их системное недоразвитие[4].

Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева отмечают, что «...педагогу-логопеду безразлично, с кем он работает, на каком фоне возникает общее недоразвитие речи, какое влияние на

темп речевого развития оказывают сопутствующие неврологические нарушения, генетические предпосылки, особенности психической деятельности, личностные особенности ребёнка, наличие или отсутствие медикаментозного лечения и другие факторы, которые могут быть получены и проанализированы только в совместной работе педагога с врачом»[2,с.3].

Е.М. Мастюкова даёт такое определение рассматриваемой речевой патологии: «...общее недоразвитие речи – это системное нарушение как экспрессивной, так и импрессивной речи, требующее комплексных и поэтапных логопедических мероприятий. Это понятие отражает педагогическую оценку речевого дефекта и определяет основное направление логопедической работы»[4,с.229]. Медицинский подход к этой форме речевого расстройства, как утверждает Е.М. Мастюкова, предполагает проведение клинического анализа структуры речевого дефекта, изучения этиопатогенетических механизмов, исследование нервно-психического развития ребёнка. Необходимо уточнить структуру первичного речевого дефекта с целью отграничения от внешне сходных с общим недоразвитием речи форм речевых расстройств. Дифференциальная диагностика позволит отграничить от общего недоразвития речи нарушения интеллекта лёгкой степени, от нервно-психических заболеваний, осложнённых речевым дефектом, от расстройства утистического спектра и других типов психического дизонтогенеза.

По данным медицинского обследования, а также динамического изучения речевого и психического развития, условно категория детей с общим недоразвитием речи может быть разделена на три основные группы: так называемый неосложнённый вариант недоразвития речи, когда отсутствуют ярко выраженные указания на поражения центральной нервной системы; осложнённый вариант недоразвития речи, когда собственно речевой дефект сочетается с рядом неврологических и психопатологических синдромов; грубое и стойкое недоразвитие речи, обусловленное органическим поражением речевых зон коры головного мозга (как правило, эту группу составляют дети с моторной алалией)[2].

Исследователи подчёркивают, одной из распространённых причин общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста

является моторная алалия, которая обуславливает наиболее стойкое и специфическое речевое недоразвитие. В.А.Ковшиков, анализируя термины, определяющие моторную алалию, подчёркивает, что моторная, или экспрессивная, алалия относится к одному из самых тяжёлых и стойких форм патологии речевой деятельности. Учёный отмечает, что моторная алалия характеризуется «...нарушением усвоения экспрессивной речи, языковых единиц и правил их функционирования, что в процессе порождения речи проявляется вне возможности или в разладе производства грамматических, лексических и фонематических операций при полной или относительной сохранности смысловых и моторных (артикуляторных) операций»[3,с.7].

Н.С. Жукова, Е.М. Мاستюкова, Т.Б. Филичева приводят данные о том, что у детей с моторной алалией наблюдается поражение (или недоразвитие) корковых речевых зон головного мозга, и, в первую очередь, зоны Брока, возникающее в результате раннего поражения (в доречевом периоде) речевых зон мозга, находящихся в доминантном левом полушарии. Однако последние исследования показали, что при моторной алалии может иметь место поражение корковых структур одновременно как левого, так и правого полушария головного мозга, что и обуславливает невозможность спонтанной компенсации речевого дефекта. При моторной алалии наблюдается «выраженное недоразвитие всех сторон речи – фонематической, лексической, синтаксической, морфологической, всех видов речевой деятельности и всех форм устной и письменной речи»[2].

При моторной алалии первично страдают все компоненты речевой системы и наблюдаются вторичные, третичные отклонения в развитии ребёнка. Исследования показали, что дети с моторной алалией могут правильно произносить большинство звуков изолированно и вслогах. Однако при этом они не могут их произносить в составе слов, что свидетельствует о несформированности у них слоговой структуры слов. Как правило, при моторной алалии дети затрудняются в назывании предметов, картинок и даже в повторении за логопедом отдельных слов, особенно сложной слоговой структуры. Дети искажают слоговую структуру слов, опускают звуки и слоги, переставляют их или заменяют, им трудно подобрать нужное слово, в связи с чем

наблюдаются частые паузы, остановки в речи, или замены слов мимикой и жестам[3].

Итак, алалия является полиморфным нарушением речи, основным признаком которого является несформированность языковой системы в целом (фонетики, лексики, грамматики, связной речи) при сохранном слухе и интеллекте и проявляется в отсутствии или недоразвитии речи вследствие органического поражения речевых зон больших полушарий коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития (в доречевом) до 1,5–2-х лет. Моторная алалия обуславливает общее недоразвитие речи, которое может проявляться в разной степени.

При моторной алалии в структуре дефекта прежде всего отмечается выраженное и стойкое недоразвитие связной речи или полное её отсутствие. В исследованиях Н.Н. Трауготт, Р.Е. Левиной, Е.Ф. Собонович, В.А. Ковшикова, В.К. Воробьевой и других учёных раскрываются патогенетические механизмы моторной алалии, симптоматика и основные направления формирования связной речи при данной тяжёлой речевой патологии.

В.К. Воробьева утверждает, что недоразвитие связной речи при моторной алалии связано с нарушениями операций программирования, отбора и синтеза речевого материала, несформированность внутренней речи. Построение развёрнутых и связанных между собой высказываний требует применения всех речевых и познавательных возможностей детей. В основе физиологических причин недоразвития связности речи указанной категории детей лежит нарушение аналитико-синтетической деятельности коры головного мозга. Ребёнок с моторной алалией не может передать последовательность явлений и событий, выделить временные, причинно-следственные и другие связи и отношения, страдает смысловое программирование. Формирование связной речи у детей с моторной алалией представляет собой сложный и длительный процесс, требующий вмешательства разных специалистов (медиков, логопедов, психологов) и родителей[1].

Н.Н. Трауготт отмечает, что при организации коррекционной работы по формированию связной речи необходимо учитывать особенности, являющиеся типичными для большинства детей с алалией. Учёный отмечает, что дети с алалией могут усвоить синтаксические структуры простых предложений, но во владе-

нии навыками связной речи они испытывают стойкие затруднения. По мнению исследователя, при моторной алалии наблюдается целый симптомокомплекс языковых и неязыковых расстройств, отрицательно влияющих не только на речевую коммуникацию, но и на развитие всей познавательной деятельности, что препятствует формированию полноценной личности детей, страдающих данной сложной речевой патологией.

У детей с моторной алалией наблюдается речевой негативизм, низкая речевая активность, кроме специфического речевого дефекта характерны нарушения внимания, памяти, мышления, расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения. В то же время известно, что развитие связной речи находится в тесной взаимосвязи с состоянием всех высших психических функций. Как отмечает Н.Н. Трауготт, необходимо в коррекционной работе по развитию связной речи опираться на принцип системности, предполагающий воздействие на все стороны психического развития ребёнка с моторной алалией[5].

Итак, в зависимости от уровня развития речи при ОНР отмечаются следующие проявления нарушений связной речи. У детей с первым уровнем связная речь отсутствует. Т.Б. Филичева, Т.В. Туманова, А.В. Соболева отмечают, что связная речь у детей со вторым уровнем речевого развития также не сформирована, дети могут просто перечислять события, действия, предметы. Значительные трудности такие дети испытывают при составлении рассказов, без помощи взрослого они не могут составить даже пересказ. Несмотря на подсказки, наводящие вопросы дети затрудняются в передаче содержания сюжетной линии, их пересказ сводится к перечислению действий, объектов без установления причинно-следственных и временных связей. Кроме того, высказывания детей очень невняты и мало понятны из-за отсутствия в их речи нормированных звуков, поскольку у большинства детей наблюдаются множественные нарушения произношения звуков (16-20 звуков), также наблюдается выраженная несформированность слоговой структуры слова.

У детей с третьим уровнем развития речи имеет место специфическое своеобразие в состоянии связной речи, как диалогической, так и монологической. В первую очередь трудности проявляются в неумении программировать содержание достаточно

развёрнутых высказываний и их вербально оформлять. Специфическими особенностями связной речи указанной категории детей служат нарушение последовательности и связности высказываний, неумение сохранить сюжетную линию рассказа, нарушение причинно-следственных и временных отношений в тексте, фрагментарность изложения. Все выше названное обусловлено низкой речевой активностью детей, несформированностью навыков построения композиции текста, выделения главных и второстепенных моментов замысла.

Помимо этих особенностей, у детей с третьим уровнем речевого развития отмечается однообразие и бедность вербальных средств, при попытке составить рассказ они пользуются короткими, малоинформативными предложениями, переставляют или пропускают члены предложения, простые предлоги вытесняют сложные. Внутри предложения наблюдается неверное оформление связей слов, нарушение между фразами связей.

Речь детей с третьим уровнем ОНР характеризуется бедностью и стереотипностью. Рассказ-описание мало доступен для них. Дети испытывают значительные трудности при описании предмета или игрушки по предложенному логопедом плану, как правило, вместо пересказа они просто перечисляют признаки предмета, не завершают начатое предложение, возвращаются к сказанному ранее, то есть нарушают связность.

С большим трудом даётся детям творческое рассказывание, они не могут определить замысел рассказа, изложить последовательно развитие сюжета, выполнение творческого задания не редко подменяют пересказом знакомого текста, при этом нуждаются в помощи взрослого, в наводящих вопросах. Очень редко эти дети выступают инициаторами общения, не сопровождают игру речью, не задают вопросов. Отличительной особенностью их связной речи является наличие выраженного аграмматизма.

В процессе самостоятельной речи дети с четвертым уровнем речевого развития также используют стереотипные предложения, значительные трудности испытывают при конструировании придаточных предложений. В процессе рассказа затрудняются в передаче сюжетной линии, наблюдается «застывание» на второстепенных деталях, в то время как главные события пропускаются, нарушается логическая последовательность. При творческом

рассказывании эти дети могут повторять некоторые эпизоды многократно, используют мало информативные короткие фразы, им сложно передавать содержание рассказа от третьего лица[6].

Таким образом, развитие связной речи у детей с нормальным речевым развитием начинается в дошкольном возрасте и в процессе школьного обучения происходит наиболее интенсивно. Дети же с общим недоразвитием речи даже в школьном возрасте не могут правильно расположить серии сюжетных картинок, изложить элементарную последовательность событий, смысловое обобщение разрозненных элементов в логическую последовательность им не доступно, что доказывает необходимость оказания им специальной логопедической помощи в процессе инклюзивного обучения.

Литература

1. Воробьёва В.К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: учебное пособие / В.К. Воробьёва. – М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2012. – 158с.–(Высшаяшкола).
2. Жукова Н.С. Логопедия. Основы теории и практики. Система логопедического воздействия / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. –М.:Эксмо,2014. –288с.
3. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия. – М.: «Институт общегуманитарных исследований», В. Секачев,2001.–96с.
4. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М.:Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС,1997.–304с.
5. Трауготт Н.Н. К вопросу об организации и методике работы с моторными алаликами / Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т.II/ Под ред. Л.С.Волковой и В.И.Селиверстова. –М.: ВЛАДОС,1997.–С.3-23.
6. Филичева Т.Б., Туманова Т.В., Соболева А.В. Методика преодоления недостатков речи у детей дошкольного возраста. Учебно-методическое пособие для студентов высших учебных заведений, педагогов и родителей. – М.: В. Секачев, 2016.–196с.

А.С. Лыскова
Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент Л.А. Ястребова

СТЁРТАЯ ДИЗАРТРИЯ: ПРИЧИНЫ, СИМПТОМАТИКА

Аннотация. В статье рассматриваются этиология и симптоматика нарушений звукопроизношения, артикуляционной и общей моторики, а также просодики при стёртой дизартрии.

Ключевые слова: нарушение звукопроизношения, стёртая дизартрия, назализация, синкинезии, тремор, нарушение иннервации.

Стёртая дизартрия – это нарушение речи, которое проявляется в расстройствах фонетической и просодической сторон речи и обусловлено микроорганическим поражением головного мозга.

Понятие «стёртая дизартрия» было введено О.А. Токаревой. Она охарактеризовала её проявления как лёгкие или стёртые симптомы псевдобульбарной дизартрии, которые обладают высокой сложностью коррекции.

Согласно полученной статистике, данная форма дизартрии довольно часто встречается у детей с общим недоразвитием речи (50-75%), а у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи – в 25-35% случаев.

Ряд отечественных учёных, в число которых входят: О.В. Правдина, Е.Ф. Собонович, Л.В. Лопатина, при описании данного речевого нарушения использовали такие научные термины, как: «артикуляторная диспраксия», «органическая или усложнённая дислалия», «минимальные дизартрические расстройства» и т.д.

По мнению М.П. Давыдовой, стёртая дизартрия – расстройство звукопроизносительной стороны речи, причинами которого являются избирательная неполноценность некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабость и вялость артикуляционной мускулатуры. Автор также относил её к лёгкой степени псевдобульбарной дизартрии, подчёркивая, что данное

речевое нарушение в настоящее время превалирует в логопедической практике. Недостатки произношения при данном дефекте носят разнообразную направленность, но общей чертой являются – смазанность, размытость, нечёткость артикуляции, резко обнаруживающиеся в потоке речи[2].

Этиологию стёртой формы дизартрии многие отечественные учёные связывают с органическими причинами, действующими на мозговые структуры в пренатальный, натальный и ранний постнатальный периоды. В большинстве случаев в анамнезе имеет место совокупность вредных факторов всех 3 периодов развития ребёнка. Действие вредоносного фактора на развивающийся мозг может привести к его повреждению, что, в свою очередь, будет способствовать задержке созревания и нарушению функционирования структур головного мозга.

К причинам также можно отнести – нарушение иннервации артикуляционного аппарата, двигательные расстройства, оральную апраксию как нарушение центральной программы временного согласования произвольных мускульных движений артикуляционного аппарата и минимальную мозговую дисфункцию.

Нарушение звукопроизношения у детей со стёртой дизартрией выражаются в искажениях, в смещениях, в заменах и в пропусках звуков и слогов. Часто встречаемым является дефект произношения групп свистящих и шипящих звуков, помимо этого, специфической особенностью этого типа дизартрии является упрощение артикуляции, т.е. сложные звуки замещаются более простыми по своим артикуляторно-акустическим признакам: щелевые – смычными, звонкие – глухими, шипящие – свистящими, твёрдые – мягкими, а аффрикаты распадаются на составляющие их звуковые элементы.

О.А. Токарева отмечает, что у данной категории детей имеются более грубые проявления дефектов звукопроизводительной стороны речи, чем при дислалии, которые требуют продолжительного логопедического воздействия для их устранения. Специфичность звукопроизношения определяются характером нарушений иннервации, состоянием мышц артикуляционного аппарата. Сведения, собранные Г.В. Гуровец и С.И. Маевской, демонстрируют тот факт, что наиболее распространённые иска-

жения – боковое, межзубное, смягчённое произношение звуков[3].

По данным исследований Л.В. Лопатиной, у детей со стёртой дизартрией наличие нечётких артикуляционных образов приводит к тому, что грани между слуховыми отличительными свойствами звуков стираются, а отсутствие чёткого слухового восприятия и контроля способствует сохранению звукопроизносительных дефектов в речи. Р.Е. Левина пишет, что такая картина наблюдается при нарушении речевых кинестезии, которые имеют место при морфологических и двигательных поражениях органов артикуляции, т.е. фонематическое недоразвитие в структуре речевого дефекта при данной форме дизартрии рассматривается как вторичное нарушение[4].

Ритм звучащей речи может изменяться, а постановка ударения в словах в большинстве случаев является неверной.

Характерным симптомом стёртой дизартрии считается и снижение интонационно-выразительной окраски речи. Тембр голоса меняется в зависимости от эмоционального состояния ребёнка: при доминировании процесса торможения – тембр низкий, голос тихий или приглушенный, не модулированный, а при преобладании процесса возбуждения – тембр высокий, голос громкий, крикливый, срывающийся.

Е.Ф. Собонович указывает на недоразвитие грамматического строя речи у детей со стёртой формой дизартрии: от незначительной задержки формирования морфологической и синтаксической систем языка до выраженных аграмматизмов в экспрессивной речи. Одним из факторов недостаточной сформированности грамматического строя речи, по её мнению, является нарушение дифференциации фонем. Подобную позицию имеет и Н.В. Серебрякова, указывающая на наличие у дошкольников со стёртой дизартрией лексико-грамматического недоразвития речи и нарушений связной речи[3].

С.И. Маевская и Б.А. Архипов пишут о нарушениях функции глазодвигательных нервов у дизартриков, которые могут проявляться в одностороннем птозе, косоглазии, ограничении объёма движения глазных яблок. Двигательная сфера детей со стёртой дизартрией характеризуется замедленностью, неловкостью, недостаточностью движений при относительной сохранности их

объёма. Общая моторика у детей со стёртой формой дизартрии недостаточно изучена, в отличие от тонкой моторики, нарушение которой, наряду с артикуляционной, определяется как один из ведущих симптомов при стёртой дизартрии. Нарушения мелкой моторики отличается неточностью, некоординированностью и недостаточной динамической организованностью движений[1].

Исследования артикуляционной моторики у детей со стёртой формой дизартрии установили наличие нарушений функций мышц, иннервируемых нижней ветвью тройничного нерва, лицевым, подъязычным и языкоглоточным нервами. Это выражается в сужении объёма движений нижней челюсти, синкинезиях губ и языка, сглаженности, асимметричности носогубных складок, недостаточном объёме мимических движений, невозможности удержания статической позы, треморе кончика языка, в недостаточном поднятии мягкого неба, назализованном оттенке речи, ограниченном объёме движений средней части и корня языка.

Таким образом, стёртая дизартрия – это нарушение звукопроизношения, причинами которого являются органические поражения головного мозга в пренатальный, натальный и ранний постнатальный периоды. Симптомы данной формы дизартрии весьма обширны: искажения, смешения и замены звуков и слогов; фонематическое недоразвитие; нарушение темпа и ритма речи; недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи; нарушения общей, мелкой и артикуляционной моторики и т.д.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. – М.: Астель, 2007.–332с.

2. Давыдова М.П. Коррекция речи у детей с дизартрией. – Курск: Курский областной институт усовершенствования учителей, 1991.–134с.

3. Левина Р.Е. Основы теории и практики логопедии. – М.: Альянс, 2014.–368с.

4. Лопатина Л.В. Приёмы обследования дошкольников со стёртой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология. –1986.–№2.–С.64-70.

А. Н. Новикова
*Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент Л.А. Ястребова*

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

Аннотация. Статья посвящена анализу и обобщению имеющихся в отечественной литературе данных о развитии мелкой моторики у детей, имеющих такое серьёзное речевое нарушение, как дизартрия. В процессе работы над этим вопросом авторами выделены и обозначены главные аспекты в развитии мелкой моторики у детей с дизартрией.

Ключевые слова: дизартрия, мелкая моторика, артикуляция слогов, моторная недостаточность, двигательные акты, пространственно-временная организация движения.

Дизартрия – это нарушение звукопроизношения, голосообразования и просодики, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного.

Мелкая моторика – совокупность скоординированных действий, которые направлены на выполнение точных мелких действий кистями и пальцами обеих рук.

Л.В. Лопатина в своих исследованиях отмечает, что наиболее ярко моторная недостаточность моторики рук проявляется при выполнении сложных двигательных актов, которые требуют точной работы различных мышечных групп, чёткого управления движениями и правильной пространственно-временной организации движения. Также автор приводит данные о том, что моторная сфера детей с дизартрией характеризуется замедленными, скованными, неловкими, недифференцированными движениями[4].

Е.Ф. Архипова утверждает, что с первых дней жизни развитие ребёнка с дизартрией значительно отличается от развития нормально развивающихся детей. Дети с дизартрией поздно начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Задерживается раз-

вите прямостояния не только в первый год, но, зачастую, и во второй год жизни малыша. У некоторых дошкольников с дизартрией наблюдается недостаточность мышечной силы, об этом нам говорит тот факт, что дети плохо удерживают предметы одной и даже двумя руками. Также дети не способны к быстрой смене моторных установок. Обнаруживаются нарушения ритма произвольных движений, темпа, движения не точные, мало координированные. Нарушения словесной регуляции действий проявляется в затруднениях при выполнении задания ребёнком по словесной инструкции.

К 3-м месяцам ребёнок с дизартрией берет игрушку, может проводить различные манипуляции с ней длительно удерживая, но, как правило, такие движения, хаотичны и носят преимущественно размашистый характер.

В 1 год действия малыша приобретают характер ситуативной игры, как и у здорового ребёнка, но движения также остаются хаотичными и носят преимущественно размашистый характер. Что негативно сказывается на развитии восприятия, связанного в этом возрасте с хватанием. У ребёнка с дизартрией нет активного хватания, не формируется восприятие свойств предметов и зрительно-двигательная координация.

В 1,5-2 года отмечаются запоздалые навыки самостоятельного приёма пищи, ребёнок только начинает есть ложкой и пить из чашки. С 2,5 лет нарушения мелкой моторики у ребёнка с дизартрией проявляются в продуктивных видах деятельности – изобразительной деятельности и ручном труде. Ребёнок плохо или вовсе не контролирует силу нажатия при аппликациях или работе с пластилином, произвольного контроля над движениями нет, движения не точны и хаотичны. Малыш рисует чересчур маленькие предметы часто поворачивая альбомный лист, что говорит о жёсткой фиксации кисти в процессе рисования[1].

Л.И. Белякова указывает на то, что если дети с нормой речевого онтогенеза к 2,5 годам уже проявляют интерес к рисованию, учатся удерживать карандаш, кисточку, то малыши с дизартрическими нарушениями начинают рисовать поздно из-за отсутствия естественного детского интереса к рисованию. В дальнейшем их рисунки небрежны, размыты, выходят за границы контура[2].

Л.С. Волкова отмечает, что в возрасте 2-3-х лет, когда предметно-манипуляторная деятельность становится основной, дети с дизартрией демонстрируют свой низкий уровень сформированности мелкой моторики пальцев рук, поэтому ему сложно даётся складывание пирамидки различной сложности, мягких конструкторов. Элементарные навыки гигиены из-за моторных нарушений вырабатываются с огромным трудом. Малыш неопрытен – с трудом застёгивает пуговицы, шнурует ботинки. При манипуляции с предметами ребёнок не учитывает их свойства, а сами манипуляции чередуются неадекватными действиями (например, когда ребёнок надевает на стержень пирамидки в начале колпачок, а затем пытается нанизывать колечки; стучит куклой по столу; в маленький гараж пытается засунуть большую машинку и т.п. Такие действия ничего не прибавляют к познанию. Серьёзным недостатком, обуславливающим многие проблемы в развитии мелкой моторики детей, является отсутствие самоконтроля за действиями, нарушения темпа действий (торопливость или, наоборот, медлительность) и т.д.[3].

К 4-м годам в процессе трудовой деятельности затруднены координация движений в выполнении точных действий, как правило сила кисти руки мало контролируема или же является недостаточной. Отсутствует самоконтроль за собственными действиями, имеются нарушения темпа действий, что обуславливает проблемы в развитии мелкой моторики детей с дизартрией.

У детей к 5-6 годам также продолжает наблюдаться вялость пальцев (особенно это проявляется при работе с ручкой или карандашом). Дошкольникам доступны лишь самые простые движения, требуется помощь взрослого, Он затрудняется выполнить также без посторонней помощи движение по подражанию («замок» – сложить кисти вместе, переплетая пальцы; «колечки» – поочерёдно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец).

В школьном возрасте отпечаток незрелости афферентной системы сказывается и на почерке.

Е.Ф. Архипова в своих исследованиях также обращает своё внимание именно на позднее появление у детей с дизартрией пальцевого захвата мелких предметов, длительное сохранение тенденции захватывать мелкие предметы всей кистью, также от-

мечает трудности при овладении навыками самообслуживания. Дети-дизартрики, как правило, не любят такие виды деятельности как рисование, аппликация, письмо. Многие из них очень долго не могут научиться держать правильно карандаш, в будущем у них сохраняются стойкие трудности при формировании графомоторных навыков. У детей часто наблюдается вялость пальцев, особенно при работе с карандашом или ручкой, чрезмерное напряжение и малая подвижность. В работах с аппликациями прослеживаются ещё и трудности пространственного расположения элементов[1].

Не редко у больных наблюдается нарушение пространственной организации движений, их последовательности. Им трудно даётся усвоение как игровой, так и трудовой деятельности. Дети не могут чётко и точно выполнять различные двигательные упражнения, им трудно удерживать равновесие, стоя на одной ноге.

Таким образом, особенности развития мелкой моторики у детей с дизартрией протекают на фоне нарушения деятельности центральной нервной системы, поэтому они и не могут спонтанно выйти на онтогенетический путь моторных функций, свойственных нормально развивающемуся сверстнику.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Стёртая дизартрия у детей. – М.: АСТ; Астрель, 2016.–320с.
2. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. – М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2009.–287с.
3. Волкова Л.С. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998.–680с.
4. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стёртой дизартрии): учебное пособие / Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова. – Спб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000.–192с.

ВЛИЯНИЕ МЕЖПОЛУШАРНЫХ СВЯЗЕЙ НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА

Аннотация. Автор статьи раскрывает особенности влияния межполушарных связей на речевое развитие ребёнка. Даёт содержательную характеристику различных кинезиологических упражнений, применяемых в собственной логопедической практике. Показано, что дети, с которыми были проведены комплексы занятий по формированию межполушарных связей быстрее учатся писать, лучше говорят, обладают хорошей памятью, развивают координацию движений, скорее успокаиваются после стресса.

Ключевые слова: нарушения речи, межполушарные связи, кинезиологические упражнения, пальчиковая гимнастика.

Речь рассматривается учёными (П.К. Анохин, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, Н.И. Жинкин, Н.А. Никашина, Г.А. Каше, Л.Ф. Спирина и др.) не только как форма общения, но и психическое явление, процесс. Установлено, что в дошкольном возрасте устная речь развивается по двум взаимосвязанным направлениям:

– речь ребёнка совершенствуется как навык в процессе общения со взрослыми и сверстниками;

– речь развивается в соответствии с закономерностями возрастного психического развития и становится орудием мышления.

Отечественные психофизиологи (И.П. Павлов, Н.А. Бернштейн, В.И. Бехтерева, М.М. Кольцова) установили, что левое полушарие отвечает за речевые способности, а также за письмо и чтение. В левом полушарии сохраняется информация о датах, фактах, именах. Левое полушарие также определяет логические и аналитические способности человека. А правое полушарие отвечает за эмоционально-чувственное и интуитивное восприятие действительности. Основное развитие межполушарных связей происходит у девочек до 7-ми лет у мальчиков до 8-ми - 8,5 лет.

К сожалению, практика показывает, что в настоящее время растёт число детей с задержкой в развитии речи, то есть увеличивается число детей со сниженной активностью левого полушария. У таких детей наблюдается неспособность усваивать материал в полном объёме, что сказывается на формировании навыков чтения, письма, пересказывания.

В практике логопедической работы для синхронизации работы двух полушарий логопеды применяют различные кинезиологические упражнения. Специально подобранные упражнения дают как немедленный, так и кумулятивный, т.е. накапливающийся эффект.

Хорошую коррекционную базу для синхронного развития двух полушарий головного мозга создают занятия с использованием пальчиковых игр. В практике своей работы мы используем игры с песком или манной крупой, с клавиатурой, с пианино «Распевки», с пельменницей, с цветными крышками от бутылок с водой, цветными кружочками, с карандашом, с крупой (горох, фасоль, макароны) и другими предметами (с пуговицами, природным материалом (шишками, желудями, листьями и т.д.), верёвочками и т.д.).

Занимаясь зарядкой для пальчиков, ребёнок стимулирует клетки головного мозга, т.к. мозг напрямую связан с работой пальцев и двигательной активностью ребёнка. Дети, которые регулярно занимаются пальчиковой гимнастикой, быстрее учатся писать, лучше говорят, обладают хорошей памятью, развивают координацию движений, скорее успокаиваются после стресса. Многие пальчиковые игры предполагают участие обеих рук, что даёт возможность развивать одновременность движений. Так как пальчиковые игры требуют соотнесения слова с движениями, то это даёт возможность для развития словесной регуляции движения. Пальчиковые игры предполагают определённую комбинацию жестов, движений. Для того чтобы воспроизвести пальчиковую игру, ребёнку необходимо уметь дифференцировать движения, выделять их.

Некоторые игры мы придумали с детьми. Мы их зарисовали и сделали собственными руками. С удовольствием дети играют с зубной щёткой. Для этого нужно держать в руках две зубные щётки и одновременно выполнять движения на уровне рта по

заданным командам: вверх-вниз, вправо-влево, вверх-влево, вниз-вправо и т.д. Аналогично были придуманы игры с решёткой для раковины, с пультами для телевизоров, с прищепками «Крокодильчиками».

Под влиянием кинезиологических тренировок в организме происходят положительные структурные изменения. При этом, чем более интенсивна нагрузка (но оптимальна для данных условий), тем значительнее изменения. Сила, равновесие, подвижность, пластичность нервных процессов осуществляется на более высоком уровне. Совершенствуется регулирующая и координирующая роль нервной системы. Поэтому нами были подобраны комплексы упражнений и игр на развитие межполушарного взаимодействия.

Данные комплексы предполагают выполнение различных упражнений пальцами, ладонями, руками попеременно – левой и правой. Для того, чтобы детям было интересно выполнять упражнения, мы проводим их в игровой форме и с использованием различных предметов. В игровой форме хорошо проводить упражнения типа «Ухо–нос». Дети левой рукой берут себя за кончик носа, а правой рукой – за противоположное ухо. Одновременно по сигналу нужно отпустить ухо и нос, хлопнуть в ладоши, и поменять положение рук. Или обхватить себя руками, меняя то правую, то левую руки в верхнем и нижнем положении. Можно это делать под музыку и с использованием игрушки или музыкальных инструментов.

В ходе работы мы отметили, что некоторые упражнения детям с нарушениями речи выполнять легче (встряхивание кистей, постукивание по столу, раскатывание глины, катание карандаша и пр.) Однако есть ряд упражнений, требующих достаточно длительных тренировок (вращать карандаш сначала между пальцами правой руки, затем левой (между большим и указательным; указательным и средним; средним и безымянным; безымянным и мизинцем; затем в обратную сторону; совместные движения глаз и языка. Выдвинутым изо рта языком и глазами дети должны делать совместные движения из стороны в сторону, вращая их по кругу, по траектории лежащей восьмёрки; собрать одной рукой в кулак 10-15 карандашей, беря их по одному. Затем по одному выложить их на стол и др.) Это мы объясняем недостаточным

развитием межполушарного взаимодействия и обусловленными этим нарушениями речи.

Также детям с тяжёлыми нарушениями речи с трудом удаётся выполнять упражнения без сопровождения зрительного контроля (опознать небольшой предмет, который даётся ребёнку в руку. Другой рукой нарисовать предмет на бумаге или прописать его в воздухе). Поэтому мы применяем игры для развития межполушарного взаимодействия. Например, дети активно играют в «Сыщика». В комнате логопед прячет игрушку или конфету. Нужно найти её, ориентируясь только на команды взрослого, например: «Сделай два шага вперёд, один на право и т.д.».

Достаточно эффективно, по нашему мнению, выполнение кинезиологических упражнений в парах. Дети с удовольствием выполняют такие упражнения:

- встав напротив друг друга, нужно коснуться ладонями ладоней партнёра и совершать движения, аналогичные велосипеду;
- встав лицом друг к другу, дети по очереди выполняют движения руками или ногами, зеркально отображая движения партнёра.

Таким образом, использование различных кинезиологических технологий позволяет развивать межполушарное взаимодействие, что обеспечивает коррекцию речевого дефекта и хорошую подготовку к обучению в школе.

Литература

1. Верясова Т.В. Целостная модель организации моторного праксиса в структуре преодоления общего недоразвития речи. – Екатеринбург, 2001.

2. Коноваленко С.В., Хлоп-топ. Нетрадиционные приёмы коррекционной логопедической работы с детьми. – М.: ГНОМ, 2013.–32с.

3. Лопатина Л.В. Изучение и коррекция нарушений психомоторики у детей с минимальными дизартрическими расстройствами // Дефектология.–2003.–№5.–с.45-51.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Аннотация. В статье раскрываются особенности развития слухового восприятия у детей с нарушением слуха. Особо представлены характеристики развития в целом детей с нарушением слуха. Раскрываются возможности развития слухового восприятия в условиях дефицита слуховой информации.

Ключевые слова: слуховое восприятие, дети с нарушением слуха, ситуация депривации, коррекция, развитие.

В истории развития специального образования одной из центральных научно-практических проблем, привлекающих внимание как российских учёных (И.Г. Багрова, В.И. Бельтюков, Т.А. Власова, И.В. Королёва, Е.П. Кузьмичева, Э.И. Леонгард, Л.П. Назарова, Л.В. Нейман, Т.В. Пельмская, Ю.Б. Преображенский, Ф.А. Рау, Ф.Ф. Рау, Н.Д. Шматко, Е.З. Яхнина и др.), так и зарубежных специалистов (П. Губернина, В. Вейс, А. Леве, К. Леймитц, О. Перьеидр.), является развитие слухового восприятия лиц с нарушениями слуха. На современном этапе эта проблема чрезвычайно актуальна, что связано со значимостью наиболее полноценного формирования устной речи у лиц с нарушениями слуха как важного условия личностного развития, получения образования, социальной адаптации и интеграции в обществе.

В научных исследованиях (Р.М. Боскис, И.М. Гилевич, А.Г. Зикеев, С.А. Зыков, К.Г. Коровин, Л.П. Носкова, Л.И. Тигранова, К.И. Туджанова и др.) подчёркивается значение активизации речевой деятельности для гармоничного психофизического и личностного развития лиц с нарушенным слухом, успешной дальнейшей социализации их в обществе. В работах Л.В. Андреевой, Т.С. Зыковой, О.А. Красильниковой, Л.П. Назаровой, М.И. Никитиной определена значимость повышения эффективности процесса обучения и воспитания, макси-

мального использования возможностей речевой среды. При этом учитываются общие закономерности и особенности восприятия речи, раздражительная способность и стремление к активному и результативному действию (Р.М. Боскис, Л.С. Выготский, С.А. Зыков, Б.Д. Корсунская, Э.И. Леонгард и др.).

Полноценное развитие слуховой функции является прочной основой слухо-зрительной базы совершенствования всех сторон устной речи, в том числе навыков её восприятия. Задачей работы по развитию восприятия речи на слух является формирование умений и навыков воспринимать речевой материал как с помощью звукоусиливающей аппаратуры разного типа, так и без неё. При этом на основе развивающейся слуховой функции повышается качество звукопроизносительной стороны устной речи, совершенствуются коммуникативные навыки.

Проблема поиска путей активизации слуховой функции приобретает на современном этапе особую остроту в связи с возможностью использовать новейшие достижения в области создания специальной звукоусиливающей аппаратуры индивидуального и коллективного пользования.

Современная система формирования и развития устной речи учащихся специальных коррекционных учреждений I-II вида (для глухих и слабослышащих) предполагает интенсивное развитие слухового восприятия при постоянном использовании электроакустической аппаратуры (И.Г. Багрова, В.И. Бельтюков, Ф.Ф. Рау, Е.П. Кузьмичева, Н.Д. Шматко, Е.З. Яхнина и др.).

Одной из первостепенных задач специального образования является социальная адаптация и интеграция в общество детей с особенностями психофизического развития. В специальных психолого-педагогических исследованиях акцентируется внимание на том, что ведущим фактором социализации детей с нарушением слуха является развитие устной речи (её восприятия и воспроизведения). Поэтому развитие слухового восприятия и коррекция произношения выступают наиболее значимыми разделами работы в специальной школе для детей с нарушением слуха.

Современная система развития слухового восприятия детей с нарушением слуха основана на исследованиях В.И. Бельтюкова, Р.М. Боскис, Л.В. Неймана, Ф.Ф. Рау, Е.П. Кузьмичевой, И.Г. Багровой, Л.П. Назаровой, Э.И. Леонгард и др. По опреде-

лению Л.П. Назаровой, развитие слухового восприятия рассматривается как системообразующий фактор учебного процесса, связанный не только с развитием слухового восприятия речи, произносительной стороны устной речи, но и интенсификацией всего образовательного процесса в целом.

Основу работы по развитию слухового восприятия составляют следующие положения:

- развитие слухового восприятия рассматривается как средство усиления потенциальных возможностей ученика в соответствии с положением Л.С. Выготского о «зоне ближайшего развития»;

- развитие нарушенной слуховой функции подчиняется общим закономерностям (физиологическим и психолого-педагогическим) и осуществляется под влиянием целенаправленной работы;

- формирование слуховых представлений носит поэтапный характер;

- основу развития слухового восприятия создают слуховой резерв и потенциальные возможности ребёнка;

- успешность развития слухового восприятия зависит от ряда факторов: состояния слуха, уровня развития речи, сохранности всех анализаторов, общего развития ребёнка, целостности педагогического процесса;

- необходимым условием развития слухового восприятия является использование звукоусиливающей аппаратуры различного назначения.

К организации работы по развитию слухового восприятия глухих и слабослышащих учащихся предъявляется ряд требований.

1. Работа по развитию слухового восприятия школьников с нарушением слуха основывается на поэтапном формировании слуховых представлений.

2. Индивидуализация коррекционной работы по развитию слухового восприятия невозможна без учёта состояния слуховой функции учащихся. Дети с нарушением слуха имеют как разную степень потери слуха (динамический диапазон слуха), так и различные возможности восприятия частотного диапазона звуков.

Кроме того, частотный диапазон звуков, доступных восприятию учащихся, может быть разным при одинаковой степени нарушения. Это обуславливает различные возможности восприятия тем или иным учеником различных звуков (как речевых, так и неречевых).

3. Дозировка слуховой нагрузки.

4. Подбор и условия предъявления речевого материала. В условиях создания слухо-речевой среды как основы всей речевой деятельности учащихся с нарушением слуха особое значение приобретает правильный отбор речевого материала для коррекционных занятий по развитию слухового восприятия. Однако решающим признаком, который учитывается при отборе речевого материала, является все же его смысловая, социальная значимость, необходимость для организации последующего общения.

Наблюдения показывают, что под влиянием жизненного опыта и в процессе обучения языку слуховое восприятие глухих и слабослышащих детей в некоторой степени развивается даже без специальных слуховых упражнений. Нередко отмечается, что при поступлении в детский сад и в школу глухой ребёнок реагирует только на громкий голос в самой ушной раковине или не может найти никаких остатков слуха, а при повторном исследовании в середине или в конце года оказывается в состоянии различать некоторые неречевые звуки (звонок, звук горна), а иногда и те или иные элементы языка по пройденному языковому материалу.

Важной предпосылкой развития слухового восприятия у детей с нарушенным слухом является формирование у них словесной речи. Механизм развития слухового восприятия в данном случае следует понимать как установление условных связей между слуховыми и кинестетическими раздражениями, соответствующими тем или иным элементам языка, доступным слуху глухого или слабослышащего ребёнка. Одновременно с этим в процессе формирования речи происходит и уточнение собственных слуховых дифференцировок.

Существенная роль в выработке слуховых дифференцировок, в установлении связей между слуховыми и речевыми кинестетическими раздражениями, т.е. в развитии слухового восприятия у детей с нарушениями слуха, принадлежит специальным слуховым упражнениям.

По нашему мнению, основными задачами развития слухового восприятия и формирования произношения у детей с пониженным слухом являются:

- максимальное развитие остаточного слуха;
- усиление слухового компонента в условиях слухозрительного восприятия речи;
- расширение понятия о звуках окружающей среды;
- использование полисенсорной основы восприятия окружающей среды для ориентирования;
- максимальное использование остаточного слуха для формирования произношения и дальнейшего развития речи;
- совершенствование навыков общения на слухо-зрительной основе, восприятия и продуцирования речи;
- эстетическое воспитание на музыкальном и ритмическом материале;
- использование звукоусиливающей аппаратуры в различных акустических условиях[24].

В ходе работы по развитию слухового восприятия и формирования произношения обогащается представление детей с пониженным слухом о звуках окружающей среды, улучшается ориентация в мире звуков и расширяются возможности эстетического воспитания музыкальными средствами. Развитие слухового восприятия и формирования произношения должно происходить при условии постоянного использования звукоусилительной аппаратуры коллективного использования и индивидуально подобранных слуховых аппаратов (если для этого нет медицинских противопоказаний). Параллельно рекомендуется развивать умение воспринимать на слуховой основе, без использования звукоусилительной аппаратуры коллективного использования и индивидуальных слуховых аппаратов. В ходе работы рекомендуется контролировать и изменять расстояние, доступное для восприятия на слух, учитывая индивидуальные возможности каждого ребёнка. Следовательно, индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и формирования произношения, как компенсаторно-адаптационный компонент, должны занимать должное место в содержании коррекционно-развивающей работы с учащимися с нарушениями слуха, как в условиях специально-организованного обучения, так и инклю-

живного. Среди основных методических положений организации слухо-произносительной работы является соответствие звукового материала слуховым возможностям ребёнка. Развитие слухо-произносительных возможностей, как слабослышащих, так и глухих учеников, напрямую зависит от состояния их слуховой функции. Несмотря на это, в ходе работы по развитию слухового восприятия должны учитывать состояние слуха каждого ученика. Следующим методическим положением организации слухо-произносительной работы является значимость звукового материала, как речевого так и неречевого. На начальных этапах работы, для выработки слуховых дифференциаций желательно отбирать звуки, которые имеют конкретное значение, соотносятся с определёнными предметами или действиями. Так, если работа направлена на различение или узнавание неречевых звуков музыкальный/звуковых игрушек или предметов, то ребёнок должен обязательно ознакомиться с ними визуально, подержать в руках, попробовать самостоятельно воспроизвести звучание. Работая над дифференциацией речевых звуков, педагог должен включать их в слова и фразы и обеспечить их как слуховое, так и зрительное воспроизведение в виде письменных таблиц и наглядного показа предметов или действий для обозначения данных слов.

Звуковой материал должен быть последовательным и отрабатываться в условиях постепенного наращивания трудностей.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что работа в данном направлении должна быть построена с учётом общего развития слухо-произносительных закономерностей и направлена на обеспечение разностороннего развития детей с пониженным слухом, на основе изучения их возможностей и привлечения к тому, что с доступным их слышащих сверстников.

Литература

1. Королевская Т.К., Пфафенродт А.Н. Развитие слухового восприятия слабослышащих детей.– М.: ЭНАС,2004.
2. Кузьмичёва Е.П. Методика развития слухового восприятия глухих учащихся.– М.,1991.
3. Назарова Л.П. Технология развития слухового восприятия слабослышащих учащихся. – СПб: ЛГОУ,2001.
4. Феклистова С.Н. Основы методики слуховой работы. – Мн.: БГПУ.,2006.

В. Д. Сырева
*Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент Л.А.Ястребова*

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

Аннотация. В статье определены особенности развития мелкой моторики у дошкольников с дизартрией. Проведён анализ исследований Е.Ф.Архиповой и М.М.Безруких, посвящённых влиянию развития мелкой моторики на становление речи и устранение её нарушений при стёртой дизартрии.

Ключевые слова: двигательная деятельность, мелкая моторика, дизартрия, стёртая дизартрия.

В настоящее время значительное внимание учёных и специалистов уделяется проблеме развития мелкой моторики у детей дошкольного возраста.

Кисть – познавательный орган. Её функция уникальна и универсальна. Известно, что онтогенетически развитие руки ребёнка начинается с осязательных и хватательных движений. Манипулируя предметами, ребёнок при помощи руки приобретает свои первые опыты в познании окружающего его предметного мира. Также благодаря развитой руке расширяются возможности ребёнка в формировании пространственных представлений, в знакомстве со свойствами и качествами предметов через непосредственные практические действия с этими предметами[5]. Таким образом, у него формируется некоторое представление о внешнем мире.

В буквальном переводе «мелкая моторика» означает движение рук. Рука постепенно развивается во все усложняющейся предметной деятельности и становится не только воспринимающим, наряду с глазом и ухом, но и творящим органом. Тонкая моторика пальцев рук – это двигательная деятельность человека, обусловленная слаженной работой мелких мышц руки глаз.

Как говорил заслуженный педагог В.А. Сухомлинский, что «исток способности и дарований детей находятся на кончиках

их пальцев. От пальцев, образно говоря, идут тончайшие ручейки, которые питают источник творческой мысли». На этих кончиках у нас находятся такие нервные окончания, которые способствуют стимуляции речевых центров в коре головного мозга. Речевые и двигательные зоны в коре больших полушарий располагаются достаточно близко, и, следовательно, возбуждение, которое возникает в двигательной области мозга, передаётся на центры речевой моторной зоны и стимулирует артикуляцию[6].

В современном мире стремительно возрастает количество детей с различными речевыми отклонениями. Так, одним из распространённых речевых нарушений среди дошкольников, при котором отмечаются значительные отклонения в формировании и развитии мелкой моторики, является дизартрия. Дизартрия – это расстройства звукопроизводительной и просодической сторон речи, обусловленные органической недостаточностью иннервации речевого аппарата[3]. Данный речевой дефект обусловлен недостаточностью иннервации речевого аппарата и возникает из-за поражений центральной и периферической нервной систем.

Как отмечают такие исследователи, как М.М. Кольцова и канадский невролог У. Пенфилд, что от степени сформированности тонких движений пальцев рук напрямую зависит уровень развития речевой деятельности детей и их умственное развитие в целом. Отсюда можно сделать вывод, что отклонения в становлении ручной моторики влекут за собой серьёзные дефекты речевой функции, а позднее отражаются и на письменной речи в виде таких нарушений, как дисграфия и дислексия.

У детей дошкольного возраста с дизартрией развитие моторики кисти и пальцев рук имеет существенные отклонения. Так, у детей-дизартриков наблюдаются недостаточность развития мелкой моторики, трудности при переключении с одного движения на другое, в формировании и удержании определённой заданной позы, отмечаются у них некоординированные, неточные движения.

Все эти отклонения в формировании и развитии мелкой моторики способствуют обеднению представлений дошкольника об окружающем мире и являются весомым препятствием во владе-

нии ребёнком простейшими жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания.

Так, изучая работы разных авторов, можно отметить, что в моторном развитии ребёнка с дизартрией уже с самых первых дней его жизни прослеживаются определённые отличия от развития моторики здоровых сверстников. Так, дети-дизартрики начинают поздно держать голову, сидеть, стоять, ходить, наблюдается серьёзная задержка в развитии прямостояния, что часто отмечается как на первом году жизни, так и на втором.

Тот факт, что ребёнок с таким речевым нарушением плохо удерживает предметы не только одной рукой, но и даже двумя, свидетельствует о недостаточной у него мышечной силе. Эти дети не могут быстро и чётко переключаться с одной моторной установки на другую. При обследовании дошкольника с дизартрией можно обнаружить нарушения ритма и темпа произвольных движений, действия не точные, мало координированные, отмечаются некоторые затруднения при выполнении заданий ребёнком по словесной инструкции в следствие отклонений словесной регуляции действий[4].

Многие исследователи отмечают, что у ребёнка-дизартрика раннего возраста не наблюдается активного хватания, не происходит формирование зрительно-двигательной координации и восприятия свойств предметов, не формируется предметная деятельность. Характерной чертой многих детей с дизартрией является наличие неадекватных действий с предметами.

Как отмечает Е.Ф. Архипова[2], к 3 месяцам дизартрик может брать игрушку и манипулировать ей достаточно долго, но, как правило, эти движения характеризуются хаотичностью и носят в большинстве случаев размашистый характер.

К первому году жизни ребёнка действия носят характер ситуативной игры, похожие на действия нормально развивающегося малыша, однако движения все же продолжают оставаться хаотичными и размашистыми.

В 1,5-2 года начинают развиваться запоздалые навыки самостоятельного приёма пищи, ребёнок-дизартрик только на этом возрастном этапе начинает сам есть ложкой и пить из чашки.

В возрасте 2-3 лет предметно-манипулятивная деятельность становится ведущей, однако у детей с дизартрией наблюдается

низкий уровень развития ручной моторики. Эти дети не могут сами шнуровать ботинки, застёгивать пуговицы, плохо складывают разной сложности пирамидки и мягкие конструкторы. В следствие несформированности моторики пальцев рук у детей-дизартриков с трудом вырабатываются элементарные культурно-гигиенические навыки. Манипуляции этого возраста характеризуются неадекватными действиями (например, ребёнок сначала на стержень от пирамидки надевает колпачок, а затем пытается нанизать на него кольца и т.п.).

Приблизительно с двух с половиной лет отклонения в тонкой моторике пальцев рук у детей с дизартрией начинают проявляться в таких продуктивных видах деятельности, как ручной труд и изобразительная деятельность. Малыш либо совсем, либо очень плохо производит контроль над силой нажатия при выполнении аппликационных работ или при работе с пластилином, все движения ребёнка характеризуются неточностью и хаотичностью, произвольного контроля над движениями ещё нет. Дети данного возраста рисуют очень маленькие предметы, в процессе рисования постоянно крутят, поворачивают лист бумаги, на котором рисуют, что свидетельствует о жёсткой фиксации кисти в процессе выполнения работы и неумении менять направления линий с помощью движений руки[2].

В четыре года у детей с дизартрией наблюдаются затруднения координации движений при выполнении точных действий, сила напряжения кисти мало контролируется или же является недостаточной. Отсутствует самоконтроль за собственными действиями, имеются нарушения темпа движений.

Даже к старшему дошкольному возрасту (к 5-6 годам) детям с таким нарушением речи, как дизартрия, доступны только самые простые движения, при выполнении движений по подражанию («замок», «колечки») ребёнок не может сделать его самостоятельно, без посторонней помощи со стороны взрослых людей. У дошкольников на этом возрастном этапе все так же наблюдается вялость пальцев, сильное напряжение и малая подвижность рук, что особенно становится заметно при работе с ручкой (карандашом). На деле это проявляется небрежностью, неаккуратностью и выход за границы предполагаемого контура[1].

Е.Ф. Архипова в своих работах отмечает[2], что у детей с дизартрией наблюдается более позднее появления пальцевого захвата маленьких предметов, при этом ещё долгое время сохраняется тенденция брать эти предметы всей кистью. Из-за нарушений в развитии мелкой моторики эти дети не проявляют интереса к рисованию, аппликациям, письму.

Таким образом, у детей с дизартрией вместе с нарушениями в звукопроизводительной и просодической стороне речи также наблюдаются отклонения в развитии мелкой моторики, которые сами не исчезнут без целенаправленной и систематической коррекционной работы.

Регулярные занятия по тренировке движений пальцев рук вместе со стимулирующим воздействием на речевое развитие дошкольника, по словам М.М. Кольцовой, является «мощным средством повышения работоспособности головного мозга». Полноценное развитие словесной речи ребёнка начинается только в том случае, когда движения пальцев рук достигают необходимой точности. Так как имеется близкая взаимосвязь и зависимость речи и моторики, то при наличии у ребёнка речевого нарушения, в частности дизартрии, важно обратить особое внимание тренировку его пальцев рук.

Таким образом, важным толчком для развития речи и психических процессов в целом у дошкольника с дизартрией выступит свое временно сформированная мелкая моторика пальцев рук.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие для студентов пед. вузов. – М.: АСТ:Астрель,2007.–224с.
2. Архипова Е.Ф. Стёртая дизартрия у детей. – М.: АСТ;Астрель,2016.–320с.
3. Белякова, Л.И., Волоскова Н.Н. Дизартрия. Пособие для вузов. – М.: Владос,2009. – 287с.
4. Бернштейн В.И. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М.: Медгиз,2001.–496с.
5. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребёнка. – М., Педагогика,2000.
7. Ткаченко Т.А. Развиваем мелкую моторику. – М.: Эксмо,2010–64с.

КОМПЬЮТЕРНО-ИГРОВОЙ КОМПЛЕКС КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ДОШКОЛЬНИКА В ИНКЛЮЗИВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Аннотация. Авторы статьи показывают, что компьютерно-игровой комплекс (КИК) является одной из современных форм работы с детьми в условиях дошкольного образовательного учреждения. Он позволяет закрепить знания детей на занятиях и в самостоятельной работе, способствует развитию умственных способностей, необходимых для интеллектуальной деятельности: восприятия, внимания, памяти, мышления, развития мелкой моторики.

Ключевые слова: информатизация образования, информационные технологии, компьютерно-игровой комплекс.

Информатизация общего образования в нашей стране уже имеет свою историю и традиции. Компьютер активно входит в нашу жизнь, становясь необходимым и важным атрибутом не только взрослой жизни, но и инструментом обучения детей.

С современным развитием информационных технологий система «человек и компьютер» вскоре стала проблемой, с которой сталкиваются все члены общества, а не только профессионалы, поэтому компьютерному взаимодействию следовало дать и образование.

В условиях развития современного общества и производства невозможно представить себе мир без информационных ресурсов, не менее важных, чем материальные, энергетические и трудовые. Приоритетным является то, что современное информационное пространство требует навыков работы с компьютером не только в начальной школе, но и в дошкольном детстве.

Сегодня информационные технологии значительно расширяют возможности родителей, педагогов и специалистов в области дошкольного образования. Возможности использования современного компьютера позволяют наиболее полно и успешно реализовать навыки ребёнка.

В отличие от обычных технических средств обучения, информационно-коммуникационные технологии позволяют не только насытить ребёнка большим количеством готовых, строго отобранных, соответствующим образом организованных знаний, но и развить интеллектуальные, творческие способности, и что очень важно в дошкольном образовании – умение самостоятельно приобретать новые знания.

Компьютер может войти в жизнь ребёнка через игру. Игра – это форма практического мышления. В игре ребёнок действует со своими знаниями, опытом, впечатлением, представленными в социальной форме образцами действий, игровыми знаками, имеющими смысл в смысловом поле игры. Ребёнок раскрывает способность придавать нейтральному объекту (до определённого уровня) игровое значение в игровом семантическом поле. Этот навык является основной психологической основой для внедрения дошкольного игрового компьютера в качестве игрового инструмента.

Способность компьютера воспроизводить информацию, в то же время, в виде текста, графики, звука, речи, видео, вспоминать и обрабатывать данные с высокой скоростью позволяет нашим специалистам создавать, быть инновационными средствами, быть мероприятиями для детей, все из которых принципиально отличаются от всех существующих игр и игрушек. Все это предъявляет новые требования к качеству школьного образования – первого звена непрерывного образования, одной из главных задач которого является создание потенциала для богатого развития личности ребёнка.

Поэтому мы внедряем новые информационно-коммуникационные технологии в систему дошкольного образования и воспитания наших детей.

Компьютерно-игровой комплекс (КИК) является одной из современных форм работы, в которой отношения между взрослым и ребёнком были выстроены по технической манере общения, что позволило ему не только общаться на равных, но и систематизировать знания, а также способствовать развитию способностей, гибкости, использовать их в жизни самостоятельно. Особое внимание уделяется совершенствованию системы здравоохранения за счет внедрения новых технологий.

Организация мероприятий с использованием компьютера – это комплексная игра, позволяющая приблизить детей к требованиям времени, повысить когнитивные компоненты, в их интегрирующей форме качество, эмоциональность и оценку окружающей среды, а также вызывает чувство общей принадлежности к проблеме ЗОЖ, основам и безопасности жизнедеятельности.

Компьютерно-игровой комплекс в садах органично вписывается в общую систему педагогической работы, направленной на общее развитие каждого ребёнка, и представляет собой группу многофункциональных компонентов, образующих «развивающую среду компьютерных предметов». Практика показала, что одновременно значительно повышается интерес детей к учебным материалам, повышается уровень навыков распознавания.

Использование необычных новых методов объяснения и закрепления, особенно в игровой форме, способствует развитию произвольного и непроизвольного внимания детей в инклюзивной образовательной среде, так как информационные технологии обеспечивают индивидуальный подход к каждому участнику образовательного процесса. Возможности компьютера позволяют увеличить объем материала, предлагаемого к просмотру. Кроме того, у дошкольников один и тот же программный материал должен повторяться многократно, а разнообразие форм исполнения имеет большое значение.

Из основных видов деятельности компьютерные игры помогают закрепить знания детей; их также можно использовать для индивидуальной работы с детьми, которые опережают своих сверстников интеллектуально в развитии, или отстают от них; а также для развития умственных способностей, необходимых для интеллектуальной деятельности: восприятия, внимания, памяти, мышления, развития мелкой моторики.

Программное обеспечение для обучения независимости развивает способность к самоконтролю.

Во время дошкольного игрового мероприятия, насыщенного компьютерными средствами, возникают психические новообразования (теоретическое мышление, развитое воображение, умение прогнозировать исход действия, качество мышления, что приводит к резкому повышению творческих способностей ребёнка).

По сравнению с традиционными формами компьютерного образования имеет ряд преимуществ:

- просмотр информации на экране компьютера в игровой форме представляет большой интерес для детей;

- сохраняет разумный тип информации для дошкольника;

- движение, звук, длинная анимация привлекают внимание ребёнка;

- задания задач, побуждающие ребёнка к правильному компьютерному решению, являются стимулом познавательной деятельности ребёнка;

- предлагает возможность индивидуального обучения;

- ребёнок сам фиксирует темп и количество решаемых игровых заданий;

- в процессе своей компьютерной деятельности советник обретает уверенность в себе, что он может сделать многое;

- она позволяет моделировать такие жизненные ситуации, которые невозможно увидеть в повседневной жизни (полет ракеты, половодье, неожиданные и необычные эффекты);

- компьютер очень «терпелив», он никогда не винит ребёнка за ошибки и ждёт, пока он их исправит;

- в то же время, в различных детских программах существует большая группа образовательных и развивающих программ, которые создаются специально для использования в образовательных целях. Это как отдельные программы, так и группы программ, которые представлены в виде отдельных сборников, систем, пакетов, серий в зависимости от их масштаба «общности».

Мультимедийные презентации позволяют представить обучающий и развивающий материал как систему ярких опорных образов, наполненных исчерпывающей структурированной информацией в алгоритмическом порядке. В этом случае задействуются различные каналы восприятия, что позволяет заложить информацию не только в фактографическом, но и в ассоциативном виде в память детей.

Цель такого представления развивающей и обучающей информации - формирование у дошкольников системы мыслеобразов. Подача материала в виде мультимедийной презентации сокращает время обучения, высвобождает ресурсы здоровья детей.

Использование на занятиях мультимедийных презентаций позволяет построить учебно-воспитательный процесс на основе психологически корректных режимов функционирования внимания, памяти, мыследеятельности, гуманизации содержания обучения и педагогических взаимодействий, реконструкции процесса обучения и развития с позиций целостности.

Говоря об использовании компьютера детьми дошкольного возраста, встаёт вопрос о сохранении здоровья и зрения. Разумно сделать ограничения занятий с ПК по времени, но произвольное внимание у детей данного возраста очень мало (10-15 минут), поэтому, как правило, дети не могут долго находиться за компьютером. Нормально развивающийся ребёнок в этом возрасте двигается 70-80% времени бодрствования, поэтому пока вопрос о «засиживании» за компьютером не актуален.

Итак, использование средств информационных технологий позволяет сделать процесс обучения и развития ребёнка дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования достаточно простыми эффективным, освобождает от рутинной ручной работы, открывает новые возможности дошкольного образования.

Литература

1. Акименко В.М. Новые педагогические технологии: учебно-методическое пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2008. – 105с.
2. Акименко В.М. Развивающие технологии в логопедии. – Ростов н/Д.: Феникс, 2011. – 109с.
3. Баннов А.М. Учимся думать вместе. – М.: Интуит.ру, 2007. – 136с.
4. Веракса, Н.Е., Веракса, А.Н. Проектная деятельность дошкольников. – М.: Мозаика-Синтез, 2010. – 112с.
5. Гин А.А. Приёмы педагогической техники. – М.: Вита-Пресс, 2003. – 122с.

А.С. Цепкова
*Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент В.И.Лахмоткина*

ЧТЕНИЕ И ЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Аннотация. В статье раскрывается своеобразие особого вида речевой деятельности – чтения, его психофизиологический аспект и основные стадии формирования в онтогенезе.

Ключевые слова: чтение, психологическая структура чтения, этапы становления процесса чтения, речевая деятельность, техническая и смысловая сторона чтения.

Анализ специальной лингвистической, психолингвистической литературы показал, что чтение является сложным психофизиологическим процессом, осуществляемым деятельностью различных анализаторов (речеслухового, речедвигательного, зрительного) и мозговых систем, что делает его одним из основных видов речевой деятельности. Исследованием психологической структуры чтения занимались такие учёные, как В.П. Глухов, Д.Б. Эльконин, Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова, С.В. Зорина, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия, С.Н. Цейтлин и др.

В.И. Селиверстов приводит данные о том, чтение, как особая форма реализации речевой деятельности, играет значимую роль в познавательной деятельности, в процессе обучения и воспитания ребёнка, подростка, в формировании его личности, стимулирует общую интеллектуальную деятельность, оказывает благотворное влияние на формирование его мировоззрения, на его социальное поведение; велика его роль также в сохранении и передаче социального опыта человечества[4].

По мнению отечественного учёного Д.Б. Эльконина, чтение представляет собой специфический вид общения, теснейшим образом связанный со слушанием, письмом и говорением; с помощью него осуществляется перевод письменной речи на устную. Автор в своих исследованиях характеризует чтение как процесс воссоздания звуковой формы слов по их графической (буквенной) модели, формирующийся под влиянием целенаправленного обучения и воспитания[6].

Обобщая вышеизложенные мысли разных авторов, В.П. Глухов отмечает, что чтение является не только процессом декодирования сообщения, предъявляемого в письменной форме, но и предполагает перевод зрительных (графических) символов в устную артикуляционную систему, включая в себя, тем самым, элементы кодирования и «перекодирования» речевого сообщения[1].

Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова, С.В. Зорина отмечают, что в чтении условно можно выделить две тесно связанные между собой стороны: техническую и смысловую. Техническая сторона (предшествующая смысловой) предполагает узнавание букв, соотнесение зрительного образа написанного слова с его звуком, слитное произнесение слогов и слов в целом. Главную роль здесь играют психофизиологические операции, которые при систематическом обучении доводятся до автоматизма, становятся неосознанными. Что касается смысловой стороны (следует за технической стороной и осуществляется непосредственно в процессе чтения), то она является основной целью данного вида речевой деятельности[3].

Техническая сторона (или сенсомоторный уровень по В.П. Глухову) включает в себя следующие тесно взаимосвязанные «звенья»: звено звуко-буквенного анализа; звено удерживания, сохранения получаемой информации (в памяти); смысловые догадки, возникающие на основе этой информации; сличение, контроль (соотнесение возникающих гипотез с данным материалом).

Одним из необходимых условий осуществления чтения является движение глаз. Д.Б. Эльконин и другие авторы в своих работах отмечают, что чтение происходит в момент фиксации глаза (или пауз) и единицей чтения является слово, а буквы лишь выполняют роль ориентиров в нем. Движения глаз человека осуществляется быстрыми скачками, от одной точки фиксации к другой. В процессе чтения наблюдается как забегание (антиципация) глаз вперёд по строке, что обеспечивает вероятностное прогнозирование читаемого, так и возвращение глаз к ранее прочитанному (регрессия) для проверки и уточнения прочитанного за счёт движения глаз назад (влево). В процессе движения глаз

восприятие читаемого не происходит, оно наступает лишь в момент фиксации, остановки глаза на строке[6].

Важную роль, по мнению В.П. Глухова, в осуществлении чтения играет сохранность и совместная работа зрительного, акустического и кинестетического анализаторов, а также работа заднелобных, нижнетеменных, височных, затылочных отделов коры левого полушария головного мозга[1].

Формирование процесса чтения в онтогенезе является довольно сложным и длительным процессом, который требует систематического и целенаправленного обучения. В начале оно обязательно сопровождается проговариванием вслух, т.е. переводом зрительного образа в его звуковой и кинестетический аналог, в более позднем возрасте, оно достигает своего автоматизма[1].

Известный отечественный психолог и педагог-методист Т.Г. Егоров выделяет следующие ступени (стадии) формирования процесса чтения: этап овладения звуко-буквенными обозначениями; послоговое чтение; этап становления синтетических приёмов чтения; этап «синтетического» («беглого», слитного) чтения. Каждая из этих ступеней характеризуется своеобразием, качественными особенностями, определённой психологической структурой, своими трудностями, задачами и приёмами овладения[2].

Как указывает Л.С. Цветкова, учитывая всю сложность структуры процесса чтения, легко представить себе все разнообразие картин нарушения чтения при заболеваниях мозга. Процесс чтения может нарушаться в разных звеньях, и психологическая структура нарушений чтения при разных по локализации поражениях может быть глубоко различной.

Таким образом, чтение представляет собой сложнейшую и специфически организованную форму сознательной деятельности человека. Психологические особенности процесса чтения изучали такие учёные, как В.П. Глухов, Д.Б. Эльконин, Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова, С.В. Зорина, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия, С.Н. Цейтлин и др. Учёные считают, что нормально протекающий процесс чтения включает в себя четыре взаимодействующих компонента: звуко-буквенный анализ и синтез, удержание информации, смысловые догадки и процесс сличения

возникающих при чтении «гипотез» с написанными словами. Все эти процессы могут быть осуществлены лишь при наличии сложного движения глаз и при сохранности мотивов данного вида речевой деятельности.

Литература

1. Глухов В.П. Основы психолингвистики: учеб. пособие для студентов педвузов. – М.: АСТ:Астрель,2005.–351с.

2. Егоров Т.Г. Психология овладения навыком чтения. – М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1983.–264с.

3. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В., Зорина С.В. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС,2003.–304с.

4. Селиверстов В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда: словарь-справочник. – М.: ВЛАДОС,1997.–400с.

5. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. – М.: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000.–304с.

6. Эльконин Д.Б. Как учить детей читать: учеб. пособие для учителей. – М.: Изд-во «Знание»,1991.–80с.

Л.Д. Цинцадзе

*Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент Л.А.Ястребова*

КОРРЕКЦИЯ СТЁРТОЙ ДИЗАРТРИИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ ПОСРЕДСТВОМ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности нарушения речи у детей старшего дошкольного возраста при стёртой дизартрии. Описываются причины её появления у ребёнка во внутриутробном и раннем периодах развития. Представлено применение и использование на практике логопедического массажа как коррекционная помощь детям со стёртой дизартрией с учётом распространённости этого дефекта.

Ключевые слова: старшие дошкольники, стёртая дизартрия, логопедический массаж, органическое поражение центральной нервной системы.

Дизартрия – расстройство произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. Стёртая дизартрия – это речевая патология, которая проявляется в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы. Эта форма встречается довольно часто в логопедической практике. У дошкольников указанной категории одним из частых проявлений считается носовой оттенок голоса, его хриплость, немелодичность. Речь воспринимается как однообразная, невыразительная, монотонная. Рассказывая стихи или же повествуя о чем-либо, дети дошкольного возраста осуществляют вдох в середине фразы, что превращает их речь в речь «набегу», взхлёб.

По определению Л.В. Лопатиной, стёртая дизартрия – это речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга [1; 2].

При изучении состояния психомоторной сферы у детей с дизартрией обнаруживаются разной степени выраженности недостатки в развитии общей, мелкой и речевой моторики. Так, для движений артикуляционных органов свойственна некоординированность и ограниченность. При их выполнении имеет наблюдается увеличение слюнных желез, цианоз, тремор и девиации языка[1].

Как показывает исследования Е. Ф. Архиповой, Л. В. Лопатиной Т. А. Токаревой, у детей со стёртой дизартрии не наблюдаются выраженные парезы и параличи. Моторика их отличается неловкостью, дискоординацией. Они заметно отстают от своих сверстников в ловкости и точности перемещений. Имеющиеся особенности замедляют развитие готовности руки к письму, вследствие этого долгое время не проявляется интерес к рисованию и другим видам ручных видов деятельности.

По мнению учёных, для устранения дизартрии необходимо осуществлять комплексное воздействие, которое включает взаи-

действие специалистов разных профилей (логопеда, невропатолога, психолога и др.). При организации логопедической работы с детьми со стёртой дизартрией коррекцию звукопроизношения следует сочетать с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и т.д. Таким образом работа по устранению стёртой дизартрии осуществляется по трём направлениям: медицинское, психолого-педагогическое, логопедическое [2;3].

Вопрос организации логопедической помощи детям с дизартрией остаётся актуальным, учитывая распространённость этого недостатка. Многие логопеды утверждают, что коррекция дизартрических расстройств станет недостаточно эффективна без применения массажных упражнений.

Массаж артикуляционного аппарата не только улучшает работу двигательных функций, но и вовлекает в работу близлежащие мозговые системы.

Логопедический массаж своей целью содержит не только укрепление артикуляционных мышц, но и стимуляцию проприоцептивных ощущений, собственно, что содействует чёткости кинестетического восприятия. В результате массажа увеличивается мозговое кровообращение, происходит процесс обмена веществ в организме, что улучшает протекание психических процессов, таких как память, внимание и т.д., вызывает общее оздоровление, то есть гармонизирует все процессы в организме.

В работе с детьми при стёртой дизартрии используют различные виды массажа: рефлексогенный, линейный, точечный и т.д. Это способствует повышению эластичности мышечных волокон, их силы, объёма и работоспособности.

Главная цель логопедического массажа при устранении стёртой дизартрии заключается в устранении патологической симптоматики в периферическом отделе речевого аппарата. К основным задачам можно отнести следующие:

1. Увеличение силы мышечных сокращений.
2. Нормализация мышечного тонуса.
3. Стимуляция положительных кинестезий и т.д.

Е.Ф. Архипова рекомендует три комплекса упражнений логопедического массажа:

- I комплекс – при ригидном синдроме (высокий тонус);

- II комплекс – при спастико-атактико-гиперкинетическом синдроме (проявляются гиперкинезы, дистония);
- III комплекс – при паретическом синдроме (низкий тонус)[2].

Логопедический массаж представляет собой лечебный метод, основной принцип которого сводится к нанесению дозированных механических раздражений на мышцы артикуляционного аппарата, мимические мышцы лица, мышцы, которые обеспечивают работу голосовых связок и мышцы дыхательного аппарата. Этот массаж выполняется рукой массажиста или с помощью шпателей, зондов и т.д.[1].

Все группы мышц представляют собой единую мышечную систему, которая обеспечивает речепроизводство. Применение логопедического массажа позволяет существенно сократить время коррекционной работы. Благодаря использованию логопедического массажа, приводящего к нормализации мышечного тонуса, формирование нормативного произношения звуков может происходить спонтанно.

Таким образом, логопедический массаж оказывает положительное воздействие на организм ребёнка в целом, вызывает благоприятные изменения в нервной и мышечной системах, которые играют главную роль в реализации речи[3,с.12].

Литература

1. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стёртой дизартрии у детей. – М.: АСТ; Астрель, 2010. – 254с.
2. Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами. – СПб.: Союз, 2005. – 192с.
3. Польшина М.А. Актуальные проблемы современной логопедии / М.А.Польшина, Н.М.Суслова. – Концепт. – 2015. – №08(август).
4. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста – М.: Каро, 2008. – 138с.
5. Ермилова Е.Я. Логопедический массаж при коррекции стёртой дизартрии у дошкольников [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/105/5855/>

А.Н. Чернецкая
Научный руководитель –
кандидат педагогических наук, доцент Л.А. Ястребова

БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ: ПРИЧИНЫ И СИМПТОМАТИКА

Аннотация. В данной статье рассматривается такое нарушение речи, как дизартрия. Также здесь будут упомянуты учёные, которые занимались её изучением. Особое внимание будет уделено описанию одной из форм дизартрии, а именно бульбарной дизартрии. Так, в статье рассматриваются причины возникновения данной формы дизартрии, описаны симптомы бульбарной дизартрии.

Ключевые слова: дизартрия, бульбарная дизартрия, причины, симптомы, звукопроизношение, парезы и параличи, мышцы.

Дизартрия – это нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. Её изучением занимались такие отечественные учёные как Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова, Г.Е. Сухарева, М.С. Певзнер, О.В. Правдина, Л.В. Лопатина, Л.В. Серебрякова, Е.Н. Винарская и многие другие. Каждый из них сделал большой вклад в изучение дизартрии. Так, О.В. Правдина построила классификацию дизартрии с учётом неврологического подхода, на основе принципа локализации нарушений. Она выделила пять форм дизартрий: бульбарную, псевдобульбарную, подкорковую (экстрапирамидную), корковую и мозжечковую. Именно о бульбарной форме дизартрии будет рассказано более подробно.

Под бульбарной дизартрией понимается форма дизартрии, которая обусловлена периферическим парезом или параличом мышц, принимающих участие в артикуляции, вследствие поражения языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов и их ядер[2]. Следуя из определения, в основе бульбарной дизартрии находится поражение ядер, корешков или периферических отделов VII, IX, X и XII черепно-мозговых нервов. Это поражение происходит при опухолях нижних отделов ствола мозга, эн-

цефалитах головного мозга, нарушениях мозгового кровообращения, невритах вирусной, токсической и дифтерийной этиологии, а также при осложнениях после воспаления среднего уха.

Нарушения речевой моторики при бульбарной дизартрии характеризуются нарушением как произвольных, так и непроизвольных движений. Такое нарушение происходит в том отделе речевого периферического аппарата, в котором имеются вялые параличи мышц. Резкое ослабление или даже полное отсутствие произвольных и непроизвольных движений связано с тем, что происходит нарушение активности функций поражённого нейрона, от которого отходит аксон, являющийся периферическим нервом, иннервирующим саму мышцу. Именно так мышца не получает нервные импульсы, которые передаются по периферическому нерву.

При данной форме дизартрии наблюдаются парезы и параличи, которые имеют периферический характер[4]. Парезы и параличи мышц глотки, гортани, языка и мягкого нёба, в свою очередь, приводят к нарушению глотания - дисфагии. Жидкая пища при этом может попасть в нос, твёрдая – в гортань. Наступающие вследствие этого нарушения кашлевого акта и рвотного движения, которые в норме оберегают гортань от попадания в неё пищи, осложняют это расстройство[3]. Наблюдаются нарушения жевания и поперхивания.

Бульбарная дизартрия также характеризуется недостаточной подвижностью голосовых складок, мягкого нёба, что приводит к специфическим нарушениям голоса. Так, голос у человека с бульбарной дизартрией становится слабым. Парез мышц мягкого нёба приводит к тому, что выдыхаемый воздух свободно проходит через нос. Это объясняет приобретение выраженного носового (назального) оттенка звуков[1].

При бульбарной дизартрии наблюдаются специфические особенности звукопроизношения. В детской практике наибольшее значение имеют односторонние поражения лицевого нерва, которые наблюдаются при вирусных заболеваниях или при воспалениях среднего уха. Так, вялые параличи мышц губ, одной щеки приводят к нарушениям и нечёткости артикуляции губных звуков. Но нарушения звукопроизношения наиболее выражены при двусторонних поражениях. Все губные звуки в данном слу-

чае характеризуются грубыми нарушениями, которые проявляются в их приближении к единому глухому щелевому губно-губному звуку. Смычные звуки, в свою очередь, также приближаются к щелевым. Для переднеязычных звуков при бульбарной дизартрии характерно приближение к единому глухому плоско-щелевому звуку. Звонкие согласные в речи лица с бульбарной дизартрией не реализуются. Они оглушаются[4]. Для детей с данной формой дизартрии характерна атрофия мышц языка и глотки, а также снижение тонуса мышц – атония. Паретичность мышц языка является одной из основных причин многочисленных искажений звуков. Общей характеристикой речи при бульбарной дизартрии является её невнятность и крайняя нечёткость, которая объясняется мышечной слабостью, пониженным мышечным тонусом и их влиянием на темп, объём и точность речевых артикуляций. Именно состоянием мышц объясняется другое название бульбарной дизартрии. Этим названием является паретическая дизартрия, то есть вялая.

Ещё одним симптомом бульбарной дизартрии является сложность или даже невозможность выразить эмоции посредством мимики лица – амимичность. Она также возникает из-за слабости мышц, их вялости[1].

Таким образом, под бульбарной дизартрией понимается форма дизартрии, возникающая при поражении ядер, корешков и периферических отделов черепно-мозговых нервов, располагающихся в продолговатом мозге. Бульбарная форма дизартрии имеет определённую симптоматику, знание которой необходимо для выделения её среди других форм дизартрий.

Литература

1. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998.–680с.

2. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997.—400с.

3. Уманская Т.М. Невропатология: естественнонаучные основы специальной педагогики: Учеб. пособ для студентов-бакалавров высших учебных заведений дефектологических фа-

культетов / Под ред. В.И. Селиверстова / Т.М.Уманская. – М: ВЛАДОС,2015.–296с.

4. 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,1989. – 223с.

И. Е. Шевченко

Научный руководитель –

кандидат педагогических наук, доцент Л.А. Ястребова

ДИЗАРТРИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема дизартрии у детей с церебральным параличом. Поскольку ДЦП очень распространённая форма детской инвалидности, тема является актуальной. Указаны мнения различных авторов и учёных работавших в этом направлении. Приведены основные симптомы дизартрии и нарушения жизнедеятельности детей с ДЦП. Отмечено что необходимо и дальше изучать церебральный паралич и методы коррекционной работы с такими детьми.

Ключевые слова: дизартрия, детский церебральный паралич, речевое отставание, двигательная функция, тремор.

Актуальность изучения проблемы дизартрии у детей с церебральным параличом обусловлена тем, что детский церебральный паралич (ДЦП) является самым распространённым и прогрессирующим по росту числа больных заболеванием в клинике детских нервных болезней. ДЦП является основной причиной детской инвалидности, среди которых на первом месте – заболевания нервной системы. Церебральный паралич является вторым из наиболее частых неврологических нарушений в детстве.

При поражении двигательных зон и двигательных путей головного мозга возникает детский церебральный паралич. При ДЦП нервная система человека недостаточно контролирует движение мышц, и возникает поражение двигательной сферы. У

каждого ребёнка двигательные функции поражаются по-разному – от отсутствия возможности свободно передвигаться до не-большого нарушения тонуса мышц.

Е.Н. Винарская отмечает, что дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной работой нервов, обеспечивающих связь речевого аппарата с центральной нервной системой. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизношения, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем. Дети с дизартрией по своей клинико-психологической характеристике представляют собой крайне неоднородную группу. При этом нет взаимосвязи между тяжестью дефекта и выраженностью психопатологических отклонений. Дизартрия, в том числе и тяжёлые её формы, могут наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, а лёгкие её проявления – как у детей с сохранным интеллектом, так и у детей с нарушениями интеллектуального развития[1].

Н.А. Абрашина говорит, что речевое отставание усиливается из-за того, что речевые отделы в коре головного мозга формируются позднее, пребывание в ограниченном пространстве, также ограничение свободы действий и передвижения, недостаточное общение со сверстниками негативно влияет на ребёнка. Существует определённая связь между степенью поражения двигательных способностей и характером дизартрии. Ведь при самой тяжёлой форме ДЦП, при которой ребёнок с трудом двигает верхними и нижними конечностями, у некоторых детей может наблюдаться анартрия – неспособность разговаривать.

Русский невролог Владимир Бехтерев в начале XX века определил особенности неврологии речи. Он выявил, что движение руки помогает развивать речь. Экспериментами он доказал, что развитию речи помогает мимика, а также жестикуляция кистями, пальцами рук. А также доказал, что область мозга, которая отвечает за речевые мышцы «область Брока», расположена рядом с мозговой областью, которая отвечает за остальные двигательные мышцы человека[2].

Основные симптомы дизартрии при ДЦП следующие: ребёнок с трудом произносит звуки, страдает интонация речи, возникают проблемы с темпом и ритмичностью разговора, затрудня-

ется дыхание при разговоре, нарушено звучание голоса и артикуляционная моторика.

Е.Ф. Архипова в своих трудах показывает, что на речь ребёнка с ДЦП могут влиять разные факторы – среди которых снижение тонуса мускулатуры. Нарушается тонус артикуляционной мускулатуры, к которой относятся лицевые мышцы, а также мышцы губ, языка, мягкого неба. Автор выделяет два вида нарушений тонуса мышц – дистонические и спастические.

Спастические нарушения в основном характерны для спастико-паретической дизартрии и сопровождаются увеличением тонуса языковых, губных, лицевых и шейных мышц. При чрезмерном напряжении язык сокращается и оттягивается назад, при этом изгибается и поднимается к небу, кончик плоский. Поднятие к небу спинки языка приводит к тому, что согласные звуки звучат мягче, этот процесс называется палатализацией.

Дистонические расстройства бывают при дизартрии гиперкинетического типа и характеризуются непостоянством тонуса мышц. Расслабленные мышцы ещё больше расслабляются, тонус слишком сниженный. При попытке заговорить наблюдается чрезмерное мышечное напряжение. Такие скачки напряжения речевых мускулов негативно отображаются на звучании речи – звуки искажаются, заменяются похожими или же вовсе пропускаются[3].

Нарушение тонуса мышц, которые отвечают за речь, часто бывает неравномерным, например, язык поражается спазмом, а лицевые мышцы слишком расслабляются. Но всегда наблюдается точная зависимость тонуса мышц головы от тонусного нарушения мышц остальных частей тела.

Дыхательные нарушения часто встречается при гиперкинетическом типе дизартрии и происходят из-за того, что дыхательные мышцы управляются центральной нервной системой, то есть мозгом, который как раз поражён ДЦП. Среди нарушений дыхания – глубина, ритм, вдох недостаточно глубокий и сокращённый ослабленный выдох.

Гиперкинези тремор в мышцах осуществляют самопроизвольные движения, которые не контролируются сознанием. Эти движения бывают довольно заметными, они не имеют никакого ритма, иногда совершаются с большой амплитудой и не подвер-

жены логики. Конечно, это все не позволяет звукам образовываться обычным путём, и звучание будет значительно отличаться от обычного. Такая дизартрия называется гиперкинетической.

Таким образом, детский церебральный паралич – это тяжёлое заболевание, которое возникает у ребёнка в результате поражения головного и спинного мозга на ранних этапах его формирования. Основным клиническим симптомом при детском церебральном параличе является нарушение зрения, слуха, речи, интеллекта. У некоторых детей наблюдаются судорожные синдромы. Перспектива исследования заключается в дальнейшем изучении детей с детским церебральным параличом, изучения коррекционной работы и методов обучения детей данной группы.

Литература

1. Абрашина Н.А. Двигательные церебральные нарушения. – Саратов: Приволжской книжное издательство, 2001.–244с.

2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 2000.–244с.

3. Винарская Е.Н. Дизартрия и её диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга / Е.Н. Винарская, А.М. Пулатов. – Ташкент, 2002.–264с.

Н.С.Юсифова, И.С.Исмаилова

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АССОЦИАТИВНОЙ ЛЕКСИКИ У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Аннотация. В статье рассматривается один из аспектов проведённого исследования ассоциативной лексики у детей с общим недоразвитием речи. Приводятся данные выявления исходного уровня развития ассоциативной лексики у дошкольников. Предлагаются варианты и направления работы логопеда по развитию и усовершенствованию ассоциативной лексики.

Ключевые слова: ассоциативная лексика, дети с общим недоразвитием речи, структура дефекта, активный и пассивный словарь.

Нарушения ассоциативной лексики, то есть того набора слов, которые возникают в голове ребёнка, как реакции на слово, возникают у детей с ОНР в зависимости от структуры и глубины речевого дефекта. Они проявляются в ограниченности словарного запаса, резком расхождении объёма активного и пассивного словаря, неточном употреблении слов, многочисленных вербальных парафазиях, трудностях актуализации словаря (В.К. Воробьева, Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева и др.) [1].

Детальное исследование детской лексики, раскрытие механизмов его развития у детей с ОНР позволяют при помощи специально организованной коррекционной работы эффективно устранять их нарушения.

Одной из специфических особенностей лексики детей с общим недоразвитием речи является значительное расхождение в объёме пассивного и активного словаря. Также дошкольники понимают значение многих слов, однако их употребление в экспрессивной речи, актуализация словаря вызывают большие затруднения [2].

Характерной особенностью словаря детей с ОНР можно также назвать неточность употребления слов. Иногда они используют слова в излишне широком значении, а иногда, наоборот, в слишком узком.

В содержание логопедической работы с детьми с ОНР входит дальнейшее совершенствование звуковой стороны речи (произношения и восприятия звуков), формирование лексико-грамматических средств языка (уточнение и расширение словарного запаса, практическое овладение различными способами словообразования и словоизменения) и навыков связной речи (составление и распространение предложений)

Изучив и проанализировав психолого-педагогическую и логопедическую литературу по проблеме развития ассоциативной лексики, мы определили, что одной из основных задач педагогов по обучению и развитию детей с общим недоразвитием речи является усвоение ими лексических средств языка на богатом словесном материале [3].

Слово имеет сложное смысловое строение, оно с одной стороны, обозначает соответствующие предметы, действия и при-

знаки т.е. имеет «предметную соотнесённость», а с другой стороны – анализирует и обобщает их относя к определённой категории, т.е. имеет определённое значение. Каждое слово возбуждает целую систему связей, являясь центром целой семантической сети, актуализирует определённые «семантические поля», которые характеризуют важный психологический аспект структуры слова.

Ассоциативный словарь дошкольников показывает, какие именно связи стоят у них за словом – звуковые, ситуационные или категориальные.

Следовательно, изучение особенностей развития ассоциативной лексики у детей старшего дошкольного возраста с ОНР является актуальным для современной логопедии и требует более детального рассмотрения, что мы попытались сделать в нашем исследовании.

Экспериментальная коррекционная работа проводилась на базе ГБОУМ школы «Марьино», в дошкольном отделении 2, в детском саду «Аистенок» г. Москвы.

Цель констатирующего эксперимента: выявить исходный уровень развития ассоциативной лексики у детей с ОНР. Занятия организовывались в соответствии с планом учебно-воспитательной работы в часы коррекции и в повседневной жизни в первой половине дня. Создавались условия и для самостоятельной игровой деятельности, в которой также осуществлялось изучение состояния лексической стороны речи.

Для этого применялись четыре методики, задания которых оценивались в баллах. Выявляли умения детей классифицировать понятия, подбирать антонимы, синонимы и определения. В соответствии с их результатами, мы выделили три уровня: высокий, средний, низкий. Критерии оценок: высшая оценка 60-55 баллов, соответствует высокому уровню; 35-54 балла – среднему; менее 35 баллов – низкому уровню сформированности лексики.

В соответствии с критериями оценки по констатирующему эксперименту на высоком уровне не было ни одного ребёнка. На среднем уровне трое детей, которые при выполнении предъявленных методик испытывали небольшие затруднения, те есть неточно подбирали слова антонимы, синонимы к заданным сло-

вам, не могли классифицировать предметы и подобрать определения к словам.

На низком уровне оказались семеро детей из группы. Они испытывали серьёзные затруднения при выполнении методик. Помощь со стороны педагога не использовали. В результате проведённого исследования в данной группе детей оказалось, что в 30% случаев дети имеют средний и в 70% низкий уровень сформированной ассоциативной лексики. У всех детей выявились затруднения в классификации, подборе антонимов, определений, синонимов, что и определило цель нашего формирующего эксперимента.

В формирующем эксперименте, в течение года нами проводилась коррекционная работа по развитию ассоциативной лексики. Логопедическая работа включала несколько этапов. Первый этап заключался в последовательном формировании умения классифицировать предметы по роду и виду, учили правильно называть предметы и развивали умения обобщать целые группы предметов, активизировали словарь детей. На втором этапе формировались умения в подборе синонимов и антонимов. На третьем этапе учили подбирать слова-определения. Проводились фронтальные и индивидуальные формы работы.

Работая над развитием ассоциативного словаря, мы использовали специальные приёмы, ещё описанные С.Н. Карповой, согласно которым учитывались тесные связи лексики и словообразования. Эти приёмы включали задания на уточнение значений слова, овладение морфемами, системой грамматических заданий, закрепление связи между словами, развитие диалогической и монологической речи.

На занятиях по развитию лексико-грамматических средств языка и связной речи проводится большая работа по активизации и совершенствованию словаря, понимания речи, формированию умения выделять части предмета. На основе уточнения пассивного речевого запаса организуется устная речевая практика.

В процессе усвоения предметного словаря на основе предметно-графических схем дети продолжают знакомиться с различными способами словообразования.

Необходимым условием уточнения и расширения предметного словаря является практическое усвоение распространённых

случаев многозначности слов. Каждое занятие имеет свою тему, которая содержит соответствующие сведения и предусматривает постепенное уточнение словаря и его систематизацию на основе наблюдений и логических приёмов сравнения, анализа, синтеза, обобщения.

Цель контрольного эксперимента: выявить эффективность проведённой коррекционной работы по развитию ассоциативного словаря. Он показал, что выявилось значительное улучшение состояния лексики у испытуемых. Повысился уровень ассоциативной лексики со среднего на высокий у троих детей, с низкого на средний у шестерых детей, но один ребёнок так и остался на прежнем низком уровне. Проведённая работа не дала результатов с этим ребёнком.

На основании изученной литературы и результатов исследования нами были предложены практические рекомендации для родителей по развитию лексики.

Эффективность данной работы показало, что у детей с ОНР улучшается уровень сформированности ассоциативной лексики.

Успешная коррекционная работа предполагала индивидуальный подход, учитывалась структура и особенности развития речи детей с ОНР. Эффективность логопедической работы определялась умением владеть методикой развития речи, правильно подобрать необходимый для каждого случая речевой материал, на котором строятся занятия с детьми.

Гипотеза исследования, предполагавшая, что при соблюдении определённых условий: учёта структуры речевого дефекта, систематичности и последовательности логопедических занятий, целенаправленности логопедического воздействия, недостатки ассоциативной лексики у детей с ОНР будут устранены, доказана.

Литература

1. Филичева Т.Б., Туманова Т.Б. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. Учебно-методическое пособие. – М.: «Издательство ГНОМ и Д», 2012.

2. Филичева Т.Б. Основы дошкольной логопедии /Т.Б. Филичева, Т.В. Туманова, О.С. Орлова и др. – Москва: Эксмо, 2015. – 320 с.

3. Ткаченко Т.А. Учим говорить правильно. Система коррекции общего недоразвития речи у детей 6 лет. Пособие для воспитателей, логопедов и родителей. – М.: «Издательство ГНОМ и Д», 2014.

Л.А.Ястребова

МЕТОДЫ И ПРИЁМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОМОТОРНОЙ ГОТОВНОСТИ К ОВЛАДЕНИЮ ПИСЬМОМ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Аннотация. В статье определена специфика формирования навыков письма у младших школьников с учётом педагогических, гигиенических и психофизиологических аспектов. Проведён обзор исследований, посвящённых причинам и механизмам нарушений процесса письма, а также авторских методик формирования графомоторных навыков.

Ключевые слова: письмо, психофизиология письма, навыки письма, графомоторные навыки,

Анализ научной и учебно-методической литературы показал, что проблема формирования психомоторной готовности к овладению письмом у младших школьников в условиях инклюзивного образования рассматривается в нескольких аспектах:

- педагогическом: изучение и разработка методики и тактики коррекционной работы учителя-логопеда и педагога;
- гигиеническом: отбор и обоснование рациональных методов и приёмов формирования процесса письма;
- психофизиологическом: определение основ рационального построения методики обучения письму.

В исследованиях Н.А. Никашиной, Л.Ф. Спировой, А.В. Ястребовой и других показана тесная взаимосвязь между нарушениями устной и письменной речи, разработаны теоретические и прикладные аспекты их коррекции. Авторами определено, что главной причиной нарушений речи являются расстройства анализаторной деятельности (главным образом, речедвига-

тельной и речеслуховой). Вследствие этого учащиеся с трудом овладевают звуковым анализом и синтезом слова в период начального обучения в школе.

В большинстве случаев все эти трудности образуют целый комплекс проблем. Первичные нейропсихологические предпосылки, затрудняющие освоение языка, отягощаются эмоциональным и целым рядом педагогических проблем. Следовательно, чтобы научить ребёнка грамотному, осознанному, а затем и автоматизированному письму, необходимо каждую проблему устранять отдельно.

Трудности формирования навыков письма системны и имеют комплексный характер. До сих пор в литературе (как в отечественной, так и в зарубежной) нет единого представления о ведущих причинах возникновения указанных трудностей. Большинство авторов склоняются к тому, что существуют нарушения письма, связанные с недостатками речевой деятельности, невербальных форм психической деятельности, а также смешанные типы. Причиной последних могут быть нарушения не только моторики, графомоторных функций, звукового анализа и синтеза, но и несформированность внимания, абстрактных форм мышления, волевой сферы.

Как отмечают Е.Н. Соколов, М.М. Безруких, А.Н. Корнев и др., успешность обучения письму младших школьников определяется созданием ряда условий, в том числе и гигиенических. В частности, правильной посадкой за столом, положения ручки в руке, размещения тетради на столе и её перемещения во время письма. Это способствует предупреждению нарушений осанки и зрения у учащихся, повышению работоспособности, формированию точного и быстрого письма.

Овладение письмом процесс целенаправленный, длительный и непростой. Как отмечает А.Р. Лурия, «... процесс письма с полным основанием относится психологией к наиболее сложным, осознанным формам речевой деятельности». Для того чтобы правильно обучать детей письму, необходимо знать, как формируются графические навыки и каковы условия их формирования. В коррекционную работу включаются разнообразные и многократные упражнения. Известно, что графические навыки письма относятся к сенсорным навыкам. Но в отличие от последних, ко-

которые включаются в трудовую или спортивную виды деятельности, графические навыки письма связаны непосредственно с учебной деятельностью и обеспечивают полноценное овладение письменной речью. Сложность их формирования заключается в необходимости одновременного овладения чтением и орфографией. Высший уровень сформированности процесса письма характеризуется орфографической и каллиграфической составляющими, он обусловлен деятельностью определённых анатомо-физиологических структур мозга. При этом процесс письма осуществляется легко, быстро, автоматизировано.

В работах Б.Г. Ананьева, С.М. Блинкова, О.Б. Иншаковой, Р.Е. Левиной, А.Р. Лурии, Л.К. Назаровой и др. показано, что нарушения функционирования коры головного мозга (определённых её областей) являются причиной нарушений письма и письменной речи в целом. Выявление данных нарушений обеспечивает возможность их классификация и определения взаимосвязи с поражениями различных областей головного мозга. Так височные области левого полушария головного мозга обеспечивают слуховой анализ. Их поражения приводят к нарушениям процесса письма на слух и при списывании. Заднецентральные области левого полушария, синтезирующие кинетические ощущения, осуществляют управление движениями в процессе письма. Затыльно-теменная область ответственна за зрительную организацию процесса письма. При её поражении отмечаются пространственные нарушения. Премоторная область коры осуществляет контроль за чередованием и последовательностью графических элементов, сохранением моторного образа слова. Левые лобные доли (моторный центр речи) способствуют реализации замысла при письме. Их поражение обуславливают нарушения последовательного письма.

Таким образом, процесс письма опосредован деятельностью различных областей коры головного мозга. Однако их роль неодинакова, так как к школьному возрасту головной мозг ребёнка морфологически и функционально ещё недостаточно развит. В большей степени это относится к лобным областям.

Для формирования правильного навыка письма требуется, чтобы ребёнок был готов к нему морфофункционально и психофизиологически, так как любой навык имеет свою специфиче-

скую структуру. Для овладения навыками письма важно развитие моторики пальцев и кисти руки. Эти движения развиваются у ребёнка в течение всего дошкольного возраста. Если захватывание предметов формируется примерно к 15 месяцам, то держание карандаша, ложки требует более сложных координированных действий. Если эти навыки не сформированы, ребёнок и в 6 лет не владеет ими. Так можно наблюдать следующее: удержание карандаша всеми пальцами, чрезмерный его зажим. Развитие моторики пальцев и кисти руки осуществляется в процессе специально организованных занятий рисованием, лепкой, конструированием.

Е.Н. Соколова и О.Т. Тарасова [6] при изучении проблемы подготовки к формированию навыков письма у детей 4-7 лет особое внимание уделили исследованию движений пальцев. Они установили, что детям легче осуществлять сгибание и разгибание большого и указательного пальцев и труднее – вращательные движения этих пальцев. Вращательные движения пальцев, по наблюдениям Е.Н. Соколовой, в большинстве случаев сопровождаются движениями губ и языка. Такого рода синкинезии указывают на несформированность и/или недифференцированности организации движений на высшем уровне корковой регуляции, видимо. Развитие моторики пальцев может протекать замедленно даже при интенсивных, систематических упражнениях, так как к моменту поступления ребёнка в школу ещё незакончено окостенение пальцев кисти.

Как отмечает Е.В. Гурьянов [3], в дошкольный период происходит накопление двигательного опыта и развитие двигательного контроля. В преддошкольном возрасте первые движения карандашом характеризуются двигательной импульсацией (большие размашистые движения, отсутствие зрительной регуляции движений). В дошкольном возрасте большую роль в формировании двигательных навыков играют подражание и словесное объяснение. Кроме того, дети могут ориентироваться на мускульные ощущения, получаемые с помощью ведения руки взрослыми.

Речевые центры формируются под влиянием импульсов, поступающих от пальцев рук. Поэтому самомассаж рук благотворно влияет на их развитие в обоих полушариях. Психоневрологи советуют всю интеллектуальную нагрузку давать только на фоне

«разогретых рук». Формирование навыка письма – длительный и сложный процесс. Сложность его определяется структурой и психофизиологическими механизмами акта письма. Известно, что первоначальный этап формирования любого навыка определяет успешность его формирования в целом. Поэтому овладеть письменной речью ребёнок, по мнению Л.С.Выготского, сможет «... только при условии, если впервые школьные годы ребёнок усвоил и выработал ряд приёмов, вплотную подведших его к процессу письма, подготовивших и неимоверно облегчивших для него овладение идеей и техникой записи».

М.М. Безруких и Т.Е. Хохлова[1] считают, что, учитывая особенности формирования движений при письме, обучение целесообразно начинать не с целых букв, а с объяснения того, что каждая буква состоит из элементов, и мы фактически можем «сконструировать», собрать любую букву из этих элементов. «Такой поэлементный анализ, на который стоит потратить дополнительное время, позволяет ребёнку творчески, осознанно подойти к конструированию буквы ещё до того, как он будет учиться писать их», – пишут они. Ребёнок может сделать это самостоятельно, сначала на примере самых простых букв. Для конструирования букв можно использовать специальные лото с элементами букв или лото, в каждой клеточке которого – часть буквы, «разделенной» не только по вертикали на элементы, но и по горизонтали. Лото поможет быстро найти общие элементы в разных буквах и составить буквы из прямых элементов. А быстро растущая компьютеризация школы позволит использовать для таких игр компьютеры.

Традиционный способ обучения письму требует от ребёнка много физических, умственных и нервных сил. К тому же практика показывает, что учащийся в период обучения письму элементов букв, их соединений не развивается: монотонность и однообразное написание элементов букв утомляет его, не вызывает интереса, не активизирует мыслительных и творческих способностей.

Согласно методическим рекомендациям Е.Н. Потаповой[5] детей можно учить писать быстро, красиво и весело. Практика показывает, что её ученики быстрее учатся читать и писать, допуская вдвое меньше ошибок. Данная методика позволяет вос-

питывать у детей самобытность, творческий дух, а также обеспечивает развитие личности ученика. Обучение письму условно разделено на три этапа: первый этап – развитие мускульной памяти; второй этап – развитие тактильной памяти; третий этап – закрепление полученных сведений с помощью трафарета букв.

Известно, что формирование графических навыков начинается задолго до поступления ребёнка в школу. В преддошкольном возрасте дети берут в руки карандаш, чертят на бумаге, ещё не контролируя и не направляя зрением свою руку. Позднее начинает включаться зрительный контроль. Ребёнок рисует, пишет карандашом отдельные печатные буквы. Занятия лепкой, аппликацией, конструированием, поделками из бумаги благотворно влияют на развитие моторики кистей и пальцев рук, глаз ребёнка. Такие занятия подготавливают руку и глаз ребёнка к процессу письма – развивают мелкие мышцы, учат видеть форму и воспроизводить её. Таким образом, к моменту поступления ребёнка в школу его глаз и рука в какой-то мере уже готовы к формированию навыка письма. Однако движения, совершаемые в процессе письма, не воспроизводятся в наиболее близких к письму видах деятельности – рисовании, лепке, так как они подчинены иным целям, чем в изобразительной деятельности.

Литература

1. Безруких М.М., Хохлова Т.Е. Как писать буквы. – М., 1993. – 48 с.
2. Гурьянов ЕВ. Развитие навыка письма у школьников. – М.: Просвещение, 1940. – 339 с.
3. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учебно-методическое пособие. – СПб.: МиМ, 1997. – 286 с.
4. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной школе. – М.: Институт практической медицины; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 23 с.
5. Потапова Е.Н. Обучение письму младших школьников //Начальная школа. – 1987. – №6. – С.65-75.
6. Соколова Е.Н., Тарасова О.Т. Обучение чистописанию. – М.: Просвещение, 1969. – с.52.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Арцимович Ирина Владимировна – кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной, специальной педагогики и психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Байбара Ольга Владимировна – магистрант социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Белоус Ольга Валерьевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной специальной педагогики и психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Бежко Юлия Александровна – магистрант социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

БирамоваЗейнаб Рашидовна – воспитатель Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения детский сад №9, г. Армавир.

Бровина Юлия Николаевна – учитель-логопед Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения центра развития ребенка детский сад №17 «Журавушка», г. Тихорецк.

Вареца Елена Сергеевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной специальной педагогики и психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Глуценко Екатерина Андреевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного

бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Грибушенкова Любовь Николаевна – воспитатель Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения детский сад №19, г. Армавир.

Дохоян Анна Меликсовна – кандидат психологических наук, доцент, зав. кафедрой социальной, специальной педагогики и психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Егизарьянц Марина Николаевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной специальной педагогики и психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

ЖивоглядоваЮлия Андреевна – магистрант социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Захарова Екатерина Николаевна – магистрант социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Исмаилова Индира Седрединовна – кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной специальной педагогики и психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Кащенко Ульяна Дмитриевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Коваленко Николай Сергеевич – студент исторического факультета Федерального государственного бюджетного образова-

тельного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Коваленко Юлия Викторовна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Кубанцева Дарья Александровна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Лахмоткина Валентина Ивановна – кандидат педагогических наук, доцент кафедры социальной специальной педагогики и психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Лыскова Анастасия Сергеевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Новикова Анастасия Николаевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Рубцова Ольга Федоровна – учитель-логопед Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детский сад №27, г. Туапсе.

Скачкова Юлия Анатольевна – магистрант социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.

Сыреева Валентина Дмитриевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Тлеужева Мариет Ибрагимовна – воспитатель Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения детский сад №9, г. Армавир.

Цепкова Анастасия Сергеевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Цинцадзе Лиана Джамбулиевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Чернецкая Анна Николаевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Шевченко Ирина Евгеньевна – студент социально-психологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г.Армавир.

Юсифова Наргиз Султанбековна – воспитатель дошкольного отделения №2 д/с «Аистенок» Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения «Школа "Марьино"» им. маршала авиации А.Е.Голованова, г.Москва.

Ястрбова Лариса Александровна – кандидат педагогических наук, доцент кафедры социальной, специальной педагогики и психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Армавирский государственный педагогический университет», г. Армавир.



Для заметок



Для заметок

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ
ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ИНКЛЮЗИВНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ**

Сборник научно-методических трудов

Подписано к печати 13.10.2019. Формат 60х90/16

Усл.печ.л. 9,5. Уч.-изд.л. 7,9. Тираж 150 экз.

Заказ №33.

Издатель ИП Ершова Ольга Анатольевна

www.colibri-design.ru