МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ: ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРАКТИКА

Материалы VIIIМеждународной научно-практической конференции

студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых

14 апреля 2014

Казань, 2014

УДК159.907: [376.3 + 378.1 : 376.3]
ББК 88.4: 74.3
А 44

Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: исследования и практикаматериалы VIII Международной научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых. 14 апреля 2014 / Под ред. Т.В. Артемьевой– Казань, 2014. –200 с.

ISBN

Научный редактор –
кандидат психологических наук, доцент Т.В. Артемьева

Рецензенты:
Кедрова И.А. канд. психол. наук, доцент (ЧОУ ВПО «АСО»);
Закирова В.Г. док. пед. наук, профессор (К(П)ФУ)

Сборник содержит материалы участников Международной научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых.Цели конференции: привлечение студентов, ориентированных на профессии педагогического профиля, к научным исследованиям в области специальной психологии и коррекционной педагогики; овладение студентами и аспирантами исследовательскими компетенциями; обсуждение существующих и поиск инновационных направлений решения актуальных проблем специальной психологии и коррекционной педагогики; научное обоснование современных парадигм решения научно-практических проблем данного направления; апробация научно-практических результатов исследований, проведенных студентами и аспирантами. Материалы сборника адресуются преподавателям, аспирантам, магистрантам, студентам педагогических вузов, специалистам, работающим с детьми, всем, кто занимается вопросами специальной психологии и коррекционной педагогики.

Ответственность за содержание статей несут авторы.

© Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, кафедра специальной психологии и коррекционной педагогики, 2014

Содержание

Секция I. Комплексная диагностика отклоняющегося развития 7
Александрова К. В. Логопедическая работа по выявлению особенностей связной речи у дошкольников с моторной алалией 7
Ахметова А.П. Особенности развития мелкой моторики у детей со стертой дизартрией 10
Барсукова Е.И. Особенности формирования изобразительной деятельности у глухих детей 14
Бриткина С. Г. Выявление особенностей восприятия у детей с сенсорной алалией 17
Буданова З.В. Особенности нарушений процессов словообразования и словоизменения у детей с ОНР 3 уровня 21
Викторова Т.Ю. Особенности формирования навыков общения у детей старшего дошкольного возраста с нарушением речи 25
Галимарданова Ф.М. Понимание нормативной ситуации как помощь в адаптации детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями 28
Галимова З.И. Исследование мотивации общения старших дошкольников с нарушением интеллектуального развития со сверстниками 32
Галявова К.Р. Особенности взаимоотношений детей дошкольного возраста с ОНР III уровня со сверстниками 36
Игнатьева А.Н. Коррекционно-логопедическая работа по выявлению особенностей логического мышления у детей с моторной алалией 39
Идрисова Г.Н. Особенности мышления детей старшей дошкольной группы при алалии 43
Князева Н. В. Особенности словарного состава у глухих детей 46
Музыченко А.В. Особенности речевых нарушений у детей с трудностями обучения 49
Петухова К.Д. Функции программирования и контроля младших школьников с разным уровнем успеваемости 53
Салахова Г.М. Понимание учебного текста детьми с задержкой психического развития 56
Сойко К.В. Нарушение функций программирования, регуляции у детей с трудностями обучения 59
Файзрахманова Р.Т. Исследование особенностей связной речи у младших школьников с сенсорной формой алалии 63
Цырулик Н.С. Исследование подходов к происхождению и механизмам дискалькулии в контексте проблемы профилактики трудностей обучения у детей 66
Секция II. Инновационные технологии коррекционного обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии 71
Ахметсафина Р.Р. Фонетическая ритмика как средство формирования правильного произношения у детей с нарушением слуха 71
Баранова Л.В. Диагностика и коррекция эмоционального развития детей дошкольного возраста с ДЦП средствами художественной деятельности 74
*Валитова И.З.*Коррекция речи детей с особыми возможностями здоровья с применением метода биологической обратной связи по максимальной дыхательной аритмии сердца 78

Габдулхакова Д. Р., Шигабиева Г. И. Использование логопедического массажа при коррекции дизартрии 81
Габитова Э.Р. Сказкотерапия в коррекционном обучении и воспитании детей с ОВЗ 84
Гаевская В.В. Использование наглядного метода моделирования на основе структурных компонентов древних систем письменности при формировании связной монологической речи. 88
Гречко М.В. Опыт использования малых фольклорных форм как средства коррекционной работы со старшими дошкольниками с общим недоразвитием речи 91
Зайдуллина Э.Р. Работа над формированием диафрагмально-релаксационного типа дыхания на аппарате БОС 95
Закирова Л.Р. Метод изографического моделирования в формирование слоговой структуры слова 98
Залялетдинова А.Д. Коррекция межличностных взаимоотношений у детей с ОНР дошкольного возраста методом сказкотерапии 102
Ильина С.Д. Использование приемов арт - терапии в коррекции заикания 106
Карпович И.А. К проблеме формирования предпосылок речевого высказывания у младших дошкольников с общим недоразвитием речи средствами изобразительной деятельности 109
Ладейко В.Д. Формирование пространственных понятий у детей 6-7 лет с общим недоразвитием речи средствами мультимедийных презентаций 112
Любавина А. А. Технологии коррекции коммуникативных нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья 116
Макарова А. В. Нетрадиционные технологии проведения артикуляционной гимнастики 120
Миндукова Ю.Е. Использование арт-терапии в сопровождении детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития 123
Нагимова Ч.Р. Использование изографического моделирования в процессе составления творческого рассказа детьми старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня 127
*Седина Л.Б.*Дидактический синквейн как средство оптимизации работы по обогащению словарного запаса 133
Тимошинова Н.С. Использование музыкотерапии в работе логопеда с детьми с тяжелыми нарушениями речи 136
Халиуллова А.Н. Возможности использования НЛП для преодоления коммуникативных трудностей у слепых 140
Хренкова М.А. Использование логосказок в системе коррекционной работы с детьми старшего дошкольного возраста III уровня ОНР 143
Секция III. Логопедическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья 147
Гимадеева М. А. Организация логопедической помощи в условиях дошкольного логопедического пункта 147
Горбунова М.А. Тематическое планирование занятий по развитию связной монологической речи в старшей группе детей с общим недоразвитием речи III уровня 151
Кадырова Э.Р. Коррекционно-логопедическая работа по формированию коммуникативных навыков у дошкольников с алалией 154

Каримуллина Г.М. Профилактика речевых нарушений у детей младшего дошкольного возраста 157
Назарова Е. В. Логопедическое сопровождение детей раннего возраста с нарушениями речевого развития 160
Рашитова Р. Р. Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья 164
Сычкова А.А. Кохлеарная имплантация: возможности, ограничения, противопоказания 168
Федотова К.Э. Работа над речевым дыханием в коррекции заикании 173

Секция IV. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии 176
Кадырова Э.А. Особенности взаимоотношений матерей с детьми дошкольного возраста с задержкой психического развития 176
Сайфуллина М.Н. Социально-психологические проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья 180
Романенко М.М. Организация работы логопеда с семьей слабослышащего ребенка в условиях инклюзивного образования 183

Секция V. Коррекционная работа с детьми с нарушениями развития в условиях вариативных форм специального образования 187
Айнетдинова А. В. Специфика оказания ранней помощи детям с моторной алалией в условиях Лекотеке 187
Владимирова У. Л. Технология формирования социально-бытовых навыков у детей в Лекотеке (с ранним детским аутизмом). 190
Дмитриева Р.Г. Моделирование процесса взаимодействия специалистов в Лекотеке. 193
Закирова А.А. Технология формирования жизненных компетенций у безречевых детей в Лекотеке 199
Калюжная О.Л. Технология формирования социально-бытовых навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья в Лекотеке 202
Каримова Ф.Р. Особенности организации и содержание деятельности учителя - логопеда с детьми дошкольного возраста с ранним детским аутизмом в Лекотеке 208
Нафигуллина Д. Э. Логопедическая работа с детьми с заиканием в условиях Лекотеки 211
Тропынина М. А. Технология диагностики речевой деятельности детей старшего дошкольного возраста с дизартрией средствами лего-конструирования в условиях Лекотек 214
Усманова Н. К. Специфика оказания помощи детям, страдающим ранним детским аутизмом в условиях Лекотеки 218
Федорова В.Д. Формирование жизненных компетенций у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях Лекотеки 221
Хусаинова Э.М. Особенности организации и содержания деятельности учителя-логопеда с детьми с псевдобульбарной дизартрией в Лекотеке 223

Секция VI. Инклюзивное образование в России и за рубежом 228
Андреева А.С. Инклюзивное образование в России и странах Европейского Союза 228
Гараева С.С. Инклюзивное образование в России 232
*Запорожская Т.А.*Инклюзивное образование: проблемы профессиональной подготовки и переподготовки педагогов 237
Игнатьев А.Е. Подготовка педагогов к работе с детьми с проблемами в физическом и умственном развитии в условиях инклюзивного образования 241
Качкина А.Р. Вариативные модели дошкольного образования детей с ОВЗ в условиях инклюзивной практики 247
Меньшикова А. Д., Бахтиярова А.Ш. Источники информации о КФУ и направлении подготовки «Специальное (дефектологическое) образование» у абитуриентов 2012-13гг. 250
Фадеева Л.А. Отношение студентов к лицам с ограниченными возможностями здоровья 254
Файзуллина О. С., Кузнецова Е.В. Незрячие студенты в ВУЗе: требования к учебно-методическому обеспечению инклюзивного образовательного процесса 258
Федорова Н.А. Современные тенденции в образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья. Высшее инклюзивное образование в Канаде и России 261
Филиппова Ю.В Инклюзивное образование детей, страдающих ранним детским аутизмом 265

СЕКЦИЯ I. КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

Логопедическая работа по выявлению особенностей связной речи у дошкольников смоторнойалалией

Logopedic work to identify features of connected speech in preschool children with motor alalia

АлександроваК. В.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель–асс.Е.А.Цивильская

Связная речь — это не просто последовательность слов и предложений — это последовательность связанных друг с другом мыслей, которые выражены точными словами в правильно построенных предложениях… Связная речь как бы вбирает в себя все достижения ребенка в овладении родным языком, в освоении его звуковой стороны, словарного состава, грамматического строя.
Ф.А. Сохин.

У детей дошкольного возраста часто встречаются нарушения в развитии речи**.** Имеются данные о том, что среди детей дошкольного возраста алалия встречается приблизительно у 1%, а среди детей школьного возраста от 0,6 до 0,2%. В среднем можно считать, что алалия встречается у 0,1% населения. У мальчиков это нарушение речи встречается в 2 раза чаще, чем у девочек.[2]

Моторная алалия - системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевого высказывания при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций.[4]

Значительный вклад в изучение алалии внесли Г. Гуцман(1894), А, Либман(1900), М.Б. Богданов-Березовский(1909), Э. Фрешельс(1931), а в более позднее время М.Е. Хватцев, Н.Н. Трауготт, В.К. Орфинская, Р.Е. Левина, Л.В. Мелехова, Г.В. Мациевская, Е.Ф. Соботович, В.А. Ковшиков, С.Н. Шаховская, В.К. Воробьева и другие исследователи.

Детям с моторной алалией сложно передать последовательность событий, явлений, выделить временные, причинно-следственные отношения. У них может быть нарушена последовательность изложения – страдает смысловое программирование. Может быть нарушено в большой степени языковое оформление высказываний. При высказываниях алалики могут затрудняться в выделении главного, существенно страдает переход от мысли к речи.Связной речью овладевают поздно, т.к. задержано формирование ее предпосылок (словарь, синтаксис, диалогическая речь, вербально логическое мышление). Связная речь, представляя собой многоаспектную проблему, является предметом изучения разных наук — логопедии, лингвистики, общей и специальной методики.[1]

Детис задержкой речевого развития нуждаются в комплексном и дифференцированном воздействии на все стороны развития личности.[10] Логопедическую работу с данной категорией детей необходимо начинать в раннем

возрасте. Для достижения положительных результатов педагог-логопед должен четко представлять, на каком фоне возникает недоразвитие речи, какое влияние на темп речевого развития оказывают сопутствующие неврологические нарушения, генетические предпосылки, особенности психологической деятельности ребенка, то есть знать структуру дефекта, а также методы иприемы коррекционной работы.[9]

К сожалению, одно из наиболее сложных речевых нарушений - алалия не является достаточно изученным.

Проблема несформированности связной речи актуальна в наше время, связная речь являетсяхарактерным признаком моторной алалии, недостаточно описана, а методические рекомендации по коррекции этого нарушения являются противоречивыми и неполными.

При нормальном речевом развитии дети к 6 годам свободно владеют фразовой речью, разными конструкциями сложных предложений. Они имеют большой словарный запас, владеют навыками словообразования и словоизменения. К этому времени формируется правильное звукопроизношение, готовность к звуковому анализу и синтезу. В связной речи: пересказывают знакомую сказку, короткий текст, стихотворения; составляют рассказ по картине и серии сюжетных картинок, рассказывают об увиденном или услышанном; спорят, рассуждают, высказывают мнение, убеждают товарищей.

Вопросы развития связной речи детей дошкольного возраста с нормальным речевым развитием подробно рассматриваются в работах Л.А. Пеньевской, Л.П. Федоренко, Т.А. Ладыженской, М.С. Лаврик и др. [7,8].Исследователи отмечают, что элементы связной речи появляются в высказываниях нормально развивающихся детей уже в возрасте 2-3 лет [5, 6].

В нормальном онтогенезе развитие связной речи начинается в дошкольном возрасте и происходит наиболее интенсивно в процессе школьного обучения. При моторной алалии отмечаются выраженные и стойкие нарушения в развитии связной речи. Специальными исследованиями было показано, что дети с моторной алалией даже в школьном возрасте затрудняются в правильном расположении серии сюжетных картинок, им недоступно смысловое обобщение разрозненных элементов в логическое единство (В.К. Воробьева, 1975, 1985). Особо выраженные затруднения они испытывают в изложении элементарной последовательности событий.

Несформированность связной речи при моторной алалии связана с нарушениями операций программирования, отбора и синтеза речевого материала, с несформированностью внутренней речи. Отмечая несовершенство всех операций в процессе порождения высказывания, исследователи подчеркивают нарушение системы опережения и обратной связи в механизме речевой деятельности, нарушение и внутреннего программирования, и внешней реализации высказывания.[3]

Значительные трудности выявляются у детей при объединении предложений в связные высказывания, у них обнаруживается несформированность умения строить контекст, который требует сложной аналитико-синтетической деятельности. Речь сбивчивая, непонятная, страдает временная и причинно-следственная связь.

Дети испытывают затруднения в овладении связной контекстной речью даже в случаях достаточного развития диалогической формы общения. В отличие от диалогической формы речи монологическая является инициативной, она требует от ребенка определенного уровня сформированности умственных действий необходимых для правильного отбора мыслей и языковых средств. Для овладения связной речью предполагается наличие у ребенка внутренней речи, в которой

осуществляется отбор слов, расположение их в определенной системе, составление плана речевого сообщения.

Контекстная речь требует развития у ребенка не только внутренней, но и внешней речи: формирование высказывания начинается с мотивации (речевого импульса, побуждения к речи, мотива речевой деятельности), затем мотив подкрепляется замыслом как источником активности, через звено внутренней речи осуществляется внешнее развернутое высказывание. Формирование контекстной речи при алалии нарушено, в тяжелых случаях спонтанная речь полностью невозможна, в более легких — изложение лишено цельности, связности, последовательности.

На начальных этапах формирования речи у ребенка с алалией отсутствует потребность общения в связной форме, это обусловлено нарушением общей и речевой активности (мотивационной активности), не формируется подготовительный этап, необходимый для реализации монологической речи. Взамен отсутствующей речи используются паралингвистические средства: жест, мимика, пантомима, интонация. Дети прибегают к перефразировкам, не оканчивают фраз, затрудняются при выражении главной мысли. При более развитой речи причиной несформированности контекста является несформированность деятельности программирования, затруднения в операциях перевода мысли в развернутое высказывание. При передаче содержания последовательных картинок дети нарушают логическое продолжение рассказа: одни не могут их правильно разложить, другие затрудняются при оречевлении даже правильно расположенных. [1]

Несформированность контекстной речи связана с неправильной реализацией внутреннего плана во внешнюю речь. Наблюдаются фрагментарность, разорванность высказывания, нарушение линейной последовательности, пропуск одного или нескольких логических звеньев ситуации, разброс мысли.

Возможной причиной нарушения последовательности рассказа является эмоциональный фактор: на первое место в ситуации выдвигается наиболее яркий элемент, связанный с прошлым опытом ребенка. А. Р. Лурия характеризует это явление не как собственно речевой первичный дефект, а как нарушение общей активности деятельности программирования.

Большие затруднения испытывает ребенок при овладении сложными логико-грамматическими конструкциями, отражающими пространственные отношения предметов. Выявляется хаотичность рассказа, бедность выразительности оформления, однотипность и примитивность средств связи. Дети не умеют отбирать факты, важные для раскрытия темы, находить нужные слова, застревают на второстепенных деталях, забывают основное содержание.

По мере развития речевых возможностей, овладения причинно-следственными отношениями монологическое высказывание становится развернутым и правильным, растет и усложняется словарь, улучшается звуко-слоговая структура слов и предложений, появляются все более сложные предложения с использованием разных видов связей.

Таким образом, у детей с алалией недоразвитие речи сочетается с несформированностыо мотивации общения, с нарушением активности разных компонентов деятельности. Отсутствие стремления к общению связано с трудностями общения и усугубляет их.

Литература:

1. Воробьева В.К. Особенности связной речи школьников с моторной алалией // Нарушения речи и голоса у детей. — М., 1975.
2. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. М.,1961.
3. Гуровец Г.В. Клинико-педагогическая характеристика детей, страдающих моторной алалией. Автореф. дис. канд. пед. наук. - М., 1974.
4. Ковшиков В.А. О терминологии «моторной алалии» // Обучение и воспитание детей с нарушениями речи. - М., 1982.
5. Комаров К.В. Методика обучения русскому языку в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи. — М., 1982.
6. Краевская Н.А. Семантический компонент внутренней программы речевого высказывания: Дис. на соискание уч. ст. канд. филол. наук. — М., 1984.
7. Ладыженская ТА. Связная речь// Методика развития речи на уроках русского языка. — М., 1980.
8. Методика развития речи детей дошкольного возраста// Под ред. Л.П. Федоренко. — М., 1984.
9. Правдина О.В. Логопедия. – М.: 1973 г.
10. Цивильская Е.А. Основные направления логопедической помощи детям с детским церебральным параличом, имеющим сложные речевые нарушения //Актуальные проблемы специальной педагогики и психологии: исследования и практика. Сборник научных трудов VI Международной научно-практической конференции. 13 апреля 2012. // Под ред. А.И.Ахметзяновой. -Казань: Отечество, 2012.- Вып.6.С.164-170

Особенности развития мелкой моторики у детей со стертой дизартрией
Features of development of fine motor skills in children with worn dysarthria

Ахметова А.П.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель - к. псих.н., доцент Т.В.Артемьева

В настоящее время увеличивается число детей с нарушением речевого развития. Все чаще встречаются дети со стертой формой дизартрии, а так как двигательные расстройства при данной патологии являются центральными, именно они затормаживают развитие речи дошкольника. Поэтому включение в систему коррекционной работы для детей со стертой формы дизартрии упражнений по развитию ручной моторики является перспективной и актуальной, так как в невропатологии и дефектологии уже давно доказана тесная связь функций речи и руки.

Цель исследования: определить основные особенности развития мелкой моторики у детей со стертой дизартрией и определить направления работы по развитию мелкой моторики рук у детей с данной группы.

Объект исследования: мелкая моторика рук детей со стертой дизартрией.

Предмет исследования: процесс развития мелкой моторики пальцев рук детей со стертой формой дизартрией.

Методы исследования: анализ литературы по проблеме исследования, эксперимент, анализ результатов исследования.

Рассматривая теоретические основы темы, мы опирались на работы: И.П, Павлова, Л.А. Леонтьева, А.Р. Лурии., А. Куссмауля, М.П. Давыдовой, О.А. Токаревой, Г. Гуцманом, И.Б. Карелиной, В.М. Бехтерева, Кольцовой М.М, Лалаевой Р.И., Филичевой Т.Б., О.В. Правдиной, Р.Е. Левиной, Г.А. Каше, Серебряковой Н.В., Гуровец Г.В., Маевская С.И. и др.

Теоретический анализ психолого-педагогической литературы по теме исследования позволяет утверждать, чтомелкая моторика – это способность выполнять мелкие и точные движения кистями и пальцами рук и ног в результате скоординированных действий важнейших систем: нервной, мышечной и костной.

Область мелкой моторики включает большое количество разнообразных движений: от простых жестов (например, захват игрушки) до очень сложных движений (например, писать и рисовать).

При стимуляции моторных навыков пальцев рук речевой центр начинает активизироваться. Именно поэтому для своевременного развития речи детей со стертой формой дизартрии необходимо большое внимание уделить развитию мелкой моторики.

На основании изучения специальной литературы по развитию мелкой моторики и координации движений у детей с нарушением речи, было решено организовать исследовательскую работу.

Данная исследовательская работа проводилась на базе МАДОУ Детский сад №35 Приволжского района г.Казани.

Для исследования были отобраны 15 детей из логопедической группы со стертой формой дизартрии - группа№1 и контрольная группа №2 из 15 детей без речевых нарушений в возрасте от 5 до 6 лет.

Для исследования мелкой моторики использовались следующие тесты:

1.Тест «Пальчики»

Поочередное сгибание пальцев, начиная с большого и мизинца.Скорость, возможность выполнения, возможность одновременного движения нескольких пальцев

2.Тест на определение полноты объема движений пальцев рук полнота амплитуды отведения пальцев

3.Тест на определение уровня сформированности умения удерживать заданную позу пальцев доминантной руки, умением управлять мышцами-сгибателями

4.Методика "Домик"

Выявление особенностей развития произвольного внимания, пространственного восприятия, сенсомоторной координации и точной моторики руки.

5.1. Методика "Дорожки»

Методика представляет собой задание на проведение ребенком линий, соединяющих разные элементы рисунка.

Методика позволяет определить уровень развития точности движений, степень подготовленности руки к овладению письмом, сформированность внимания и контроля за собственными действиями.

По результатам 5 тестов и общей суммой баллов по всем тестам: высший 25 баллов и 0-низший балл.

Результаты исследования нашли отражение на рисунке 1.

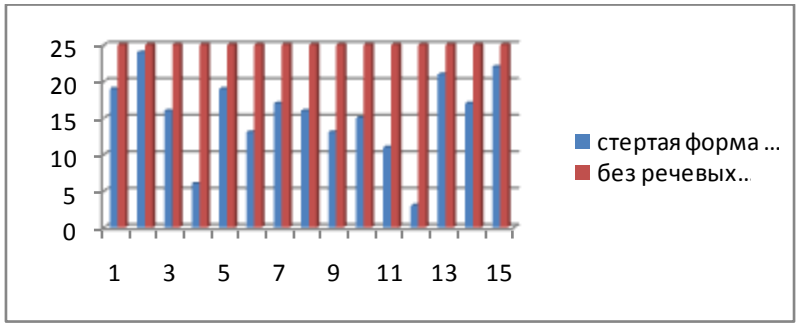


Рис.1. Результаты по методикам

По результатам проведения диагностики в группе №1 (дети со стертой формой дизартрии) можно сделать выводы:

- Подготовка мелкой моторики у детей в группе различна. Количество баллов колеблется от 3 до 24.

-Дети со стертой дизартрией в различной степени проявления имеют также различные степени нарушения развития мелкой моторики рук.

-В ходе исследования выявилась такая закономерность: чем ниже уровень общего недоразвития речи у детей, тем хуже у них развита мелкая мускулатура рук.

- Результаты тестов часто зависили от психоэмоционального состояния ребенка:

Так при выполнении теста ребенок не выполнил задание (сжал кулаки и стучал по столу), или если у него не получалось он расчеркал рисунок, порвал лист, либо задание выполнялось не до конца.

-При выполнении тестов в группе №1 отмечалось недопонимание детьми поставленной задачи, что сказалось на результатах.

- Уровень развития мелкой моторики у детей данной категории значительно ниже возрастной нормы, движения у детей нечеткие, не скоординированные, дети плохо дифференцировали движения, наблюдалось неумение синхронно выполнять движения обеими руками.

Дети второй группы, без речевых нарушений, с легкостью и интересом справились со всеми предложенными им тестами.

Можно сделать следующий вывод: для коррекции всех недостатков необходима постоянная работа по развитию мелкой моторики детей со стертой формой дизартрии.

Для формирования мелкой моторики, в логопедическом кабинете рекомендуется создать особую зону, где расположены: сухие бассейны со сменными наполнителями; пластиковые контейнеры с природными материалами, крупами, пуговицами; индивидуальные контейнеры с набором для общего комплекса пальчиковой гимнастики; зубные щетки; мячики-ежики; прищепки; дыхательные тренажеры; шнурки с узелками; эспандеры; решетки для раковин; перчатки и шары с нашитыми на них пуговицами;разные по величине бусины; материал для нанизывания; волшебные мешочки, наполненные солью, крупой, мелкими камушками; бусы, четки; пробки от пластиковых бутылок, тюбиков зубной пасты,

пуговицы с углублением; грецкие орехи и каштаны; многогранные карандаши; игры шнуровки, сделанные руками родителей и педагогов.

На начальных этапах предусматривается работа по нормализации мышечного тонуса артикуляционного аппарата. Планируются упражнения по нормализации моторики артикуляционного аппарата, упражнения по укреплению голоса, дыхания. Специальные упражнения вводятся для улучшения просодики речи. Обязательным элементом логопедического занятия является развитие мелкой моторики рук.

Использование упражнений на развитие пальцевой моторики играет положительную роль в коррекционном обучении детей с речевым недоразвитием, что позволяет: регулярно опосредованно стимулировать действие речевых зон коры головного мозга, что положительно сказывается на исправлении речи у детей; совершенствовать внимание и память, психологические процессы, тесно связанные с речью; облегчить будущим школьникам усвоение навыков письма; установить положительное влияние развития пальчиковой моторики на коррекцию звукопроизношения у детей.

Рекомендуется использовать такие виды детской деятельности как: развитие ручной умелости (рисование, лепка, конструирование, аппликация, вышивание и др.); различные игры с мелкими предметами (подбор частей разрезных картинок, перекладывание, сортировка горошин, фасоли, палочек, пуговиц и других мелких предметов);пальчиковая гимнастика с речевым сопровождением и без него;пальчиковый театр;упражнения по подготовке руки к письму (работа с трафаретами, шаблонами, фигурными линейками, объемными и плоскостными изображениями предметов

Успешная коррекционная работа может быть осуществлена только при комплексном подходе всех специалистов и родителей к обучению и коррекции речевых нарушений у детей со стертой формой дизартрии.

Литература:

1. Артемьева Т.В. Психолого – педагогическая диагностика нарушений развитии детей, учебное пособие // Germany , Palmarium Academic publishing, 2012 – 194 с.
2. Аленькина Т.Н., Никитина О.В. Гармонизация движений, эмоций и общения детей с нарушениями речи средствами психогимнастики // Логопед - №5 - 2006. - с.24
3. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. - М., 1990.с –83.
4. Бачина О.В., Коробова Н.Ф. Практическое пособие для педагогов родителей– АСТ: Астрель, 2007
5. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство М.: Владос-пресс, 2003.с – 49.
6. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функции мозга ребенка // Хрестоматия по теории и методике развития речи детей дошкольного возраста / Под ред. М.М. Алексеевой, В.И. Яшиной. — М., 1999. – с- 17.
7. Любина Г., Желонкин О. Рука развивает мозг // Ребенок в детском саду – 2003 - №5 – с. 31.
8. Ромусик М.Н. Комплексный подход в работе с детьми дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. // Логопедия в детском саду. – 2006. – №1.

Особенности формирования изобразительной деятельности у глухих детей
Peculiarities of art formation with deaf chilfdren

Барсукова Е.И.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент Т.В.Артемьева

Актуальность. Изобразительная деятельность детей издавна привлекала внимание лучших педагогов, психологов, философов и художников. Анализ процесса и результатов этого вида деятельности позволяет составить представление о том, что и как видят дети. Задача формирования восприятия, сенсорного воспитания, формирования представлений глухих детей приобретает большее практическое значение. Психологические исследования А. А. Венгера, А. П. Гозова, Т. В. Розанова, И. М. Соловьева, Ж. И. Шиф, Н. В. Яшкова показывают, что отсутствие слуха приводит к отставанию глухих детей от своих слышащих сверстников в области зрительного и тактильно-двигательного восприятия, зрительных и двигательных представлений. Отставание в области развития восприятия, во многом обусловленное задержкой формирования словесной речи, в свою очередь тормозит речевое развитие глухих детей. Слово, не получившее достаточной опоры в наглядных образах, ребенком не запоминается. Наряду с этим существует и обратное явление: слово, которое глухой ребенок запомнил и может повторить, не вызывает у него представления о том предмете, который это слово обозначает, либо о той конкретной ситуации, которую оно отражает. Слово оказывается «пустым».

Одна из основных задач при обучении глухих дошкольников состоит в том, чтобы повседневно, систематически формировать у них способность видеть за словом реальную ситуацию, создавать по слову представление не только о том, что дети видели, наблюдали, но и о новых, не встречавшихся прежде в их опыте предметах и явлениях окружающего мира. Слово должно обобщать накопленный ребенком чувственный опыт. Только после этого само оно может стать источником знания.

Для того чтобы достигнуть решения этой задачи, необходимо создать систему сенсорного воспитания глухих дошкольников, направленную на формирование ощущений, восприятия, представлений на основе использования всех сохранных анализаторов и их компенсаторных возможностей [1].

Изобразительная деятельность, которая требует от ребенка адекватного восприятия изображаемых предметов и явлений, может стать одним из действенных средств сенсорного воспитания.

Цель: Изучение технологий обучения изобразительной деятельности глухих детей.

Задачи:

1.Сенсорное воспитание ребенка.

2.Формирование у детей представлений о воспринятом, сочетание воспринятого со словом, накопление образов (зрительных, двигательных, осязательных), которыми ребенок может оперировать и которые он может актуализировать по слову.

3.Эстетическое воспитание детей (имеется в виду формирование хорошего вкуса, умения правильно оценить доступное по содержанию произведение искусства, эмоционально отнестись к прекрасному и т. п.).

4.Формирование у детей умений и навыков изобразительной деятельности в той мере, в которой они необходимы для правильного отражения воспринятого.

Чрезвычайно важной задачей сенсорного воспитаний является своевременное и правильное соединение сенсорного опыта со словом. К. Д. Ушинский очень образно охарактеризовал отношение слова к чувственному опыту, отметив, что слово тогда только полноценно, когда оно «прирастает», как кожа к мышцам, а не снимается с руки, как перчатка. Это «прирастание» и есть отражение в слове чувственного опыта.

Программа обучения изобразительной деятельности предусматривает повседневную работу воспитателя над соединением чувственного опыта со словом. Накопление образов должно осуществляться в непосредственной связи со словом. Работа должна строиться таким образом, чтобы на определенном этапе в ответ на слово у ребенка возникли достаточно четкие образы. Со временем он овладевает умением рисовать, лепить, вырезывать по представлению.

Большое место в сенсорном воспитании глухих детей занимает формирование понимания относительности, особенно в отношении величин, цветов, пространственных отношений. Так, например, дети должны понять, что предмет, который является большим по отношению к одному предмету, оказывается маленьким по отношению к другому [1].

Помимо правильного восприятия предметов и явлений окружающего мира, ребенок должен научиться хорошо ориентироваться в пространстве листа бумаги: знать верх, низ, левую, правую сторону, край листа бумаги. Ребенок должен представлять себе, как отражается на листе бумаги реальное пространство. Умение ориентироваться в пространстве листа бумаги — необходимое условие для развития изобразительной деятельности. Овладение этим умением является элементом подготовки восприятия ребенка к школьному обучению, в частности к обучению письму, восприятию географических карт, чертежей.

Необходимо научить ребенка рисовать и лепить по представлению. Изображать по представлению можно предметы, наблюдавшиеся и изображавшиеся детьми раньше; предметы, наблюдавшиеся, но не изображавшиеся; предметы, которые дети не только не изображали, но и не наблюдали.

Все эти случаи изображения по представлению различны. Так, например, если предмет ранее рисовался ребенком, он может восстановить в представлении не сам предмет, а свой рисунок - уже сформировавшийся графический образ предмета. В случае, когда предмет только наблюдался, такой возможности у ребенка нет. Он должен восстановить в представлении сам предмет и на основе представления (зрительного, сенсомоторного) создать графический образ заново. Еще труднее изображать по представлению, которое должно возникнуть на основе описания. Во всех случаях воспитатель должен по-разному руководить деятельностью ребенка.

Овладение способами восприятия под руководством взрослых должно послужить основой для формирования в повседневной жизни более полноценных образов восприятия и представлений. Наличие таких образов, лежащих в основе формирующихся понятий, позволит в значительной степени уменьшить неизбежный при недостаточном сенсорном развитии глухих детей вербализм. Полноценное развитие восприятия предполагает занятия лепкой и рисованием с натуры [3].

Осуществляемые в дошкольных учреждениях занятия изобразительной деятельностью содействуют эстетическому воспитанию подрастающего поколения, являются одним из средств всестороннего развития личности. Во время занятий изобразительной деятельностью в условиях детского сада для глухих детей решаются те же задачи, что и в дошкольных учреждениях общего типа. Эстетическое воспитание предполагает развитие эстетического восприятия и эстетических чувств. Формирование эстетического восприятия теснейшим образом связано с развитием восприятия вообще. При этом имеется в виду умение воспринимать предмет в целом, а затем и его отдельные свойства. Эстетические чувства и эстетическое восприятие не могут развиваться без ознакомления детей с лучшими произведениями искусства: картинами, скульптурой, народными игрушками и поделками [1].

Одна из задач занятий по изобразительной деятельности состоит в том, чтобы дать детям систему навыков и умений, необходимых для ее успешного выполнения. Формирование соответствующих навыков и умений предполагает правильную организацию занятий. Когда говорят о выработке умений и навыков, имеют в виду формирование правильной позы и осанки, обучение правильному обращению с материалами (глиной, красками, бумагой, клеем), показ приемов обращения с орудиями труда (карандашом, кистью, ножницами, молотком). Формирование умений и навыков следует осуществлять повседневно, так как только при этом они оказываются достаточно стойкими.

На всех этапах обучения, особенно на начальном, важно привить интерес к изобразительной деятельности, вызвать желание рисовать, лепить, строить.

На занятиях по изобразительной деятельности используются дидактические игры, направленные на выделение детьми определенных свойств и отношений предметов. У детей формируют восприятие цвета: сначала основных цветов, а затем и оттеночных, умение различать цвета еще до того, как ребята научатся их называть. В подборе дидактических игр детей учат соотносить и группировать предметы сначала с учетом одного свойства, например цвета, затем отличающиеся по двум признакам (цвету и форме), позднее — по всем признакам. Специальные дидактические игры направлены на развитие восприятия формы, соотнесение плоскостных и объемных предметов, умение использовать при их восприятии различные ощущения: зрительные, двигательные, тактильно-двигательные. В процессе дидактических игр у детей формируется представление о величине предметов и относительности величины, что необходимо в изображении и лепке. У детей формируют восприятие различного пространственного расположения двух предметов, понимание относительности положения предметов в пространстве, учат моделировать по подражанию и по образцу [4].

Методика обучения изобразительной деятельности чрезвычайно многогранна. Ее эффективное использование может быть обеспечено в том случае, если воспитатели имеют высокую квалификацию, тщательно готовятся к занятиям и знают специфику обучения глухих детей изобразительной деятельности.

Таким образом, занятия изобразительной деятельностью ведут к полноценному употреблению слова, становятся средством борьбы против вербализма, против «пустых» слов, за которыми не стоит образ.

Изобразительная деятельность дает возможность контролировать понимание ребенком отдельных слов и словосочетаний, различных грамматических конструкций, помогает обнаруживать и преодолевать формализм в речевом развитии глухого дошкольника [2].

Воспитатели должны правильно сочетать специфические стороны работы с общими задачами, с обучением приемам и навыкам изобразительной деятельности, формированием творческого отношения ребенка к отображению окружающей действительности, с воспитанием таких черт личности, как инициатива, внимание, умение доводить начатое дело до конца, усидчивость, уважение к результату труда своего товарища, оценочное отношение к собственной работе, с подготовкой восприятия и руки ребенка к школьному обучению.

Только умелое, сочетание общих и специфических задач обеспечит успех работы по изобразительной деятельности в детском саду для глухих детей.

Литература:

1. Венгер А. А. Обучение глухих дошкольников изобразительной деятельности.- М.: Просвещение, 1972.– 198 с.
2. Рау М. Ю. Роль наглядного мышления в изобразительной деятельности глухих детей.- М.: Просвещение, 1985. — 138 с.
3. Розанова Т.В. Развитие способностей у глухих детей.- М.: Педагогика, 1991. - 176 с.
4. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. Заведений.- М.: ВЛАДОС, 2001. — 304 с.

Выявление особенностей восприятия у детей с сенсорной алалией
Children's perception peculiarities" identification with children suffering from sensor alalia

Бриткина С. Г.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель –асс. Е.А.Цивильская

Среди речевых нарушений в детском возрасте особую трудность для диагностики и коррекции представляет сенсорная алалия.

Исследования Н.Н. Трауготт и С.И. Кайдановой показали, что при сенсорной алалии возникает особое состояние слухового анализатора, которое характеризуется слабостью возбудительных и тормозных процессов, не постоянным восприятием звуков, доступных физическому слуху детей.

Помимо речевых особенностей у детей с сенсорной алалией отмечаются и особенности познавательной деятельности. Так, в силу системного недоразвития речи у детей отмечаются недостатки внимания, памяти, мышления и восприятия.

Восприятие – это психический процесс, заключающийся в отражении предмета или явления в целом при его непосредственном воздействии на рецепторные поверхности органов чувств. Восприятие начинает формироваться еще с младенчества. Именно благодаря восприятию у детей закладываются остальные психические процессы, такие как память, внимание, мышление. На основе восприятия формируется и речь ребенка[1]. Изучив особенности восприятия детей с сенсорной

алалией можно составить коррекционную работу и помочь детям понять и правильно воспроизвести человеческую речь.

На наш взгляд, изучению восприятия детей с сенсорной алалией уделено не достаточное внимание, поэтому тема актуальна для нас.

Для изучения особенностей восприятия детей с сенсорной алалией, нами было проведено специальное исследование. В силу того, что детей с сенсорной алалией трудно диагностировать, в круг исследования вошли 5 детей с сенсорной алалией (диагноз невропатолога – синдром сенсорно-акустической недостаточности), они составили экспериментальную группу. Контрольную группу составили 5 детей без речевой патологии. Эксперимент проводился на базе реабилитационного центра «Надежда» для детей с ограниченными возможностями здоровья города Нижнекамска.

Для исследования восприятия мы применили следующие методики:

1. Методика С. Забрамной «Разрезные картинки» [2].

Данная методика направлена на изучение целостного образа предметов. Целью является изучение уровня развития действий восприятия, умения выделять информативные точки и по ним воспроизводить образ предмета. Детям предлагаются картинки, разрезанные на 4 части.

В норме дети легко справляются с такими заданиями, быстро узнают нарисованные предметы, при сборке которых возможны некоторые затруднения в деталях (например, найти правильное место для клюва или хвостика). О нарушении восприятия можно говорить в том случае, если 4-летний ребенок не может узнать ни яблоко, ни елку.

В этом случае необходимо начать обучение ребенка, показать ему наиболее характерные детали этих предметом, вместе с ним собрать картинку. После обучения необходимо предложить ребенку выполнить аналогичное задание, но уже без помощи взрослого. В сложных случаях детям показывают, на что надо смотреть, то есть показывают, как искать информативные точки не на одном, а на нескольких предметах.

Уровни развития:

Нулевой уровень – не понимает цель задания, действует неадекватно в условиях обучения.

Низкий уровень – принимает задание, но условия задания не понимает, действует хаотически, после обучения не переходит к самостоятельному способу выполнения.

Средний уровень – принимает и понимает цель задания, выполняет методом перебора вариантов, после обучения переходит к методу целенаправленных проб.

Высокий уровень – принимает и понимает цель задания, действует самостоятельно методом проб либо практическим примериванием.

Итак, дети контрольной группы справились с заданием с первой попытки, сразу отгадали заданные предметы (яблоко, ёлка и др.), им характерен высокий уровень развития зрительного восприятия.

Дети экспериментальной группы с первой попытки с заданием не справились: картинку они не называли, к заданию не приступали.

В этом случае начиналось обучение детей, показывались им наиболее характерные детали этих предметом, вместе с ними собрали картинку. После обучения предлагалось детям выполнить аналогичное задание, но уже без помощи взрослого. С заданием справились 60% детей на среднем уровне, и 40% детей на

низком уровне.

40% детей складывали картинку только с помощью экспериментатора, а 60% детей после обучения самостоятельно сложили картинку.

2. Методика Е.А. Стребелевой «Цветные кубики»[3].

Данная методика направлена на изучение уровня развития восприятия цвета, на определение обучаемости детей. Для проведения данной диагностики используются кубики разных цветов, детей просят показать определенный кубик, если по слову ребенок не определяет, то проводится обучение.

При анализе результатов отмечается принятие задания, уровень восприятия цвета, (сличение, узнавание цвета по слову, называние), обучаемость, отношение к результату.

Уровни развития:

Нулевой уровень – задание не понимает, в условиях обучения действует неадекватно.

Низкий уровень – принимает задание, сличает два – три цвета, после обучения не может выделить цвет по слову – названию.

Средний уровень – принимает задание, сличает все основные цвета, может выделить по слову два – три цвета, но не называет.

Высокий уровень – принимает задание, выделяет цвет по слову – названию, может назвать все или почти все предложенные цвета.

Мы обследовали зрительное восприятие цвета, которое тоже проводилось с помощью обучающего эксперимента

Итак, в контрольной группе 80% детей справилось с заданием без помощи экспериментатора, им свойственен высокий уровень развития, дети показали и назвали все кубики. Для всех детей экспериментальной группы и для 20% детей контрольной группы проводился обучающий эксперимент: каждого ребенка просили показать такой кубик, как в руке у взрослого, т. е. уточнялся уровень сличения. Затем учили соотносить цвет кубика со словом – названием, повторив при этом цвет два – три раза: «Покажи, где жёлтый, вот жёлтый. Найди, где жёлтый».

После проведения обучающего эксперимента мы определили, что для 20% детей контрольной группы и для 40% детей экспериментальной группы характерен средний уровень развития, это свидетельствует о том, что дети принимают задание, сличают все основные цвета, могут выделить по слову два – три цвета, но не называют их.

Низкий уровень характерен для 20% детей экспериментальной группы, дети принимали задание, сличали два-три цвета (красный, белый), после обучения так и не смогли выделить цвет по слову-названию. Еще 20% детей задание не выполнило, так как оно им было непонятно.

3. Методика Смирновой И.А. «Кто позвал» [4]

Данная методика направлена на изучение речевого слуха детей. В эксперименте участвует несколько людей (мама, бабушка или папа и экспериментатор – тётя).

Выводы об уровнях развития:

Высокий – дети отгадывают, кто их позвал

Средний – дети отгадывают, кто их позвал, но с помощью

Низкий – не отгадывают, не понимают задания.

Наша работа по исследованию восприятия проходила в 2 этапа:

1) исследование зрительного восприятия

2) исследование слухового восприятия

На последнем этапе изучения было изучение речевого слуха, когда ребенок должен был отгадать, кто его позвал.

Дети контрольной группы (100%) отгадали, кто их позвал с первой попытки, обучающий эксперимент с ними не проводился, им свойственнее высокий уровень развития.

С помощью экспериментатора с заданием справились 40% детей. Им характерен средний уровень развития. Помощь заключалась в следующем: ребенок не выходил за дверь помещения, все участники отворачивались от ребенка в помещении, и кто-то один звал его по имени, пока ребенок не подбегал к нему.

60% детей не справились с заданием, им был не понятен принцип игры, помощь экспериментатора также была не эффективной. Поэтому им свойственен низкий уровень развития речевого слуха.

Итак, мы пришли к выводу, что у детей с сенсорной алалией не сформировано зрительное и слуховое восприятие, они не различают на слух голоса близких людей, многие из них не различают цвета, не понимают инструкцию.

Ведущим нарушением для этой редко встречающейся категории детей является нарушение фонематического слуха (восприятия фонем родного языка), проявляющееся в разной степени. Оно может обусловить полное неразличение речевых звуков, т.е. непонимание ребенком обращенной к нему речи, а в более легких случаях - затрудненное восприятие речевого материала на слух.

В ходе специального исследования восприятия детей мы выяснили, что развитие восприятия детей с сенсорной алалией отстает от возрастной нормы.

Мы пришли к следующим выводам:

Зрительное восприятие у детей с сенсорной алалией лучше развито, чем слуховое.

У детей сенсорной алалией отмечается низкий и средний уровни развития зрительного восприятия, трудности выделения информативных точек и воспроизведения по ним образа предмета.

40% детей с сенсорной алалией, опираясь на зрение и слух не умеют соотносить цвет со словом-названием. А 60% детей умеют соотносить цвет со словом-названием, но только 20% из них могут назвать цвета.

Развитие слухового восприятия и речевого слуха у детей с сенсорной алалией в отличие от детей без нарушения речи соответствует среднему и низкому уровню, дети затруднялись и при определении голоса близкого человека.

Таким образом, данные практические методы использованные при нашем исследовании помогут учителям-логопедам выстроить коррекционную работу с детьми, имеющими сенсорную алалию, по формированию восприятия, так как именно восприятие – основной познавательный процесс.

Литература:

1. Ананьев Б. Г., Рыбалко Е. Ф. Особенности восприятия пространства у детей.— М.: Просвещение, 1964.
2. Забрамная С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. — 32 с.
3. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод.пособие /Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина, Ю.А. Разенкова и др.;

под ред. Е.А. Стребелевой.— М.: Просвещение, 2004. — 164 с.
4. Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР. - СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. - 320 с.

Особенности нарушений процессов словообразования и словоизменения у детей с ОНР 3 уровня

Features of violations of processes of word formation and inflection in children with general speech underdevelopment level 3

Буданова З.В.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель - к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

Проблема словообразования и словоизменения детей с речевой патологией является одной из самых важных, сложных и всегда актуальных. Изучением основных закономерностей, последовательности и этапов становления словообразовательной системы языка в онтогенезе занимались такие лингвисты, психологи, педагоги, психолингвисты, как В.В. Виноградов, Г.О. Винокур, А.Н. Гвоздев, Е.С. Кубрякова, А.А. Леонтьев, Е.Н. Негневицкая, Ф.А. Сохин, А.Г. Тамбовцева, Т.Н. Ушакова, С.Н. Цейтлин, К.И. Чуковский, А.М. Шахнарович, Д.Б. Эльконин и др.

Несмотря на интерес исследователей к изучению речи дошкольников с ОНР, особенности словообразования и словоизменения дошкольников с ОНР III уровня остается малоизученным. Особую актуальность приобретает важность процесса овладения процессом словообразования и словоизменения не только для общего психического развития ребенка, но и для разработки новых коррекционно-логопедических методов и приемов обучения связной речи.

Цель исследования: теоретическое обоснование и разработка системы логопедических занятий, направленных на формирование словообразования и словоизменения детей с ОНР III уровня.

Объект исследования: процесс словообразования и словоизменения детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня.

Предмет исследования: приемы обучения процессу словообразования и словоизменения детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня.

Гипотеза исследования: использование специально разработанных занятий сможет значительно повысить уровень словообразования и словоизменения у детей с ОНР III уровня.

Задачи исследования:

1. изучить теоретические основы формирования словообразования и словоизменения у дошкольников с общим речевым недоразвитием,

2. провести опытно-экспериментальную работу по формированию словообразования и словоизменения старшего дошкольного возраста с ОНР,

3. обосновать методы работы по формированию словообразования и словоизменения.

Был проведен анализ психолого-педагогической литературы по теме исследования, который позволил сформулировать следующие выводы:

При ОНР отмечается позднее начало речи, скудный запас слов, аграмматизм, дефекты произношения и фонемообразования. Речевое недоразвитие выражается у детей в разной степени: это может быть лепетная речь, отсутствие речи и развернутая речь с элементами фонетико-фонематического или лексико-грамматического недоразвития. [8]

Словообразовательная деятельность дошкольников с ОНР характеризуется рядом специфических особенностей: [1]

1. Правильное образование слов возможно на материале хорошо усвоенных, часто употребляемых в речи слов (с соответствующими аффиксами).

2. Затруднен перенос усвоенных навыков словообразования на новый, менее употребляемый в речевой практике лексический материал.

3. Отсутствие контекста в ситуациях, требующих словообразования, значительно усложняет задачу образования новых слов дошкольниками с речевым недоразвитием, в то время как для их сверстников с нормальным речевым развитием образование слов вне контекста не является затруднительным.

Все вышеперечисленные особенности детей следует учитывать при разработке методических рекомендаций к проведению логопедической работы по коррекции нарушений словообразования у дошкольников с общим недоразвитием речи. Эту работу необходимо проводить не только с дошкольниками с общим недоразвитием речи, но и с ребятами, посещающими массовый детский сад, причем работа должна проводиться дифференцированно, в зависимости от уровня владения навыками словообразования.

Была проведена опытно-экспериментальная работа по определению особенностей словообразования детей с ОНР III уровня по сравнению с дошкольниками без речевых патологий.

В исследовании принимали участие 2 группы детей.

Экспериментальная группа – 20 дошкольники с ОНР 3 уровня.

Контрольная группа – 20 дошкольники без речевых патологий.

При разработке методики констатирующего эксперимента были использованы в модифицированном виде методы и приемы, описанные в работах Г.А. Волковой [2], Л.И. Ефименковой [9], Р.И.Лалаевой, Н.В. Серебряковой [3] и др.

Методика исследования словоизменения и словообразования у дошкольников включает в себя следующие задания: [6]

1. Изменение существительных по числам.

2. Образование форм родительного падежа имени существительного в единственном числе.

3. Согласование существительных с числительными.

4. Согласование существительного и глагола настоящего времени 3-го лица в числе.

5. Согласование существительных с прилагательными.

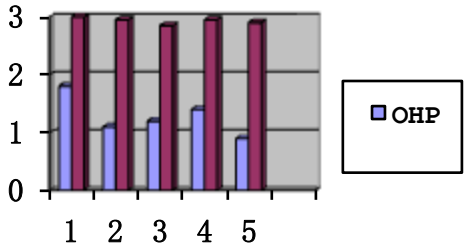
Результаты исследования позволили распределить детей на группы в зависимости от успешности выполнения заданий:

Анализ выполненных заданий детьми экспериментальной группы показал, что никто из этой группы не имеет высокий уровень сформированности функции

словоизменения и словообразования и уровень выше среднего сформированности функции словоизменения и словообразования. Об этом свидетельствует тот факт, что дети набрали от 1,6 до 0 баллов.

Гистограмма 1

Результаты исследования словоизменения и словообразования в экспериментальной группе



Исходя из анализа результатов экспериментального исследования словоизменения у детей с общим недоразвитием речи стало возможным определение основных направлений коррекционно-развивающей работы по формированию словоизменения у этих детей. Выяснилось, что функция словоизменения и словообразования в целом грубо нарушена. Но больше всего нарушена функция согласования существительных и прилагательных.

С учетом онтогенетического принципа, семантики форм, доступности грамматического значения и внешнего оформления данного значения формирование словоизменения существительных необходимо проводить в следующей последовательности. [7]

1. Дифференциация существительных именительного падежа единственного и множественного числа.

2. Закрепление в речи беспредложных конструкций единственного числа в следующей последовательности: винительный падеж (нулевое окончание, окончания -у, -а, -я),родительный, дательный, творительный падеж (со значением орудийности).

3. Овладение предложно-падежными конструкциями единственного числа.

4. Закрепление беспредложных форм множественного числа.

5. Формирование предложно-падежных конструкций существительных множественного числа.

При разработке методических рекомендаций которых мы опирались на практические разработки различных исследователей. Таких авторов как: Н.Л. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой , Р.И. Лалаевой, Н.В. Серебряковой и др.

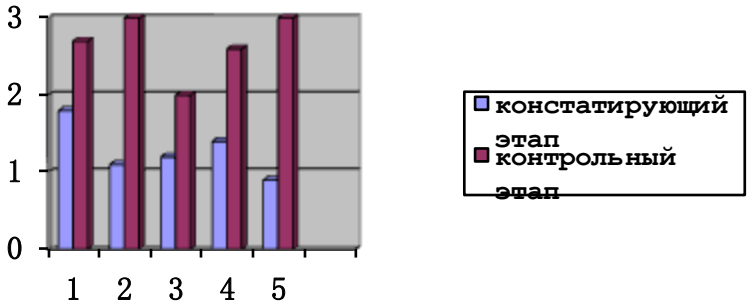
После проведения коррекционной работы, было повторно проведено исследование словообразования и словоизменения дошкольников

Сравнительный анализ результатов исследования показал, что у детей с ОНР до проведения коррекционной работы отмечается более низкий уровень сформированности словоизменения.

Анализ выполненных заданий детьми показал, что дети после проведенной коррекционной работы без единой ошибки справились с заданием на образование форм родительного падежа имени существительного в единственном числе и с заданием на согласование существительных с прилагательными.

Наиболее низкие результаты отмечались при выполнении экспериментальной группы задания на согласование существительных с числительными. Эти затруднения можно объяснить онтогенезом развития речи. Так как числительные в

речи появляются значительно позже, чем существительные, глаголы и прилагательные.



В итоге эксперимента мы выяснили, что последовательность усвоения словоизменения и словообразования при нормальном онтогенезе оказалась общей закономерностью как для детей с нормальным развитием, так и для детей с общим недоразвитием речи. Однако овладение формами словоизменения существительных у детей с общим недоразвитием речи происходит в более длительные сроки, у них будут наблюдаться значительное отставание и своеобразие в протекании процессов изменения слов.

В результате чего, данная исследовательская работа помогла нам наметить основные направления логопедической работы по формированию словоизменения у дошкольников с общим недоразвитием речи.

Литература:

1. Доронова, Т.Н. Игра в дошкольном возрасте: Пособие для воспитателей детских садов / Т.Н. Доронова, О.А. Карабанова, Е.В. Соловьёва. – М.: Воспитание дошкольника, 2012. – 128с.
2. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики / Г.А. Волкова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2010. – 259с.
3. Лалаева, Р.И. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя) / Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова. – СПб.: СОЮЗ, 2011. – 160с.
4. Сазонова С. Н. Развитие речи дошкольников с общим недоразвитием речи. - 2-е изд., испр. - М. : Academia, 2013. - 144 с.
5. Нищева, Н.В. Система коррекционной работы в логопедической группе для детей с ОНР / Н.В. Нищева. – СПб.: Детство пресс, 2013. – 332с.
6. Методы обследования речи детей. Пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ.ред. проф. Г.В. Чиркиной. – М.: АРКТИ, 2013. – 440с.
7. Туманова, Т.В. Особенности словообразования у дошкольников с общим недоразвитием речи / Т.В. Туманова. – М.: ВЛАДОС, 2013. – 222с.
8. Филичева, Т. Б. Принципы, методы, организация психолого-педагогического обследования детей с общим недоразвитием речи / Т. Б.Филичева // Фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи/Под ред. Волковой Л.С. – Кн.5. – М.: ВЛАДОС, 2013. – 480с.
9.Шаховская С.Н. Логопедические занятия в детском саду для детей с нарушениями речи / С. Н. Шаховская, Е.Д. Худенко. – М.: Просвещение, 2012. – 290с.

Особенности формирования навыков общения у детей старшего дошкольного возраста с нарушением речи

Features of formation of social skills in preschool children with speech impairments

Викторова Т.Ю.,
студентка кафедры возрастной, педагогической и специальной психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева»,
Россия, г. Чебоксары
Научный руководитель - д.б.н., профессор Н.Н.Васильева

В настоящее время среди детей с ограниченными возможностями здоровья одну из самых многочисленных групп составляют дошкольники с нарушениями речевой функции. Различные аспекты психолого-педагогического сопровождения развития детей с нарушениями речи исследованы Р.Е. Левиной, Л.С. Волковой, Р.И. Лалаевой, Е.М. Мастюковой, Г.В. Чиркиной, Е.В. Лавровой, В.И. Селиверстовым, С.Н. Шаховской, М. К. Бурлаковой, Л. Г. Парамоновой, Т. Б. Филичевой, Л. И. Беляковой и др. [2].

Отдельные стороны коммуникативной деятельности детей с речевыми нарушениями явились предметом исследований в работах Р.Е. Левиной, Б.М. Гриншпуна, Л.Ф. Спировой, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, Л.Б. Халиловой, С.Н. Шаховской и др. Авторы указывают на трудности формирования коммуникативных навыков крайне низкий уровень вербальной коммуникативной активности в общении (С.А. Миронова); наличие серьезных трудностей в организации речевого общения младших школьников с тяжелой речевой патологией (О.Е. Грибова [3]); взаимообусловленность речевых и коммуникативных умений (Л.Г. Соловьева [5]); влияние выраженности речевого дефекта на межличностные отношения детей с нарушениями речи (О.А. Слинько [4]). Ведущими учеными и практиками подчеркивается, что одной из приоритетных задач системы специального образования является оказание своевременной комплексной психолого-педагогической помощи и создание коррекционно-развивающей среды, способствующей социализации детей с отклонениями в развитии. В то же время для эффективной организации коррекционно-педагогической работы с детьми необходимо изучение у них особенностей формирования разных сфер психики. В частности, для разработки технологий коррекционной помощи по формированию навыков социального взаимодействия у детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи необходимо исследование у них особенностей формирования навыков общения.

Цель нашей работы состояла в исследовании особенностей формирования навыков общения у детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи. Работа была организована на базе МБДОУ «Детский сад № 112 комбинированного вида» г. Чебоксары Чувашской Республики. В исследовании приняло участие 20 детей 6-7 лет с нарушениями речи.

Для реализации цели были использованы следующие методики:

1. «Рукавички», предложенная Г.А. Урунтаевой, Ю.А. Афонькиной [6].

2. «Изучение свободного социального взаимодействия детей» по методике одномоментных срезов структуры групп детского сада, разработанной группой авторов: Т.А. Репиной, Т.В. Антоновой, А.А. Рояк [1].

Диагностическая методика «Рукавички» использовалась для изучения коммуникативных умений у детей и выявления умения детей приходить к общему решению для достижения результата деятельности. Стимульный материал представлял силуэтные изображения рукавичек, составляющих пару, 2 набора по 6 цветных карандашей. Дети работали в паре, каждому предлагалось одно изображение рукавички. Испытуемых просили украсить их таким образом, чтобы они составили пару, были одинаковые. Перед выполнением задания поясняли, что нужно сначала договориться, какой узор рисовать, а потом приступать к рисованию. Диагностика включала 2 серии: в первой каждый ребенок получал по одинаковому набору карандашей, во второй серии суть задания не менялась, но паре предоставлялся один набор карандашей и обращалось внимание на то, что карандашами нужно делиться.

Критериями оценки выступили: умение детей договариваться, осуществление взаимного контроля по ходу выполнения деятельности, наличие положительного отношения к результату деятельности, своему и партнера, осуществление взаимопомощи по ходу рисования, умение рационально использовать средства деятельности (делиться карандашами). Также фиксировалось отношение к результату деятельности, своему и партнеру, оказание помощи друг другу по ходу рисования. Эти показатели отражают наиболее существенные характеристики межличностных отношений: заинтересованность и доброжелательность, способность помочь и уступить другому, разделить его успехи и неудачи.

Обратимся к полученным результатам. На рис. 1 представлены данные, полученные в ходе выполнения диагностической методики «Рукавички».

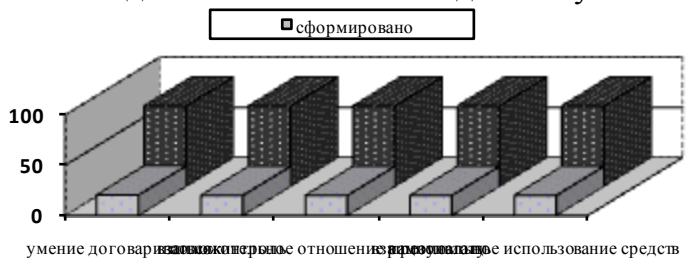


Рис. 1. Данные о сформированности коммуникативных умений у детей

Анализируя полученные результаты, можно констатировать, что подавляющее большинство детей (80%) в процессе совместной деятельности не замечают друг друга, не умеют осуществлять взаимный контроль по ходу выполнения деятельности, не осуществляют взаимопомощь по ходу рисования, радуются за неудачи других детей, укоряют друг друга и жалуются воспитателю, не умеют рационально использовать средства деятельности: делиться карандашами, идеями, стараются срисовать, отнять карандаши у других детей.

Анализ эмоциональных реакций показывает, что на начальном этапе деятельности 40% детей реагировало друг на друга положительно эмоционально, 40 % – агрессивно и 20% индифферентно. Отметим, что у детей в общении друг с другом преобладают эмоциональные способы воздействия: использование активных действий, сильных звуков, движений.

«Изучение свободного социального взаимодействия детей» осуществлялось в ходе наблюдения за детьми на протяжении 3 дней, через каждые 5-7 минут в одних и тех же условиях в определенный отрезок времени.

С помощью методики одномоментных срезов, а также многократных наблюдений, были получены данные, характеризующие структуру изучаемой группы

и особенности игровых микрообъединений в свободном игровом общении, не регламентированном воспитателем.

Срезовые наблюдения дали возможность выявить в свободном игровом общении следующую структуру: одиночные игры и действия детей составили 60% от всего времени наблюдений, остальное время (40%), дети общались и играли в объединениях. Анализ полученного в ходе наблюдения материала показал, что большинство детей малообщительны и не легко вступают в контакты со сверстниками, играют, главным образом, в маленьких группках по 2 человека, часто агрессивно и беспокойно реагируют на сверстников. В группе присутствуют дети, которые либо испытывают затруднения в установлении контактов и поэтому часто играют одни, либо по разным причинам предпочитают индивидуальные игры.

Таким образом, детям старшего дошкольного возраста с нарушениями речи наиболее свойственно игровое социальное взаимодействие в малых объединениях. Это можно объяснить тем, что игра, объединяющая большое количество сверстников, предполагает наличие более высокого уровня социального развития, умения считаться с особенностями и интересами партнеров по игре, требует сложной координации действий всех участников игры. Игровое социальное взаимодействие в небольшом объединении, чаще всего с одним или двумя особо симпатичными ребенку детьми, является глубоким, содержательным и значимым для него.

Таким образом, изучая деятельность детей и свободное социальное взаимодействие детей в игре, мы можем сказать, что дети мало общаются друг с другом, испытывают затруднения в установлении контактов. Поэтому они часто играют одни. Выявление уровня развития социального взаимодействия и особенностей межличностных отношений в группе детского сада у детей старшего дошкольного возраста показало, что испытуемым характерен низкий уровень сформированности коммуникативных умений и навыков социального взаимодействия. Результаты свидетельствуют о необходимости разработки программы коррекционно-педагогических мероприятий, направленных на формирование навыков общения со сверстниками у детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи.

С учетом многоплановости социального взаимодействия комплекс коррекционно-педагогических мероприятий должен включать игры по освоению коммуникативных умений и навыков, беседы, специальные заданий и вопросы, сюжетно-ролевые игры, в которых будут отражаться освоенные коммуникативные умения и навыки.

В частности, для улучшения взаимоотношений детей, у которых отсутствовал тесный положительный эмоциональный контакт, можно организовывать совместные игры этих детей с обязательным участием в них педагога, который обеспечит контроль характера контактов и поможет детям установить дружеские взаимоотношения. Работу необходимо осуществлять поэтапно.

На начальном этапе, в ходе планирования, необходимо опираться на содержание метода комплексного руководства и сделать акцент на развитии коммуникативных умений в игровой деятельности. С этой целью нужно оснастить игровые уголки (зоны) игровыми материалами и внести изменения в развитие игры. Вызывать у детей интерес к игре, обогащать событийную сторону игры, развивая творческую инициативу детей с помощью чтения сказок, просмотра диафильмов и т.п. Для этого можно использовать сочетания игрушек, предметы–заместители, ролевые атрибуты.

На следующем этапе необходимо формировать умение чувствовать себя свободнее в коллективе сверстников. Для этого следует побуждать детей самостоятельно объединяться в игре, нацеливать их на ролевую беседу, содействовать развитию замысла игры, учить договариваться со сверстниками, вступать в деловое взаимодействие друг с другом, используя приемы создания и решения игровых ситуаций, задач, поощрение, подсказки, вопросы, предложения, напоминания.

На заключительном этапе основной акцент можно сделать на формирование игрового опыта детей при помощи игр-драматизаций по текстам литературных произведений, отражающих различные внутрисемейные взаимоотношения (старших братьев и сестер, бабушки и внуков, отца и детей, матери и детей и др.).

Психолого-педагогическое сопровождение процесса формирования навыков общения детей старшего дошкольного возраста в данном направлении, на наш взгляд, будет способствовать повышению эмоциональности взаимодействия между партнерами, побуждению к организации совместной деятельности, появлению кооперативных взаимодействий. При этом социальное взаимодействие со сверстниками будет включаться в структуру совместной деятельности, направлять и регулировать ее, а коммуникативный аспект социального взаимодействия станет более ярким за счет разнообразия невербальных и вербальных коммуникативных средств.

Литература:

1. Антонова, Т. В. Проблемы и поиск современных форм сотрудничества педагогов детского сада с семьей ребенка / Т. В. Антонова, Е. Волкова, Н. Мишина // Дошкольное воспитание. – 2004. – № 6. – С. 66–70.
2. Волков, Б. С. Детская психология : от рождения до школы / Б. С. Волкова, Н. В. Волкова. – СПб: Питер, 2009. – 240 с.
3. Грибова, О. Е. К проблеме анализа коммуникаций у детей с речевой патологией / О. Е. Грибова // Дефектология. – 1995. – № 6. – С. 7–16.
4. Слинько, О. А. К изучению проблемы межличностных отношений дошкольников с нарушениями речи / О. А. Слинько // Дефектология. – 1992. – №1. – С. 62–67.
5. Соловьева, Л. Г. Особенности коммуникативной деятельности детей с общим недоразвитием речи / Л. Г. Соловьева // Дефектология. – 1996. – №1. – С.62-67.
6. Урунтаева, Г. А. Практикум по детской психологии / Г. А. Урунтаева, Ю. А. Афонькина. – М.: Просвещение, 1995. – 212 с.

Понимание нормативной ситуации как помощь в адаптации детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями

Understanding the regulatory situation as an aid in the adaptation of pre-school children with speech disorders

Галимарданова Ф.М.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих. н.,доцент Т.В.Артемьева

Умение ребенка войти в детское общество, действовать совместно с другими, принимать и следовать общепринятым правилам и нормам – качества, позволяющие ребенку безболезненно адаптироваться кновым социальным условиям, способствующие созданию благоприятных условий для его дальнейшего развития. Эти качества формируются в дошкольном возрасте в семье или детском саду. В дошкольном возрасте появляются возможности самостоятельного удовлетворении своих потребностей, что сопровождается желанием ребенка действовать самому, поэтому совместная со взрослым деятельность «распадается», и возникает новый тип отношений с ним, новая ситуация развития. Социальная ситуация развития - это уникальное и специфическое для отдельного возраста в онтогенезе социального взаимодействия ребенка со средой. При этом для дошкольного роль взрослого остается столь же значимой, как и ранее – ребенок стремится соответствовать ожиданиям взрослого, подражает ему в своем поведении. Л.И.Божович обращает внимание на то, что в дошкольном возрасте идет формирование двух линий – линии нравственного развития и линии развития познавательной сферы. Именно в дошкольном возрасте появляется способность руководствоваться этическими инстанциями. В повседневном общении дошкольника появляются обобщенные знания о нормах, правилах поведения.[5]

Правило – это продукт культуры, оно социально, поскольку производится культурной исходя из целесообразности организации социальной жизни людей. Н.Е.Веракса следующим образом анализирует отношение нормативной ситуации к натуральной составляющей личности: « по своей структуре социальная норма фиксирует такую стандартную ситуацию, которая именно предполагает два возможных способа поведения: во-первых, поведение в интересах отдельного индивида, или поведения непосредственное, натуральное, животное, природное, побуждаемое его природными импульсами и желаниями, поведение его центрическое; и, во-вторых, поведение ограниченное, преобразованное, построенное в интересах социума, или поведение культурного». [7]

Сами правила представляют собой предписания разного уровня – от простых запретов до этических инстанций. Ребенок, воспитываясь в определенных культурных условиях, вступает во взаимодействия с правилами культуры. Задача взрослых при этом сводится к трансляции правил культуры в сознании ребенка и, следовательно, формированию личности, адекватной нормам культуры.

Нормативная ситуация определяется Н.Е.Вераксой как сочетание факторов, условий и обстоятельств, относительно которых социум предписывает субъекту определенные действия.[7]

Психология при исследовании ребенка в нормативной ситуации призвана выявить то, каким образом ребенок дифференцирует правило в ситуации, как он выстраивает свое отношение к нему, насколько у ребенка сформирована внутренняя установка (диспозиция) по отношению к предъявляемой норме.

В исследовании нас интересовало, насколько успешно дети умеют подчинять свое поведение нормативной ситуации, дифференцировать правила в зависимости от ситуации и отличаются ли дети с речевыми нарушениями от своих сверстников без речевой патологии

С этой целью нами была использована *методика определения дифференциации правила в нормативной ситуации* (Баянова Л.Ф.).[3]

Исследование проводилось в детском саду №376 комбинированного вида г. Казани. В эксперименте принимали участие дети с нарушениями речи (17 человек) и

дети без нарушений речи (17 человек) в возрасте 5-6 лет. Детям последовательно предлагались 10 серий картинок. Из них первая, вторая и четвертая иллюстрируют сюжет ситуации. Третья карточка представляет собой чистый лист. Картинки каждой серии выкладывались перед ребенком на стол одновременно в ряд, зачитывалась инструкция.

Инструкция, предлагаемая ребенку, звучало следующим образом: «Перед тобой четыре карточки. На них изображена история, приключившаяся с ребенком. Обрати внимание: одна карточка пустая. Ты должен подумать и сказать, что должно быть нарисовано на этой белой карточке ».

Ответы ребенка в момент предъявления пустой картинки записывались в протокол.

Показатель дифференциации правила в нормативной ситуации рассчитывается как сумма по сюжетам, заданным в соответствии с классификацией нормативных ситуаций в социальной ситуации развития дошкольника:

- нормативные ситуации, содержащие правила, направленные на соответствие ожиданием взрослых, послушность – серии ВЕЖИЗ (НС1);
- нормативные ситуации, содержащие правила безопасности – серия К (НС2);
- нормативные ситуации, содержащие правила гигиены и самообслуживания – серии АГ(НС3);
- нормативные ситуации, содержащие правила самоконтроля – серии Б,Д (НС4). Общий показатель дифференциации правила в нормативной ситуации (ПДПНС) представляется как сумма выполненных десяти заданий методики, в которых ребенок должен выделить правильно.

ПДПНС=НС1+НС2+НС3+НС4

Результаты исследования были внесены в сводную таблицу по ответам детей приведены в таб.1.

Таблица 1

Показатели дифференциации правила детьми с речевыми нарушениями и без речевой патологии

Серии картинок	Дети без НР	Дети с НР	tэм.	Уровень достоверности
Серия 1	3,94	4,29	1,287	
Серия 2	1	0,76471	2,219	P>0,05
Серия 3	2,05882	1,58824	1, 934	
Серия 4	2	1,88235	1,461	
Серия 5	9,23529	8,17647	2,387	p>0,05

Не выявлено различий между детьми с речевыми нарушениями и без патологии в дифференциации правил, регламентирующих отношения детей со взрослыми, их послушность ожиданиям взрослых (Серия 1); правил связанных с ограничением импульсивности детей, их способности к контролю своих действий (Серия 4). Правила предполагающие выработку несложных в исполнении навыков и повторяющихся, типичных ситуациях дифференцируются детьми обеих групп достаточно успешно. Соответствие этим правилам у детей вырабатываются обычно в ходе упражнений, поэтому соответствие правилам самообслуживания зависит от того, насколько социальная ситуация взаимодействия со взрослым способствует выработке навыков самообслуживания (Серия 3)

Показатели данной таблицы свидетельствуют о различиях между двумя выборками испытуемых. Исходя из этого, мы можем утверждать, что дети с речевыми нарушениями в нормативных ситуациях, содержащие правила безопасности, дифференцируют правила хуже, чем дети без речевых нарушений. В целом, это подтвердил общий показатель дифференциации правила в нормативной ситуации.

Различия выявлены по нормативным ситуациям, содержащим правила безопасности и связаны с теми опасными следствиями, которые могут повлечь за собой действия ребенка, нарушающего правило. Эти правила в современных социокультурных условиях приобретают особую актуальность, поскольку в условиях настоящих реалий безопасность ребенка подвергается немалому риску. В исследовании выявлено, что дети с речевыми нарушениями испытывают определенные трудности в дифференциации этого правила. Мы предполагаем, что это может быть связано с отношением родителей к речевому дефекту своих детей. Жалея ребенка, стремясь ему помочь и отгородить от всех опасностей, родители сами ограничивают возможности его развития. При этом ребенок избавлен от необходимости принятия самостоятельных решений, поскольку это предлагается ему готовым, либо достигается без его участия. Он теряет способность к мобилизации своей энергии в опасных ситуациях, плохо ориентируется в нормативных ситуациях и с трудом соотносит ситуации с необходимыми правилами поведения: он ждет помощи от взрослых, прежде всего от родителей.

В дальнейшем мы бы хотели продолжить исследования в этой области, с целью изучения причин неспособности дифференцировать правила в нормативной ситуации детьми с нарушениями в развитии, проследить влияние стилей родительского воспитание на способность детей соответствовать определенным нормативным ситуациям.

Литература:

1. Артемьева Т.В. Методы диагностики нарушений развития детей дошкольного возраста - Казань, Издательство «Отечество», 2013. – 142 с.
2. Ахметзянова А.И. Формирование жизненной компетенции у детей с сочетанными нарушениями в условиях Лекотеки. Теория и практика общественного развития. ООО «Издательский дом «Хорс». – 2013. - №4 - С. 76-78;
3. Баянова Л.Ф. Психологическая диагностика дошкольника в нормативной ситуации: учебное пособие для студентов высших учебных заведений./ Казань, 2013.- 88 с.;
4. Баянова Л.Ф., Мустафин Т.Р. Культурная конгруэнтность дошкольника в нормативной ситуации и возможности ее исследования.// Психолог в детском саду.2013.–70-75 ;
5. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1998.-464с.;
6. Веракса Н.Е., Веракса А.Н. История возрастной психологии: детская психология: учебное пособие для студ. высш. учеб.заведений.- М.: «Академия», 2008.-304 с.;
7. Веракса Н.Е. Личность и культура: структурно-диалектический подход.//Перемены.-2000.-№1.-с.81-1075.

Исследование мотивации общения старших дошкольников с нарушением интеллектуальногоразвитиясосверстниками

Research of motivation of communication of the senior preschool children with violation of intellectual development with peers

Галимова З.И.
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) Федерального Университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к.псих.н, ст. преподавательА.А.Твардовская

Общение является важнейшим фактором развития ребёнка. Важную роль в формировании словесного общения у детей с интеллектуальным недоразвитием играет мотивация к коммуникативной деятельности в дошкольном возрасте, так как именно в этот период закладываются основы коммуникации.

Вместе с тем, у этих дошкольников существуют значительные трудности в общении, в частности, по установлению взаимопонимания со сверстниками.

Общение - взаимодействие двух и более людей, в ходе которого они обмениваются разнообразной информацией с целью согласования и объединения усилий и налаживания отношений [2].

Общение является важным условием человеческого существования. Во все времена удовлетворение человеком своих потребностей происходило, как правило, с использованием общения. Поэтому, общение имеет отношение к проблеме мотивации, являясь избираемым и планируемым способом, средством удовлетворения потребностей, влечений, желаний.

Мотив – это побудительная сила деятельности и поведение субъекта, а совокупность внешних или внутренних условий, вызывающая активность субъекта и определяющая ее направленность является мотивацией. То есть, мотивация выступает как вторичное по отношению к мотиву образование, явление.

Выделяют три основные категории мотивации общения старших дошкольников со сверстниками:

1. Общение со сверстником ради участия в общей игре или продуктивной деятельности, к чему ребенка побуждают качества ровесника, необходимые для развития увлекательного и сложенного действования.
2. Ровесник как слушатель и ценитель, тех качеств, которые ребенок уже выделил в себе как достоинства.
3. Личностные мотивы, т.е. общение ради сравнения возможностей своих и сверстника.

Мотивом общения ребенка становятся его собственные качества в соответствии со свойством сверстника быть их ценителем. Этот мотив прямо связан с потребностью в общении, со стремлением ребенка познать свои возможности, подтвердить достоинства, используя отклик на них со стороны ровесника.

Способность общаться со сверстниками - это проявление коммуникативных способностей, индивидуально-психологических особенностей личности, которые обеспечивают эффективность общения и совместимость с окружающими людьми. Взаимоотношения с окружающими играют огромную роль, и их ненормальность - это чаще всего показатель каких-либо отклонений психического развития.

Изучением общения детей с нарушением интеллектуального развития занимались такие ученые, как В.Г.Петрова (психологическое изучение особенностей общения), Р.И.Лалаева (формирование речи у умственно отсталых школьников), Д.Й.Аугене (активизация речевого общения умственно отсталых детей на основе игровой деятельности), О.К.Агавелян (изучал проблему общения с точки зрения социальной перцепции); Д.И.Бойков, Е.Е.Дмитриева (общение детей в условиях внесемейного воспитания) [4].

Диалогическая речь детей с нарушением интеллектуального развития неполноценна в различных планах. Она значительно отличается от речи детей с нормальным интеллектом. Прежде всего, можно отметить основные особенности формирования навыков общения у дошкольников с нарушением интеллекта со сверстниками:

- диалог редко возникает по инициативе детей с нарушением интеллектуального развития;
- дети мало интересуются окружающим;
- дети мало разговаривают между собой;
- недостаточно пользуются речью;
- ответ заменяется кивком головы или другим выразительным движением.

Возникновению у детей с нарушением интеллектуального развития речевого негативизма и замкнутости,способствует отсутствие речевой инициативы и выраженный дефицит речемыслительных средств.

Затруднения при диалогической речи связаны также с тем, что каждый из собеседников в процессе развертывания диалога должен неоднократно переходить с позиции говорящего на позицию слушающего. Участвуя в диалоге, ребенок должен быстро и многократно изменять свою речевую деятельность. Свойственная детям с нарушением интеллектуального развития инертность нервных процессов и замедленные реакции на воздействия затрудняют переход от «говорения» к «слушанию» и наоборот [4].

Также следует отметить то, что нормально развивающийся ребенок за дошкольный период своей жизни практически активно пользуется речью примерно пять с половиной лет, а у ребенка с нарушением интеллектуального развития к моменту поступления в школу практика речевого общения занимает меньший отрезок времени – всего три-четыре года.

Общение со сверстниками детей с нарушением интеллектуального развития складывается совсем по-другому, чем в норме. Отсутствие средств общения (как речевых, так и неречевых), непонимание ситуации, отображаемой в игре, ведут к тому, что дети с интеллектуальной недостаточностью, в большинстве случаев оказываются отверженными во дворе, в общеобразовательном дошкольном учреждении и вынуждены играть с детьми младшего возраста. В результате, такие дети не могут удовлетворить потребность в игре, что приводит к глубокому психологическому конфликту. Дети становятся озлобленными и могут вести себя жестоко по отношению к более слабым. Такое поведение может представлять собой и своеобразные, искажённые формы общения [3].

Дети с интеллектуальной недостаточностью стараются избежать речевого общения. В тех случаях, когда речевой контакт между ребенком и сверстником возникает, он оказывается весьма кратковременным и неполноценным. Это обусловливается рядом причин. Среди них можно выделит:

-быстрая исчерпываемость побуждений к высказываниям, что приводит к прекращению беседы;

-отсутствие у ребенка сведений, необходимых для ответа, бедный словарный запас, препятствующий формированию высказывания;

-непонимание собеседника - дошкольники не стараются вникнуть в то, что им говорят, поэтому их речевые реакции оказываются неадекватными и не способствуют продолжению общения [1].

Проанализировав литературу по проблеме общения детей с нарушением интеллектуального развития, можно говорить о том, что, несмотря на усилившийся в последние годы интерес к проблеме общения детей с интеллектуальными нарушениями, до настоящего времени было мало проведено сравнительных исследований мотивации общения старших дошкольников с нарушением интеллектуального развития. Учитывая важность и актуальность проблемы, мы провели исследовательскую работу.

Цель исследования теоретическое и практическое изучение мотивации общения детей с нарушением интеллектуального развития.

Объект исследования мотивация общения старших дошкольников с нарушением интеллектуального развития.

Предмет исследования особенности взаимодействия старших дошкольников с нарушением интеллектуального развития.

Респонденты и методы. Исследование проводилось в МДОУ «Солнышко» №63 г. Казани. Всего в исследовании приняло участие 20 старших дошкольников. 10 детей с нормальным интеллектуальным развитием, и 10 детей с нарушением интеллектуального развития. Мы применили методики сбора эмпирических данных: «Методика стандартизированного наблюдения» (Ковалева Г.А., Бусарнова Н.В., 2010 г.), «Рукавички» (Урунтаева Г.А., Афонькина Ю.А., 1995 г.).

На основании разработанных рекомендаций Г.В.Чиркиной, М.И.Лисиной, Г.И.Капчеля, А.Г.Рузской, В.И.Липаковой, Н.П.Задумовой были определены основные параметры наблюдения за особенностями дилогической речи детей, а так же критерии и система оценки.

Результаты. Анализ результатов стандартизированного наблюдения за общением детей старшего дошкольного возраста показал значительные различия. Так, уровень взаимодействия в ситуации делового общения у детей с нормальным интеллектуальным развитием составило 70% (то есть 7 детей). А у детей с нарушениями интеллектуального развития высокий уровень не наблюдается.

Средний уровень взаимодействия в ситуации делового общения у нормально развивающихся детей выявлено 30% (3 ребенка), а у детей с нарушением интеллектуального развития 60%(6 детей).

Лишь у детей с нарушением интеллектуального развития выявлен низкий уровень взаимодействия в ситуации делового общения, который составил 40%(4 ребенка).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что уровень сформированности вербальных и невербальных средств общения у детей с интеллектуальными нарушениями значительно ниже, чем у детей с нормальным интеллектуальным развитием. Так, дети с нарушением интеллектуального развития редко инициируют и поддерживают диалог. Невербальные средства общения не используют. Однословные высказывания используют больше, чем высказывания из 3 и более слов.

Дети с нормальным интеллектуальным развитием часто являются инициаторами диалога. Всегда выслушивают партнера, и часто поддерживают диалог. Периодически используют невербальные средства общения. Предпочитают использовать высказывания из 3 и более слов.

Полученные данные по методике «Рукавичка», направленная на изучение отношения детей друг к другу в ситуации вынужденных уступок и сотрудничества, позволили выявить наиболее существенные и преобладающие характеристики межличностных отношений старших дошкольников. Так, у 2 пар из 5 с нарушением интеллектуального развития преобладают эгоистические черты характера. Они отказываются оказывать помощь, стараются выполнить задание быстрее и лучше, чем партнеры по заданию. Мотивацией общения в данном случае является личностная мотивация. Отмечается негативное оценивание процесса и результата работы партнера по заданию. Одна пара во время проведения методики не поддерживала контакта между собой, но в тоже время активно общалась с психологом. Остальные две пары проявили друг к другу доброжелательность, оказывали и принимали помощь, старались сотрудничать с партнерами по заданию. Интерес к действиям сверстника в большинстве случаев отсутствовал.

У детей с нормальным интеллектуальным развитием преобладают такие характеристики межличностных отношений, как доброжелательность, взаимопомощь, способность помочь и уступить друг другу. Дети стремились сотрудничать друг с другом при выполнении заданий. Но так же, как и дети с нарушениями, не проявляли интереса к действиям партнера по заданию.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование выявило характерные особенности общения детей с нарушением интеллектуального развития. Во-первых, у детей с нарушением интеллектуального развития нарушены все категории мотивации общения. Они редко прибегают к общению со сверстниками в деятельности. Во-вторых, уровень взаимодействия в ситуации делового общения у таких детей низкий. Большинство детей имеет низкий уровень владения невербальными средствами общения. В-третьих, дети с нарушением интеллектуального развития в ситуации вынужденных уступок и сотрудничества, показали больше негативного отношения, чем нормально развивающиеся дети. Интерес к действиям сверстника при выполнении заданий в большинстве случаев отсутствовал у обеих групп детей.

Перспективы исследования. Разработать программу для развития мотивации общения старших дошкольников с нарушением интеллектуального развития.

Литература:

1. Аугене Д.Й. Речевое общение умственно отсталых детей дошкольного возраста и пути его активизации // Дефектология. - 1987. - №4. – С.76-80;
2. Богуславская, З.М. Индивидуальные различия в процессе общения со взрослыми у детей дошкольного возраста / З.М. Богуславская. - М., 1968;
3. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: Учебник для студентов педагогических вузов. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998;
4. Ковалева Г.А., Бусарнова Н.В. Сравнительное изучение общения дошкольников с разным уровнем интеллектуального развития // Коррекционная педагогика: теория и практика.- М.: 2010.- № 1(37). - С.18-20.

Особенности взаимоотношений детей дошкольного возраста с ОНР III уровня со сверстниками

Peculiarities of relationships of children with 3d level speech underdevelopment with peers.

Галявова К.Р.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент Т.В.Артемьева

Проблема взаимоотношений у детей дошкольного возраста привлекает все большее внимание исследователей у нас в стране и за рубежом, так как основы отношений человека к окружающей действительности и людям закладываются в период дошкольного детства. По мнению А.Н.Леонтьева именно дошкольное детство является периодом первоначального фактического складывания личности, периодом развития личностных механизмов поведения. Это период приобщения ребенка к миру общечеловеческих ценностей, время установления первых отношений с людьми. В дошкольном возрасте в жизни ребенка все большее место начинают занимать другие дети [4].

Анализ литературы показал, что сверстник – это важная составная часть жизни ребенка. За период дошкольного детства ребенок проходит большой путь в овладении социальным пространством с его системой нормативного поведения в межличностных отношениях с детьми. Также необходимо отметить, что межличностные отношения у детей не всегда выражают себя во внешних действиях и являются стороной сознания ребенка. И к старшему дошкольному возрасту, ребенок начинает воспринимать себя и другого как целостную личность, не сводимую к отдельным качествам, благодаря чему становится возможным личностное отношение к сверстнику.

Трудности общения детей с ОНР проявляются в несформированности основных форм коммуникации и отмечаются в работах В.К.Воробьёва, В.П.Глухов, Н.К.Усольцева. Снижение потребности в общении отмечаются на работах Б.М.Гришпун, О.С.Павлова, Г.В.Чиркина. Недостаточность вербальных средств общения лишает детей возможности взаимодействия со взрослыми и сверстниками, становится препятствием в формировании игрового процесса (ЛГ.Соловьёва, Л.Н.Усачёва и др.). несовершенство коммуникативных умений, речевая активность препятствуют полноценному когнитивному развитию детей, поскольку не обеспечивают в должной мере процесс свободного общения [2,3].

В исследованиях отечественных ученых выявлено четыре особенности поведения детей с ОНР со сверстниками:

- *первая отличительная особенность* контактов со сверстниками состоит в их особенно яркой эмоциональной насыщенности;

- *вторая особенность* состоит в нестандартности детских высказываний, в отсутствии жестких норм и правил;

- *третья особенность* — преобладание инициативных высказываний над ответными;

- *четвертое отличие* состоит в том, что общение со сверстниками значительно богаче по своему назначению и функциям [3].

Для выявления особенностей взаимоотношений детей дошкольного возраста с ОНР III уровня со сверстниками нами было проведено эмпирическое исследование, которое проводилось на базе ДОУ № 6 «Рябинка» поселка «Приволжский». В исследовании приняло участие 20 детей 5-ти летнего возраста. Из них 10 детей без речевой патологии (контрольная группа) и 10 детей с диагнозом общее недоразвитие речи III уровня (экспериментальная группа).

Для изучения взаимоотношений детей дошкольного возраста мы использовали методику «Два домика» в модификации Т.Д. Марцинковской (позволяет выявить межличностные отношения у детей дошкольного возраста, симпатии и антипатии) [1].

Перед началом исследования было проведено наблюдение за поведением детей, также была проведена беседа с логопедом данной группы. Работа проходила с каждым ребёнком индивидуально.

Далее был проведен констатирующий эксперимент, в ходе которого определены особенности взаимоотношений детей дошкольного возраста контрольной и экспериментальной групп. Результаты сравнительного анализа методики «Два домика» представлены в табл.1.

Таблица 1

Сравнительный анализ количества выборов у детей старшего дошкольного возраста

Параметр анализа Выборка детей	Количество положительных выборов		Количество отрицательных выборов	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Контр.группа (дети без речевой патологии)	19	63	11	37
Экспер. группа (дети с речевой патологией)	32	73	12	27

Результаты исследования, представленные в таблице 1 свидетельствуют о том, что дети старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня положительные выборы делают чаще, чем отрицательные: 73% положительных выборов и 27% отрицательных. В то время как у детей старшего дошкольного возраста с нормальным речевым развитием положительные выборы составляют 63%, а отрицательные – 37%. Это свидетельствует о преобладании в группе детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня положительных выборов по отношению друг к другу.

В зависимости от количества полученных социометрических положительных и отрицательных выборов можно классифицировать испытуемых на пять статусных групп: «Звезды», «Предпочитаемые», «Принятые», «Непринятые», «Отвергнутые».

Результаты сравнительного анализа статусного положения в группе сверстников детей дошкольного возраста представлены в табл.2.

Таблица 2

Сравнительный анализ статусного положения в группе сверстников детей дошкольноговозраста

№ п/п	Статусная категория	Контрольнаягруппа		Экспериментальная группа	
		Абс.число	%	Абс.число	%
I	«Звезды»	1	10	3	30
II	«Предпочитаемые»	3	30	3	30
III	«Принятые»	5	50	3	30
IV	«Непринятые»	0	0	0	0
V	«Отвергнутые»	1	10	1	10

Из таблицы 2 видно, что в благоприятных статусных категориях (I,II) большее количество детей – 60% находится из экспериментальной группы, из контрольной группы – 40% детей. В неблагоприятных же статусных категориях (III-V) большее количество детей – 60% находится из контрольной группы, в то время как из экспериментальной группы – 40% детей. Следует отметить, что во время эксперимента дети старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи отрицательные выборы делали реже, чем дети старшего дошкольного возраста с нормальным речевым развитием.

Проанализировав все категории, мы получили высокий уровень благополучия взаимоотношений как в экспериментальной, так и в контрольной группах, то есть в данных группах большее количество детей имеют благоприятный статус: I и II статусная категория (см. Таблицу 2). Высокий уровень благополучия взаимоотношений означает благополучие большинства детей в системе межличностных отношений, их удовлетворенность в общении, признании сверстниками. Но если сравнивать эти две группы между собой, то дети с ОНР III уровня склонны к большему взаимоотношению, нежели дети без речевой патологии (см.рис.1)

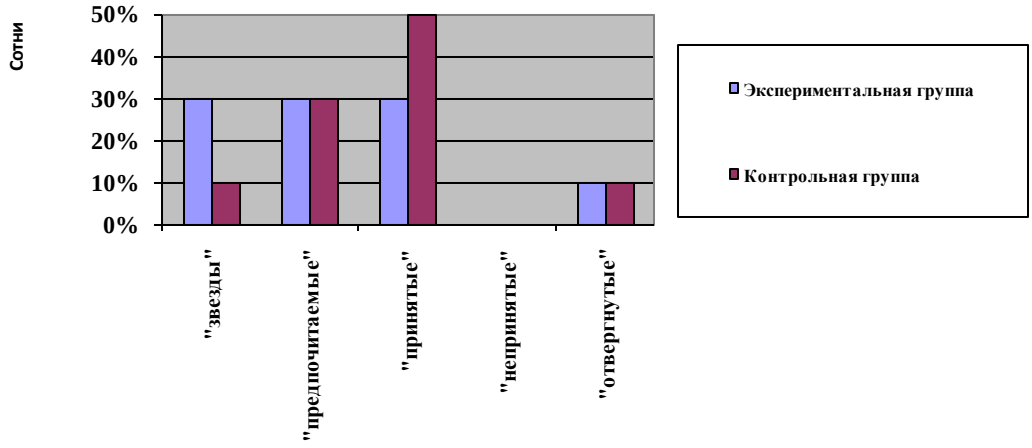


Рис 1. Сравнение взаимоотношений детей с ОНР и без речевой патологии

Из полученных данных можно сделать вывод, что дети дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня, по сравнению с группой детей старшего дошкольного возраста с нормальным речевым развитием, чаще демонстрируют

положительное отношение к сверстникам, так как у них преобладают положительные выборы по отношению друг к другу.

Экспериментальное исследование показало, что в группе детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня действуют те же закономерности, что и в коллективе их сверстников с нормальным речевым развитием, уровень благополучия взаимоотношений достаточно высок. Но, между тем, взаимоотношения у детей с данной речевой патологией имеют свою особенность, а именно, преобладание положительных выборов по отношению друг к другу.

Литература:

1. Артемьева Т.В. Методы диагностики нарушений развития детей дошкольного возраста - Казань, Издательство «Отечество», 2013. – 142 с.
2. Бойков, Д. И. Общение детей с проблемами в развитии: коммуникативная дифференциация личности Текст.: учебно-методическое пособие. / Д. И. Бойков - СПб.: КАРО, 2005. -288с.
3. Игнатьева, С. А. Оценка состояния коммуникативно-речевой деятельности детей старшего дошкольного возраста с ОНР // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2007. - № 2. - С. 29 - 32.
4. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики – М., Издательство Московского Университета,1972.- 576 с.

Коррекционно-логопедическая работа по выявлению особенностей логического мышления у детей с моторной алалией
Correctional and logopedic work to identify features of logical thinking in children with motor alalia

ИгнатьеваА.Н.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – асс. Е.А. Цивильская

В современной дефектологической литературе высказывается мнение о необходимости изучения психологических особенностей деятельности детей с различными видами патологии речи, в том числе и с моторной алалией. Большое значение в связи с этим приобретает исследование логического мышления как важнейшего фактора организации познавательной деятельности ребенка.

Речь имеет принципиальное значение для развития мышления и деятельности ребенка в целом, выступая и как стержень в развитии обобщения, и как его материальный носитель, и как высший регулятор поведения ребенка.

В силу того, что речь и мышление взаимосвязаны друг с другом, то недоразвитие речи при моторной алалии оказывает влияние на мышление детей с этим нарушением речи.[2]

Мышлением называется отражение связей и отношений между предметами и явлениями действительности, ведущее к получению новых знаний. Мышление является одним из важнейших факторов психологического развития ребенка. [1]

В период дошкольного детства происходят глубокие изменения в мышлении ребенка. Наблюдая доступные его пониманию простейшие явления природы и общественной жизни, определенным образом участвуя в жизни семьи и детского сада, играя и приучаясь к организованным занятиям, ребенок приобретает ряд новых знаний. Которые должны составлять основу его последующего умственного развития и обучения в условиях школы. [4]

Таким образом, рассматривая развитие мышления дошкольника, следует учитывать две взаимосвязанные стороны этого процесса – изменение его содержания и возникновение новых форм интеллектуальной деятельности у ребенка.

Высшей ступенью развития мышления является – логическое мышление. Словесно-логическое мышление – вид мышления, осуществляемый при помощи логических операций с понятиями и знаками.

У детей с моторной алалией при сохранном слухе и артикуляционном аппарате наблюдается системное недоразвитие речи, которое отражается на развитии их мышления.[3]

Проблемой изучения детей с моторной алалией занимались такие научные деятели, как Ковшиков В.А., Соботович Е.Ф., Лалаева Р.Е. и др.

Таким образом, ввиду тесной взаимосвязи речи и мышления проблема развития логического мышления у детей с моторной алалией и разработка научно обоснованного содержания и методов коррекционной работы, направленных на его преодоление, имеет важное значение и является сложной общепедагогической, психологической и логопедической проблемой.

Нами было проведено специальное исследование мышления детей с моторной алалией. Эксперимент проводился на базе центра развития и социальной поддержки "Росток" в городе Ульяновске с 9 по 30 января 2014 года.

В круг исследования включались 14 детей: 8 девочек и 6 мальчиков. Экспериментальную группу составили 7 детей с заключением психолого-медико-педагогической комиссии общее недоразвитие речи II-III уровня, моторная алалия. Контрольную группу составили 7 детей без речевых нарушений.

Составляющими логического мышления детей являются такие операции, как абстрактное обобщение, классификация, объединение наглядно представленных абстрактных объектов, аналитико-синтетическая деятельность и наглядно-действенное мышление, без которого невозможно развитие логического мышления в принципе.

В связи с этим в эксперименте мы применили следующие методики:

1. Диагностика Р.С. Немова «Пройди лабиринт».

Целью данной методики было определение наглядно-действенного мышления. По инструкции детям предлагалось пройти лабиринт, как можно быстрее и при этом стараться не дотрагиваться стенок лабиринта. В результате исследования оценивалась скорость выполнения и качество выполнения задания, т.е. количество касаний стенок лабиринта. [5]

2. Диагностика Н.Я. Семаго «Исследование уровня сформированности понятийного мышления».

Целью является исследование уровня развития абстрактных обобщений и их классификации, выявление возможностей объединения наглядно представленных

абстрактных объектов на основе выделения одного или нескольких ведущих признаков.

Анализируются:

- характер деятельности ребенка
- характеристика ведущего признака обобщения
- объем и характер необходимой помощи со стороны взрослого.

Нормативным качественным показателем выбора ребенка в возрасте 4-5,5 лет является признак полной формы, например: квадратное, круглое, треугольное. [6]

3. Диагностика Н.Я. Семаго «Исключение предметов»

Цель: исследование аналитико-синтетической деятельности ребенка, умения строить обобщения

Выводы об уровнях развития

Высокий – дети справляются со всеми предложенными заданиями самостоятельно, без ошибок

Средний – дети справляются со всеми заданиями с помощью экспериментатора, допускают единичные ошибки

Низкий – дети допускают множественные ошибки, не справляются с заданием. [6]

Первым этапом нашего исследования было определение уровня наглядно-действенного мышления у детей с моторной алалией и детей без речевой патологии, так как данный вид мышления является наиболее ранним в онтогенезе мышления, и поэтому у детей пятилетнего возраста должен быть сформирован.

По результатам исследования мы отметили, что наглядно-действенное мышление детей с моторной алалией и детей, развитие речи которых соответствовало возрастной норме, качественно и количественно отличается. Так, лишь для 14,3% детей с моторной алалией характерен высокий уровень развития наглядно-действенного мышления, в то время как для 85,7% детей без речевой патологии характерен очень высокий уровень развития этого вида мышления и для 14, 3% - высокий уровень.

Большинство детей экспериментальной группы справилась с заданием в период от 65 до 95секунд, допустив от 3 до 6 касаний стенок лабиринта, что свидетельствует о среднем уровне развития наглядно-действенного мышления. Для 14,3% детей экспериментальной группы характерен низкий уровень развития наглядно-действенного мышления, они справились с заданием за время от 100 до 120 секунд, при этом допустив около 7-10 касаний стенок.

Далее нами была проведена диагностика Н.Я. Семаго «Исследование уровня сформированности понятийного мышления». Мы выяснили, соответствует ли возрастной норме развитие у детей понятийное мышление.

Исходя из полученных данных исследования, выяснилось, что понятийное мышление у детей с моторной алалией не сформировано, все 100% детей не умеют обобщать и классифицировать абстрактные объекты на основе выделения нескольких ведущих признаков. Для них характерно объединение предметов по цвету, что является нормативным для детей 4х лет.

Дети контрольной группы справились с заданием, понятийное мышление у них соответствует возрастной норме, дети объединяли представленные предметы на основе выделения формы: круглое, квадратное.

Последним этапом нашего исследования было исключение предметов. Дошкольники обеих групп справились с заданием на разных уровнях.

У 14,3% детей экспериментальной группы и 100% детей контрольной группы зафиксирован высокий уровень развития обобщающих операций при исключении предметов. У 57,1% детей экспериментальной группы отмечался средний уровень развития, это свидетельствует о том, что справится с заданием помогали побуждающие вопросы и подсказки экспериментатора.

28,6% детей экспериментальной группы допускали ошибки в задании при исключении предметов, где нарисованы часы, календарь и весы.

Эти дошкольники с моторной алалией выбирали правильный предмет, но объясняли неправильно, но с помощью экспериментатора исправлялись.

Еще одной особенностью дошкольников экспериментальной группы было то, что из-за речевого дефекта дети не могли объяснить свой выбор. При исключении 4го лишнего у 28,6% детей отмечались ошибки вербального характера («лишняя тарелка – это не чашка» при определении лишнего предмета в серии: чашка, кружка, тарелка, будильник).

По итогам проведенного исследования особенностей мышления у детей старшего дошкольного возраста с моторной алалией мы получили следующие результаты: почти все дети испытывают трудности при выполнении заданий направленных на определение уровня развития мышления. Эти трудности связаны с мыслительными операциями: анализом, синтезом, сравнением, обобщением, которые у данной категории детей недостаточно сформированы. Почти всем детям для выполнения заданий требуется помощь взрослого.

Дети с моторной алалией испытывают затруднения при классификации предметов, обобщений явлений и признаков. Их суждения и умозаключения бедны, отрывочны, логически не связаны друг с другом.

Чтобы научить детей думать над тем, что они видят, с чем встречаются, необходимо воспитывать: во-первых, их любознательность, т.е. пытливость, желание узнавать новое; во-вторых, обогащать их опыт, расширять их знания, и, в-третьих, систематически учить их методу анализа-синтеза, тем самым формирую логическое мышление. Для этого проводятся специальные дидактические игры и упражнения, а также в режимные моменты даются различные задания на логику.

Литература:

1. Брушлинский А.В. Психология мышления и проблемное обучение /А.В. Брушлинский. М.: Просвещение, 1983. 46 с.
2. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия- М.: АСТ, 2003
3. Ковшиков В.А., Элькин Ю.А. К вопросу о мышлении у детей с экспрессивной(«моторной») алалией // Дефектология. - 1980. - № 2. - С. 14 -21.
4. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В.С.Мухина. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 456с.
5. Немов Р.С. Психология / Р.С. Немов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – Кн. 3.Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики.– 631с.
6. Семаго Н.Я. Диагностический альбом для оценки и развития познавательной деятельностиребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: Айрис пресс, 2007. – 48с.

Особенности мышления детей старшей дошкольной группы при алалии
Features of thinking of senior preschool group with alalia

Идрисова Г.Н.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – асс. Е.А.Цивильская

Исследование мышления открывает большие возможности для развития способностей и возможностей человека, так как на практике мышление как отдельный психический процесс не существует, оно незримо присутствует во всех других познавательных процессах: в восприятии, внимании, воображении, памяти, речи. Высшие формы этих процессов обязательно связаны с мышлением, и степень его участия в этих познавательных процессах определят уровень их развития. В связи с этим выявление особенностей мышления при алалии является актуальной темой дляобучение детей.

Мышление как особый психический процесс имеет ряд специфических характеристик и признаков. Первым таким признаком является обобщенное отражение действительности, поскольку мышление есть отражение общего в предметах и явлениях реального мира и применение обобщений к единичным предметам и явлениям. Вторым, не менее важным, признаком мышления является опосредованное познание объективной реальности.[1]

Главные линии развития мышления в дошкольном детстве можно наметить следующим образом: дальнейшее совершенствование наглядно-действенного мышления на базе развивающегося воображения; улучшение наглядно-образного мышления на основе произвольной и опосредствованной памяти; начало активного формирования словесно-логического мышления путем использования речи как средства постановки и решения интеллектуальных задач.

Практика и экспериментальные исследования показывают, что мышление страдает в наибольшей степени при системных нарушениях речи- алалии, препятствующей его развитию, затрудняющей его проявление. При других расстройствах мыслительные функции затрагиваются в меньшей степени и преимущественно со стороны формальных характеристик. Важное практическое значение имеют достаточно часто встречающихся, особенно в последнее время, сочетания расстройств речи и мышления. Сравнение результатов исследования у разных возрастных групп детей с алалией и с нормальной речью показывает, что в возрасте четырех-пяти лет между детьми с нормальной речью не выявляется различий. Начиная, с пяти половиной лет дети с алалией при выполнении, некоторых сложных заданий чаще испытывают затруднение, чем их сверстники с нормальной речью. Ряд исследователей отмечают детей с моторной алалией нарушение функциануально-операционной стороны мышления(анализа, синтеза, обобщения, сравнения, классификации, исключения лишнего понятия и др.), а также замедленность и ригидность мыслительных процессов, вызванные задержкой речевого развития(Мартынова Р.И., 1963, 1967, 1969;Соботович Е.Ф., 1982;Фотекова Т.А., 1993).[2]

При алалии своеобразно формируется речевое мышление, для которого необходимы полноценные языковые обобщения. У детей с алалией отмечается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению, абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса,то есть у них затруднены интеллектуальные операции, требующие участие речи. Снижение уровня обобщений проявляется в игровых действиях, несформированности ролевого поведения, навыков совместной (особенно сюжетно-ролевой) игры.

При алалии своеобразно формируется речевое мышление, для которого необходимы полноценные языковые обобщения. У детей с алалией отмечается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению, абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса,то есть у них затруднены интеллектуальные операции, требующие участие речи. Снижение уровня обобщений проявляется в игровых действиях, несформированности ролевого поведения, навыков совместной (особенно сюжетно-ролевой) игр.[3]

Полученные Т.В.Костиной данные говорят, что у детей сенсорные алалией так же имеется вторичное снижение интеллекта, с чем согласна и Р.А.Белова-Давид.

На всех этапах развития ребёнка с сенсорной алалией у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, устойчивости и распределения его, повышенная отвлекаемость, истощаемость, прерывистость внимания. Задержка умственного развития носит вторичный характер.[3]

В связи с этим было проведено экспериментальное исследование особенностей мышления у детей старшего дошкольного возраста с алалией.

Экспериментальное исследование проводилось в январе 2014 года в городе Ульяновск. Исследование проходило в муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении «Центре Развития Речи – Логопед и Я» в старшей группе для детей с алалией. В эксперименте участвовало 3 детей в возрасте 5-6 лет с алалией

В анамнезе отмечались: частые соматические заболевания; патология беременности у матерей (в первой половине беременности). У некоторых детей по данным медицинской карты и беседы с родителями отсутствовали какие-либо выраженные отклонения в раннем нервно психическом развитии. Анализ анамнестических данных позволил установить наличие у некоторых из них отклонение в развитии в пренатальный, натальный и постнатальный периоды.

Обследование начиналось с беседы, которая была направлена на установление эмоционального контакта с ребенком, на создание у него правильного отношения к предлагаемой работе. После этого ребенку предлагались задания на исследование различных видов мышления по следующим методикам:

I. Методика «Мозаика» (Земцова О.Н.)

Цель: выявление степени овладения зрительным анализом и синтезом - объединением элементов в целостный образ (наглядно-действенный уровень мышления) - «Мозаика».

II. Методика «Лабиринт».

Цель: выявление уровня развития наглядно-образного мышления и использования условно-схематических изображений для ориентировки в пространстве - «Лабиринт» (автор Л.А. Венгер).

III. Методика «Четвертый лишний». (Белопольская Н.Л.)

Диагностика способности к обобщению и абстрагированию, умению выделять существенные признаки «Исключение лишнего» - исследование на предметном и на вербальном материале. Ребенку предлагается ответить на следующие вопросы: - Что здесь лишнее?

IV. Методика «Матричные задачи Равена». (Дж. Равен)

Цель: выявление уровня развития наглядно-образного мышления, установление тождества в простых рисунках, в сложных рисунках, задачи на простую аналогию - «Матричные задачи Равена»

Результаты исследования по первой методике показали, что у одного ребенка средний уровень успешности выполнения задания, у него отмечалось сосредоточенность в выполнении задания, хотя и в начале задания расчленение фигуры на 4 части было для него затруднительно, но всё таки он справился. У двоих детей - уровень ниже среднего, при этом отмечались видимые трудности в выполнении задания, так же проявлялись сомнения в возможности самостоятельного выполнения задания.

По итогам проведённой методики «Лабиринт» можно сделать вывод, что у большинства детей - средний уровень успешности выполнения задания, они имели затруднения в выполнении задания, они делали несколько ошибочных ходов, но в последствии исправляли свои ошибки. Один ребенок из этой экспериментальной группы имел уровень успешности ниже среднего, при этом проявлял большую заинтересованность. Однако индивидуальные особенности, трудности в пространственной ориентации и концентрации внимания не позволяли ему столь же успешно выполнить задание.

По окончанию выполнения третьего задания можно отметить, что у одного ребенка ниже среднего уровня успешности выполнения задания. Ему требовалось не однократное повторения задания, дополнительные разъяснение, не мог подобрать обобщающие слова. У двоих детей – низкий уровень успешности (задание выполнить не получилось).

По результатам обследования экспериментальной группы по методике «Матричные задачи Равена»можно отметить, что у троих детей уровень успешности выполнения задания ниже среднего, у них наибольшие трудности вызывают задания третьего типа на установление простых аналогий. Задания второго типа (установление тождества в сложных рисунках) решаются с переменным успехом (в зависимости от степени концентрации внимания). Ошибки, на которые обращают их внимание, они тут же исправляют. Задания первого типа (установление тождества в простых рисунках) затруднений не вызывают и выполняются самостоятельно и быстро.

По итогам исследования экспериментальной группы по всем методикам, не было выявлено ни одного ребёнка с высоким уровнем развития мышления.

Со средним уровнем развития мышления было выявлен один ребенок. У этого ребенка наблюдалась готовность к решению познавательных задач. Готовность проявлялась в сосредоточенности, с которой испытуемый выслушивал инструкцию. Наблюдался период ориентировки в задачах. Простые задачи этот решал по образцу, более сложные при помощи логопеда.

У двоих детей уровень развития мышления ниже среднего. Испытуемые, не проявляли готовности к решению познавательных задач. Некоторые из них вели себя очень настороженно и боялись любой новой для них задачи. У некоторых детей

задания вызывали повышенную двигательную активность. Этим детям была свойственна импульсивность и негативное отношение к трудной задаче. Этим детям требовалось больше помощи.

На основании данных проведенного исследования мы пришли к выводу, что у детей с алалией мышление ниже среднего уровня.

Таким образом, после проведенного исследования особенностей мышления у детей старшего дошкольного возраста с алалией мы получили следующие результаты: почти все дети испытывают трудности при выполнении заданий направленных на определение уровня развития мышления. Эти трудности связаны с мыслительными операциями: анализом, синтезом, сравнением, обобщением, которые у данной категории детей недостаточно сформированы. Почти всем детям для выполнения заданий требуется помощь взрослого.

Литература:

1. Выготский Л.С. Мышление и речь // Собр. соч.: В 6 т. Т. 2. М., 1982.
2.Ковшиков В.А., Элькин Ю.А. О состоянии мышления и его соотношении с речью у детей сэкспрессивной алалией // Психические и речевые нарушения у детей. - Л.: ЛГПИ им. А.И.Герцена, 1979. - С. 44-70.
3.Белогруд Л.А., Бурова В.С., Жукова Н.С., Мастюкова Е.М. О своеобразном варианте интеллектуальной недостаточности у дошкольников с диагнозом моторной алалии // Шестая научная сессия по дефектологии. - М.: НИИ дефектологии АПН СССР 14-17 июня, 1971. –С.46-48.

Особенности словарного состава у глухих детей
Features of vocabulary of deaf children

Князева Н. В.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к.псих.н., доцент Т. В.Артемьева

Речь служит средством общения, связи между людьми, понимания и выражения мысли, желания, чувства. Словесная речь может быть выражена в различной форме. Это может быть устное слово, написанное, показанное дактильными или точечными знаками, которыми пишут слепые (брайлевский шрифт). Но в какой бы форме ни было передано слово, значение его от этого не меняется. Изучение особенностей глухих детей, в частности особенностей словарного запаса глухих детей становится все более актуальным, так как увеличивается количество детей, имеющих слуховые, речевые и слухо-речевые нарушения.

Проблемы формирования словесной речи у глухих и слабослышащих детей исследовали многие ученые — Ф.Ф.Рау, С.А.Зыков, Р.М.Боскис, И.М.Соловьев, Ж.И.Шиф, К.Г.Коровин, А.Г.Зикеев, Е.Н.Марциновская, А.М.Гольдберг, Е. П. Кузьмичева, Л.П.Носкова.

Для правильного понимания особенностей психического развития детей, имеющих нарушения слуха, необходимо разобраться в общих и специфических закономерностях развития у них общения, усвоения ими различных средств общения,

особенностях становления разных видов речи.

Цель: изучить особенности словарного запаса у глухих детей и выявить условия формирования речи.

Задачи:

1. изучить психологические особенности формирования речи у глухих детей;
2. изучить и выделить особенности словарного запаса глухих детей;
3. познакомиться со способами обогащения словарного запаса глухих детей.

Словесной речью глухие дети могут овладеть в условиях специального обучения. При наличии правильно построенного педагогического процесса достигается переход к новым формам общения — речевым. Дети познают речь, опираясь на зрительное восприятие, подкрепленное речевыми двигательными ощущениями. Они не имеют возможности улавливать интонационно-выразительные средства речи и воспринимать на слух ее образцы, подражание которым, контролируемое слухом, определяет речевое развитие слышащего ребенка. В связи с этим Ж. И. Шиф [4] выделила следующие психологические условия овладения речью глухими детьми в отличие от слышащих:

При овладении словесной речью глухие дети испытывают целый ряд трудностей, связанных с особенностями усвоения словарного состава языка, грамматического строя, речедвигательных навыков. Все это обедняет их познавательную деятельность, хотя предпосылки ее развития сохранны. Чем раньше глухого ребенка начинают обучать словесной речи, тем в большей степени будут использованы предпосылки развития познания, тем лучше такой ребенок будет усваивать словесную речь.

В процессе обучения глухие дети овладевают дактильной речью — своеобразной кинетической формой словесной речи, построенной на движениях пальцев руки в воздухе. Движения рук обозначают буквы алфавита национального языка. В русской дактильной азбуке дактилемы воспроизводят буквы. Общаясь при помощи дактильной речи, разговаривающие следуют правилам письменной речи. В современной отечественной системе обучения глухих детей дактильная речь используется, начиная с дошкольного возраста и служит вспомогательным средством при формировании словесной речи. При этом дети лучше усваивают звукобуквенный состав слов (в тех случаях, когда их написание соответствует произношению). Дактилирование облегчает слухо-зрительное восприятие речи, например, при восприятии тех звуков, которые плохо считываются с губ (например, такие звуки, как г-к-х).

Жестовая речь служит своеобразной компенсацией отсутствующей словесной речи, является средством, позволяющим глухому общаться с окружающими людьми. Особенности формирования и использования жестовой речи в процессе общения, ее роль в обучении глухих детей глубоко исследованы Г.Л.Зайцевой [1]. Большинство глухих владеют разными видами речи — и русской жестовой, и калькирующей жестовой, и словесной речью (во всех ее формах). У них наблюдается, по словам Г. Л. Зайцевой, своеобразное словесно-жестовое двуязычие, для которого характерны различный уровень владения каждым видом речи, распределение коммуникативных функций между взаимодействующими речевыми системами, взаимное влияние сосуществующих речевых систем. Словесно-жестовое двуязычие глухих влияет на их психическое развитие в целом и на отдельные его стороны — развитие памяти, мышления, личности. Поэтому, по мнению Г.Л.Зайцевой, необходимо включить национальный жестовый язык наряду со словесным в систему средств

педагогического воздействия при организации обучения и воспитания глухих детей.

Таким образом, в речевом развитии детей с нарушениями слуха наиболее наглядно и ярко выступает их своеобразие по сравнению с нормально слышащими детьми — поздние сроки начала овладения словесной речью, одновременное и параллельное усвоение разных видов речи (словесной и жестовой; устной, письменной, дактильной), характерное для многих глухих словесно-жестовое двуязычие, трудности овладения словарным составом и грамматическим строем словесной речи. Все эти особенности влияют на развитие других познавательных процессов, прежде всего мышления, сказываются на формировании личности детей, их познавательных интересов.

Условия формирования речи у глухого ребенка иные, чем у слышащего, что существенным образом сказывается на всем ходе развития речи у глухих детей.

И у слышащих и у глухих детей в одинаковом возрасте появляется гуление (что иногда затрудняет распознавание глухоты). Но, в отличие живых интонаций и певучего гуления слышащих, гуление глухих детей монотонно. Так как глухой ребенок не слышит своего гуления, оно, как и всякие неподкрепляемые реакции, быстро сокращается и исчезает (Ф.А. Рау и Ф.Ф. Рау, 1955) [3]. К семи-восьми месяцам у нормально развивающегося ребенка появляется лепет, который развивается благодаря тому, что ребенок его слышит. Вначале слышащий ребенок, играя, вторит своему лепету, который служит ему образцом для подражания. Затем он начинает подражать речи взрослых, к которой прислушивается и пытается подравняться, как к мерке.

У глухого ребенка, в отличие от слышащего, не возникает потребности в общении словесной речью, так как он ее не воспринимает. По имеющимся наблюдениям, у него не появляется лепет и не формируется собственная речь, так как он не располагает образцами для подражания. Одной из наиболее существенных особенностей развития слышащего ребенка в этом возрасте является быстрое и интенсивное овладение речью: у глухого речь не появляется.

Обладая неповрежденным мозгом и огромными резервами для компенсации, глухие дети, находясь в среде, способствующей их развитию, выучиваются ориентироваться в своем окружении, сохраняют воспринятое в памяти, правильно реагируют, разумно действуют. Возможность осуществлять практический анализ, действенную абстракцию, наглядные обобщения проявляется в разумности поведения, в правильной целенаправленности практической деятельности глухих детей.

Но умственное развитие глухих детей задерживается, а формированию их речи наносится существенный ущерб, если с раннего детства обходными путями не упражняются наследственно заложенные предпосылки для овладения речью.

Медицина еще не располагает возможностью восстановить слух глухого ребенка. При всех успехах сурдотехники она еще несовершенна, это касается, в частности, и слуховой аппаратуры. Это обязывает очень мотивированно использовать возможности зрительного, тактильно-вибрационного и двигательного восприятия при обучении глухих речи.

Таким образом, можно выяснить, что развитие речи на самых ранних этапах развития как и у слышащего, так и у глухого ребенка, одинаковые. Поэтому вполне обоснованно начинать обучение глухих словесной речи в раннем возрасте, так как это соответствует возможностям развития этих детей. Также огромную поддержку глухим детям в освоении речи оказывает слуховая аппаратура. Необходимо использовать

возможности зрительного, тактильно-вибрационного и двигательного восприятия при обучении глухих речи для наиболее эффективной коррекции нарушения.

Обогащение запаса слов у учащихся является одной из основных задач преподавания русского языка и культуры речи в школе для глухих детей. Важность этой проблемы определяется тем, что речи глухих свойственна относительная словарная бедность.

По показателям развития речи у глухих детей наблюдается большое своеобразие. Для них характерно существенное недоразвитие обычной бытовой фразовой речи, которой слышащие дети, развивающиеся нормально, уже овладевают к двум годам и значительно ее совершенствуют в среднем и старшем дошкольном возрасте.

Количественное расширение запаса слов у глухих выражается в постепенном прибавлении к имеющимся словам новых слов (уровень пополнения лексем). Качественное совершенствование словарного запаса заключается, во-первых, в уточнении лексического значения и сферы употребления известных детям слов, во-вторых, в замене нелитературных слов в словаре детей литературными (уровень совершенствования лексем).

Работая с глухими детьми, можно убедиться, что дети имеют очень ограниченный словарный запас. Они пользуются в своей речи практически одними и теми же словами и часто используют хорошо знакомое им слово в неподходящей ситуации. Глухие дети в содержании своих сообщений называют в основном предметы и некоторые действия, используя для этого имена существительные и крайне ограниченный ряд глаголов. А чтобы слово было понятно и правильно использовано в речи глухого ребенка, он должен понимать лексическое значение данного слова и уметь его использовать в различных синтаксических конструкциях (формы слова, словосочетания, предложения, небольшие тексты). Для этого нужна целенаправленная коррекционная и лингвистическая работа.

Литература:

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб.пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений. - М.: Академия, 2002. - с. 3-203
2. Корсунская Б.Д. Воспитание глухого ребенка в семье. - М.: Педагогика, 1970. - 192
3. Рау Ф. Ф. О психологических основах развития слухового восприятия речи у глухих детей //Дефектология. — 1991. — № 1.
4. Шиф Ж. И. Усвоение языка и развитие мышления у глухих детей. — М., 1968.
5. http://nsportal.ru/shkola/russkii-yazyk/library/obogashchenie-slovarnogo-zapasa-gluhih-kak-sposob-formirovaniya

Особенности речевых нарушений у детей с трудностями обучения
Speech abnormality characteristics typical for children that have difficulties of acquiring knowledge

Музыченко А.В.,
студентка факультета специального образования, Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка
Беларусь, г. Минск
Научный руководитель –к.псих.н., доцент Н.В.Чурило

В настоящее время в современной психологической науке и практике актуальной является проблема диагностики и коррекции трудностей обучения. Количество детей с трудностями обучения с каждым годом возрастает. В связи с этим возрастает необходимость тщательного исследования причин и механизмов возникновения трудностей в обучении, определения методов и методик их диагностики и коррекции.

По мнению исследователей (Крутикова Э.Г., Г.С., Шипицына Л.М., Волкова Л.С.), одной из причин трудностей обучения является нарушение речевых процессов. Нейропсихологический подход, описанный в работах А.Р. Лурия, а также представленный в работах Ахутиной Т.В., Засыпкиной К.В., Романовой А.А. позволяет наиболее адекватно и объективно выявить и обозначить механизмы возникновения речевых нарушений ребенка, а также наметить пути коррекции речевых функций [1].

На основе речи развиваются и формируются такие психические процессы, как восприятие, воображение, память. Поэтому нарушения речи неизбежно ведут за собой отставание в «неречевой сфере». Основными причинами трудностей в обучении в плоскости речевых процессов, по мнению исследователей (Боскис Р.М. и Левина Р.Е., Никашина Н.А., Каше Г.А.) являются недоразвитие фонематических процессов, нарушения в звукопроизношении, бедный словарный запас, нарушения работы артикуляционного аппарата. В дальнейшем, такие дети сталкиваются с трудностями в понимании услышанного и прочитанного, допускают большое количество ошибок на письме и в чтении. В клинике речевых расстройств у детей с различной патологией речи нередко встречается нарушение номинативной функции речи.

Нарушения речевых функций ребенка, с позиций нейропсихологического подхода, связаны со страданием височной области головного мозга [3]. Вместе с тем, симптомы нарушений речевых функций позволяют выявлять межполушарную латерализацию речевых процессов. Проявления относительной слабости правого и левого полушария имеют свои особенности в различных видах психической активности ребёнка. Так, например, при локализации нарушений в правом полушарии появляются трудности в различении неречевых шумов, нарушения работы артикуляционного аппарата – эмоциональных компонентов речи (изменение темпа речи, тональности голоса, силы звучания), страдает воспроизведение заданного порядка элементов.

Другая картина наблюдается при локализации нарушений в левом полушарии: слабость фонематического слуха проявляется в нарушении способности различения звукового состава слов, артикуляционных трудностях речевого аппарата, слухоречевая память страдает с точки зрения сужения её объёма.

Нарушения речи различаются между собой в зависимости от того, являются они следствием локализации проблемы в правом или левом полушарии. Левое полушарие обеспечивает полное последовательное развёртывание содержания. В правом же полушарии обработка информации происходит глобально (холистически). От этого напрямую зависит смысловая организация речи ребёнка. Следовательно, нарушения смысловой организации речи ребёнка со слабостями правого и левого полушария будут качественно отличаться друг от друга. У ребёнка со слабостями правополушарных функций проблемы в обучении будут вызваны сложностями освоения речевой цельности. У ребёнка со слабостями левополушарных функций проблемы в обучении будут вызваны неумением строить связный текст.

Нейропсихологическая диагностика речевых процессов позволяет установить относительную слабость одного из полушарий головного мозга, которая является причиной возникновения речевых нарушений и, как следствие, трудностей обучения ребенка, а также наметить адекватную стратегию коррекционной помощи и выработать индивидуальную стратегию обучения и воспитания ребенка.

Актуальность темы исследования обусловила цель данного исследования: определение причин нарушений речевых процессов у детей с трудностями обучения. Методологической основой данного исследования являются работы А.Л. Лурия, Ахутиной Т.В., Цветковой Л.С. Исследование было проведено на базе СШ № 160 г. Минска. В исследовании приняло участие 10 детей в возрасте 7-10 лет, учащиеся коррекционного 2 класса.

Диагностика речевых процессов у детей проводилась с помощью следующих нейропсихологических проб: пересказ, составление рассказа по серии сюжетных картинок, называние предметов и действий, понимание близких по звучанию слов, слухоречевая память.

При выполнении пробы «Пересказ» было выявлено, что 60 % детей имеют нарушения речевых процессов по левополушарному типу: дети не справлялись с заданием, их рассказы характеризовались смысловой неполнотой, пропуском смысловых звеньев при фактологически правильном понимании смысла текста. 40 % детей имеют нарушения речи по правополушарному типу – их пересказ имел искажения и вплетения нереалистических элементов.

При выполнении пробы «Составление рассказа по серии сюжетных картинок» было установлено, что 50% детей характеризуются слабостью функций правого полушария: рассказы детей характеризуются нереалистичностью, искажением описываемой ситуации, утратой смыслового описываемого, привлечением маловероятных гипотез, внутренней непоследовательностью рассказа, нарушением смысловой цельности текста. 40% детей испытывают выраженные лексические затруднения, синтаксические и грамматические трудности построения развернутого речевого высказывания, верно передавая смысл происходящего на картинках, детям необходимы вопросы взрослого, чтобы полнее раскрыть содержание событий. Данный вид нарушений характерен для слабости левополушарных функций.

При выполнении пробы «Понимание близких по звучанию слов» 100% детей испытывали выраженные трудности при выполнении. Данная проба направленана исследование фонематического слухаи слухоречевой памяти ребенка и выявляет затруднения ребенка, связанные недостаточным развитием системы значений слов. Чаще всего встречались такие ошибки, как звуковые замены, дублирования, пропуски, вплетения.

У большинства детей выявлена также слабость слухоречевой памяти (70%), которая характеризуются низким объемом и повышенной стираемостью акустических следов. В ответах присутствовали такие ошибки, как переход слов из одной группы в другую, вербальные замены и пропуски слов. По результатам пробы можно сделать вывод о том, что фонематический анализ и возможности звукопроизношения у большинства детей находятся на низком уровне.

В пробе «Называние предметов и действий» 50% детей обнаружили вербально-перцептивные ошибки, характерные для слабости правого полушария, связанные с и бедностью зрительных представлений (нескольким словам соответствует диффузный зрительный образ) и 40% детей – выраженные лексические трудности, связанные со слабостью левополушарных функций. У этих детей чаще всего присутствовали такие

ошибки, как замена глагола существительным, замена ответа словосочетанием, искажение звуко-слоговой структуры слова.

Результаты диагностического обследования представлены в таблице 1.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что причины нарушений речевых процессов, в большинстве случаев, связаны с относительной слабостью левого полушария. Основной симптом данного нарушения – слабость фонематического слуха, что, как правило, приводит к дезорганизации всей речевой системы, к дефектам понимания устной речи, непониманию речи в условиях интерференции, слабости слухоречевой памяти.

Нейропсихологическая диагностика позволяет не просто констатировать слабость той или иной психической функции, а определить, какой структурно-функциональный компонент мозга страдает первично и приводит к недоразвитию данной высшей психической функции в целом, а затем, на этой основе разработать индивидуально-ориентированную стратегию и тактику коррекционно-развивающей работы.

Таблица 1

Особенности речевых функций у детей с трудностями обучения

Нейропсихологическая проба	*Число учащихся, относ. вел., %*		
	ОНР по левополушарному типу	*Слабость обоих полушарий*	*ОНР по правополушарному типу*
Проба «Пересказ»	60		40
Проба «Составление рассказа по серии сюжетных картинок»	40		50
Проба «Называние предметов и действий»	40	10	50
Проба «Понимание близких по звучанию слов»	100		0
Проба «Слухоречевая память»	70		

Литература:

1. Ахутина, Т.В. Как дети 5-7 лет передают смысл картинок? / Т.В. Ахутина, К.В. Засыпкина, А.А. Романова // Аутизм и нарушения развития. – 2009. – №3. - С. 1-11.
2. Волковская, Л.С. Комплексное исследование мнестической деятельности младших школьников с речевой патологией / Л.С. Волковская, Э.Г. Крутикова, Л.М. Шипицына // Дефектология. – 1991. – № 2. – С. 16-22.
3. Лурия, А.Р. Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной школе / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. – Издательство МПСИ, МОДЭК. – 2008.

Функции программирования и контроля младших школьников с разным уровнем успеваемости

Programming and control functions for primary school students with diverse progress

Петухова К.Д.,
студентка факультета специального образования Белорусского государственного педагогического университета имени Максима Танка
Беларусь, г. Минск
Научный руководитель – к. псих.н., доцент Н.В.Чурило

В настоящее время в образовательном процессе возрастающую актуальность приобретает проблема учета индивидуальных особенностей детей в процессе их обучения. Особую значимость решение данной проблемы представляет для детей, имеющих трудности в обучении и адаптации к школе. По мнению исследователей, такие дети составляют от 13 до 15% учащихся начальной школы, как в обычных классах, так и в коррекционно-развивающих классах образовательных школ.

В нейропсихологии высшие психические функции человека рассматриваются как системные образования, состоящие из набора компонентов, каждый из которых опирается на работу определенного участка мозга и вносит в работу системы свой специфический вклад. Отставание в развитии одного изкомпонентов влечет за собой системные изменения и компенсаторные перестройки (удачные и ложные) в работе всей системы.Трудности обучения вызываются отклонением в формировании высших психических функций, обусловленным комплексом причин нейробиологического и социального характера [6]. Все это вместе с наследственными предрасположенностями ведет к выраженной неравномерности развития высших психических функции, что на фоне высокихтребований современной школы приводит к трудностям в обучении.

По мнению исследователей (Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю.) одной из причин возникновения трудностей обучения является слабость функций программирования и контроля, которая не только является причиной возникновения трудностей в обучении, но и приводит к расстройствам поведения у детей и подростков [2]. В соответствии со структурной организаций мозга по А.Р. Лурия, функции программирования и контроля осуществляет третий блок мозга.

Функции программирования, регуляции и контроля являются наиболее важными для организации любой деятельности человека. По мнению А.Л. Лурия, поражение «аппаратов третьего блока (лобных отделов мозга), не изменяя общего тонуса и коры и не затрагивая основных условий процесса приема информации, существенно нарушает процесс ее активной переработки, затрудняя процесс возникновения намерений, программирования действий, препятствует стойкой регуляции и контролю за их протеканием» [3, с. 47].

Функции произвольности и контроля формируются у детей к 6-7 годам, к моменту поступления ребенка в первый класс, что связано с активным формированием префронтальных участков коры головного мозга. Неполная зрелость лобных структур проявляется в элементах недостаточности функций программирования и контроля. У таких детей обнаруживается несформированность регулирующей функции собственной речи, она зафиксировалась на этапе, не соответствующем уровню, на котором может стать организатором произвольной

деятельности [4, с. 205]. Это, в свою очередь, ведет к нарушению учебной деятельности и возникновению трудностей в обучении.

Целью данной работы является изучение функций программирования и контроля у младших школьников с различной успеваемостью. Исследование проведено на базе ГУО «Средняя школа № 160 г. Минска». В исследовании принимали участие 15 детей в возрасте от 7 до 9 лет, по 5 учащихся с разным уровнем успеваемости (высокая, средняя, низкая). Для проведения исследования были использованы следующие нейропсихологические пробы: реакция выбора, счет, составление предложений по картинкам, зрительные ассоциации и составление рассказа по серии сюжетных картинок.

Данные, полученные в ходе диагностического обследования, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Относительная или выраженная слабость функций программирования и контроля

Уровень успеваемости	*Относительная слабость, число учащихся, относит. вел., %*	*Выраженная слабость, число учащихся, относит. вел., %*
Высокая	40	0
Средняя	20	60
Низкая	40	60

Таким образом, в ходе исследовании было выявлено, что большинство школьников имеют относительную слабость функций программирования и контроля. При этом, среди школьников со средним уровнем успеваемости 20% детей имеют относительную слабость функций программирования и контроля и 60% – выраженные нарушения функций программирования и контроля. У школьников с низким уровнем успеваемости 100% детей имеют слабость функций программирования и контроля, из них 40% – относительную слабость, а 60% – выраженные нарушения функций программирования и контроля.

В таблице 2 приведены наиболее часто допускаемые ошибки учащихся с разным уровнем сформированности функций программирования.

Таблица 2

Типичные ошибки школьников со слабостью функций программирования и контроля

Уровень развития функций программирования и контроля	*Типичные ошибки*
Относительная слабость	Плохо оттормаживаемые двигательные импульсы, трудности вхождения в задание, наличие инертных элементов в программе действий. В пробах на зрительный гнозис – несформированность зрительных представлений, повторы деталей и названий рисунков, хаотичная стратегий рисования. В речевых пробах – смысловая неполнота, неточность составленных предложений и рассказа; тенденция к использованию простых, малораспространенных предложений, наличие упрощенных синтаксических структур, пропуск существенных звеньев рассказа.

Выраженная слабость	Неотормаживаемые двигательные импульсы, трудности вхождения в задание, наличие инертных элементов в программе действий, потеря или уход от программы действий. В пробах на зрительный гнозис – несформированность зрительных представлений, частые персеверации деталей, повтор рисунков и их названий, хаотичная стратегий рисования. В речевых пробах – неадекватность составленных предложений; нереалистическое толкование сюжета, тенденция к перечислению деталей, наличие смысловых повторов и разрывов в повествовании, значительные упрощения синтаксических структур.

По результатам анализа данных, представленных в таблицах 1 и 2, можно сделать вывод о значении сформированности функций программирования и контроля для успешного обучения: сформированность функций программирования, регуляции и контроля младшего школьника является фактором успешной учебной деятельности и влияет на формирование письма, чтения, счета и т.д. Успешная учебная деятельность требует планомерной, осознанной и контролируемой работы всех психических процессов: речи, восприятия, внимания, памяти, мышления – и, как следствие, своевременного формирования блока программирования и контроля, то есть лобных отделов мозга, прежде всего левого полушария [1].

При слабости или страдании функций программирования и контроля заметны проявления недостаточности произвольного внимания, речевой саморегуляции, программирования, целеполагания и контроля за протеканием собственной деятельности. Особое внимание привлекает крайне бедная речевая продукция ребенка. Она носит преимущественно реактивную, репродуктивную форму, примитивна по синтаксису и разнообразию выразительных средств, часты эхолалии (*Дядя шел к мусорке. Когда он шел к мусорке, он выбросил мусор. Когда он начал выбрасывать мусор, подул ветер. И весь мусор полетел на него*).

Дети со слабостью функций программирования и контроля легко отвлекаются, не могут сосредоточиться, быстро устают от занятий. Все основные вышеперечисленные симптомы функциональной несформированности лобных отделов мозга находят свое отражение и в учебной деятельности детей, что и было экспериментально подтверждено в ходе данного исследования. Такие дети упражнения по русскому и белорусскому языкам выполняют наполовину, часты пропуски букв, а иногда и слов. Однако при относительной слабости функций программирования и контроля процесс овладения языками может протекать стабильно и без существенных нарушений.

Наиболее выраженные трудности прослеживаются в овладении математикой. При предъявлении интеллектуальной задачи нарушается целенаправленная ориентировка в условиях задачи и программа действий. Арифметическая задача из трех действий выполняется в одно; проверка решенной задачи и правильное написание ответа являются исключением. Если в предыдущем примере надо было вычитать, такой ребенок и дальше станет вычитать, а не выполнять ту задачу, которая перед ним поставлена (например, складывать).

Поэтому учебная программа ребенком с трудностями программирования и контроля усваивается с трудом, что и отражается на успеваемости ребенка. Знание особенностей овладения знаниями детьми со слабостью или страданием функций программирования и контроля позволяет оптимально построить учебный процесс, реализовав, таким образом, один из основных педагогических принципов – принцип

индивидуального подхода. Внедрение внешних опор и контроль со стороны взрослого существенно повышают продуктивность, равно как и дробление заданной программы на последовательные подпрограммы [5, с. 225-226].

Таким образом, значение нейропсихологического подхода к изучению трудностей в обучении заключается в проведении системного анализа состояния высших психических функций ребенка, соотнесении этих данных с особенностями поведения ребенка и освоения программных требований, выделении механизмов образовательных трудностей и разработке дальнейших психолого-педагогических рекомендаций для конкретного ребенка. Неоспоримым преимуществом нейропсихологического подхода является то, что точная диагностика образовательных трудностей ребенка позволяет строить оптимальную стратегию его обучения.

Литература:

1. Ахутина, Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
2. Корсакова, Н.К. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении / Е.Ю. Балашова, Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе. – Москва: Педагогическое общество России, 2001. – 160 с.
3. Лурия, А.Р. Основные проблемы нейролингвистики / А.Р. Лурия. – Москва: МГУ, 1975. – 256 с.
4. Микадзе, Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие / Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2008. – 288.
5. Семенович, А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие / А.В. Семенович. – М.: Генезис, 2005. – 319 с.
6. Цветкова, Л.С. Мозг и интеллект: Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности / Л.С. Цветкова. – Москва: Просвещение – АО «Учеб. лит.», 1995. – 304 с.

Понимание учебного текста детьми с задержкой психического развития
Understanding of educational text by children with mental retardation

Салахова Г.М..,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент Т.В.Артемьева

Большое количество работ по психологии понимания посвящены вопросам понимания учебного текста. Но исследований, направленных на выявление особенностей восприятия детьми с задержкой психического развития учебных текстов, пока еще мало. На данный момент в науке не раскрыто своеобразие механизмов протекания понимания учебного текста у детей с задержкой психического развития. Недостаточная разработанность данного вопроса и его безусловная значимость для повышения эффективности обучения детей определяют актуальность выбранной темы исследования.

Изучением проблем понимания текста занимались многие отечественные психологи. Психологические основы проблемы понимания отражены в трудах Л.С. Выготского, В.В. Знакова, А.Р. Лурии, Т.В. Артемьевой и др. В педагогической психологии проблема понимания учебного текста, рассматривалась Л.П. Доблаевым, З.И.Калмыковой и др [1,2,4,5].

Понимание в младшем школьном возрасте имеет психологические особенности, которые проявляются в содержании (глубине, полноте, отчетливости), видах (продуктивном и репродуктивном), уровнях (высоком, среднем, низком, нулевом), динамике понимания текста. Уровни понимания позволяют педагогу определить возможности усвоения школьниками программного материала. Надо отметить, что в процессе понимания учебного текста младшими школьникам ведущая роль принадлежит педагогической подсказке. Она становится ориентиром в зоне поиска и регулирует понимание учащихся. Кроме того, подсказка может выполнять функцию контроля и оценки. В зависимости от объективных, субъективных факторов, в том числе и педагогической помощи, динамика понимания может быть прогрессивной, устойчивой, регрессивной. Часто у младшего школьника в понимании учебного текста имеются скрытые резервы. Об этом говорит «скачок» в понимании в условиях помощи в виде вариантов ответов. Поэтому школьная программа и учебники ориентированы, главным образом, на возрастные особенности учащихся. Психологические исследования показали, что индивидуальные различия между школьниками значительно перекрывают возрастные. Под индивидуальными психологическими различиями понимают особенности психических процессов, состояний, качеств личности, отличающих людей друг от друга. У школьников эти различия проявляются в фонде накопленных ими знаний, в темпе их приобретения, в уровне достигаемого при этом обобщения, в чувствительности к помощи, когда она необходима, в гибкости знаний, в широте их применения, в личностных качествах (интересах, мотивации, саморегуляции и т.д.).

Исследования А.Р. Лурия, Л.П. Доблаева показали, что к числу психологических предпосылок полноценного протекания процесса понимания текста относятся: наличие достаточно высокого уровня умственного развития, включая совершенство мыслительных операций как анализ, синтез, обобщение и абстрагирование; а также проявление индивидом известного уровня познавательной активности; обладание достаточным уровнем развития устной и письменной речи, предполагающим сохранность ее основных сторон - фонетической, лексической и грамматической; для младших школьников важным обстоятельством является уровень владения техникой чтения; наличие известного уровня жизненного опыта, определенного круга понятий и представлений; умение удерживать извлеченную из текста информацию в кратковременной слухоречевой памяти; проявление избирательности при выделении существенных и оттормаживании случайных связей текста [2].

Однако, непонимание текста обусловлено личностными психологическими особенностями таких учащихся. Такими как: отсутствие в чувственном, логическом или языковом опыте учащегося данных, позволяющих установить смысл высказывания; искажение (в сознании учащегося) смысла высказывания в результате взаимодействия между высказываниями преподавателя и данными чувственного или логического опыта учащегося; неправильное распознавание лексико-грамматических структур; неумение проникнуть в структуру сообщения, взаимосвязи их элементов; условия восприятия высказывания (неблагоприятные эмоциональные состояния,

недостаток времени для обдумывания и т.п., в частности, артикуляционные помехи запоминанию и пониманию устной речи), что часто наблюдается у аномальных детей.

Наличие такого рода условий для осуществления процесса адекватного понимания текста подтверждается фактами нарушений этой деятельности у аномальных детей разного возраста и категорий. Данные многочисленных исследований дефектологов свидетельствуют о неполноценности процесса понимания сообщений у умственно неталых учащихся.

Проблема понимания учебного текста аномальными детьми рассматривалась достаточно большим количеством дефектологов. Понимание умственно отсталыми учащимися изучали Василевская В.Я., Еременко И.Г., Петрова В.Г., Смирнова А.А.; детьми с тяжелыми нарушениями речи исследовала Чиркина Г.В.; понимание детьми с двигательными расстройствами - Е.М. Мастюкова; понимание учебного текста глухими и слабослышащими школьниками анализировали И.М. Гилевич, Т.А. Григорьева; Волкова Л.С., Чигринова И.П. подошли к проблеме понимания детьми с нарушениями зрения; а понимание учебного текста детьми с задержкой психического изучала Масюкова Н. А. [3].

В их исследованиях выявлены такие причины непонимания текста детьми с ЗПР, которые обусловлены особенностями языка: многозначность выражений; употребление слов и выражений в переносном смысле (метафора, гипербола); нестрогость выражений, характерная для разговорной речи; более или менее сходное звучание различных по значению слов.

В результате психолого-педагогических экспериментов, проведенных Масюковой Н.А., были выявлены следующие особенности понимания текста детей с ЗПР в младшем школьном возрасте. Младшие школьники с задержкой психического развития (ЗПР) находятся на низком уровне осознания внутренней логики развертывания текста. Сложная иерархия структурных связей сообщения не выступает для них в качестве объекта деятельности и не осознается ими. Содержание смысловых логических связей между соотносимыми субъектами учебных текстов разной степени доступности воспринимается младшими школьниками с ЗПР главным образом на уровне их частичного осмысления. При воспроизведении образа содержания текста учащийся передаст его неполно, фрагментарно, с известной долей искажений отдельных смысловых логических связей текста. Возможности детей с ЗПР в восприятии учебных текстов разной степени доступности возрастают от 2 класса специальной школы к 3 так, что по основным показателям успешности данного процесса третьеклассники с ЗПР приближаются к своим сверстникам из массовой школы, а по наиболее легким текстам - уравниваются с ними. Основные причины означенных трудностей связаны с присущими младшим школьникам с ЗПР недостатками познавательной деятельности: сниженной скоростью приема и переработки информации, ослабленностью речевой регуляции деятельности, поверхностностью мышления, недостатками познавательной активности, ослабленностью памяти и внимания, а также ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем мире, свойственным детям этой категории и возраста. Определенную роль здесь играет и отсутствие представлений о структурном строении текста [3].

Таким образом, все написанное выше дает нам право утверждать, что учебный текст является, во-первых, одной из главных содержательных единиц обучения детей с ЗПР и не только, т.к. он выполняет очень важные образовательные, воспитательные и развивающие задачи. Во-вторых, учебный текст является важной составляющей

учебного дискурса, т.к. в учебном дискурсе два участника – учащийся и учебный текст. Учебный текст, являясь материализованным носителем содержания образования, должен быть одновременно и организатором процесса усвоения этого содержания. Надо отметить, что в настоящее время принято в учебниках (шрифтом, подчеркиванием) выделять главные мысли, определения, основные формулы. В конце текста обычно формулируется его основное содержание, даются вопросы. На мой взгляд, такие нюансы обработки текста намного облегчают понимание содержания детям с ЗПР. Очень важными задачами учебного текста и соответственно его автора являются управление собственно процессом чтения обучаемого, возможность предвидеть возможные затруднения в понимании. Именно поэтому, вопрос о том, каким быть учебному тексту в ситуации смены образовательных парадигм, в свете требований нового образовательного стандарта, вопрос далеко не праздный.

Литература:

1. Артемьева Т.В. Понимание условной речи (метафор и пословиц) в учебной деятельности. - Germany, LAPLAMBERTAcademicPublishingGmbH&Co. KG., 2012 – 138 с.
2. ДоблаевЛ.П. Смысловаяструктураучебного текстаипроблемыегопонимания. М.: Педагогика, 1982. - 176 с.
3. Масюкова Н.А. Понимание учебных текстов младшими школьниками с ЗПР. Дис. канд. пед. наук. Москва, 1986. - 176с.
4. Соболева О.В. Психодидактическая концепция понимания текста школьниками на начальном этапе обучения. Дис. доктора психологических наук. Курск, 2010.- 304 с.
5. Artemyeva T.V. Peculiarities of Primary School Children Figurative Speech Comprehension // World Applied Sciences Journal 27(6): 738-741, 2013

Нарушение функций программирования, регуляции у детей стрдностямиобучения
Violation of programming functions, regulation and control in children with difficulties of training

Сойко К.В.,

студентка 2 курса факультета специального образования Белорусского государственного педагогического университета имени Максима Танка.

Беларусь, г. Минск

Научный руководитель: к.псих.н., доцент Н.В. Чурило

В настоящее время проблема трудностей в обучении является наиболее актуальной для современной науки и педагогической практики. Анализ механизмов нарушений познавательных процессов и поведения связан с поиском путей решения конкретных проблем, возникающих при обучении детей с трудностями в обучении - детей, у которых при нормальном слухе и зрении, при отсутствии умственной отсталости, выраженных дефектах речи и опорно-двигательного аппарата обнаруживаются стойкие трудности в обучении и адаптации к школе.

Трудности обучения, или специфические расстройства школьных навыков, определяются в соответствии с МКБ-10 и DSM-4. Трудности обучения вызываются *парциальным отставанием* в развитии высших психических функций, т.е., точнее, отставанием определенных входящих в них компонентов. Использование нейропсихологических методов позволило выделить несколько вариантов трудностей обучения детей, одним из которых являются трудности формирования школьных навыков у детей с преимущественной слабостью *программирования и контроля и серийной организации движений* - из-за трудностей переключения и малого объема программирования (рабочей памяти) у детей наблюдаются проблемы с письмом, с построением развернутого высказывания, чтением, решением задач и счетом [1].

Это могут быть как дети с СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), так и дети с СДВ без гиперактивности, страдающие гипоактивацией, так называемые дети с «замедленным когнитивным темпом». Объединяют тех и других детей трудности планирования и планомерного выполнения действия: дети не сразу включаются в задание, их ориентировочная деятельность хаотична и неполна, они легко отвлекаются на посторонние раздражители, соскальзывают на более упроченный вариант выполнения действия, часто не доводят действие до конца и не сверяют результат действия с его образцом или замыслом.

Согласно структурно-функциональной модели, предложенной А.Р. Лурия, весь мозг можно разделить на три структурно-функциональных блока: 1) энергетический блок, 2) блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, 3) блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности. Любая ВПФ осуществляется при обязательном участии всех трех блоков. Вместе с тем, требования к I блоку возрастают при слабости любого компонента функциональных систем школьных навыков, поскольку такая слабость тормозит процесс автоматизации навыков и выполнение учебных заданий остается напряженным и энергоемким. Когда функция требует слишком больших энергозатрат, функциональная система в целом перегружена и теряет необходимую продуктивность и избирательность.

Организация целенаправленной, сознательной психической активности, которая включает в свою структуру цель, мотив, программу действий по достижению цели, выбор средств, контроль за выполнением действий, коррекция полученного результата – это задачи третьего блока мозга. Отличительной особенностью его работы является наличие обширных двусторонних связей не только с нижележащими образованиями ствола мозга, но и со всеми остальными отделами коры больших полушарий. Именно поэтому трудности программирования и контроля часто сочетаются с трудностями поддержания рабочего, бодрствующего состояния мозга. И как следствие, слабая произвольная организация приводят не только к неуспехам в учебе, но и нарушению регуляции произвольного поведения.

Трудности программирования и контроля дают о себе знать во всех школьных заданиях, требующих произвольного внимания, но наиболее ярко они проявляются в решении мыслительных задач. Овладение правильной речью также предъявляет требования к сформированности функций программирования и контроля. Поэтому своевременное и гармоничное их формирование является важнейшим критерием степени готовности ребёнка к выполнению общественно значимых форм деятельности, в частности учебной.

Таким детям особенно требуется организующая помощь педагога, внимание с его стороны, что, как правило затруднено в обычных классах общеобразовательных

школ. Если же учащимся вовремя не оказывается помощь, направленная на развитие и коррекцию интеллектуальной и учебной деятельности, возникают вторичные нарушения – стойкая школьная неуспеваемость, снижение школьной мотивации и самооценки приводящие к серьезным личностным изменениям.

Таким образом, проблема изучения механизмов произвольной регуляции, «управляющих функций» является существенной для анализа механизмов нарушений поведения, для решения диагностических, коррекционных задач, а также для широкой педагогической практики.

Методологической основой работы является теория системно-динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурия. Для исследования функций программирования, регуляции и контроля произвольных действий, а также оценки серийной организации, были подобраны 5 нейропсихологических проб: динамический праксис, графическая проба, составление рассказа по серии сюжетных картинок, счёт (избирательный), зрительные ассоциации (2 части). Исследование проводилось с детьми 8-9 лет, учащимися СШ № 160 г. Минска (10 школьников из коррекционного класса и 10 из детей общеобразовательного класса.

В ходе исследования установлено, что у 90% (9 человек) детей из коррекционного класса и 40% (4 человека) из общеобразовательного класса выявлена относительная слабость функций программирования и контроля. В таблице 1 представлены основные результаты исследования.

Таблица 1

Функции программирование и контроля

Проба	Коррекц. класс, 90 % респондентов	Общеобр. класс, 40 % респондентов	Типичные ошибки, выявленные при нейропсихологическом исследовании функций программирования и контроля
Динамический праксис	3,9	4,5	Трудности усвоения и удержания программы движений, тенденция к расширению программы, замедленный темп выполнения пробы.
Графическая проба	5,9	6	Трудности усвоения и удержания программы движений, поэлементное выполнение, тенденция к расширению, многочисленные отрывы от выполнения и уход от программы.
Рассказ по серии карнок	6,2	7,75	Пропуск смысловых звеньев, тенденция к перечислению деталей, наличие смысловых повторов и разрывов в повествовании. Короткий рассказ и фразы, отсутствие сложных синтаксических структур, низкий темп речи, длительное время выполнения пробы.
Счет	1	0	Трудности избирательного счета (трудности с оттормаживания программы простого счета).
Зрительные ассоциации			Трудности создания новой программы изображения предмета, выполнение стереотипной программы рисования. Низкая продуктивность, повторы деталей рисунка и названия. Преобладание обобщенных рисунков, низкое качество изображений. Использование словосочетаний при назывании рисунков.

Таким образом, у 90% учеников коррекционного класса и 40% учеников общеобразовательного класса выявлена слабость функций программирования и контроля, которая проявляется в типичных регуляторных ошибках при выполнении нейропсихологических проб. Вместе с тем, результаты детей из коррекционного класса имеют более низкий показатель по всем нейропсихологическим пробам, наблюдаются множественные вторичные нарушения высших психических функций, проявляющиеся в чтении и письме, которые приводят к выраженным трудностям в обучении.

Сформированность функций программирования и контроля является важным фактором возникновения трудностей обучения младших школьников. Обучение любому новому действию проходит ряд закономерных стадий: от развернутого во внешних действиях, произвольно контролируемого выполнения новой программы до постепенного сворачивания, превращения ряда элементов программы в автоматически осуществляемые операции. Поэтому сбой в любом из звеньев программы действия приводит к трудностям как первичного усвоения и выполнения новой, так и к проблемам последующей автоматизации уясненного «набора» последовательно совершаемых действий. Результатом такого «выпадения» становится замедление процессов обучения, трудности перехода от произвольно и сознательно контролируемого к автоматическому выполнению действия и, как следствие – накапливающиеся проблемы освоения нового материала.

Значительная часть детей, испытывающих трудности в обучении и в освоении базовых навыков, таких как счет, чтение и письмо, не имеют специфических проблем, связанных с процессами фонематического анализа и синтеза, слухоречевой памятью, необходимыми для первоначального знакомства с новым навыком, но характеризуются скорее трудностями автоматизации и первоначального освоения данного навыка, перехода от энергозатратной, произвольно контролируемой деятельности к свернутым, автоматизированным действиям.Основным патологическими факторами, в этом случае выступают такие как недостаточность произвольного внимания, речевой саморегуляции, программирования, целеполагания и контроля за протеканием собственной деятельности. Ярко проявляются элементы полевого поведения, повышенная отвлекаемость, обилие системных персевераций и инертных ошибок в психической деятельности ребенка.

Согласно исследованиям в нейропсихологической теории и практики, неравномерность развития психических функций обнаруживается у всего континуума детей — от высоко-благополучной нормы до выраженной патологии развития. У детей функциональные системы их строятся таким образом, что удается компенсировать функции слабых звеньев. Эта компенсация может быть более или менее удачной, и потому в норме у детей можно обнаружить широкий спектр способностей к обучению [1].

У детей с трудностями обучения наблюдается парциальное недоразвитие психических функций, которое не компенсируется или компенсируется недостаточно в ходе воспитания и обучения. Именно этой категории особенно нужна нейропсихологическая помощь, первичной задачей которой является анализ сформированности высший психических функций и определение того, какой структурно-функциональный компонент страдает первично и приводит к недоразвитию данной ВПФ в целом. На основе данных нейропсихологической диагностики разрабатывается индивидуально-ориентированнаяф стратегия и тактика коррекционно-развивающей работы.

Литература:

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М, Преодоление трудностей учения: нейропсихологическийподход. – СПб.: Питер, 2008. -320с.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М., 2005.
3. Микадзе Ю.В. Нейропсихологическая диагностика способности к обучению // Вестн.Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1996.
4. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников /Под общей редакцией Т.В. Ахутиной, О.Б. Иншаковой. — М.: В. Секачев, 2008. — 128 с.
5. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / под ред. Л.С. Цветковой. — М.:МПСИ, 2010. — 320 с.

Исследование особенностей связной речи у младших школьников ссенсорнойформойалалии
Investigation of the features of connected speech in primary school children with sensory form of alalia

ФайзрахмановаР.Т.,
студентка 4 курса кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – асс. Е.А.Цивильская

Среди речевых нарушений особую трудность для диагностики и коррекции представляет сенсорная алалия. Термином «сенсорная алалия» в отечественной специальной литературе обозначается отсутствие или резкое ограничение понимания речи у детей при наличии достаточных для развития речи остроты слуха и интеллектуальных возможностей.

Отсутствие единого суждения о природе и характере этой формы речевой патологии приводит к ошибкам в диагностике, создает большие трудности в педагогической практике. Таким детям часто ставится неверный диагноз: тугоухость, аутизм, олигофрения, предлагается неадекватная коррекция[9].

Сенсорная алалия менее изучена. Это связано с тем, что количество детей с таким нарушением относительно невелико, а его распознавание и дифференциальная диагностика с другими видами нарушений затруднены. Поэтому проблема диагностики и логопедической работы по преодолению данного нарушения является актуальной [8].

Проблема формирования у детей связной речи занимает важнейшее место в современной логопедии, а вопрос о методике их развития и коррекции становится одним из самых актуальных. Развитие связной речи у детей с нарушениями речи является одной из основных задач коррекционного обучения и воспитания.

Овладение связной речью вызывает большие затруднения у детей с алалией[2]. Основным симптомом сенсорной алалии является нарушение понимания речи вследствие нарушения работы речеслухового анализатора, что возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария. Это приводит к недостаточному анализу и синтезу звуковых раздражителей,

поступающих в кору головного мозга, вследствие этого не формируется связь между звуковым образом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, так как у него не развиваются слуховые дифференцировки в воспринимающем механизме речи.

В своем психическом развитии эти дети в большинстве своем отстают от сверстников, нарушается формирование психики, развиваются патологические черты характера ,невротические состояния [7].

Отмечаются трудности включения, переключения и распределения внимания. Ребенок не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь, отвлекается внешними раздражителями и без них. Обращает на себя внимание замедленность слухового восприятия.

Большую роль для детей с сенсорной алалией играет ситуация. Дети часто понимают содержание высказываний только в определенном контексте. Их затрудняет понимание смысла слов при изменении форм и порядка слов, не воспринимается ими смысл грамматических конструкций[7].

На всех этапах развития ребенка с сенсорной алалией у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, устойчивости и распределения его, повышенная отвлекаемость, истощаемость, прерывистость внимания.

В работах В. К. Орфинской, Н. Н. Трауготт и других исследователей показано, что при сенсорной алалии страдает различение фонем, фонематический анализ и анализ морфологического состава слов. Именно это и составляет специфику данного нарушения[1].

Анализ психолого-педагогической литературы позволил нам сделать вывод о том, что сенсорная форма алалии является сложным системным нарушением речи, затрагивающим как все компоненты речевой системы: звукопроизношение, лексико-грамматический строй речи, связную речь; так и психические процессы: внимание, память, мышление.

Связная речь - это сложнейшая форма речевой деятельности человека.

При сенсорной алалии имеется тяжелое нарушение аналитико-синтетической деятельности коркового конца речеслухового анализатора, в которой происходит первичный анализ речевых звуков. У детей не формируется фонематическое восприятие, не дифференцируются фонемы и не воспринимается слово целиком, отмечаются несформированность акустико-гностических процессов, понижение способности к восприятию речевых звуков. В результате чего нарушается понимание речи, не формируется связь между звуковым образом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, так как у него не развиваются слуховые дифференцировки в воспринимающем механизме речи[3].

У детей с сенсорной алалией отмечается явление эхолалии – автоматического повторения чужих слов. Не улавливая смысла, ребенок проговаривает, отражая как эхо, слова и словосочетания. Эхолалически произнесенное не осмысляется и не закрепляется[4].

У детей с сенсорной алалией при отсутствии понимания становится невозможной или грубо искажается и собственная речь. Дети пользуются для общения жестами, мимикой. Они правильно реагируют на изменение интонации, не понимая при этом слов-обращений. Игру сопровождают модулированным лепетом. Постепенно лепет перерастает в активный словарь, но слова произносятся искаженно в звуковом и структурном отношении, понимание смысла слов затруднено[10].

Исходя из теоретической части, во второй главе рассматривался вопрос организации и проведения эмпирического исследования уровня сформированности связной речи у детей с сенсорной формой алалии и слабослышащих детей.

Нами было организовано эмпирическое исследование, с помощью которого был выявлен уровень сформированности связной речи детей с сенсорной формой алалии и слабослышащих детей.

Исследование проводилось на базе ГБСКОУ «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат I-II вида им. Ласточкиной»» Советского района г. Казани.

Целью эмпирического исследования являлось изучение уровня сформированности связной речи у детей младшего школьного возраста с сенсорной формой алалии.

В исследовании приняло участие шесть детей 7-8 лет. Экспериментальную группу составили 3 ребенка с сенсорной формой алалии. Контрольную группу составили 3 слабослышащих ребенка.

Нами были определены следующие задачи исследования:

1. эмпирическое исследование связной речи детей младшего школьного возраста с сенсорной формой алалии
2. выявление особенностей связной речи детей младшего школьного возраста с сенсорной формой алалии
3. анализ полученных результатов

Для исследования была взята методика Лалаевой Р.И. "Исследование связной речи".

Детям предлагалось:

1. составить рассказ с опорой на серию сюжетных картинок
2. составить рассказ с опорой на сюжетную картинку
3. пересказать рассказ с опорой на картинку
4. пересказать рассказ без опоры на наглядность.

В ходе обследования было выявлено, что у детей с сенсорной формой алалии грубо нарушена связная речь. Дети с сенсорной формой алалии с трудом отвечали на вопросы, не понимали обращенную речь, и реагировали только на те слова, которые им знакомы. При просьбе перечислить предметы, которые он видит на картинке, ребенок так же называл только те предметы, с которыми он уже знаком.

Анализ результатов обследования выявил низкий уровень сформированности связной речи у детей младшего школьного возраста с сенсорной формой алалии. Это связано с тем, что у ребенка с сенсорной формой алалии грубо нарушены все компоненты речевой деятельности.

Обследуя слабослышащих младших школьников выяснилось, что у данной категории детей так же нарушена связная речь. Дети не могут составить предложение, а лишь перечисляют предметы, которые видят на картинках. Но в отличии от детей с сенсорной алалией, у слабослышащих не нарушено понимание речи.

Сравнивая результаты, полученные при исследовании связной речи младших школьников можно сделать вывод о том, что и у детей с сенсорной формой алалии, и слабослышащих детей связная речь не сформирована.

Таким образом, младшие школьники с сенсорной формой алалии и слабослышащие школьники находятся на низком уровне сформированности связной речи.

Литература:
1. Беккер К. П..Совак М. Логопедия. — М., 1981. — Раздел 4.
2. Изучение аномальных школьников / Ред. А. Д. Виноградова и др. — Л., 1981. — С. 83—115.
3. Левина Р. Е. Опыт изучения неговорящих детей-алаликов. — М., 1951.
4. Парамонова Л.Г. Логопедия для всех./ Л.Г. Парамонова. – СПб.: Питер, 2004.- 352с.
5. Нарушение речи у школьников. / Сост. Р. А. Белова-Давид, Б, М. Гриншпун. — М., 1969. — Вып. 1; М., 1972. — Вып. 2.
6. Обучение и воспитание детей с нарушениями речи / Под ред.В. И. Селиверстова и др. — М., 1982.
7. Орфинская В. К. Спорные вопросы обучения слышащих детей без речи. — Л.,1959.
8. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. — М., 1968.
9. 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.
10.ЧудиноваЛ.М.»Приемы активизации речи у алаликов»1961г.

Исследование подходов к происхождению и механизмам дискалькулии вконтекстепроблемыпрофилактикитрудностейобученияудетей
Investigation of approaches to dyscalculia origin and mechanism in the context of children's learning disability preventing

ЦыруликН.С.,
ассистент кафедры практической психологии и дефектологии
Учреждения образования «Мозырский государственный педагогический университет имени И.П. Шамякина»
Беларусь, г.Мозырь

Актуальность проблемы повышения эффективности обучения детей с особенностями психофизического развития математике, включая и проблему дискалькулии у детей, подтверждается рядом исследований по данной проблеме: Г.М. Капустина, Ю.А. Афанасьева, Р.И. Лалаева, А. Гермаковска, О.В. Степкова, В.П. Гриханов, И.В. Зыгманова, С.Ю. Кондратьева, Т.В. Ахутина, Л.С. Цветкова, Н.А. Менчинская, Л.Б. Баряева, А.В. Белошистая, А.А. Давидович, Н.Д. Богановская, Л.Е. Томме, М.В. Ипполитова, Ю.В. Скоробогатова, М.Н. Перова, Н.И. Непомнящая, Ю.А. Костенкова, И.В. Чумакова, B. Butterworth, H. Radatz, K. Rochmann, M. Wehrmann, J. Lorenz др. Возникшие по каким-либо причинам затруднения в овладении математическим содержанием на начальных этапах обучения при отсутствии своевременной профилактической помощи влекут за собой нарушения формирования процесса усвоения математических понятий и арифметических навыков, которые становятся более стойкими и перерастают в дискалькулию.

Специфическое расстройство арифметических навыков (дискалькулия) выделено в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра. В перечне, представленном в МКБ-10, к расстройствам арифметических навыков относятся: нарушение счёта, связанное с развитием; дискалькулия, обусловленная нарушением высших психических функций; специфическое расстройство счета, связанное с развитием; синдром развития

Гертсмана; акалькулия развития [7]. Представленный широкий перечень состояний говорит о неоднозначности подходов к определению причин и механизмов расстройств арифметических навыков.

Содержание термина «дискалькулия» определяется в литературе как специфическое нарушение в овладении счётными операциями (А. Гермаковска, Р.И. Лалаева, С.Ю. Кондратьева) [5; 6], как правило, обнаруживаемое на начальной стадии обучения счету. М.С. Певзнер среди неуспевающих школьников описывает случаи «затруднений при овладении элементарным представлением о числе», «трудностей в овладении элементарными счётными операциями», относя их к явлениям акалькулии (дискалькулии) [9]. В зарубежных исследованиях дискалькулия определяется как «пониженная способность к обучению арифметике» [1; 3]. Рассматривается дискалькулия у детей и как специфическое, стойкое нарушение в овладении счётными операциями, обусловленное недоразвитием высших психических функций, обеспечивающих процесс овладения математикой у детей (Л.Б. Баряева) [4].

Таким образом, термин «дискалькулия» в большей части имеет отношение к детям и выражает более низкий уровень владения арифметическими навыками, чем ожидается в данном школьном возрасте при сохранном уровне интеллектуального развития ребёнка. Указание на пониженную способность к обучению арифметике, на то, что расстройство проявляется на начальных стадиях обучения математике, позволяет говорить о недостаточной сформированности предпосылок к полноценному овладению понятием числа, счётными навыками у таких детей, о наличии факторов риска возникновения дискалькулии, которые могут быть обнаружены уже в дошкольный период образования детей.

Согласно данным зарубежных исследований частота арифметических нарушений не так уж мала, высока частота неописанных случаев математических нарушений у детей. По данным немецкого исследователя Лоренца (1993) примерно 6% учащихся имеют выраженные трудности в усвоении счёта и примерно 15% учащиеся нуждаются в коррекционной поддержке. Констатируется также, что в большей части мальчикам, чем девочкам, характерна связь между арифметическими расстройствами и нейропсихологическими функциональными нарушениями [3].

Пока проблема дискалькулии у детей является мало изученной, привлекая внимание исследователей (А. Гермаковска, Р.И. Лалаева, С.Ю. Кондратьева, О.В. Степкова, Е.А. Афанасьева, Т.В. Ахутина, Л.Ф. Обухова, А.А. Давидович, B. Butterworth, H. Radatz, J. Lorenz и др.) наличием недостаточно освещённых вопросов систематизации проявлений дискалькулии, диагностики данного расстройства; содержания и приёмов коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими дискалькулию или риск её возникновения; взаимодействия специалистов в данном процессе; вопросов дифференцированного подхода в реализации коррекционной помощи таким детям и профилактики данного расстройства у детей на ранних этапах развития, на начальных этапах школьного обучения. Поиск ответов на эти вопросы необходимо начинать с изучения причин и механизмов возникновения данного расстройства у детей.

Среди причин, которые могут вызывать дискалькулию, предполагаются [1; 2; 3; 6; 7; 9; 11]: биологический фактор, нейропсихологические функциональные нарушения, психосоциальные причины, наследственный фактор, индивидуальные особенности формирования высших психических функций у детей, диспропорциональность развития функций. В анамнезе детей с дискалькулией констатируются явления дизентерии, энцефалита, остаточной органической

симптоматики, тяжёлого токсикоза во время беременности у матери [9]. Как и любой интеллектуальный процесс, счёт и счётные операции могут нарушаться при различных поражениях мозга. В исследованиях ряда авторов установлено, что при поражении теменно-затылочных, теменно-височных отделов коры полушарий головного мозга у взрослых нарушается способность осуществлять счётные операции (Л.С. Цветкова, А.Р. Лурия, К. Клейст, Гертсман и др.) [6; 9; 11].

У детей с дискалькулией констатируется недоразвитие теменно-затылочных отделов коры полушарий головного мозга вследствие воздействия неблагоприятных факторов [1; 9; 11]. В зарубежных исследованиях (B. Butterworth, S. Varma, D. Laurillard) указывается и на наличие в теменной области коры полушарий головного мозга специализированного участка (внутритеменная борозда), отвечающего за способность оценивать количество объектов в множествах, осуществлять мыслительные операции, связанные с количествами. Его недоразвитие, по мнению исследователей, приводит к нарушению способности к счёту [1]. То есть, можно предположить, что с позиции развития проявлений дискалькулии первоначально у детей имеется нарушение представления о количестве, затрудняющее в последующем формирование числовых представлений и счётных навыков.

И отечественные и зарубежные исследователи обращают внимание, что полноценность функционирования любой высшей психической функции, в том числе и счёта, возможна при комплексном взаимодействии анализаторных систем и зон мозга. Одним из возможных механизмов нарушений в развитии высших психических функций и возникновения трудностей в обучении, включая и трудности усвоения понятия числа и счётных операций, рассматривается исследователями (Л.С. Цветкова, А.Р. Лурия, Айрес, Грайхен, Брандт и др.) «несформированность взаимосвязи анализаторных систем», «нарушения сенсорной интеграции», «недостаточная интеграция отдельных мыслительных процессов в единую функциональную систему», «недостаток деятельности отдельных элементов внутри крупных функциональных систем», «дезинтеграция высших психических функций» [3;11]. Н.А. Менчинская, изучая счётные операции у взрослых с моторной и сенсорной афазией, страдающих расстройством интегративной функции, отмечает, что частичное нарушение этой функции влечёт за собой огромные изменения в сфере арифметических операций, которые относятся к области счёта [8].

Недоразвитие по каким-либо причинам (врождённым или приобретённым) определённых отделов мозга, отдельных его участков, нарушение их взаимодействия может вызвать неравномерность развития мозговых функций, задержку в формировании психических функций. Это, в свою очередь, отразится на становлении важных для счёта, как вида интеллектуальной деятельности (по Л.С. Цветковой), предпосылок, недостаточная сформированность которых повлечёт за собой арифметические нарушения.Так, трудности в усвоении понятия числа, счётных операций у детей связываются с нарушением пространственного синтеза, зрительно-пространственного восприятия, телесного восприятия, операций смысловой и структурной переработки информации, недоразвитие моторики (Л.С. Цветкова [11], М.С. Певзнер [9], Штранг, Рурке [3]). В МКБ-10 обозначено предположение, что у детей с дискалькулией есть тенденция к сохранению в пределах нормы слухо-воспринимающих и вербальных навыков, тогда как зрительно-пространственные и зрительно-воспринимающие навыки имеют тенденцию быть нарушенными [7].

А. Гермаковска, Р.И. Лалаева, О. В. Степкова, проанализировав трудности усвоения детьми с речевыми нарушениями счета и счетных операций,

констатировали у детей нарушения в развитии познавательных и речевых предпосылок, обеспечивающих становление счёта и счётных операций: нарушения развития зрительно-пространственных функций, временных и количественных представлений, симультанного и сукцессивного анализа и синтеза, мнестических процессов, логических операций, а также нарушения развития речи [6;10].

Трудности формирования счёта могут быть обусловлены также нарушением акустического восприятия, его объёма; нарушением дифференциации зрительного восприятия и вычленения существенных признаков; нарушением программирования, регуляции и контроля в процессе выполнения счёта как целенаправленной деятельности [11]. У детей рассматриваемой группы констатируется и недостаточность способности оценивать количество объектов в множествах, не прибегая к счёту [1; 3]. Эта способность формируется у детей, не умеющих ещё называть числа, и является важной предпосылкой формирования в последующем числовых представлений и счётных операций (А.М. Леушина, Н.А. Менчинская, Н.И. Непомнящая, Д. Альтхауз, Э. Дум, Р. Грин, В. Лаксон, Д.Б. Эльконин и др.).

Значительным представляется и влияние психосоциальных причин в возникновении нарушений счётных навыков: повышенный уровень требований к арифметической компетентности ребёнка, который не соотносится с его возможностями; возможно несоответствие темпа обучения индивидуальным различиям в психическом развитии детей; недостаточная готовность ребёнка к систематическому обучению математике в школе. Не исключается и наследственный фактор в возникновении дискалькулии, когда у родителей имеются нарушения счётных навыков или наследственность ребёнка отягощена психическими заболеваниями родственников [3; 7; 9].

Как видим, в описанных исследованиях рассматриваются различные подходы к происхождению и механизмам дискалькулии, что вполне объяснимо многообразием причин возникновения расстройств в развитии, в том числе расстройств развития арифметических навыков; многообразием отклонений в развитии мозговых систем вследствие воздействия вредных факторов; многообразием проявлений индивидуальных различий в психическом развитии детей; сложностью психофизиологической структуры счётных операций и многообразием предпосылок их формирования. Определить конкретную причину возникновения нарушения счётных навыков у ребёнка представляется затруднительным, поскольку возможно сочетание патогенных факторов. А поскольку проявляется расстройство арифметических навыков, как правило, в ранние периоды школьного обучения, то необходимо учесть ещё и влияние других важных факторов, связанных с адаптацией первоклассников.

Таким образом, овладение счётом и успешная реализация счётных навыков обеспечивается своевременным созреванием определённых мозговых зон и сложным взаимодействием различных структурных звеньев, составляющих психофизиологическую основу процесса счёта. Залогом успешного усвоения детьми математического содержания является и психолого-педагогическая готовность ребёнка к систематическому обучению математике в школе, преемственность задач обучения математике в детском саду и в школе, а также методически правильно выстроенная организация занятий с учётом возрастных и психологических особенностей детей.

На наш взгляд, в современной теории и практике специального образования возникла необходимость тщательного изучения факторов риска в математическом

развитии детей, обобщения и систематизации проявлений дискалькулии, создания комплексных методов диагностики и коррекции специфических нарушений счёта, необходимость изучения возможностей индивидуализации коррекционно-педагогического и профилактического воздействия в каждом конкретном случае. Изучение проблемы дискалькулии в целом позволит расширить представления о возможностях реализации практической деятельности учителей-дефектологов, логопедов, психологов в аспекте проблемы профилактики трудностей обучения у детей.

Литература:

1. Butterworth B., Varma S., Laurillard D. Dyscalculia: From Brain to Education // Science. – 2011. – V. 332. – P. 1049–1053.[Электронныйресурс]. – Режимдоступа: http://www.sciencemag.org/content/332/6033/1049
2. Ахутина Т.В., Обухова Л.Ф., Обухова О.Б. Трудности усвоения начального курса математики детьми младшего школьного возраста и их причины // Психологическая наука и образование. – 2001. – № 1. – С. 75–78.
3. Барт К. Трудности в обучении: раннее предупреждение: учеб.пособие; пер. с нем. Н.А Горловой, А.А. Михлина; науч. ред. рус. текста Н.М. Назарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 208 с.
4. Баряева Л.Б. Формирование элементарных математических представлений у дошкольников (с проблемами в развитии): учебно-методическое пособие – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена; Изд-во «СОЮЗ», 2002. – 479 с.
5. Кондратьева С.Ю. Профилактика дискалькулии у дошкольников с задержкой психического развития: автореф. дис. … канд. пед. наук. – СПб., 2006. –20 с.
6. Лалаева Р.И., Гермаковска А. Нарушения в овладении математикой (дискалькулии) у младших школьников. Диагностика, профилактика и коррекция: учеб.-метод. пособие. – СПб.: Издательство «Союз», 2005. – 176 с.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: в 3 т. – Т. 1 (ч. 1). – Женева: всемирная организация здравоохранения, 1995. – 698 с.
8. Менчинская Н.А. Развитие арифметических операций у детей школьного возраста. – И.: Гос. учеб.-пед. изд., «Полиграфкнига», 1934. – 88 с.
9. Певзнер М.С. Отграничение детей с синдромом акалькулии от детей-олигофренов // Дети с отклонениями в развитии. – М.: Педагогика, 1966, С. 226–240.
10. Степкова О.В. Профилактика дискалькулии у дошкольников с общим недоразвитием речи: автореф. дис. … канд. пед. наук. – СПб., 2008. – 21 с.
11. Цветкова Л.С. Нейропсихология счёта, письма и чтения: нарушение и восстановление. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с.

СЕКЦИЯ II. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Фонетическая ритмика как средство формирования правильного произношения у детей с нарушением слуха
Phonetic rhythmics as means of formation of correct pronunciations in children with a hearing disorder

АхметсафинаР.Р.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики
Института психологии и образования Казанского (Приволжского)
федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – ст. преподавательН.И.Болтакова

В статье раскрывается роль и значимость использования фонетической ритмики в работе по формированию правильного произношения у детей с нарушением слуха. Помимо этого раскрывается вопрос о том, насколько важно регулярное проведение занятий с использованием фонетический ритмике и эффективность данной работы. Ведь устная речь детей с нарушением слуха характеризуется не только большим количеством дефектов в произношении звуков речи, но прежде всего нарушением ритмико - интонационной ее стороны, коррекция которой производится с помощью фонетической ритмики.

Известно, что даже незначительное снижение слуха, наступившее в раннем детстве, отрицательно сказывается на формировании речи ребенка. А в общении с окружающими важно, чтобы речь такого ребенка была фонетически внятной, чтобы его произношение было максимально членораздельным и естественным, то есть чтобы в его устной речи присутствовали и были отчетливо противопоставлены друг другу все элементы фонетической системы языка: звуки, словесное ударение, интонация. Для достижения этой цели педагог занимается фонетической ритмикой.

Фонетическая ритмика - это система двигательных упражнений, в которых различные движения (корпуса, головы, рук, ног) сочетаются с произнесением определенного речевого материала (фраз, слов, слогов, звуков). [1]

В научной литературе доказана филогенетическая связь между развитием движений и формированием произношения. Совокупность движений тела и речевых органов способствует снятию напряженности и монотонности речи, которые свойственны детям с недостатками слуха. Раскованность и непринужденность, приобретаемые детьми при выполнении ритмических движений телом на занятиях по фонетической ритмике, оказывают положительное влияние и на двигательные свойства речевых органов.

Цели, которые определяют основные направления в занятиях по фонетической ритмике, заключаются в том, чтобы:

- соединить работу речедвигательного и слухового анализаторов с развитием общей моторики;
- способствовать формированию у слабослышащих детей естественной речи с выраженной интонационной и ритмической стороной в процессе перехода общей моторики к речедвигательной;

- развивать слуховое восприятие учащихся и использовать его в ходе формирования и коррекции произносительных навыков. [1]

Все разделы по работе над звуками и их сочетаниями: речевым дыханием и слитностью, голосом и интонацией, ритмом и темпом - одинаково важны в работе над речью и все они тесно связаны между собой. Слитное произнесение слогов в слове и слов в предложении или синтагме является очень важным и нелегким разделом формирования произношения, так как связано с выработкой правильного диафрагмального дыхания, которое является основой в работе над голосом и звуками речи. [3]

Упражнения на развитие речевого дыхания способствуют выработке правильного диафрагмального дыхания, продолжительности выдоха и его силы. Начинают тренировку с выработки статистического дыхания, то есть дыхательных упражнений в положении «лежа», затем «сидя», «стоя» и в движении. Эти движения формируют навык фонационного дыхания: на выдохе дети учатся произносить те или иные звуки. Затем постепенно фонационные упражнения усложняются. На одном выдохе требуется произнести звук с остановкой и без: с_с_с_с__ или на одном выдохе произнести сочетание согласных: кс__, ф_с_ш_. Дыхательные упражнения характеризуются плавными движениями, и проводятся как под музыку, так и без нее.

По мере закрепления навыка фонационного дыхания формируется и правильное речевое дыхание, которое в свою очередь обеспечивает нормальное голосообразование. С произнесения на длительном выдохе гласных и согласных звуков начинается работа над силой и высотой голоса. И в тоже время идет отработка элементов слов, что является предпосылкой чистого произношения звуков. [1]

Движения при работе над ритмом и темпом речи, голосом и интонацией носят естественный характер, сочетая в себе те, которые выполняются при проговаривании звуков и слогов, а также естественные жесты, связанные с выражением смеха, отрицания.

В содержание занятий включены также упражнения, содержащие только движения, без проговариваний - музыкально - ритмические стимуляции, которые представляют собой сочетания двигательных упражнений с элементами танца. Они являются обязательным компонентом каждого занятия и проводятся под веселую, зажигательную музыку, так как именно такая музыка дает возможность детям выражать движениями ее ритмический характер. Кроме того, музыкальное сопровождение является одним из стимуляторов развития слухового восприятия. Через музыку (на основе слуха) легче передать детям различные ритмы и темп звучаний, а также выработать у них умение двигаться синхронно. [2]

В системе упражнений, направленных на нормализацию произносительной стороны речи, используются разнообразные движения без музыкального сопровождения: движения корпуса тела - наклоны вперед, в стороны, повороты на 90, 180, 360 градусов; движения головы - повороты вправо, влево, вперед, назад; движения рук - поднятие вверх, в стороны, вперед, поднимание и опускание плеч, вращательные движения кистей рук; движения ног - сгибание и разгибание в коленях, установка ног на уровне плеч и другие. [1]

Материалом упражнений служат слова, слоги, слогосочетания, отдельные звуки, а также словосочетания, фразы, скороговорки, считалки, короткие тексты и стихотворения. Он знаком детям и доступен в лексическом отношении, отвечает фонетическим задачам занятия. Речевой материал, который проговаривается в сопровождении движений, занимает часть занятия по фонетической ритмике.

Остальное время отводится для закрепления этого материала поэтапно - сначала с движениями, затем без них. [3]

Движения, которые выполняются на занятиях, предварительно не выучиваются. Во время занятия ученики вместе с учителем стоят по кругу. Они хорошо видят учителя, двигаются и проговаривают речевой материал синхронно с учителем (2 - 5 раз каждое). После того, как дети научатся правильно повторять движения, количество повторений уменьшается. Движение полностью выполняет свою функцию только тогда, когда слово, слог, звук правильно реализуются в речи и после того, как прекратилось движение. Наглядный показ и многократные повторения стимулируют ученика к правильному естественному подражанию.

Если в ходе занятий отдельные элементы не получаются у некоторых детей, то работа над этими элементами переносится на индивидуальное занятие. Таким образом, часть неусвоенного речевого материала фронтальных занятий по фонетической ритмике переходит на индивидуальные занятия для более тщательной отработки. Такая подвижность способствует закреплению правильного произношения.

Произносительные навыки на занятиях по фонетической ритмике развиваются в условиях постоянного использования слуха слабослышащих детей. [2] И поэтому на занятиях обязательно использование звукоусиливающей аппаратуры. Это может быть беспроводная звукоусиливающая аппаратура или индивидуальные слуховые аппараты. Выбранная аппаратура должна обеспечить свободу передвижения учащихся и хорошее качество звучания.

Занятие по фонетической ритмике проводит учитель-дефектолог, который должен уметь сам правильно и красиво выполнять различные движения тела, рук, ног, головы.

- ритмично и красиво двигаться как под музыку, так и без нее;
- уметь сочетать систему движений с музыкой в различном темпе;
- видеть и уметь исправлять характер движений у учащихся;
- стремиться к максимальной естественности и раскованности движений, как своих собственных, так и учащихся;
- слышать недостатки в произношении учащихся и уметь их исправлять;
- пользоваться голосом нормальной высоты и силы как в инструкциях, так и при передаче речевого материала.

Во всех случаях речь учителя должна служить образцом для подражания, быть фонетически правильно оформленной, эмоционально окрашенной.

Таким образом, все упражнения, содержащие движения и устную речь, на занятиях по фонетической ритмике направлены на:

- нормализацию речевого дыхания и связанной с ним слитностью речи;
- формирование умений изменять силу и высоту голоса, сохраняя нормальный тембр без грубых отклонений от нормы;
- правильное воспроизведение звуков и их сочетаний изолированно, в слогах и словосочетаниях, словах, фразах;
- воспроизведение речевого материала в заданном темпе;
- восприятие, различение и воспроизведение различных ритмов;
- умение выражать свои эмоции разнообразными интонационными средствами. [1]

Поэтому метод фонетической ритмики используется в качестве вспомогательного приема в работе по формированию и коррекции произносительной

стороны речи, так как все упражнения, содержащие движения, направлены на работу над звуками и их сочетаниями, ритмом, слитностью, голосом и интонацией.

Следовательно, фонетическая ритмика есть и остается одной из основных приемов работы с детьми преддошкольного и дошкольного возраста с нарушением слуха, используемая для того, чтобы снять напряженность речи и придать ей большую подвижность, естественность, выразительность в произношении. Основной задачей занятий с использованием фонетической ритмики является вызывание звуков, закрепление и автоматизация усвоенных произносительных навыков, а также формирование ритмико - интонационной стороны речи. В процессе систематической работы звукопроизношение и устная речь в целом приобретают качества, которые позволяют ей быть средством общения и оказывать влияние на различные сферы развития ребенка. [4]

Литература:

1. Власова Т.М., Пфафенродт А.Н. Фонетическая ритмика: Пособие для учителя. - М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 1996.– С.3-18.
2. Леонгард Э. И. Формирование устной речи и развитие слухового восприятия у глухих дошкольников. М., 1971.– С.164-172.
3. Новикова О.О., Шматко Н.Д. Речевая ритмика для малышей занятия с глухими и слабослышащими детьми 2-3 лет // Методическое пособие для педагогов и родителей. - Москва: «Советский спорт». 2003.– С.10-25.
4. Обухова Т. И. Методика формирования речи детей раннего и дошкольного возраста с нарушением слуха. Учеб.- метод. пособие. - Мн.: БГПУ, 2005.– С.8-11.

Диагностика и коррекция эмоционального развития детей дошкольного возраста с ДЦП средствами художественной деятельности
Diagnosis and correction of emotional state of preschool children with ICP by methods of art activity

БарановаЛ.В.,
Россия, г. Казань
Научный руководитель - к. псих.н., доцент Т.В.Артемьева

Актуальность изучения эмоционального развития старших дошкольников с ДЦП обуславливается ее большой практической значимостью. Особенности эмоциональной сферы негативно отражаются на адаптивных возможностях детей: нарушают межличностные отношения, приводят к сложностям в общении, контактах с окружающим социумом, затрудняют обучение.

Актуальной проблемой является создание эффективной системы психологической помощи детям дошкольного возраста с ДЦП, одной из основных задач которой является оптимизация эмоционального развития детей. Эта проблема требует специального психологического изучения, разработки и реализации психокоррекционных программ, направленных на коррекцию эмоционального развития детей с ДЦП.

Цель исследования: выявить особенности диагностики и коррекции эмоционального развития детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом средствами художественной деятельности

Предмет исследования – особенности диагностики и коррекции эмоционального развития детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом средствами художественной деятельности.

Объект исследования – эмоциональная сфера детей с детским церебральным параличом.

В качестве гипотезы исследования выступают следующие предположения:

- Эмоциональное развитие детей старшего дошкольного возраста с ДЦП характеризуется рядом особенностей, в т. ч. сложностями идентификации и вербализации эмоциональных состояний.

- Дети с ДЦП дошкольного возраста нуждаются в комплексном систематическом коррекционном воздействии. Использование средств художественной деятельности повышает эффективность психокоррекционной работы, направленной на оптимизацию эмоционального развития детей с ДЦП.

Анализ научно - методической литературы по теме исследования позволяет сделать следующие выводы:

Детские церебральные параличи - это группа патологических синдромов, возникающих вследствие внутриутробных, родовых или послеродовых поражений мозга и проявляющихся в форме двигательных, речевых и психических нарушений.

Для детей с ДЦП характерен ряд особенностей эмоциональной сферы. Специфические нарушения деятельности, движений и общения при ДЦП могут способствовать своеобразному формированию личности. Наиболее часто наблюдается диспропорциональный вариант развития личности.

Для гармонизации эмоционального развития детей необходима целенаправленная система психокоррекционной работы, учитывающая особенности двигательного, речевого, познавательного, сенсорного развития детей с ДЦП.

Исследование, направленное на изучение особенностей эмоциональной сферы старших дошкольников с ДЦП проводилось в Реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья «Солнечный» г. Казани.Всего в проведенном исследовании приняло участие 30 детей с диагнозом детский церебральный паралич гиперкинетической формы. Исследование проводилось в течение месяца.

В исследовании были использованы следующие методики: методика «Выбери нужное лицо» (Р. Тэммл, М. Дорки и В. Амен), Тест «Рисунок человека» разработан К. Маховер в 1946 году на основе теста Ф. Гудинаф с целью определения индивидуальных особенностей личности.

В ходе проведения эмпирического исследования, мы выяснили, что по методике «Рисунок человека», у старших дошкольников проявлялась явная агрессия, а так же скованность, дети показывали человека сильным и могущественным, что характеризовала их как властными и склонными к доминированию.

Количественный анализ результатов по методике «Выбери нужное лицо», позволил утверждать, что высокий уровень тревожности имеют 16 детей (30%). Средним уровнем тревожности обладают 9 детей (45%). К сожалению, только 5 детей (25%) имеют хорошую эмоциональную приспособленность, адаптированность к жизненным социальным ситуациям. Было выявлено, что родители адекватно оценивают поступки таких детей, гибко реагируют на различные сложные ситуации.

Дети с детским церебральным параличом являются особой категорией, в работе с которыми искусство используется не только как средство их художественного развития и формирования художественной культуры, но и

оказывает на них лечебное воздействие, является способом профилактики и коррекции отклонений в развитии.

Участие ребёнка с ДЦП в художественной деятельности со сверстниками и взрослыми расширяет его социальный опыт, учит адекватному взаимодействию и общению в совместной деятельности.

Основными направлениями коррекционной работы с детьми с ДЦП, в частности коррекционной работы средствами искусства, являются:

- стимуляция двигательной активности, коррекция нарушений общей и мелкой моторики, коррекция нарушений звукопроизношения, формирование темпоритмической и интонационной сторон речи, развитие связной речи;
- формирование познавательной, личностной активности, самостоятельности, расширение социальных контактов;
- профилактика и коррекция страхов, эгоистических тенденций в формировании личности;
- профилактика и коррекция коммуникативных нарушений, возникающих как из-за речевых нарушений, так и вследствие социальных ограничений;
- развитие всех видов восприятия, временных, пространственных представлений, представлений о схеме тела, подготовка руки к письму, развитие графических навыков и изодеятельности.

Цель проведения комплекса коррекционно – развивающих занятий: развитие эмоциональной сферы детей старшего дошкольного возраста с ДЦП средствами художественной деятельности.

В коррекционной программе по развитию эмоциональной сферы детей с ДЦП мы использовали методы арттерапии и сказкотерапии.

Приемы сказкотерапии в работе с детьми: слушание сказок, обсуждение сказки, самостоятельное сочинение ребёнком сказки, сочинение сказки группой, переделывание сказки, инсценирование, драматизация сказки.

План программы по сказкотерапии.

Первый цикл	Второй цикл	Третий цикл
Занятие 1. «Два брата» Занятие 2. «Дедушка и внучка (внучек)» Занятие 3. «Охотники»	Занятие 4. «Белки и орехи» Занятие 5. «Рыбаки» Занятие 6. «В лесу» Занятие 7. «На реке»	Занятие 8. «Как быть?» Занятие 9. «Прими решение»

Занятия первого цикла были направлены на снижение уровня тревожности через: закрепление за детьми (с помощью предлагаемой им роли-образа) позиции управляющего, режиссера; обучение придумыванию сюжета, объединение предметов по смыслу; обучение самостоятельно владеть ролью-образом.

При этом вводимая взрослым роль-образ помогает детям преодолеть зажатость и безынициативность. Особая внутренняя позиция, которая при этом складывается у детей, помогает им справиться с тревожащей ситуацией.

Занятия второго цикла направлены на снижение уровня тревожности через закрепление ребенком умения решать проблемную ситуацию без опоры на роль-образ. При этом дети вначале наблюдают, как это делает взрослый, а затем сами заканчивают предложенные игровые истории. При этом игровые задачи постепенно усложняются. Дети начинают сами придумывать проблемные ситуации и решать их.

Занятия третьего цикла направлены на снижение уровня тревожности через создание у детей внутренней позиции, способствующей принятию самостоятельных решений.

На занятиях каждого цикла педагог рассказывает сказку. При этом детям предлагается сопровождать сказочный сюжет соответствующими движениями. На занятиях первого цикла педагог может показывать движения и выполнять их вместе с детьми. В ходе последующих циклов придумать движения предлагается самим детям.

После работы со сказкой использовали арттерапию.

Используемые приемы арттерапии в работе с детьми с ДЦП:

- Дети играют с красками, карандашами, с любым материалом, который помогает создавать изображение. Их не учат рисовать. Главное – дать ребенку возможность создать собственное произведение.
- Дети могут делать то, что в обычной жизни строго запрещено либо не принято, и они позволяют себе расслабиться. Удовлетворяется желание и интерес к разрушительным действиям, выплескиваются отрицательные эмоции, и дети становятся спокойнее.

Основными принципами арттерапевтических занятий являлись:

- поддерживание в ребенке его достоинства и позитивного образа "Я";

- отмечались изменения в личностном росте посредством сравнения ребенка с самим собой, а не с другими детьми;

- не применялись негативные оценочные суждения;

- ребенку не навязывались способы деятельности и поведения;

- получали одобрение все продукты творческой деятельности ребенка, независимо от содержания, формы и качества.

Задачи программы: снизить тревожность, усилить “ Я” ребёнка, актуализировать чувство страха, повысить психический тонус ребёнка, осуществить контроль над объектом страха, повысить уверенность в себе.

После проведения коррекционной работы был проведен контрольный эксперимент.

В целом, можно сказать, что результаты по методике «Рисунок человека» имеют значительную динамику. По результатам методики «Выбери нужное лицо» было выявлено, что у 50% детей удалось снизить тревожность и страхи до оптимального уровня. После коррекции, все негативные эмоциональные состояния снижены, уровень поведенческой агрессии и тревожности снижены.

Коррекционная работа с помощью средств художественной деятельности обеспечивает эффективность и положительную динамику оптимизации эмоционального развития детей с ДЦП и создает условия их социальной адаптации.

После коррекционной работы старшие дошкольники с ДЦП стали умеренно тревожны и самоуверенны. У 50% детей удалось снизить тревожность и страхи до оптимального уровня.

По результатам тестирования, можно сказать, что произошло существенное снижение тревожности у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП, различия статистически различны.

Разработанный комплекс методических приёмов по коррекции эмоционального развития может быть использован педагогами, психологами в коррекции эмоциональной сферы детей с ДЦП, а также родителями, имеющими детей с ДЦП старшего дошкольного возраста.

Литература:
1. Артемьева Т.В. Методы изучения нарушений психического развития детей дошкольного возраста – Казань: Отечество, 2013 – 142 с.
2. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб, 2001.
3. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. — СПб, 2001.

Коррекция речи детей с особыми возможностями здоровья с применением методабиологической обратной связи помаксимальнойдыхательнойаритмиисердца
Correction of speech of children with special abilities using biofeedback for maximum respiratory cardiac arrhythmia

Валитова И.З.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

На современном этапе реформирования системы коррекционной помощи детям с особыми возможностями здоровья актуальной становится проблема разработки и использования инновационных форм и методов оказания своевременной помощи данной категории детей. Одной из наиболее актуальных и значимых на данный момент форм является Лекотека. Лекотека - это служба ранней помощи ребенку [2]. Преимущества Лекотеки в том, что она направлена на активизацию игровой и познавательной деятельности ребенка, на развитие его двигательных навыков и навыков взаимодействия [3]. Играя, дети учатся познавать окружающий мир и общаться. Наблюдая за другими детьми и взрослыми ребенок легче усваивает навыки социализации, они становятся более самостоятельными, независимыми и легче адаптируются к новым условиям [4].

И так как в настоящее время информационно-компьютерные технологии стали активно применяться в образовательном процессе, создаётся множество простых и сложных компьютерных программ для различных областей познания. Новые информационные технологии стали перспективным средством коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими нарушения речи [1]. Повсеместная компьютеризация открывает новые, ещё не исследованные варианты обучения. Особый подход к использованию компьютерных средств обучения в специальном образовании был применён при разработке технологии биологически обратной связи (БОС). Данная технология сочетает в себе лечебно-оздоровительное и коррекционное воздействие на ребёнка.

На сегодняшний день БОС завоевал широкую популярность в качестве инновационного метода восстановительной медицины, который помогает организму работать правильно и полноценно, восстановить его утраченные и укрепить существующие функции. Метод биологической обратной связи (БОС) - это передача человеку дополнительной, не предусмотренной природой информации о состоянии его органов и систем в доступной и наглядной форме. На основе этой информации

человек способен включать механизмы саморегуляции и целенаправленно использовать огромные функциональные возможности организма с целью совершенствования своих функций в норме (тем самым сохраняя и укрепляя свое здоровье) и коррекции деятельности нарушенных функций при патологии.

Одной из задач коррекции речи с помощью метода биологической обратной связи (БОС) является формирование нового типа дыхания, с хорошим длинным выдохом, с чётко выраженной максимальной величиной дыхательной аритмии сердца (ДАС). Так как для формирования свободной плавной интонированной речи «рабочим» становится только выдох, работа с учащимися начинается с обретения устойчивого навыка диафрагмально-релаксационного типа дыхания.

Логотерапевтический комплекс БОС предназначен для профилактики и коррекции нарушений голоса и речи, совершенствования функции речи у взрослых и детей, обучения технике чтения, предупреждения последствий стрессовых реакций, предупреждения заболеваний, связанных с высокими речевыми и психо-эмоциональными нагрузками, оздоровления организма и повышения адаптационных возможностей.

Данная технология может применяться при заикании, алалии, афазии, дисграфии и дислексии, дислалии, дизартрии, ринолалии, расстройстве фонации на почве парезов и параличей гортани, функциональных дисфониях, нарушениях темпа речи, так называемой речевой тревоге, расстройствах речи у детей с нарушением слуха и зрения.

Относительными противопоказаниями использования БОС являются возраст детей младше 5 лет, повышенная судорожная готовность головного мозга, выраженное органическое поражение головного мозга, сопутствующие соматические заболевания в фазе обострения, острые инфекционные заболевания, тяжелые нарушения ритма и проводимости сердца, грубые нарушения волевой сферы, интеллекта, тяжелые формы психических расстройств, наличие диафрагмальной грыжи;

Каждое занятие с использованием компьютерной технологии является комплексным, то есть представляет собой оптимальную комбинацию традиционных и компьютерных средств коррекционного обучения, отвечающую индивидуальным возможностям и образовательным потребностям ребенка [7].

Система включает в себя компьютерный комплекс с программным обеспечением, преобразователь биоэлектрических сигналов, тренажер дыхания, комплект многоразовых датчиков частоты сердечных сокращений, микрофон, лечебно–коррекционно-оздоровительные методические рекомендации [8].

Работа с программой проводится при непрерывном контроле процесса дыхания и сердечной деятельности. Ребёнок осваивает основной компонент речи – диафрагмально-релаксационный тип дыхания и удлинённый выдох.

Речевой материал произносится на выдохе, на снижении частоты сердечных сокращений. Используя диафрагмально-релаксационный тип дыхания, ребёнок поэтапно отрабатывает произношение звуков, слогов, слов, и целых фраз постепенно переходя к свободной, плавной, интонированной речи.

Компьютерный тренажер помогает выработать ребёнку правильный навык речи, избавится от её нарушений, а также снизить риск возникновения заболеваний, связанных с высокими психо-эмоциональными нагрузками во время речи. Затем новый, совершенный навык речи используется человеком в повседневной жизни без усилий и с минимальными физиологическими затратами.

Лечение по методу БОС проводится в виде специальных тренировок. В ходе сеанса приборы и компьютерные комплексы БОС регистрируют у детей физиологические показатели (параметры) работы какой-либо функциональной системы организма или органа и отображают полученную информацию в доступной форме, например, в виде зрительных и слуховых сигналов обратной связи [6].

Коррекция речи осуществляется в два этапа:

1) у пациента формируют диафрагмально-релаксационный тип дыхания по методу БОС с максимальной ДАС (новый дыхательный стереотип).

2) в фазу равномерного выдоха под контролем максимальной ДАС и физиологической длительности выдоха ребенка обучают новым навыкам голосообразования, артикуляции, речи и поведения, формируя новый речевой и поведенческий стереотип и новое функциональное состояние организма в целом.

Метод позволяет, во-первых, отказаться от присущего патологического стереотипа дыхания, речи и поведения, что сделать традиционными методами крайне сложно, так как для исключения нежелательных проявлений необходим постоянный контроль над физиологическими показателями ребенка. Во-вторых, сформировать новый стереотип дыхания, речи и поведения, который соответствует индивидуальной норме или максимально приближен к ней.

Таким образом, приборы и компьютерные тренажеры БОС позволяют пациенту не только «видеть и слышать» как функционирует его организм, но и, используя специальные методические приемы, самостоятельно, волевыми усилиями, корректировать работу функциональных систем собственного организма, развивать навыки самоконтроля и саморегуляции с помощью скрытых физиологических резервов. При этом необходимо подчеркнуть, что речь идет о приобретении навыков самоконтроля, при котором пациент обучается тому, как помогать себе самостоятельно. Для детей с системным недоразвитием речи это особенно актуально, так как постановка правильного дыхания значительно облегчает работу по развитию речи.

Использование технологии БОС в коррекционно-развивающей работе с детьми можно использовать в структуре комплексного занятия в условиях Лекотеки, а также как индивидуальное занятие по формированию правильного дыхания. Весь курс коррекции разделен на 5 этапов:

1 этап – диагностический (2 – 3 занятия).

2 этап – подготовительный (7 – 9 занятий).

3 этап – работа над основными компонентами речи (8-10 занятий).

4 этап – формирование навыков слитной плавной речи (12 занятий).

5 этап – заключительный (5 – 6 занятий).

Продолжительность основного курса коррекции речи и функционального состояния составляет 35-40 занятий. В случае необходимости рекомендуется дополнительный поддерживающий курс, который проводится в течение года дробно по 3-5 занятий с интервалами 3-6 месяцев.

Резюмируя вышеизложенное, мы считаем, что наиболее эффективной формой использования технологии БОС является Лекотека, так как все задания Лекотеки построены в виде игры [5]. В этом и заключается вся суть использования метода БОС в условиях Лекотеки. Дети увлеченные процессом, выполняя упражнения по технологии БОС, воспринимают ее как игру, тем самым не только укрепляют свой организм, но и получают от этого удовольствие как от обычной игры.

Литература:

1. Артемьева Т.В. Диагностика и коррекция развития младшего школьника. Казань, Издательство «Отечество», 2013. – 150 с.
2. Ахметзянова, А.И. Формирование жизненной компетенции у детей с сочетанными нарушениями в условиях Лекотеки. Теория и практика общественного развития. - ООО Издательский дом “Хорс”: 76-78.
3. Ахметзянова А.И., Твардовская А.А. Организация и содержание коррекционной работы с детьми в Лекотеке. – М.: «Школьная пресса», 2013. – 17с.
4. Нигматуллина И.А. Инклюзивное образование: проблемы и перспективы его развития в РТ / Инклюзивное образование на современном этапе становления школы инновационного типа: Материалы Всеукраинской научно-практической конференции (с участием зарубежных ученых).- Симферополь. - 2011.- С.230-234.
5. Нигматуллина И.А., Болтакова Н.И. Инновационные направления реформирования профессиональной подготовки учителей-логопедов на основе внедрения модели обучения в течение всей жизни в едином образовательном пространстве // Европейский журнал социальных наук. – Рига-Москва: АНО «Международный исследовательский институт, 2012.№5(21). – С.55-62.
6. Сметанкин А.А. Открытый урок здоровья. – СПб., 2005.
7. Научно-практический центр клинической неврологии «КЛЕВЕР»: http://klever27.ru/news/.
8. Биосвязь: http://www.biosvyaz.com.

Использование логопедического массажа при коррекции дизартрии
Use of logopedic massage at dizartriya correction

Габдулхакова Д. Р., Шигабиева Г. И.,
студентки кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета,
Россия, г. Казань
Научный руководитель – асс.А.Т.Файзрахманова

Логопедический массаж как один из методов коррекционно-педагогического воздействия при ряде тяжелых речевых нарушений используется достаточно давно. Теоретической предпосылкой для его применения служат работы М.Б. Эйдиновой, О.В. Правдиной, К.А. Семеновой, С.А. Бортфельд и др. Тем не менее, приемы дифференцированного массажа, применяемого при разных формах речевой патологии, разработаны относительно недавно и еще недостаточно внедрены в широкую логопедическую практику. Однако целесообразность использования приемов массажа в логопедической практике ни у кого из специалистов не вызывает сомнения, особенно при таких тяжелых нарушениях речи, как дизартрия, ринолалия, заикание. [2]

Логопедический массаж представляет собой активный лечебный метод, сущность которого сводится к нанесению дозированных механических раздражений на мышцы артикуляционного аппарата специальными приемами, выполняемыми рукой массажиста или с помощью специальных приспособлений (шпатели, постановочные зонд, зонды, предложенные Е. В. Новиковой).[5]

Логопедический массаж может проводить дефектолог, логопед или медицинский работник владеющий техникой этого вида массажа и обладающий знаниями об анатомии и физиологии мышц участвующих в речи, причины и особенности развития дефектов речи. Родители могут участвовать в процессе лечения только в том случае, если они проинструктированы и подготовлены логопедом.

Массаж оказывает благоприятное физиологическое воздействие на организм. Под влиянием массажа в организме возникает ряд местных и общих в которых принимают участие все ткани, органы и системы. Поверхность кожи представляет собой огромное чувствительное поле, является периферической частью кожного анализатора, а значит, оно неразрывно связана с центральной нервной системой. При массаже воздействие оказывается не только на структурные слои кожи, ее сосуды и железистый аппарат, но и на состояние ЦНС. В связи с этим меняется общая нервная возбудимость, оживляются утраченные либо сниженные рефлексы, меняется в целом функциональное состояние ЦНС. Массаж улучшает секреторную функцию кожи, активизирует ее лимфообращение, а следовательно, улучшает ее питание, повышает обменные процессы. [4]

Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Дизартрия является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором расстраивается двигательный механизм речи. При дизартрии нарушено не программирование речевого высказывания, а моторная реализация речи.

Ведущими дефектами при дизартрии являются нарушение звуко-произносительной стороны речи и просодики, а также нарушения речевого дыхания, голоса и артикуляционной моторики. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая. [3]

Система логопедической работы с детьми при дизартрии предусматривает комплексный характер. Одним из средств коррекционного воздействия является логопедический массаж. Правильный подбор массажных комплексов способствует нормализации мышечного тонуса органов артикуляции, улучшает их моторику, что способствует коррекции произносительной стороны речи.

Целью логопедического массажа при устранении дизартрии является устранение патологической симптоматики в периферическом отделе речевого аппарата. [1]

Основными задачами логопедического массажа при коррекции дизартрии является:

1) Нормализация мышечного тонуса, преодоление гипо - гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре;
2) Устранение патологической симптоматики такой, как гиперкинезы, синкинезии, девиация и др.;
3) Стимуляция положительных кинестезий;
4) Улучшение качеств артикуляционных движений (точность, объем, переключаемость и др.);
5) Увеличение силы мышечных сокращений;
6) Активизация тонких дифференцированных движений органов артикуляции, необходимых для коррекции звукопроизношения.

Логопедический массаж можно делать всем детям с расстройствами речи. Его нужно начинать как можно раньше, пока не закрепилась прочная поза

артикуляционного уклада. А тем детям, которые с наибольшим трудом поддаются коррекции педагогическими методами, эта процедура особенно необходима.

Противопоказаниями к проведению массажа являются: [3]

- наличие гнойничковых и грибковых заболеваний кожи у логопеда или ребенка;
- гематомы на массируемом участке;
- тромбозы сосудов;
- острая крапивница, отек Квинке в анамнезе;
- онкологические заболевания;
- инфицированные раны;
- фурункулез;
- ОРЗ;
- гиперчувствительность у ребенка.

Если ребенок недавно перенес ангину, массаж ему также противопоказан. [6]

Обязательно следует установить эмоциональный контакт с ребенком до начала массажа. Важно во время сеанса быть с ребенком внимательным, уметь оценить его ответную реакцию на проводимую процедуру.

Необходимо отметить, что проведение логопедического массажа проводится на подготовительном этапе, на котором осуществляется работа по развитию артикуляционного аппарата, ей предшествует: проведение дифференцированного массажа лицевой и артикуляционной мускулатуры, в зависимости от состояния мышечного тонуса. Основными приемами массажа являются поглаживания, пощипывания, разминания, вибрация. Характер выполнения движений также будет определяться состоянием мышечного тонуса.

В логопедической практике могут быть использованы несколько видов массажа. Основным является дифференцированный (укрепляющий или расслабляющий) массаж, основанный на приемах классического массажа. Кроме этого, в логопедической практике используются массаж биологически активных точек (БАТ), массаж с применением специальных приспособлений (логопедического зонда, шпателя, вибромассажера и т.п.), а также элементы самомассажа. [2]

При разных формах дизартрии используются разные виды массажа:

При бульбарной дизартрии для улучшения трофики тканей, улучшения проводимости нервов, повышения возбудимости мышц, преодоления синкинезий, используют тонизирующий массаж.

При псевдобульбарной дизартрии внимание логопеда направлено на повышение рефлекторной возбудимости мышц и снятие напряжения в отдельных группах мышц, в этом случае рекомендуют расслабляющий массаж.

При подкорковой дизартрии методика может быть разнообразной в связи с разнообразными клиническими проявлениями этой формы. Обычно используют приёмы расслабляющего массажа, иногда тонизирующего. [5]

Логопедический массаж проводится в теплом, хорошо проветренном помещени. Обычно массаж рекомендуется проводить циклами по 10-15-20 сеансов, желательно каждый день или через день. После перерыва на 1-2 месяца цикл можно повторить. При определенных обстоятельствах, когда массаж невозможно делать часто и регулярно, допускается его проведение в течение более длительного времени, но реже. При выраженных нарушениях мышечного тонуса массаж можно проводить в течение нескольких лет (с небольшими перерывами). [3]

Длительность одной процедуры может варьировать в зависимости от возраста ребенка, тяжести речедвигательного нарушения, индивидуальных особенностей и т.д. Начальная длительность первых сеансов составляет от 1-2 до 5-6 минут, а конечная - от 15 до 20 минут. В раннем возрасте массаж не должен превышать 10 минут, в младшем дошкольном - 15 минут, в старшем дошкольном и школьном возрасте - 25 минут.

Приступая к логопедическому массажу, надо иметь в виду, что между силой воздействия при массаже и обратной реакцией имеется сложная зависимость. Как правило, легкое, медленное поглаживание снижает возбудимость тканей, оказывает успокаивающее воздействие, дает приятное ощущение тепла, создает эмоциональное состояние покоя и комфорта. Данный прием рекомендуется использовать при повышенном тонусе мышц. Энергичные, быстрые, активные движения повышают раздражимость тканей, активизируют мышечный тонус и рекомендуются при пониженном тонусе мышц. [4]

Применение логопедического массажа позволяет значительно сократить время коррекционной работы, особенно над формированием произносительной стороны речи, также оказывает общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в нервной и мышечной системах, играющих основную роль в речедвигательном процессе.

Литература:

1. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии . - М.: АСТ: Астель; Владимир:ВКР, 2008. – С.123.
2. Блыскина И.В. Логопедический массаж. – СПб., 2004 – С.112.
3. Дьякова Е.А. Логопедический массаж. - М.: «Академия», 2003. – С. 56.
4. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2001. – С. 152.
5. Правдина О. В. Логопедия. / Учеб.пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов.Изд. 2-е, М.: "Просвещение", 1973. – С. 146.
6. Новикова Е.В. Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения.- М.:ГНОМ и Д», 2000.С.12.

Сказкотерапия в коррекционном обучении и воспитании детей с ОВЗ
Fairy tale therapy in correctional training and educating of children with disabilities

Габитова Э.Р.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к.псих.н., ст. преподавательИ.А.Дмитриева

В сфере образования сегодняшней России одной из основных тенденций является увеличение процента детей с тяжелыми комплексными нарушениями здоровья, нуждающихся в создании специальных условий развития, обучения и воспитания. Одновременно с этим четко прослеживается и другая, совершенно противоположная тенденция. Быстрое развитие и активное практическое применение

достижений науки и техники в сфере медицины, компьютерных технологий, специальной психологии и коррекционной педагогики приводит к тому, что часть детей с ОВЗ к периоду школьного обучения достигают уровня психического развития близкого к норме, компенсируя недостаточность физического здоровья, что ранее считалось исключительным и наблюдалось лишь в единичных случаях.

Развитие такого ребенка происходит особым образом, отражающим влияние неблагоприятных социально-психологических факторов, их наложение на недостатки развития в целом и на поражение центральной нервной системы в частности. И подход к обучению и воспитанию таких «особых» детей также должен быть особым, нетрадиционным, адаптированным под индивидуальные образовательные запросы каждого ребенка, обусловленным характером нарушений их физического и психического развития.

Одним из таких нетрадиционных подходов и является применение сказкотерапии, как элемент сопровождения основного образовательного процесса в общеобразовательном учреждении, где обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья [1].

Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширение сознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром. К сказкам обращались в своих работах известные зарубежные и отечественные психологи: Э.Фромм, Э. Берн, Э. Гарднер, А. Менегетти, М. Осорина, Е. Лисина, Е. Петрова, Р. Азовцева, Т. Зинкевич-Евстигнеева и т.д.

Сказкотерапия - направление практической психологии, которое, используя метафорические ресурсы сказки, позволяет людям развить самосознание, стать самими собой, и построить особые доверительные, близкие отношения с окружающими. Это обусловлено следующими факторами:

Во-первых, сказка всегда служила средством встречи ее слушателя или читателя с самим собой, потому что метафора, лежащая в основе сказки, выступала не только «волшебным зеркалом» реального мира, но - в первую очередь - его собственного, скрытого, еще не осознанного внутреннего мира.

Во-вторых, нацеленность сказкотерапии на развитие самосознания человека, определяемая сущностью сказок, обеспечивает как контакт с самим собой, так и контакт с другими. Сказочная метафора в силу присущих ей особых свойств оказывается способом построения взаимопонимания между людьми.

В-третьих, в сказке отсутствуют прямо выраженные нравоучения или рекомендации, усвоение необходимых моделей поведения и реагирования, новых знаний о себе и мире происходит незаметно, исподволь.

В психолого-педагогической литературе выделяют три функции сказкотерапии: диагностическую, терапевтическую (коррекционную) и прогностическую. Диагностическая функция предполагает выявление уже имеющихся жизненных сценариев и стратегий поведения ребенка. Инструкции, которые предъявляются ребенку в данном случае такие: «Сочини сказку о мальчике пяти лет», «Сочини любую сказку». Затем психолог проводит анализ сказки. Таким образом, может быть выявлен базовый жизненный сценарий, либо ставшие привычными способами реагирования поведенческие стереотипы ребенка. Также диагностическая сказка может способствовать выявлению отношения или состояния ребенка, о которых он не хочет или не может говорить вслух. Сказка является зеркалом, отражающим реальный мир через призму личного восприятия [3].

Основные принципы работы со сказками приведены в следующей таблице.

Таблица 1

Принципы работы со сказками

Принципы	Основной акцент	Комментарий
Осознанность	Осознание причинно-следственных связей в развитии сюжета; понимание роли каждого персонажа в развивающихся событиях.	Задача: показать воспитанникам, что одно событие плавно вытекает из другого, даже не смотря на то, что на первый взгляд незаметно. Важно понять место, закономерность появления и назначения каждого персонажа сказки.
Множественность	Понимание того, что одно и тоже событие, ситуация могут иметь несколько значений и смыслов.	Задача: показать одну и ту же сказочную ситуацию с нескольких сторон.
Связь с реальностью	Осознание того, что каждая сказочная ситуация разворачивает перед нами некий жизненный урок.	Задача: кропотливо и терпеливо прорабатывать сказочные ситуации с позиции того, как сказочный урок будет нами использован в реальной жизни, в каких конкретно ситуациях.

Рассмотрим особенности коррекционной работы с детьми с ОВЗ. Следует отметить, что сочинение сказок активизирует мышление, воображение, речевую деятельность детей, при этом реализуются художественно-образные впечатления, полученные в процессе подготовки к рассказыванию, что особенно важно учитывать при работе с детьми с ОВЗ, так как они нуждаются в развитии познавательных процессов, эмоционально-волевых качеств, коммуникативных способностей.

Коррекционная работа с детьми с ОВЗ с применением сказкотерапии допускает проведение индивидуальных и групповых занятий. В основу работы положен комплексно-тематический метод в сочетании с наглядными и игровыми приемами, что способствует поддержанию интереса и внимания, а также положительного эмоционального фона на занятии. Ребенок учится переводить сказочные образы-представления в понятия, что способствует развитию речи и построению речевого высказывания. Сказочные сюжеты и ситуации смоделированы на собственное поведение и повседневные ситуации в жизни самого ребенка таким образом, что ребенок вместе с психологом учится находить и преодолевать свои проблемы в поведении и общении. Такие сказки могут быть сочинены самим ребенком или совместно с ребенком. Записывание сказки собственного сочинения и беседа по сказке позволяют лучше понимать и запоминать содержание, что, в свою очередь, предполагает больший психотерапевтический эффект. Тексты сказок обогащают словарный запас, учат устанавливать причинно-следственные связи, влияют на развитие речи ребенка.

В процессе психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ могут использоваться следующие направления работы со сказкой:

- чтение сказок и беседа о прочитанном;- игры;

-сказкотерапевтические занятия;

- коллективное сочинение сказок;
- элементы проективного рисования и арт-терапии;
- драматизация, инсценировка сочиненных сказок.

Участие в инсценировке активизирует словарь детей по определенной теме, развивает творческую фантазию, при этом развивается просодическая сторона речи, раскрепощается личность ребенка, дети обогащаются эмоционально. Разыгрывание сказки требует совместного творчества детей, иногда совместных действий со взрослыми, если дети затрудняются продолжить или закончить сюжет или переходят к шаблонным фразам, шаблонному использованию персонажей [1].

Сказкотерапевтические занятия развивают системность мышления в процессе расширения знаний о тех или иных предметах и явлениях сказок, учат различать и называть их существенные признаки, группировать их по функциональным признакам, уметь выделять главные и второстепенные функции предметов. А также, целью таких занятий является учить детей сравнивать, классифицировать, характеризовать предметы и явления. В ходе таких занятий целесообразным является обращение к опыту самого ребенка, прослеживание в сюжете сказки собственных проблемных ситуаций и поиск путей решения с помощью изменения сказочного сюжета психологом совместно с ребенком.

Рекомендации по проведению занятий по сказкотерапии с детьми с ОВЗ

Коллективное сочинение сказок происходит с учетом основных принципов подхода к организации занятий:

1. Занятие должно быть позитивным и иметь форму игры.

2. В процессе коллективного сочинения следует избегать отрицаний, стараясь связывать разные образы, придуманные детьми, единой логической цепочкой, преображая их по ходу развития сказки. Обязательно трансформировать весь негатив в позитивный опыт, так как после занятия для ребенка с ОВЗ важно получить ресурс для саморазвития.

3. У сказки должен быть обязательно хороший финал, где победивший герой получает награду и поощрение, а зло приобретает новые и добрые качества. Отрицательный образ заменяется на положительный, закрепляется, расширяется.

В процессе коллективного сочинения сказок психологическое состояние детей меняется, они успокаиваются. Приходит понимание, что разрушительные силы можно использовать по-другому. Постепенно зло осознается, разрушается и преобразовывается в красивый образ. [2]

Таким образом,метод сказкотерапии является эффективным современным методом, который может быть применен в качестве диагностического, развивающего, коррекционного средства в работе психолога, дефектолога, логопеда.

Литература:

1. Жукова Е.П. «Использование сказкотерапии как нетрадиционный метод в обучении детей с ОВЗ»
2. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Формы и методы работы со сказками. - СПб.: Речь, 2008. – 240 с.
3. Лозбина С.А. «Сказкотерапия, как средство социального и эмоционального развития детей старшего дошкольного возраста».

Использование наглядного метода моделирования на основеструктурных компонентов древних систем письменности приформировании связной монологической речи

Using of visual modeling method based on the structural components of the ancient writing systems in the formation of connected monologues

Гаевская В.В.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

Высшим достижением речевого воспитания и обучения детей дошкольного возраста является развитие связной речи. Проведенный нами анализ научно - теоретической литературы показал, что связная речь – высшая форма речи и мыслительной деятельности, которая определяет уровень речевого и умственного развития ребенка (Т.В. Ахутина, Л.С. Выготский, Н.И. Жинкин, А.А. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Ф.А. Сохин и др.). На основе связной речи реализуется коммуникативная функция.

Психологическая природа связной речи, ее механизмы и особенности развития у детей раскрываются в трудах Л.С. Выготского, А.А. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна и др. Все исследователи отмечают сложную организацию связной речи и указывают на необходимость специального речевого воспитания (А.А. Леонтьев, Л.В. Щерба) [1].

Обучение связной речи детей в отечественной методике имеет богатые традиции, заложенные в трудах К.Д. Ушинского, Л.Н. Толстого и т.д. Основы методики развития связной речи дошкольников определены в работах М.М. Кониной, А.М. Леушиной, Л.А. Пеньевской, О.И. Соловьевой, Е.И. Тихеевой, А.П. Усовой, Е.А. Флериной. Проблемы содержания и методов обучения монологической речи в детском саду разрабатывались А.М. Бородич, Л.В. Ворошниной, В.В. Гербовой, Э.П. Коротковой, Н.А. Орлановой, Е.А. Смольниковой, О.С. Ушаковой, Л.Г. Шадриной и др. [1].

Психолого-педагогические исследования в коррекционной педагогике показывают, что с каждым годом возрастает количество детей, имеющих различные речевые нарушения, в основном, детей с общим недоразвитием речи I, II и III уровня. При ОНР наблюдаются различные сложные речевые расстройства, так как у данной категории детей нарушено формирование основных компонентов языковой системы фонетико-фонематического, лексического, грамматического, недостаточной сформированностью как произносительной (звуковой), так и семантической (смысловой) сторон речи. Наличие у детей вторичных отклонений в развитии высших психических процессов (восприятия, внимания, памяти, воображения и др.) создает дополнительные трудности в овладении связной монологической речью [2]. В тоже время одним из важных показателей готовности детей к школьному обучению является уровень сформированности связной речи, и, как её компонента, - монологической речи. Таким образом, проблемы развития навыков связной монологической речи у детей с ОНР особо актуальны.

Важным понятием при рассмотрении данной темы является "динамическая локализация", который обозначает объединение различных зон и уровней мозга, обеспечивающих ту или другую психическую функцию, в том числе и речь. При нарушениях целостности функциональной системы, возможна компенсация работы одних участков мозга. Поэтому на современном этапе успешность обучения детей зависит от использования вспомогательных средств, облегчающих и направляющих процесс становления у ребенка развернутого смыслового высказывания. При обучении детей с ОНР целесообразно использовать метод наглядного моделирования. Важность этого фактора отмечали педагоги С.Л.Рубинштейн, Л. В.Эльконин, А.М.Леушина. Основой наглядного метода моделирования является опора на сохранный зрительный анализатор, который облегчает процесс запоминания, формирует новые знания, способствует развитию у детей словарного запаса, лексико-грамматического строя речи и связной речи.

Изучив историю становления систем письменности, мы выявили, что в основе современных методов моделирования лежат элементы древних систем письменности, представленных в виде визуально- графической информации.

Принято считать, что первые, зачаточные формы неречевых (дописьменных) средств передачи информации связаны с так называемым предметным письмом.

Предметное письмо- передача мысли не графически, а символически при помощи разнообразных предметов. Известно, что связанные вместе наборы разных предметов несли определенную смысловую нагрузку. Потребность в предметном письме (нетрадиционном способе выражения мысли) ощущается и современной культуре [6]. В логопедической практике широко используются элементы данного вида письма в таких заданиях, где цель заключается в выделении первых звуков названия предметов и составления из них слов, предложений. Вместо предметов также можно использовать предметные картинки.

Следующий вид наглядного моделирования, пришедший из древности и используемый в современной логопедии, является пиктография. Пиктография – древнейший вид письма, в котором предметы, события, действия передаются с помощью зрительных образов, фигур, схем, упрощенных и обобщенных изображений (пиктограмм) [5]. Отличительной особенностью пиктографии является то, что даже носители разных языков могли приблизительно одинаково понимать смысл одних и тех же рисуночных записей [4].

В современной логопедической работе применение пиктограмм при составлении рассказов позволяет детям легче запомнить новые слова не механически, а в процессе активного использования, так же способствует пониманию последовательности событий и выстраиванию плана последующего рассказывания.

В буквенно- звуковом письме с помощью изографов можно было передавать человеческую речь. Изографы широко используются в логопедической практике. Изографы – это картинки, на которых слова нарисованы буквами, различным образом расположенные в пространстве и оптически похожие на предмет, в названии которого используются эти буквы. Задание с использованием изографа может заключаться в следующем, ребенок должен найти все нарисованные буквы изографа, составить из них слово.

Таким образом, применение в логопедической практике наглядного моделирования, в основе которых лежат структурные компоненты древних систем письменности служат средством планирования высказывания в различных видах связной речи. Метод наглядного моделирования может быть использован в работе

над всеми видами связного монологического высказывания: пересказ; составление рассказов по картине и серии картин; описательный рассказ; творческий рассказ.

В качестве условных заместителей (элементов модели) могут выступать символы разнообразного характера: геометрические фигуры; символические изображения предметов (условные обозначения, силуэты, контуры, пиктограммы); планы и условные обозначения, используемые в них; контрастная рамка – прием фрагментарного рассказывания и многие другие. [7]

Подробнее хотелось бы остановиться на пиктограмме, как на опоре для построения связного последовательного высказывания.

На начальных этапах логопедической работы ведется обучение ребенка упражнениям артикуляционной гимнастики. Работу может облегчить использование пиктограмм. Изначально логопед читает артикуляционные сказки в содержании которых используются схематичные изображения или символы того или иного артикуляционного упражнения. Дети рассматривая символы с удовольствием выполняют упражнения. Запомнив текст сказки, дети самостоятельно могут рассказывать и выполнять действия, одновременно с усвоением артикуляционных упражнений идёт работа по развитию навыков связной речи в текстах.

Наиболее простой вид связного высказывания- рассказ, т.к. он придерживается авторской позиции. В качестве наглядного плана выступает последовательно изображенные пиктограммы. На первых порах логопед помогает ребенку, как можно изобразить героя или действия с помощью графических изображений, затем дети проявляют желание самостоятельно смоделировать понравившееся произведение.

Рассказ по одной или серии сюжетных картинок у детей с ОНР вызывает трудности, так как ребенку необходимо самому определить главного героя, причинно- следственную связь привлекшую изображенной ситуации.

В качестве плана высказывания могут быть как сами серии картинок, так и схематические изображения фрагментов картины. Нарисованные схематические изображения являются планом рассказа.

По мере овладения навыком построения связного высказывания ребенку можно перейти на творческие задания, где ему предлагается начало или конец рассказа и он должен самостоятельно придумывать сюжет, завязку, ход события, кульминацию и развязку. Затем ребенку можно предложить составить рассказ по силуэтным изображениям. В качестве наглядной модели ребенку предъявляется силуэт животного, человека, растения на основе него ребенок воображает и придумывает характер, настроение, внешний вид воображаемого лица. Ребенок сам придумывает сюжет рассказа и зарисовывает весь рассказ схематически.

Пиктограммы можно применить и при составлении описательного рассказа. Для моделирования дошкольниками описательного рассказа Т.А. Ткаченко разработала графические планы- схемы. Данные планы- схемы позволяют выделить качества предмета, наглядно представить их, все это в совокупности позволяет составить более точный, последовательный, непрерывный и связный рассказ. После овладения приемом описания предмета по плану, ребенок составляет описательный рассказ двух или более предметов, где сравнивает предметы, определяя сначала их сходство, а затем различия.

Для внедрения того или иного вида наглядного моделирования требуется определенная подготовка как специалиста, так и ребенка. Предусматривается также, постепенное и последовательное усложнение заданий, лучше начинать со знакомых сказок, рассказов, затем переходить к творческим рассказам.

Использование наглядного моделирования на основе элементов древних систем письменности в коррекционно-образовательной работе с детьми с ОНР эффективно влияет на развитие у дошкольников памяти, воображения, логического мышления, обогащение активного словаря, закрепления навыков словообразования, формирование и совершенствование умения использовать в речи различные конструкции предложений, и конечно же на развитие связной монологической речи.

Литература:

1. Воробьева В.К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи:учеб.пособие / В.К. Воробьева. — М.: АСТ: Астрель : Транзиткнига, 2006. — 158[2] с. — (Высшая школа)
2. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общимнедоразвитием речи. -- 2-е изд., испр. и доп. - М.: АРКТИ, 2004. - 168 с.
3. Коноплева А.Н., Лещинская Т.Л. Интегрированное обучение детей с особенностямипсихофизического развития: Монография. — Мн.: НИО, 2003. – 232 с.
4. http://www.letopis.info/themes/writing/piktografija.html
5. http://www.glossary.ru/cgi-bin/gl_sch2.cgi?R0pPowuslyw
6. http://enc-dic.com/grammar/Predmetnoe-pismo-5/
7. http://festival.1september.ru/articles/630307/

Опыт использования малых фольклорных форм как средства коррекционной работы со старшими дошкольниками с общим недоразвитием речи

Experience of use of small folk forms as a means of correctional work with senior preschool children with general speech underdevelopment

Гречко М.В.,
студентка кафедры логопедии учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка»
Республика Беларусь, г. Минск
Научный руководитель – к. пед. н., доцент Н.Н.Баль

На сегодняшний день проблема совершенствования методов и средств коррекционно-развивающей работы с детьми с общим недоразвитием речи (ОНР) продолжает оставаться актуальной. Данная категория детей является неоднородной как в плане речевого, так и познавательного развития [6]. Поэтому в процессе коррекционно-педагогической работы со старшими дошкольниками с ОНР необходимо отбирать многофункциональные средства, направленные на развитие всех психических процессов.

Содержание коррекционно-педагогической работы со старшими дошкольниками с ОНР строится с учётом ведущих линий речевого развития и обеспечивает интеграцию речевого, познавательного, экологического и художественно-эстетического развития дошкольников с ОНР [1]. Воспитатели группы для детей с ОНР закрепляют приобретённые знания, отрабатывают умения по автоматизации навыков, интегрируя логопедические цели, содержание, технологии в повседневную жизнь детей (в игровую, трудовую, познавательную), в содержание

других занятий (математику, художественное творчество, изобразительную деятельность, развитие речи, ознакомление с окружающим миром), а также в режимные моменты.

Для решения задач коррекционно-педагогической работы с дошкольниками с ОНР используются занятия по физической культуре, по ознакомлению с окружающим миром; трудовое, сенсорное воспитание; игры; конструирование; изобразительная деятельность; художественно-речевая деятельность; музыкальные средства; ручной труд; театрализованно-игровая деятельность. Однако малые фольклорные формы лишь упоминаются в структуре художественно-речевой деятельности, а их содержание недостаточно раскрыто и изучено. Таким образом, следует отметить необходимость изучения возможностей применения малых фольклорных форм как средства коррекционно - педагогической работы со старшими дошкольниками с ОНР.

К малым фольклорным жанрам относятся небольшие по объему произведения: пословицы, загадки, поговорки, потешки, скороговорки и тому подобное. Учителя-логопеды отмечают эффективность использования малых фольклорных форм, в частности загадки, при постановке звуков и в целях совершенствования дикции [2; 3; 4].

Фольклор играет большую роль в развитии ребёнка. Он является уникальным средством для передачи народной мудрости и воспитания дошкольников. Малые формы фольклора таят в себе неисчерпаемые возможности для пробуждения познавательной активности, самостоятельности, яркой индивидуальности дошкольников, влияют на их духовное развитие, фантазию, обогащают эмоциональный опыт. Каждый жанр детского фольклора учит определённым нравственным нормам. Работа с малыми фольклорными формами позволяет уменьшить количество речевых штампов, способствует активизации речевой деятельности детей с ОНР, повышает эффективность коррекционно-развивающей работы. Произведения малых фольклорных жанров имеют важнейшее значение для подготовки детей к школе, где чистое звукопроизношение, монологическая речь является необходимым условием успешной учебы [5].

С целью изучения опыта использования малых фольклорных форм в коррекционно-педагогической работе со старшими дошкольниками с ОНР нами в 2014 г. было проведено анкетирование, в котором приняли участие 20 педагогов специальных групп (учителей-логопедов и воспитателей). Анализ качественного состава респондентов показал, что 35 % имеют стаж работы до 3 лет, 15 % – от 3 до 5 лет, 10 % – от 5 до 10 лет, 10 % – от 10 до 15 лет, 30 % свыше 15 лет; у 15 % педагогов высшая квалифицированная категория, у 25 % – первая, у 20 % – вторая, 40 % анкетируемых были без категории. Во время анкетирования респондентам предварительно сообщалась цель исследования и объяснялась техника заполнения ответов на предложенные вопросы.

При выяснении вопроса, являются ли малые фольклорные формы средством коррекционно-педагогической работы, 19 респондентов ответили «да» и лишь один, со стажем работы менее 5 лет, – «не знаю». Таким образом, подавляющее большинство анкетируемых констатируют значимость использования данного педагогического средства в работе с дошкольниками с ОНР. Однако при объяснении, почему малые фольклорные формы являются средством коррекционно-педагогической работы, отмечены различные мнения. 44,4 % респондентов выделяет в качестве причины целесообразности применения этого средства развитие

различных познавательных процессов детей (25 % – внимания, 87,5 % – памяти, 50 % – мышления, 25 % – воображения); 55,5 % – развитие различных компонентов речевой деятельности (особенно связной речи, лексико-грамматической и просодической сторон речи). 22,2 % респондентов отмечают, что малые фольклорные формы вызывают интерес детей и создают эмоционально-положительную настроенность на занятия. Также педагоги отмечают положительное влияние данного средства коррекционно-педагогической работы на развитие общей и мелкой моторики и возможность его активного использования на этапе автоматизации и дифференциации звуков. При ответе на данный вопрос один из респондентов указал на большую необходимость использования данного средства в работе с заикающимися детьми, так как это помогает закреплению навыков плавной речи. Таким образом, в качестве целей использования малых фольклорных форм в коррекционно-педагогической работе с дошкольниками с ОНР респонденты выделяют развитие высших психических функций, лексико-грамматического строя речи, связной речи, просодики, фонематического слуха, моторики; стимулирование речевой активности; вызывание интереса и положительной настроенности на занятие.

Преобладающее большинство педагогов (68,4 %) указали, что используют малые фольклорные формы в процессе подгрупповых и индивидуальных занятий, причём на разных его этапах: и в процессе начальной организации детей на занятии и сообщении темы занятия, и на основном этапе и при закреплении темы. Тематика данных занятий, по мнению респондентов, может быть различной, однако предпочтение отдаётся таким темам как «Животные» и «Птицы». Также малые фольклорные формы не менее активно используется педагогами в процессе организации игровой деятельности детей (47,3 %), а также трудовой, художественно-речевой, театральной деятельности и в режимных моментах.

Анализ ответов анкетируемых на вопрос об используемых ими жанрах малых фольклорных форм показал, что педагоги стараются использовать почти все из них. Однако приоритет отдаётся потешкам, загадкам, скороговоркам, считалкам, пословицам, так как именно эти жанры, по мнению респондентов, позволяют достичь вышеназванных целей коррекционно-педагогической работы. Возможно, это также связано и с тем, что именно к данным фольклорным формам старшие дошкольники с ОНР проявляют наибольший интерес. Об этом свидетельствуют наблюдения самих педагогов, большинство из которых (85 %) утверждают о том, что дети проявляют значительные интерес к малым фольклорным формам. Лишь 15 % анкетируемых указывают на то, что это происходит не всегда.

При определении влияния малых фольклорных форм на речевое развитие детей, все респонденты отмечают положительную динамику. Педагоги считают, что использование данного средства коррекционной работы оказывает комплексное воздействие на все стороны речевого развития дошкольников с ОНР: исправление неправильного звукопроизношения, развитие интонационной выразительности речи, преодоление нарушений слоговой структуры слов, недостатков лексико-грамматического строя и связной речи. В качестве результатов использования малых фольклорных форм респонденты отмечают то, что данные формы способствуют достижению поставленных целей работы. Это и позволяет говорить о том, что малые фольклорные формы являются эффективным, действенным средством коррекционно-педагогической работы со старшими дошкольниками с ОНР, поскольку они не только позволяют добиться лучших результатов в развитии речи детей и коррекции ее

недостатков, но и развивают психические процессы, являются эффективным средством воздействия на эмоциональную сферу.

Наиболее затруднительным для респондентов оказалась необходимость указать, какими научно-методическими разработками (литературой) они руководствуются при использовании малых фольклорных форм как средства коррекционно-педагогической работы со старшими дошкольниками с ОНР. 35 % респондентов называли литературу хрестоматийного характера (хрестоматии для детского сада, сборники речевого материала и т.п.); 15 % респондентов пользуются Интернет-ресурсами, 15 % собирают свои разработки, а остальные 35 % не дали ответа на данный вопрос (причём это характерно как педагогам со стажем работы до 3 лет, так и педагогам со стажем работы свыше 15 лет). Поэтому и в качестве предложений по вопросам использования малых фольклорных форм в работе с дошкольниками с ОНР 31,25 % респондентов указывают на необходимость систематизации малых фольклорных форм по лексическим темам, 18,75 % предлагают разработать пособия с малыми фольклорными формами на каждый звук. Также отмечается необходимость создания разработок на белорусском языке. Основным пожеланием педагогов является создание методических пособий по использованию данного средства коррекционно-педагогической работы во всех видах деятельности дошкольников с ОНР с учетом речевых и познавательных возможностей детей и программных требований.

Таким образом, результаты анкетирования говорят о том, что учителя-логопеды и воспитатели специальных групп для детей с ОНР понимают возможность проведения разноплановой коррекционно-развивающей работы с использованием малых фольклорных форм и имеют опыт подобной работы. Вместе с тем, отмеченный большинством анкетируемых дефицит современной литературы, касающейся использования малых фольклорных форм в качестве многофункционального средства коррекционно-развивающей работы с детьми дошкольного возраста с ОНР, определяет перспективы дальнейших научно-методических поисков и разработок.

Литература:

1. Воспитание и обучение детей с тяжелыми нарушениями речи: программа для специальныхдошкольных учреждений / сост. Ю.Н. Кислякова. Л.Н. Мороз. – Минск: НИО, 2007. – 280 с.
2. Корж О.Н., Е.В. Новикова Использование загадок на занятиях в логопедической группе //Логопед. – 2011. – №10. – С. 50 – 55.
3. Куликовская Т. А. Логопедические скороговорки и считалки. Речевой материал
4. дляавтоматизации звуков у детей: пособие для педагогов и родителей. – М.: Издательство «ГНОМ и Д», 2008. – 128 с.
5. Мисаренко Г. Г. Использование загадок на логопедических занятиях // Логопед. – 2008. –№1. – С. 4 – 7.
6. Пескишева Т.А. Малые фольклорные формы в работе с детьми с общим недоразвитиемречи // Дошкольное воспитание. – 2007. – № 8. – С. 86-91.
7. Филичева, Т.Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста / Т.Б.Филичева, Г.В. Чиркина. – М.: Айрис-Пресс, 2004. – 224 с.

Работа над формированием диафрагмально-релаксационного типа дыхания нааппаратеБОС
Work on the formation of diaphragmatic breathing, relaxation-type apparatus for biofeedback

ЗайдуллинаЭ.Р.
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университет
Россия, г.Казань
Научный руководитель – ст. преподаватель Н.И.Болтакова

Дыхание является одной из важнейших функций организма, обеспечивающей непрерывное снабжение всех органов и тканей кислородом.

Дыхание – это самопроизвольный процесс, но то, что мы можем влиять на дыхание (т.е. дышать глубже, чаще или реже) делает его инструментов, с помощью которого можно влиять на состояние организма. Через дыхание, т.е. через газообмен поддерживается гомеостаз, а именно, постоянство внутренней среды организма. Дыхание постоянно связывает нас с окружающим миром. Максимальный газообмен осуществляется, если человек владеет диафрагмально-релаксационным дыханием (дыханием животом) [7].

Выделяют 3 основных типа дыхания:

1) реберное (грудное);

2) брюшное:

-ключичное

-верхнереберное

-нижнереберное

3) смешанное (грудно-брюшное)

Ключичное и верхнереберное дыхание относится к нерациональным способам дыхания, так как расширение грудной клетки ограничено вследствие малой подвижности реберных стенок. При брюшном дыхании дыхательный объем существенно не отличается от такового при нижнереберном дыхании, однако дыхательные движения при этом пластичнее. Более рациональным является грудно-брюшное дыхание, которое нередко в практике называют диафрагмальным. При этом типе дыхания обеспечивается не только достаточный объем воздуха, но и оптимальная пластичность дыхательных движений [1].

По классификации Овсянникова, диафрагмальное дыхание осуществляется в основном за счет движения диафрагмы и является, как показывают многие исследования, наиболее оптимальным, наиболее эффективным типом дыхания для человека. Диафрагмальное дыхание является самым глубоким из всех типов дыхания. При этом типе дыхания вдыхается больше всего воздуха, в дыхательном процессе участвует наибольшее количество альвеол, а также наполняются воздухом нижние отделы легких.

Диафрагмальное дыхание насыщает кислородом большее количество крови за один дыхательный цикл по сравнению с другими типами дыхания.

При диафрагмальном дыхании: вдох спокойный, без усилия, осуществляется через нос, при этом передняя брюшная стенка выпячивается, а воздух как бы

набирается животом: выдох плавный, удлинённый, осуществляется преимущественно через рот, брюшная стенка втягивается, а воздух как бы выталкивается животом [8].

Диафрагмально-релаксационное дыхание- основа технологии БОС. БОС – это один из методов здоровьесберегающих программ.

Метод биологической обратной связи (БОС) — это передача человеку дополнительной, не предусмотренной природой информации о состоянии его органов и систем в доступной и наглядной форме. На основе этой информации человек способен включать механизмы саморегуляции и целенаправленно использовать огромные функциональные возможности организма с целью совершенствования своих функций в норме (тем самым сохраняя и укрепляя свое здоровье) и коррекции деятельности нарушенных функций при патологии [9].

Современный метод биоадаптивного управления – ДАС-БОС основан на взаимосвязи дыхательной и сердечно-сосудистой систем. С помощью специальной аппаратуры он позволяет получить информацию о деятельности кардио-респираторной системы. При этом пациент сознательно регулирует дыхание под контролем колебаний пульса, тем самым опосредованно влияет на сердечный ритм. С помощью метода ДАС-БОС ребенок осваивает и закрепляет диафрагмально-релаксационное дыхание. Это сопровождается постепенным уменьшением психологического напряжения и нормализацией частоты пульса. В результате тренировок формируется более физиологичный дыхательный паттерн, и происходит максимальная синхронизация работы дыхательной и сердечно-сосудистой систем [4].

Метод биологической обратной связи (БОС) по максимальной дыхательной аритмии сердца в коррекции речи был разработан А.А. Сметанкиным [2].

В статье Останкиной Л.В., «Здоровье без лекарств: метод БОС в общеобразовательной школе», описан прием работы по выработки диафрагмально-релаксационного типа дыхания на аппарате БОС.

Выработка диафрагмально-релаксационного типа дыхания осуществляется в несколько этапов:

1. Обучение технике диафрагмально-релаксационного дыхания без приборов БОС (Подготовительный этап);
2. Освоение, постановка, формирование и закрепление навыка диафрагмально-релаксационного дыхания под контролем тренажера БОС [5].

Техника освоения навыка диафрагмально-релаксационного дыхания следующая:

- необходимо занять удобное комфортное положение сидя;
- плечи расслаблены и опущены, руки лежат на коленях;
- сделайте не глубокий медленный вдох через нос и постарайтесь при этом надуть живот;
-сделайте плавный, медленный выдох через рот, губы при этом должны быть полусомкнуты в виде «трубочки», живот нужно втянуть;
- следите за тем, чтобы мышцы груди и плечевого пояса не участвовали в дыхании. Для контроля одну руку положите на грудь, другую на живот. Двигаться должна только рука, находящаяся на животе;
- необходимо, чтобы выдох был в два раза длиннее вдоха (вдох на 1-2, выдох на 1-2-3-4). За выдохом без задержки и паузы должна наступить фаза вдоха;
- применять какие-либо усилия во время выдоха не надо, воздух свободно покидает легкие;

- при правильном выполнении частота дыхания составляет 6-12 дыхательных движений в одну минуту.

Подготовительный этап включает три теоретических занятия. Учащиеся получают в доступной форме знания о дыхательной системе человека, газообмене, правильном дыхании, методе БОС, знакомятся с приборами, учатся прикреплять датчики, обучаются этапам работы с программой, учатся приемам расслабления, осваивают технику навыка диафрагмально-релаксационного дыхания.

Основной курс:

1. Подготовка к освоению диафрагмально-релаксационного типа дыхания во время сеанса БОС, включает два практических занятия.

Задачи:

- освоить процесс диафрагмально-релаксационного типа дыхания под контролем тренажера БОС

- научиться делать выдох так, чтобы пульс снижался на выдохе.

2. Постановка диафрагмально-релаксационного типа дыхания. Включает четыре практических занятия.

Задачи:

- освоить и закрепить навык дыхания диафрагмой (животом);

- научиться уверенно снижать пульс на выдохе.

3. Формирование навыка диафрагмально-релаксационного типа дыхания. Включает четыре практических занятия.

Задачи:

- достичь гармонии работы сердца и дыхания;

- увеличить ДАС (показатель паспорта здоровья) до возрастной нормы или превысить ее;

- снизить частоту дыхания;

- научиться использовать приобретенный навык дыхания без сигналов обратной связи;

4. Закрепление навыка диафрагмально-релаксационного дыхания. Включает два практических занятия.

Задачи:

- закрепление полученного навыка диафрагмально-релаксационного типа дыхания;

- воспроизведение полученного навыка без приборов БОС.

Каждое практическое занятие имеет два периода: период работы (тренировки) и период отдыха. В периоды работы предъявляются звуковые и зрительные сигналы обратной связи, с помощью которых можно научиться правильно управлять своим дыханием и величиной ДАС. Зрительные сигналы обратной связи представлены в игровых сюжетах («столбик», «закрась забор», «раскрась картинку», «окно», «пчела»). Успешность результата зависит от правильности вдоха и выдоха.

В периоды отдыха сигналы обратной связи не предъявляются, то есть представляется возможность отдохнуть, расслабиться, переключить свое внимание. Для этого показываются тематические слайды («города мира», «животные», «рыбы», «природные явления», «пригороды Петербурга»), сопровождаемые приятной, спокойной музыкой.

Время периода работы постепенно увеличивается от 2-х до 4-х минут. Период отдыха от 1-ой до 2-х минут. Общее время сеанса также увеличивается постепенно от 10-ти до 24-х минут.

Курс оздоровительной дыхательной гимнастики по методу БОС состоит из 3-х теоретических и 12-ти практических занятий [5].

Таким образом, использование метода биологической обратной связи в работе над формированием диафрагмально-релаксационного типа дыхания имеет положительную динамику: дети, активно включаясь в процесс лечения и реабилитации, по сути оздоравливают сами себя.

Литература:

1. Белякова Л.И. , Дьякова Е.А. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогическихинститутов по специальности “Логопедия” — М.: В. Секачев, 1998. —— 304 с.: ил.
2. Макарцева Е.В. Использование метода биологической обратной связи в работе с детьми сзаиканием // Логопед.-2012. № 4 .-С. 6-7
3. Общие вопросы применения метода БОС. Сборник статей - СПб., 2007
4. Степанова Ю.Е., Степанова Г.М. Биологическая обратная связь в реабилитации пациентов снарушениями голосовой функции: Пособие для врачей. - СПб.. 2004. – 28 с.
5. https://festival.1september.ru/articles/312318/
6. http://biosvyaz.com/
7.http://nsportal.ru/shkola/korrektsionnaya-pedagogika/library/diafragmalno relaksacionnoe dyhanie-v-logopedicheskoy
8. http://www.homemed.ru/statyi/page440/index.html
9. http://www.biosvyaz.com/metodbos.php

Метод изографического моделирования в формирование слоговой структурыслова
Method of isographic modeling in formation of syllabic structure of the word

Закирова Л.Р.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

Решение проблем речи во всём её видовом разнообразии является актуальной темой в дошкольном возрасте. На сегодняшний день существует множество коррекционно-развивающих методов, с помощью которых можно регулировать процесс развития речи у детей.

В данной статье затрагивается вопрос, относящийся к проблеме овладения произношением слоговой структуры слова детьми, имеющими системное недоразвитие речи. Наиболее подробно эту тему осветили в своих работах Левина Р.Е. и Маркова А.К., Агранович З.Е., Бабина Г.В., ТкаченкоТ.А.

Среди разнообразных нарушений речи у детей дошкольного возраста одним из наиболее трудных для коррекции является такое особое проявление речевой

патологии, как нарушение слоговой структуры слов. Этот дефект речевого развития характеризуется трудностями в произношении слов сложного слогового состава (нарушение порядка слогов в слове, пропуски либо добавление новых слогов или звуков). Нарушение слоговой структуры слов обычно выявляется при логопедическом обследовании детей с общим недоразвитием речи, но оно может быть также и у детей, страдающих только фонетико-фонематическим недоразвитием. Как правило, диапазон данных нарушений широко варьируется: от незначительных трудностей произношения слов сложной слоговой структуры в условиях спонтанной речи до грубых нарушений при повторении ребенком двух- и трехсложных слов без стечения согласных даже с опорой на наглядность.

Коррекционная работа по преодолению нарушений слоговой структуры слов складывается из развития речеслухового восприятия и речедвигательных навыков. В коррекционной работе можно выделить два этапа:

— подготовительный (работа проводится на невербальном и вербальном материале; цель данного этапа — подготовить ребенка к усвоению ритмической структуры слов родного языка);

— собственно коррекционный (работа ведется на вербальном материале; цель этого этапа — непосредственная коррекция дефектов слоговой структуры слов у конкретного ребенка). [1]

Для более продуктивной работы над преодолением нарушений слоговой структуры слов на этом этапе мы предлагаем метод основанный на анализе изографических моделей.

Изографическое моделирование представляет собой синтез двух взаимодополняемых и взаимостимулируемых деятельностей дошкольного возраста – изобразительной и речевой. Суть его в использовании графических моделей – рисунков, предлагаемых педагогом или выполняемых самим ребенком. Синтез продуктивных видов деятельности, в частности рисования наглядной модели, усиливает качество логопедического воздействия, направленного на развитие речи.

Изографические модели (по другому их называют изографы) – это картинки, на которых слова нарисованы буквами, различным образом расположенные в пространстве и оптически похожие на предмет, в названии которого используются эти буквы.

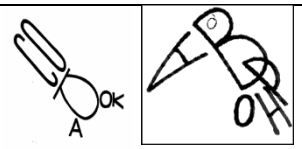
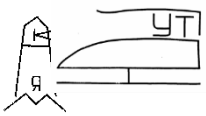
Проведенный нами анализ психолого-педагогической литературы показал, что методика работы с изографами включает в себя следующие этапы:

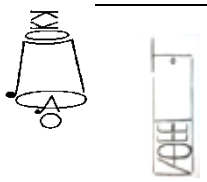
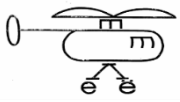
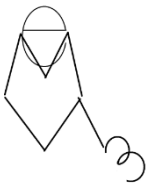
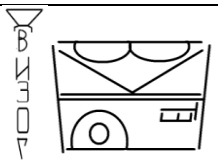
1. Рассматривание изографа и нахождение всех букв, "спрятанных" в нём.
2. Визуальное определение предмета, зашифрованного в изографе.
3. Составление слова.
4. Определение орфограммы в этом слове.
5. Выкладывание слова из букв разрезной азбуки.
6. Записывание слова - изографа в тетради.
7. Называние букв и звуков слова - изографа.
8. Определение гласных и согласных букв в слове-изографе.
9. Разделение слова - изографа на слоги.
10. Зарисовка слова - изографа в тетради.
11. Отстукивание ритма слова - изографа.
12. Придумывание предложения со словом изографом.
13. Выкладывание из крупы одного из слогов слова – изографа [3].

На основе методики работы с изографами Никифоровой Л. А. и формирования слоговой структуры слов Марковой А. К. нами разработан перспективный план коррекционной работы учителя-логопеда по формированию слоговой структуры слова у детей дошкольного возраста с использованием изографического моделирования.

Таблица №1

Перспективный план коррекционной работы учителя-логопеда по формированию слоговой структуры слова у детей старшего дошкольного возраста

Этапы	Типы слоговых структур слова	Слова	Изографы
I.	двусложные слова из открытых слогов	Часы, усы	
	трёхсложные слова из открытых слогов	Ворона, сорока	
	односложные слова	Дом, гусь	
II.	двусложные слова с одним закрытым слогом	Маяк, утюг	
	двусложные слова со стечением согласных в середине слова	Лампа, сумка	
	двусложные слова с закрытым слогом и стечением согласных	Кактус	

III.	трёхсложные слова с закрытым слогом	Телефон, колокол	
	трёхсложные слова со стечением согласных	Слониха, яблоко	
	трёхсложные слова со стечением согласных и закрытым слогом	Вертолет	
IV.	односложные слова со стечением согласных в начале слова	Змей	
	односложные слова со стечением согласных в конце слова	Зонт	
	двусложные слова с двумя стечениями согласных	Конверт, гвозди	
	четырёхсложные слова из открытых слогов	Парашюты	

Предполагается, что ребенок, получив навыки точного воспроизведения слоговой структуры слова, будет использовать в самостоятельной речи.

Данный план коррекционной работы по формированию звуко-слоговой структуры слова с применением изографических моделей может быть использован логопедами, педагогами на занятиях по развитию речи в старших и подготовительных группах, с целью воспитания правильной речи у детей.

Конкретные виды упражнений логопед будет выбирать самостоятельно в зависимости от уровня речевого и интеллектуального развития ребенка, его возраста и вида речевой патологии. Параллельно с работой по совершенствованию слоговой структуры слов необходимо работать над звуконаполняемостью слов и коррекцией звукопроизношения, так как все это — решающие факторы в фонетически правильном формировании у ребенка слова.

Как показали исследования Г. М.Ляминой, со стороны взрослого требуется от 70 до 90 повторений нового слова, прежде чем у ребенка закрепится самостоятельное употребление этого слова. Естественно предположить, что ребенок с недоразвитием речи на первом этапе обучения нуждается в большем числе повторений. Поэтому работа по коррекции слоговой структуры слов должна вестись длительно, систематизированно, по принципу от простого к сложному, с учетом ведущего вида деятельности детей (занятия в игровой форме) и с применением наглядности. [1]

Сформированные звуко-слоговая структура слов и процессы анализа и синтеза прослужат профилактикой таких нарушений как дисграфия и дислексия.

Литература:

1. Агранович З.Е. Логопедическая работа по преодолению нарушений слоговой структурыслов у детей. — Спб.: Детство-Пресс, 2001. – 48 с
2. Маркова А.К. Особенности усвоения слоговой структуры слова у детей, страдающихалалией // Школа для детей с тяжелыми наружениями речи / Под ред. Р.Е. Левиной. - М., 1961. - С. 59-70
3. Никифорова Л.А. Воспитание правильной речи у детей младшего школьного Возрастасредствами изографов.

Коррекция межличностных взаимоотношений у детей с ОНР дошкольноговозрастаметодомсказкотерапии
Correction of interpersonal relationships in children with General speech underdevelopment of pre-school age with the help of fairy tale therapy

Залялетдинова А.Д.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н. ст. преподавательИ.А.Дмитриева

Дошкольный возраст является периодом становления личности, формирования мотивов и желаний ребенка в одну систему, иерархию. Ведущей потребностью ребенка в младшем и среднем дошкольном возрасте становится потребность в уважении, наряду с действующими потребностями в доброжелательном внимании и сотрудничестве [2]. Внимание дошкольников на этом этапе развития общения привлекают уже не столько предметы окружающей среды, сколько люди и сами человеческие отношения. Психика 6-7-летнего ребенка отличается повышенной восприимчивостью к окружающим его взрослым, ко всему, что помогает ему формировать свое отношение к жизни.

Внеситуативно-личностное общение способствует, во-первых, выработке моральных и нравственных ценностей, правил поведения и следованию им, во-вторых, оно учит ребенка видеть себя со стороны, что является необходимым условием сознательной регуляции собственного поведения и, в-третьих, оно учит его различать между собой социальные роли и выбирать по отношению к ним адекватное поведение [1]. Главный результат этого этапа - становление системы мотивов, которая помогает дошкольнику овладевать произвольным поведением, появление внутреннего единства личности [7].

У детей с общим недоразвитием речи отмечаются трудности общения со сверстниками, невозможность установления длительных коммуникативных контактов, некоммуникабельность, негативизм, раздражительность [8].

Анализ современной логопедической литературы Ю.Ф.Гаркуши, О.Е.Грибовой, Б.М.Гриншпун, Н.С. Жуковой, Р.Е. Левиной, Е.М. Мастюковой показывают, что речевая деятельность, а в следствии и коммуникация детей с нарушением речи многообразна, имеются характерные особенности.

Обращаясь к вопросу непосредственно о специфики средств общения детей данной категории, исследователи выделяют ограниченность доступных ребенку языковых средств, своеобразие трудностей, возникающие при переходе к слову как средству общения [4]. Недоразвитие речевых средств приводит к снижению уровня общения, к нежеланию общаться вербальными средствами, к проявлению специфических психологических особенностей, а именно, робости, стеснительности, нерешительности, раздражительности, невозможности установления длительных коммуникативных контактов.

Выявление нарушений звеньев в схеме коммуникации этих детей отражает несколько точек зрения. Так, В.К. Воробьев указывает на наличие нарушения процесса внутреннего планирования в сочетании с невозможностью удержания и перевода внутренней схемы во внешнюю речь.

Т.Б. Филичева и Г.В. Чиркина выделяют не овладение операциями анализа и синтеза, сравнения и обобщения в речевом развитии. По мнению С.Н. Шаховской, общее недоразвитие речи представляет собой совокупность нарушений, проявляющееся на всех уровнях организации языка и речи [9].

Одной из эффективных методов в помощи детям в коррекции межличностных взаимодействий явилось создание метода сказкотерапии.

Сказкотерапия – это направление практической психологии, использующие ресурсы сказки или сказочной истории для воспитания, образования, развития личности ребенка и личностных ценностей [3].

Метод сказкотерапии позволяет обратиться к внутреннему миру ребенка, помогает понять его и найти пути к решению проблем. Дети учатся общаться друг с другом, развивается коммуникативность, творческие способности, познавательная активность, речь [5].

Целью данной работы является исследование эффективности метода сказкотерапии в качестве средства коррекции межличностных взаимоотношений у детей с ОНР дошкольного возраста.

Исследование проводилось в Казанском МАДОУ комбинированного вида № 376 Московского района. В круг исследования было включено 14 человек, из них 8 мальчиков и 6 девочек.

Методика изучения включала в себя выявление особенностей коммуникативных навыков у дошкольников с общим недоразвитием речи; их выявление эмоционально-личностных отношений друг к другу.

В ходе исследования были применены следующие методы и методики: метод наблюдения, сравнение, метод социометрии.

Исследование состояло из двух основных этапов:

1. Диагностический
2. Коррекционно-развивающий

На диагностическом этапе был применен метод наблюдения. Результаты наблюдения показали, что большинство из детей недостаточно общительны, замкнуты, не заинтересованы в контактах, не умеют ориентироваться в ситуации общения, не проявляют интереса к совместным занятиям, не слышат друг друга.

На втором, коррекционно – развивающем этапе нами был разработан тренинг, целью которого является коррекция межличностных отношений детей в группе. Тренинг состоял из 5 занятий длительностью по 30 минут. Включал в себя следующие методики:

- методики «Секрет», «Два домика»
- сказка «Репка»
- методика «Волшебная страна» [6], [10].

Содержание тренинга коррекции межличностных отношений представлено в таблице №1.

Таблица 1

Содержание программы тренинга коррекции межличностных отношений у детей старшего дошкольного возраста с нарушением речи

№	Цели и задачи занятия	Тема, используемые упражнения и задания	Итоги занятия, планируемые результаты
1	Сплотить и раскрепостить участников тренинга	Знакомство. Игра – упражнение «Круг знакомств», «Снежный ком»	Развитие внимания, интонации, мимики. Сплочение группы и знакомство с каждым из ребят.
2	Изучение отношений детей друг к другу	Игра – беседа. Методика «Секрет», «Два домика»	Социометрическая обработка данных. Подсчет числа выбранного каждого члена группы.
3	Сплочение участников тренинга, активизация внутригруппового взаимодействия.Вхождение детей в сказку: распределение между ними ролей и проигрывание сюжета	Прочтение и проигрывание сказки «Репка»	По окончанию тренинга провести анализ и беседу о важности участия каждого из них в процессе достижения общей цели по сплочению группы

4	Снятие физического напряжения, стимулирование спонтанности в выражении актуального эмоционального состояния.	Методика «Волшебная страна»	Выбор ролей каждым из участников группы, импровизация содержания сказки и ее проигрывание в процессе рисования волшебного леса на ватмане.
5	Вторичное проведение методики – социометрии для сравнения результатов	Методика «Два домика»	Выбор каждым участником тренинга детей. Подсчет числа выбранного каждого члена группы.

Наблюдение проводилось за детьми во время тренинга и в игре. В ходе исследования, до проведения тренинга, были подтверждены сложности в речевой коммуникации, не желание общаться со многими ребятами из группы, негативизм и безразличие по отношению к ним.

Сравнительный анализ показал эффективность проведенных тренингов. Так, в начале, результаты социометрии «Два домика» показали небольшую выборку - от двух до четырех детей. Многим детям тяжело было выбрать ребят из своей группы, вместо этого они ограничивались выбором из своих игрушек, с которыми они играли, некоторые выбирали одного из родителя. При выборе отмечается негативизм по отношению к некоторым ребятам из своей группы.

После проведения тренинга с использованием проигрывания сказки «Репка» и «Волшебная страна» вторична была проведена социометрия «Два домика». Полученные результаты показали уровень изменения внутрисистемных отношений в группе, их прогресса в отношениях и в общении друг с другом.

Таким образом, с помощью метода наблюдения и социометрии удалось доказать эффективность использования сказкотерапии в качестве средства коррекции межличностных взаимоотношений у детей с ОНР дошкольного возраста.

Литература:

1. Алтунина И.Р. Мотивы и мотивации социального поведения детей: теории развития мотивов и мотивации социального поведения: Монография: учебно-методическое пособие/ Москва, - 2005.
2. Белкин А.С. Основы возрастной педагогики. Учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений. – М. Академия, 2000, - 192 с.
3. Вачков И.В. Сказкотерапия. Развитие самосознания через психологическую сказку. – М.: Ось- 89, 2007. -144 с.
4. Запорожец А.В., Лисина М.И. Развитие общения у дошкольников. М.1974.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Формы и методы работы со сказками. - СПб.: Речь, 2008. – 240 с.
6. Зинкевич-Евстегнеева Т.Д. Мастер сказок. 50 сюжетов в помощь размышления о жизни, людях и себе для взрослых и детей старше 7 лет. - СПб.: Речь. 2012. - 220 с.
7. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы, - СПб.: Питер, - 2000, - 512 с. - 226 с.
8. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. М.1991 г.

9. Мухина В.С. Психологические особенности детей преддошкольного и дошкольного возраста || Возрастная и педагогическая психология (Под редакцией Петровского А.В.) М.1973 г.
10. Шорохова О.А. – Играем в сказку. Сказкотерапия и занятия по развитию связной речи дошкольников.

Использование приемов арт - терапии в коррекции заикания
Using the techniques of art therapy in stuttering coreection

Ильина С.Д.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – асс.А.Т.Файзрахманова

Одним из сложных речевых расстройств является заикание. По статистике заикание у детей наблюдается в 2% случаев и 1,5% - у взрослых. Причем среди них мальчики страдают заиканием в три раза чаще, чем девочки, примерно такой же процент и среди взрослых – среди мужчин эта проблема распространена в несколько раз больше, чем среди женщин. [6]

Заикание - это нарушение темпо - ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Многие авторы с давних пор занимаются изучением причин и механизмов заикания. Рассмотрев их точки зрения на проблему, можно сделать вывод, что механизмы возникновения заикания неоднородны. Но, в любом случае, необходимо учитывать нарушения физиологического и психологического характера. Заикание развивается либо на фоне выраженного органического поражения головного мозга, либо на фоне минимальной мозговой дисфункции. От этого зависит степень тяжести проявления дефекта, его стойкость, а также выбор методов и приемов для его коррекции. [3]

К преодолению заикания, во – первых, необходим комплексный подход, который включает: медикаментозное лечение, психотерапию, логопедические занятия.

В комплексном подходе логопед ставит перед собой цель - найти приемы, способы, средства, которые смогли бы перевести зачатки свободной речи у заикающихся из области узких, в обстановку естественного общения с окружающими людьми. Комплексное воздействие дает возможность улучшить коммуникативную функцию речи, научить ребенка приемам саморегуляции в трудных речевых ситуациях.

При поступлении в школу у детей наблюдается усиление заикания, появившегося еще в дошкольном возрасте. Постоянные волнения, преобладание возбуждения над торможением, двигательное беспокойство мешают сосредоточиться на восприятии материала и выполнении заданий на уроках, на предмете разговора с собеседниками. Такие дети неточно формулируют свои мысли, говорят отрывисто, усеченными фразами, многократно повторяя лишние слова и слоги. У них часто нарушается эмоционально-волевая сфера. Они становятся плаксивыми,

раздражительными, а иногда и агрессивными. Частая смена настроений, неуверенность, страх речи усугубляется неадекватным отношением к себе окружающих. Заикающиеся замыкаются в себе, избегают речевого общения. Как известно, главным условием естественной речи являются спокойное состояние нервной системы и мышечная расслабленность. И поскольку заикание – это расстройство не только речи, но и нервной системы, то при его устранении необходимо научить детей освобождаться от мышечного и нервного напряжения. [2]

Во – вторых, внимание следует уделять личностным и психологическим особенностям детей. В которые входят такие особенности психики, как: робость и смущение в присутствии людей, чрезмерная впечатлительность, яркость фантазий, усиливающая заикание, относительная слабость воли, разнообразные психологические уловки для устранения или снижения заикания, также боязнь говорить в присутствии определенных людей или в обществе, которое называется логофобия , то есть избегание речи, боязнь речевых ситуаций.

В связи с этим возникает необходимость использования приемов арт – терапии, которые являются эффективными методами в коррекции заикания.

Занимаясь творчеством, ребенок дает выход своим чувствам, желаниям, мечтам. Он постигает окружающую действительность, свои возможности, моделирует взаимоотношения и выражает различного рода эмоции, в том числе и отрицательные, негативные. Поэтому методы арт - терапии в коррекции заикания используются для снятия психологического напряжения, стрессовых состояний.

Арт – терапия (от англ. Art - искусство; therapy-терапия, лечение, уход, забота) – это метод психотерапии, использующий для лечения и коррекции художественные приемы и творчество, такие как рисование, лепка, музыка, фотография, кинофильмы, актерское мастерство, создание историй и многое другое. [4]

Первые попытки использовать в работе с детьми изобразительные приемы в качестве психотерапевтического и психокоррекционного инструмента имели место еще в первой половине XIX века.

Специалисты, работающие в этой области, не склонны считать, что используемые ими формы изобразительной работы ребенка имеют отношение к его «лечению». Они предпочитают пользоваться терминами «эмоциональное воспитание», «эмоциональное образование», «развитие творческого начала» и т. д., как более точно отражающими направленность их деятельности. Художественное самовыражение детей в тех формах, которые используются «педагогическим» направлением , так или иначе обращено к укреплению психического здоровья ребенка, а потому может рассматриваться как весомый психокоррекционный фактор. Это помогает ребенку справиться со своими психологическими проблемами, восстановить эмоциональное равновесие. По рисунку ребенка можно судить об уровне его интеллектуального развития и степени психической зрелости. [3]

Также с заикающимися используются такие приемы, как лепка из пластилина, глины и любой тягучей массы, сохраняющей форму. Все эти спокойные игры нормализуют нервную систему ребенка, а также развивают и обогащают малыша.

Успокаивают и снимают напряжение нервной системы ребенка игры с водой и песком.

Используя на занятии приемы арт- терапии следует учитывать живость и богатство детской фантазии. Немаловажна и ролевая пластичность ребенка, его естественная склонность к игровой деятельности. Всем этим можно пользоваться, создавая на занятиях особую атмосферу игры и творчества и, подбирая вместе с

детьми, соответствующие сюжеты и темы. Целесообразно придумывать различные спектакли, в которых ребенок играет роль самостоятельного, большого, храброго человека. При этом можно использовать маски различных животных и сказочных персонажей. Такие мини- спектакли используются в технике игровой терапии, где снимается нервное напряжение у ребенка и его страхи. Раскрывая свои творческие замыслы ребенок испытывает состояние покоя и мышечное расслабление, это приводит к естественной раскованности при свободном речевом общении. [1]

Для снижения судорожности у заикающихся детей также эффективно использовать песенки - попевки, что способствует отработке наиболее трудных моторно-произносимых звуков. Такие понятия, как интонация, ритм, паузы являются общими для речи и музыки. Пение связано с напевностью разговорной речи, и богатством связей между интонацией и ритмикой языка. Оно является самым доступным и любимым видом музыкальной деятельности детей, вызывает положительные эмоции, нормализует мышечный тонус. При пении симптомы заикания, судорожные спазмы постепенно исчезают. Именно оно обладает всеми необходимыми свойствами: протяженностью, ритмичностью, слитностью. Используя эти три главные особенности пения речь заикающихся постепенно приближается к необычной, медленной, слегка напевной речи, через ускорение ритма и сокращение протяженности гласных звуков. Через систему вокальных упражнений ребенок постепенно освобождается от судорожности в речи, что создает предпосылки исчезновения страха речи, формируется уверенность в своих силах. [5]

Таким образом, использование приемов арт- терапии помогает ребенку в дальнейшем тем, что дети постепенно осваивают технику правильной речи, у них появляется свободное речевое дыхание, не напряженная артикуляция, спокойный темп речи, умение говорить ритмично, с паузами, а также формируются навыки произвольного и самовнушения. Благодаря этому становится возможным общение в более сложной психологической обстановке. Повышается самооценка ребенка, что является важным этапом на пути осознания им своего внутреннего мира.

Литература:

1. Поварова И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах. - СПб.: Питер, 2004.
2. Файзрахманова А.Т. Использование приемов психокоррекции при устранении заикания у детей//Инновационные формы и технологии в комплексном сопровождении детей с отклонениями вразвитии: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участиемстудентов, аспирантов и молодых ученых (Казань, 13-15 ноября 2013 г.)/ сост.: А.А.Твардовская.Казань: Казан.ун-т, 2013.- 216 с
3. Ястребова А. В. Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы: Пособие для учителей-логопедов.- М.: Просвещение, 1980. - 104 с
4. http://logoportal.ru/art-terapiya-v-korrektsii-zaikaniya/.html
5. http://www.baby.ru/company/moscow/magazin/45629/blog/post/1182581
6. http://correctdiagnosis.ru/zaikanie/32-terapiya-zaikaniya.html
7.http://ladyvenus.ru/articles/zdorove-i-dolgoletie/prakticheskaya-psikhologiya/samye-effektivnye-sposoby lecheniya-ot-zai

К проблеме формирования предпосылок речевого высказывания у младших дошкольников с общим недоразвитием речи средствами изобразительнойдеятельности

Problem of background for the speech utterance of younger preschool children with the general speech delay by using graphic activity

Карпович И.А.,
аспирант кафедры логопедии учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка»
Республика Беларусь, г. Минск
Научный руководитель – к. пед. н., доцент Н.Н. Баль

Формирование предпосылок речевого высказывания у детей с общим недоразвитием речи является приоритетной задачей на начальных этапах логопедической работы, так как именно в младшем дошкольном возрасте закладывается так называемый базис для последующего полноценного овладения средствами общения. Успешность формирования психофизиологических, когнитивных, речевых и эмоционально-личностных предпосылок речевого высказывания находится в прямой зависимости от организации неречевой предметной деятельности ребёнка, развития его чувственного, а также от речевого взаимодействия с ним взрослого.

Начало периода становления указанных предпосылок совпадает с наступлением одного из возрастных кризисов развития, который сопровождается кардинальной перестройкой сложившихся личностных новообразований ребенка и переходом к новому типу взаимоотношений с окружающими. Характерными особенностями этого возраста являются упрямство, непослушание, строптивость, негативизм.

Недоразвитие основных компонентов речевой системы – фонетико-фонематического, лексическо-грамматического, просодического – обусловливает специфичность протекания указанного этапа развития у детей с общим недоразвитием речи. Неполноценная речевая деятельность детей данной категориинегативно влияет на все стороны формирующейся личности ребенка: затрудняется развитие познавательной деятельности, нарушаются все формы общения и межличностного взаимодействия. К неречевым проявлениям, характерным для детей данной категории, относятся снижение уровня развития вербального интеллекта, недостаточная концентрация, объем и быстрая истощаемость внимания, выраженное отставание в развитии произвольной памяти, слабая регуляция произвольной деятельности, двигательная неполноценность, а также эмоциональная незрелость (И.Т. Власенко, Ю.Ф. Гаркуша, Н.С. Жукова, Р.И. Лалаева, Р.Е. Левина, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова, О.Г.Приходько, Е.Ф. Соботович, О.Н. Усанова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и др.). Наличие у детей вторичных отклонений создает дополнительные затруднения в овладении связной речью.

Клинико-психолого-педагогические исследования констатируют, что группа детей с общим недоразвитием речи крайне неоднородна не только по степени выраженности речевого дефекта, но и по его структуре и механизмам его возникновения. В связи с этим особую значимость приобретает изучение формирования предпосылок речевого высказывания у младших дошкольников с

общим недоразвитием речи, т.е. исследование условий, при которых происходит формирование и дальнейшее развитие речевого высказывания.

Несмотря на достаточную разработанность проблемы коррекции речевого недоразвития (Л.С. Волкова, Н.С. Жукова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова, О.С. Орлова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, С. И. Шаховская, А.В. Ястребова и др.) особую значимость приобретает необходимость совершенствования и дополнения существующих методик новым содержанием, а также разработка принципиально новых подходов. Государственной программой развития специального образования в Республике Беларусь на 2012-2016 годы определена цель совершенствования системы специального образования, повышения его качества и доступности для лиц с особенностями психофизического развития (в том числе – с нарушениями речи), а одной из приоритетных задач – разработка программно-методического обеспечения с учетом потребностей и возможностей детей. Внедрение в образовательную практику современных научно-методических разработок позволит повысить качество специального образования в целом.

Изобразительная деятельность как средство коррекционно-развивающей работы занимает особое место, поскольку является одной из форм усвоения ребенком социального опыта. Выступая в качестве специфического образного инструмента познания действительности, изобразительная деятельность имеет огромное значение для умственного, и, в частности, речевого развития. Ее конкретно-практический характер создает благоприятные условия и для мобилизации потенциальных возможностей детей, что обеспечивает эффективность коррекционной работы на всех возрастных этапах.

В последнее время изобразительная деятельность как ведущий вид деятельности дошкольников (наряду с игрой) все больше привлекает к себе внимание специалистов в области коррекционной педагогики и психологии (Г.М. Галактионова [1], А.В. Киселева [5], Г.В. Кузнецова [6], Е.А. Шилова [8] и др.). Результаты их научно-исследовательских работ активно внедряются в современную образовательную практику. Так, коррекционные возможности изобразительной деятельности успешно используются в работе по формированию образов предметов, творческого воображения, развитию движений рук и речи при интеллектуальной недостаточности, а также нарушениях функций различных анализаторов (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического).

Однако в работе с детьми с речевыми нарушениями недостаточно внимания уделяется изобразительной деятельности как важнейшему коррекционному средству. Можно отметить лишь единичные работы по данной проблеме, в частности методику коррекции оптических и моторных нарушений письма у младших школьников с использованием изобразительных средств (Т.В. Астахова), педагогическую технологию формирования произвольной регуляции речевой деятельности дошкольников с заиканием в процессе рисования (Е.Г. Карасева). Результаты проводимых исследований подтверждают положительное влияние данной продуктивной деятельности при коррекции заикания и нарушений письменной речи у детей.

Наблюдения за процессом изобразительной деятельности детей показывают, что создание рисунка ребенок, как правило, сопровождает речью. Следует особо отметить, что действия детей, сопровождаемые речью, становятся более совершенными, осмысленными, целенаправленными, регулируемыми и ритмичными. Также установлено, что речевое сопровождение ребенком процесса рисования

коррелирует с уровнем умственного развития ребенка (Е.А. Екжанова [2]; А.Н. Орлова [7]). Проговаривание своих действий и намерений во время рисования позволяет ребенку понимать и выделять качества изображаемого; планируя свои действия, учиться устанавливать их последовательность. Важно и то обстоятельство, что ребенок в продуктивной деятельности опирается одновременно на несколько анализаторов (тактильное, зрительное, слуховое восприятие), что также оказывает положительное влияние на развитие речи. Из сказанного следует, что изобразительная и речевая деятельность не изолированы друг от друга, а тесно взаимосвязаны [3, с. 45-46].

Овладение рисованием есть овладение знаковой деятельностью, которая включает в себя усвоение функций знака как обозначения и сообщения, что позволяет дополнять графическое сообщение вербальным. Продукты изобразительной деятельности можно рассматривать как тексты, несущие определенное сообщение. Это реализация коммуникативной функции: на разных возрастных ступенях ребенок использует различные изобразительные средства с постепенным освоением функций: обозначения, изображения, раскрытия реальности и выражения эмоционально-оценочного отношения к ней [4, с. 190].

Проявляемое ребенком творчество активизирует процесс обучения: развивающиеся в процессе изобразительной деятельности самостоятельность и активность побуждают детей осваивать знания, умения, навыки, формируют у них способность к самообучению и саморазвитию.

Исходя из вышесказанного, можно предположить, что включение в коррекционные занятия элементов изобразительной деятельности будет способствовать формированию предпосылок речевого высказывания у детей младшего дошкольного возраста: когнитивных, психофизиологических, эмоционально-личностных, речевых. В процессе рисования происходит развитие всех высших психических функций, сенсо-моторных навыков, обогащается эмоциональный опыт, формируются мотивационно-регуляторные процессы.

Таким образом, проблема формирования предпосылок речевого высказывания младших дошкольников с общим недоразвитием речи требует разработки и реализации на практике специальных коррекционных подходов, учитывающих как выраженную речевую патологию, так и недоразвитие личностной и познавательной сфер. В качестве одного из эффективных средств, направленных на решение данной задачи, может выступать изобразительная деятельность, использование которой не должно оставаться прерогативой только психологов, психотерапевтов, воспитателей. Особо следует подчеркнуть, что возможности практического применения средств изобразительной деятельности в логопедической работе достаточно широки и требуют дальнейшего изучения с целью повышения эффективности коррекционного воздействия. Следовательно, проблема использования изобразительной деятельности как средства формирования психофизиологических, когнитивных, речевых и эмоционально-личностных предпосылок речевого высказывания у младших дошкольников с общим недоразвитием речи представляется актуальной и требующей дальнейшего исследования.

Литература:

1. Галактионова Г.М. Коррекционная направленность изобразительной деятельности на формирование образов предметов у дошкольников с нарушением зрения: дис. … канд. пед. наук: 13.00.03. – СПб., 2009. – 177 с.

2. Екжанова Е.А. Изобразительная деятельность в системе воспитания и обучения дошкольников с умственной недостаточностью (умственно отсталые дети и дети с задержкой психического развития): дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.03. – М., 2003. – 372 с.
3. Запуниди А.А. Роль изобразительной деятельности в развитии функции речи у детей дошкольного возраста: дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.13. –М., 2013. – 175 с.
4. Карнаухова Я. Б. Развитие изобразительной и речевой знаково-символических систем в детском возрасте: сопоставительный анализ // Вестник Томского государственного педагогического университета. – Томск, 2011. – Вып. 6. – С. 188-194.
5. Киселева А. В. Формирование творческого воображения в процессе обучения изобразительной деятельности учащихся с нарушением слуха: дис. … канд. пед. наук: 13.00.03. – Минск, 2012. – 139 с.
6. Кузнецова Г. В. Изобразительная деятельность как средство коррекции движений руки у детей дошкольного возраста, страдающих различными формами детского церебрального паралича: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. – М., 2000. – 162 с.
7. Орлова А. Н. Использование графического метода в скрининг-диагностике психического развития детей старшего дошкольного возраста: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. – М., 2000. – 244 с.
8. Шилова Е. А. Развитие речи у учащихся младших классов вспомогательной школы на уроках изобразительного искусства: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.0. – Москва, 1996. – 183 с.

Формирование пространственных понятий у детей 6-7 лет с общим недоразвитием речи средствами мультимедийных презентаций
Formation of spatial concepts of children of 6-7 years old with general speech underdevelopment with the help of multimedia presentations

Ладейко В.Д.,
магистрант кафедры логопедии
Учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка»
Беларусь, г. Минск
Научный руководитель – к. пед. н., доцент Н.В.Дроздова

Наряду с традиционными методиками логопедической работы с детьми с ОНР существуют и дополнительные средства развития, воспитания и обучения детей данной категории. Речь идет об использовании компьютерных технологий.Как отмечают Р.Ф. Абдеев, В.П. Беспалько, Т.И. Визова, Ю.Ф. Гаркуша, О.И. Кукушкина и др., применение компьютерных технологий в логопедической работе позволяет оптимизировать педагогический процесс, значительно повысить эффективность обучения детей с ОНР. Одним из актуальных направлений внедрения информационных технологий в работу учителя-логопеда является использование мультимедийных презентаций.

С целью выявления отношения учителей-логопедов к использованию мультимедийной презентации в логопедической работе с детьми с ОНР проводилось

анкетирование [3]. Большинство учителей-логопедов считают, что основными задачами использования компьютерных технологий на логопедических занятиях являются: повышение мотивации у детей с ОНР; оптимизация коррекционно-педагогической работы; развлекательная минутка на логопедических занятиях.74% учителей-логопедов считают, что дети 6-7 лет с ОНР испытывают трудности в усвоении понятий. Сложнее всего у детей формируются пространственные и временные понятия.

48% учителей-логопедов утверждают, что есть необходимость использования мультимедийных презентаций в работе по формированию пространственных понятий у детей с ОНР, 27% опрошенных не видят необходимости использовать мультимедийные презентации.

Использовать готовые мультимедийные презентации для формирования пространственных понятий у детей с ОНР хотят 75% учителей-логопедов, 18% опрошенных не желают использовать презентации и объясняют это тем, что нет оборудования для этого, а также некоторые считают, что при использовании готовых презентаций не соблюдается принцип индивидуального подхода к работе с детьми с ОНР.

77% учителей-логопедов испытывают потребность научиться самостоятельно создавать мультимедийные презентации и использовать их на логопедических занятиях, 23% опрошенных не желают самостоятельно создавать презентации из-за отсутствия условий, а также считают, что создавать мультимедийные презентации должны другие специалисты.

Эффективность применения компьютерной презентации зависит от профессиональной компетенции учителя-логопеда, умения использовать новые возможности, включать информационные компьютерные технологии в коррекционно-педагогическую работу с детьми с ОНР, создавая большую мотивацию и психологический комфорт, а также предоставляя ребенку свободу выбора форм и средств деятельности.

Обозначим психолого-педагогические аспекты использования учителем-логопедом мультимедийной презентации в коррекционно-педагогической работе.

- *Мотивационный аспект* – создание условий для максимального учета индивидуальных возможностей и запросов детей, широкого выбора содержания, форм, темпа и уровня подготовки, раскрытия творческого потенциала детей.
- *Содержательный аспект* – дополнение традиционных методик логопедической работы теми элементами, которые они реализовать не могут (с помощью мультимедийной презентации можно работать с наглядными моделями труднообъяснимых процессов, например, показ действий, которые выражаются глаголами, сопровождение действий звуками, выделение цветом, уменьшение/увеличение размера объекта на экране и т.д.).
- *Учебно-методический аспект* – обеспечение учебно-методического сопровождения логопедической работы. Мультимедийную презентацию можно применять при подготовке к занятию, непосредственно на занятии (при объяснении нового материала, для закрепления усвоенных знаний, в процессе контроля знаний) и т.д.
- *Организационный аспект* – использование мультимедийной презентации в групповой и индивидуальной работе.
- *Контрольно-оценочный аспект* – осуществление с помощью мультимедийной презентации различных видов контроля.

Необходимо отметить, что использование мультимедийной презентации в коррекционно-педагогической работе значительно влияет на формы и методы представления наглядного материала, характер взаимодействия между детьми и учителем-логопедом, соответственно, на методику проведения занятий в целом. Вместе с тем, мультимедийная презентация не заменяет традиционные методики логопедической работы, а значительно повышает их эффективность. Главное для учителя-логопеда – найти соответствующее место мультимедийной презентации в коррекционно-педагогической работе, то есть применять там, где она более необходима, чем традиционные методики.

При использовании мультимедийной презентации по формированию пространственных понятий у детей 6-7 лет с ОНР следует учитывать основные принципы.

✓ *Принцип индивидуального и дифференцированного подхода* подразумевает учёт «зоны ближайшего развития» (по Л.С. Выготскому). Мультимедийная презентация может включать разноуровневые задания, создавая ситуацию успеха у детей с разными речевыми возможностями.

✓ *Принцип системности и комплексности* предполагает формирование лексико-грамматической и фонетико-фонематической стороны речи, а также одновременное развитие других психических процессов.

✓ *Принцип наглядности и доступности* предполагает включение в мультимедийную презентацию речевого и картинного материала, который будет оптимальным для восприятия ребенка, а также дает возможность ребенку наглядно увидеть результаты своей деятельности.

✓ *Принцип поэтапного и последовательного формирования речевой функции.* Предполагает построение коррекционно-педагогической работы от простого к сложному.

✓ *Патогенетический принцип* (принцип учёта механизмов данного нарушения) предусматривает формирование тех психических функций, недостаточность которых лежит в основе того или иного нарушения речи.

✓ *Принцип деятельностного подхода* предполагает активную позицию ребёнка в получении знаний. Презентация открывает большие возможности для формирования навыка самоконтроля, позволяют устанавливать обратную связь на каждом этапе занятия, дает возможность детям оценивать результаты своей деятельности [1].

Логопедическое занятие по формированию пространственных понятий у детей 6-7 лет с использованием мультимедийной презентации включает несколько этапов.

1) Этап подготовки к занятию:

– анализ электронных информационных ресурсов,

– отбор необходимого материала по теме,

– структурирование и оформление собранного материала.

2) Этап проведения занятия:

– учитель-логопед проводит беседу, в процессе которой может вводить новые пространственные понятия, определять готовность детей к работе с мультимедийной презентацией и т.д.;

– на данном этапе учитель-логопед становится организатором работы детей с мультимедийной презентацией, стимулирует и поощряет самостоятельную работу детей;

– работа детей с различным дидактическим материалом; продолжение работы по формированию и закреплению умений полученных на занятии (без компьютера).

3) Подведение итогов учебного занятия.

Проведение логопедического занятия с использованием мультимедийной презентации имеет ряд особенностей:

– *адаптивность* – «подстраивание» компьютера к индивидуальным особенностям ребенка;

– *управляемость* – в любой момент возможна коррекция учителем-логопедом коррекционно-педагогического процесса;

– *интерактивность и диалоговый характер обучения* – мультимедийная презентация позволяет вступать в диалог с детьми и получать обратную связь;

– *оптимальное сочетание* индивидуальной и групповой форм работы;

– поддержание у ученика состояния *психологического комфорта* при работе с компьютером.

Формирование пространственных понятий с использованием мультимедийной презентации целесообразно проводить на коррекционных занятиях в рамках лексических тем, определенных в программе «Воспитание и обучение детей с тяжелыми нарушениями речи» [2]. Приведем примеры заданий, которые может содержать мультимедийная презентация по формированию понятий «слева внизу», «рядом», «между».

Лексическая тема: «Дом и его части».

Задание «Дома»

Цель: формировать понятие «слева внизу».

Инструкция: «Помоги мальчику найти дом слева внизу».

На экране монитора изображено 4 дома и мальчик. Если ребенок выбирает дом слева внизу, то на экране монитора появляется поощрение. Если ребенок выбирает другой дом, то появляется слайд-подсказка, где изображение дома слева внизу изменяет свой цвет и мальчик подходит к этому дому, указывая тем самым на правильный ответ. В случае если первоначальный ответ ребенка неверен и ему потребовалась подсказка, ему предлагается дополнительное задание для закрепления.

Дополнительное задание «Дома».

Цель: формировать понятие «справа вверху».

Инструкция: «Помоги мальчику найти дом справа вверху».

После выбора правильного ответа на экране монитора появляется поощрение.

Задание «Фонарь»

Цель: формировать понятие «рядом».

Инструкция: «Найди картинку, на которой дом стоит рядом с фонарем».

На экране монитора изображено 3 картинки с изображением дома и фонаря. На первой картинке дом стоит рядом с фонарем, на второй – дом перед фонарем, на третьей – дом за фонарем. Если ребенок выбирает дом, который стоит рядом с фонарем, то на экране монитора появляется поощрение. Если ребенок выбирает другой дом, то появляется слайд, где фонарь, который стоит рядом с домом выделяется линией.

Дополнительное задание «Скамейка».

Цель: формировать понятие «рядом».

Инструкция: «Найди картинку, на которой дом стоит рядом со скамейкой».

После выбора правильного ответа на экране монитора появляется поощрение.

Задание «Найди картинку»

Цель: формировать понятие «между».

Инструкция: «Найди картинку, где скамейка стоит между домами».

На экране монитора изображено 3 картинки с изображением домов и скамейки. На первой картинке скамейка стоит между домами, на второй – скамейка справа, на третьей – скамейка слева. Если ребенок выбирает картинку, на которой скамейка стоит между домами, то на экране монитора появляется поощрение. Если ребенок выбирает другую картинку, то появляется слайд, где скамейка, стоящая между домами выделяется цветом.

Дополнительное задание «Найди картинку».

Цель: формировать понятие «между».

Инструкция: «Найди картинку, на которой фонарь стоит между домами».

После выбора правильного ответа на экране монитора появляется поощрение.

Таким образом, формирование пространственных понятий у детей 6-7 лет с ОНР с использованием мультимедийной презентации на коррекционном занятии необходимо осуществлять с учетом вышеперечисленных принципов и этапов логопедической работы.

Литература:

1. Гаркуша, Ю.Ф. Новые информационные технологии в логопедической работе / Ю.Ф.Гаркуша, Е.В. Манина // Логопед. – 2004. - №2. - С. 22-29.
2. Воспитание и обучение детей с тяжёлыми нарушениями речи / Программа для специальных дошкольных учреждений / авторы-составители Ю.Н. Кислякова, Л.Н. Мороз. – Минск: НИО, 2007. – 280 с.
3. Чемоданова, Н.В. Анкеты для учителей-логопедов/ Н.В. Чемоданова // Логопедия для нас. Образовательный блог о логопедах, логопедии и специальном образовании [Электронный ресурс] – 2012. – Режим доступа:logoblog.by. – Дата доступа: 16. 02. 2012.

Технологии коррекции коммуникативных нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья
Technology of correction of communication disorders in children with health restrictions

Любавина А. А.,

студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета

Россия, г.Казань

Научный руководитель – к.псих.н., ст. преподаватель А.А. Твардовская

В современном мире живет большое количество людей с выраженными нарушениями. По последним данным, количество людей с инвалидностью составляет около 10% населения Земли (примерно 650 миллионов человек), из них более 150 миллионов детей с особыми потребностями. По данным ЮНИСЕФ примерно 93 млн. детей, или 1 из 20 детей в возрасте 14 лет или более младшего возраста, живут со средней или тяжелой формой инвалидности того или иного вида. Но не зависимо от характера нарушения, степени тяжести и выраженности патологии, специфических нарушений когнитивного и личностного развития, можно выделить единые для всех нарушения, задержка и недоразвитие коммуникативных функций, нередко

проявляющихся с детства. Вследствие ранней сенсомоторной депривации, недостаточности общения такой ребенок уже в раннем детстве имеет проблемы с установлением эффективной коммуникации. Отмечаются сложности как на уровне самостоятельного использования вербальных и невербальных средств общения, так и на уровне понимания информации, передаваемой невербальными средствами [2].

В зарубежной и российской дефектологической науке разработаны технологии сопровождения и коррекции коммуникативных нарушений, среди них:

- ABA(Applied Behavior Analysis): терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения [5].
- TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children) - терапия и обучение аутистичных и имеющих коммуникационные нарушения детей.
- Система общения при помощи обмена карточками (The Picture Exchange Communication System; сокращенно - PECS), разработанная для быстрого обучения детей с аутизмом и сопутствующими нарушениями развития целенаправленному, самостоятельно инициируемому общению [4].
- Методика Гринспана, которую также называют DIR-методом, потому что в нее входят три основных понятия: эволюционное (D), индивидуальность ребенка (I) и взаимоотношения с ним (R). Данная методика использует интересы ребенка, даже патологические, для установления с ним контакта.
- SON-RISE – программа, в которой дефектологи присоединяются к аутичному миру ребенка, дают аутичным действиям новое понимание и осмысленность.
- Метод «Томатис», помогающий развивать коммуникативные навыки с применением технического средства, названного «электронным ухом [1].

Каждая из вышеперечисленных технологий успешно применяется при коррекции нарушений коммуникативных функций, однако нередко для достижения положительного результата необходимо использовать методы и технологии, помогающие не только ребенку с ОВЗ и его родителю овладеть эффективной системой коммуникации в семье. Одним из таких методов может послужить метод направляемой ребенком интеракции. Метод направляемой ребенком интеракции (НРИ) в течение многих лет успешно применяется за рубежом в работе как с детьми, имеющими незначительное отставание в развитии, так и с детьми с более грубой патологией и снижением интеллекта.

При использовании метода направляемой ребенком интеракции родителей обучают определенным формам поведения в паре «ребенок – родитель». Взаимодействие ребенка и родителя происходит посредствам совместной игры, в которой ребенку отводится роль лидера. При этом используется система положительного подкрепления адекватного поведения ребенка и коррекции поведенческих нарушений.

При использовании метода направляемой ребенком интеракции родителей обучают определенным формам поведения в паре «ребенок – родитель». Взаимодействие ребенка и родителя происходит посредствам совместной игры, в которой ребенку отводится роль лидера. При этом используется система положительного подкрепления адекватного поведения ребенка и коррекции поведенческих нарушений.

В освоении родителями технологии направляемой ребенком интеракции мы выделили 5 этапов:

На первом этапе родители посещают обучающие курсы – специальные дидактические сессии продолжительностью 90 минут. В ходе которых они знакомятся с данным методом и его приемами. Родители обучаются навыкам взаимодействия с ребенком, знакомятся с разными типами поведения родителей, которые оказывают различное влияние на развитие ребенка. Для них используются условные названия «НРИ-«Делай!» и «НРИ – «Не делай!».

НРИ- «Не делай!»

«Не командуй». Логопед предупреждает родителей, что в ходе общения с детьми они должны избегать давать команды ребенку, так как команды предполагают подчинение ребенка воле родителя, что мешает ребенку проявлять лидерские позиции.

«Не задавай вопросов!»

Логопед просит родителей не задавать ребенку вопросов, которые также могут помешать ребенку почувствовать себя в роли лидера.

«Не критикуй!»

Логопед просит родителей также избегать в ходе НРИ критических замечаний, но в то же время родителям необходимо обеспечить ребенку достаточную обратную связь.

НРИ – «Делай!»

Описание. Логопед рекомендует родителям описывать хорошее поведение ребенка в момент совершения им тех или иных действий. Это связано с тем, что описание воспринимается ребенком как поддержка его действий и способствует повышению его самооценки, однако следует избегать описания плохого поведения.

Отражение. Логопед учит родителей отражать удачные высказывания ребенка. Отражение представляет собой повторение того, что ребенок только что произнес. Однако при этом не обязательно использовать те же самые слова, что и он.

Имитация. Логопед учит имитировать хорошее поведение ребенка. Имитируя, родители демонстрируют поддержку и принятие действия ребенка, способствует повышению его самооценки.

Похвала. Логопед учит родителей хвалить ребенка за хорошее поведение. Следует отдать предпочтение похвале, в которой называются конкретные действия. Похвала способствует закреплению навыков и побуждает ребенка выполнять определенные действия.

Игнорирование. Родители должны научиться игнорировать проявления плохого поведения ребенка в ходе НРИ. Игнорирование позволяет блокировать попытки ребенка привлечь к себе внимание плохим поведением.

На втором этапе, после того как логопед познакомил родителей с основными приемами по отдельности, он демонстрирует как можно использовать их в сочетании. Демонстрация происходит в ходе ролевой игры, где роль ребенка может выполнять ассистент или один из родителей.

На третьем этапе родители совместно с ребенком посещают сессии, в ходе которых осваивают приемы НРИ. Каждый из родителей грает с ребенком в игровом кабинете, за сеансом наблюдает логопед. После каждой сессии логопед во время беседы с участниками (родителями) дает им свою оценку. Основная задача сессий заключается в освоении родителями приемов НРИ.

Освоение приемов НРИ требует ежедневной практики в домашних условиях. И это четвертый этап. На четвертом этапе родителям рекомендуют играть дома с ребенком по 5-10 минут. Каждый родитель должен играть с ребенком ежедневно, в специально отведенное для этого время. Родителям предлагается регистрировать результаты домашних занятий на специальном бланке, а также возникающие вопросы.

На пятом этапе родители переходят к самостоятельному взаимодействию с детьми, без участия логопеда, вне лекотеки, используя полученные знания на практике в домашних условиях.

Большое внимание уделяется также игрушкам, используемым при проведении направляемой ребенком интеракции. Наиболее подходящими для направляемой ребенком интеракции можно считать конструкторы, также к ним следует отнести наборы кубиков с буквенными обозначениями и другие игрушки, дающие ребенку возможность проявить инициативу. Следует избегать игрушек, провоцирующих ребенка к агрессивным действиям и предполагающие следование определенным правилам, которые могут помешать ребенку проявить инициативу.

Также не рекомендуется использовать игрушки, обозначающие других лиц и персонажей (куклы, телефоны, костюмы и др.), так как основной целью НРИ является развитие коммуникативных навыков ребенка и родителей.

Данная методика способствует развитию когнитивных навыков, ведет к освоению ребенком определенных навыков, чрезвычайно ценных для его социализации, способствует развитию речевых навыков, повышает самооценку, укрепляет контакт с родителями, служит преодолению используемой ребенком тактики привлечения к себе внимания плохим поведением [3].

Таким образом, направляемая ребенком интеракция является перспективной технологией, которая может использоваться в работе с детьми, имеющими выраженные нарушения, а также с их родителями.

Литература:

1. Каширина С.В. Применение метода «Томатис» в работе с детьми с аутизмом // Инклюзивное образование: методология, практика, технология. – 2011. Материалы международной научно-практической конференции 20-22 июня 2011. / под ред. С.В. Алехиной. М., 2011.
2. Кузнецова Л. В., Переслени Л. И., Солнцева Л. И. и др. Основы специальной психологии. / Под ред. Л. В. Кузнецовой. М., 2002.
3. Лиза Х. Макэлрит, Тони Х. Эйзенштадт Семейная игровая психотерапия в работе с детьми, имеющими отставание в развитии // Игровая семейная психотерапия. Под ред. Ч.Шефер, Л.Кэри, СПб., 2000.
4. Фрост Л., Э. Бонди Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS) / пер. Мельникова Е. М., 2011.
5. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА. АВА: терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения / пер. Измайловой К.З. Екатеринбург, 2013.

Нетрадиционные технологии проведения артикуляционной гимнастики
Innovative technologies of articulation exercises

Макарова А. В.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель- асс.Е.А.Цивильская

Любой из нас пришёл на свет на этот
Творить добро, надеяться, любить,
Смеяться, плакать, но при всём при этом
Должны мы научиться ГОВОРИТЬ.

Основным методом формирования артикуляционной моторики является артикуляционная гимнастика.Артикуляционная гимнастика — это совокупность специальных упражнений, направленных на укрепление мышц артикуляционного аппарата, развитие силы, подвижности и дифференцированности движений органов, участвующих в речевом процессе.Также можно сказать, что артикуляционная гимнастика — это поле для фантазии и развития творчества педагога- дефектолога, потому что она предназначена как для подготовки органов артикуляции к постановке и произнесению звука, так и для развития у детей воображения, внимания, усидчивости.

Цель артикуляционной гимнастики состоит в выработке полноценных движений и определенных положений органов артикуляционного аппарата, необходимых для правильного звукопроизношения. [4]

Правильное произношение звуков - один из основных показателей готовности ребенка к школе. Логопеды в целях коррекции звукопроизношения применяют специальный комплекс упражнений – артикуляционную гимнастику и в некоторых случаях массаж. В процессе своей деятельности логопеды постоянно сталкиваются с различными речевыми нарушениями детей. Для эффективности логопедической работы занятия должны быть просты, понятны, динамичны, интересны как для детей с низкой работоспособностью, так и для гиперактивных детей - логопатов. Ребенок в процессе занятий не замечает, что его учат, поэтому процесс развития артикуляции проходит активнее, быстрее и легче.[7]

По наблюдениям многих специалистов в области логопедии, использования традиционных приемов бывает недостаточно. Одним изнаиболее эффективных средств коррекции, всё чаще применяемых в специальной педагогике и помогающих достижению максимальных успехов в преодолении речевых нарушений у детей дошкольного возраста является метод нетрадиционных технологий, которые носят игровой характер и вызывают положительные эмоции у детей.

Нетрадиционные методы воздействия в работе логопеда становятся современным перспективным средством коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими нарушения речи.Нетрадиционные технологии можно использовать не только в случаях необходимости коррекции, но и в качестве профилактики. Специалисты отмечают, что у большинства детей, которые использовали нетрадиционные методы, нормализуется работа центральной нервной системы. Признаками этого являются: нормализация тонуса артикуляторных и

мимических мышц, активизация тонких дифференцированных и формирование произвольно координированных движений органов артикуляции, частичное устранение патологической симптоматики.

Значительно оптимизирует процесс овладения звуковой культурой речи использование таких нетрадиционных технологий как «упражнения с шариком», «упражнения с водой», «Су Джок массажеры», «Биоэнергопластика». В этой статье мы отдельно рассмотрим каждый из этих приемов артикуляционной гимнастики.

«Упражнение с шариком». Автор этой методики – Коновалова С.В. (диаметр шарика 2 — 3 см, длина веревки 60 см, веревка продета через сквозное отверстие в шарике и завязана на узел). Ребенок развивает и контролирует мышцы языка, путем перемещения шарика по веревке вверх-вниз, влево-вправо, вращает шарик, ловит шарик в «чашечку» языка, рассказывает чистоговорки и скороговорки с шариком во рту.Во время работы логопед удерживает веревку в руке. Шарик с веревочкой после каждого занятия тщательно промывается теплой водой с детским мылом и просушивается салфеткой. Шарик должен быть строго индивидуальным для каждого ребенка.

«Упражнение с водой». С успехом применяется логопедами в практике, способствует усилению мышечных чувств ребенка. Вода является более плотным веществом, чем воздух, поэтому она активнее раздражает чувствительные зоны в полости рта, тем самым стимулируя иннервацию. Эти упражнения с водой дети могут проводить на логопедических занятиях, и в режимные моменты, когда полощут рот водой после приёма пищи. Набрав небольшое количество воды в «чашечку» (язык в форме чашечки), высовывают её далеко вперёд из широко открытого рта и заводят её обратно, перемещают из одного угла рта в другой, стараясь не пролить ни капельки. Набрав воду в рот, помещают её за левую щёку, затем за правую, затем под верхнюю губу и затем под нижнюю. Запрокинув голову, проводят полоскание горла.Ученые, изучая рефлекторные связи языка, полости рта и головного мозга, пришли к выводу, что продолжительное полоскание рта оказывает благотворное влияние на деятельность центральной нервной системы. Проведенные исследования показали, что начало полоскания сопровождается активизацией процессов возбуждения, потом, в момент выделения жидкой слюны, особенно при завершении полоскания, на энцефалограмме усиливаются медленные потенциалы, более регулярным и выраженным становится альфа – ритм. Все эти сложные изменения можно сравнить со своеобразным массажем мозга, который оказывает достаточнополезное влияние на протекающие в нём процессы.

«Су Джок массажеры». Разработаны южнокорейским ученым профессором Пак ЧжеВу.В переводе с корейского языка «Су» означает «кисть», «Джок» – «стопа», то есть метод лечения с использованием кистей и стоп. Су Джок технология основывается на взаимовлиянии отдельных участков нашего тела по принципу подобия (сходство формы уха с эмбрионом человека, руки и ноги с телом человека, и т.д.).Поэтому, определив нужные точки в системе соответствия, можно развивать и речевую сферу ребенка. Исследования специалистов в невропатологии, психиатрии и физиологии показали, что морфологическое и функциональное формирование речевых областей коры головного мозга совершается под влиянием кинестетических импульсов, идущих от пальцев рук,- поэтому Су Джок терапия активизирует развитие речи ребенка.

В практике логопеды применяют Су Джок массажеры в виде массажных шариков в комплекте с массажными металлическими кольцами. Благодаря тому, что

на ладони находится огромное количество биологически активных точек, эффективный способ их стимуляции – массаж специальным шариком, которым можно воздействовать на пальцы, кисти, ладони, прокатывая его. В результате у ребенка повышается тонус мышц, кровь приливает к конечностям. Вследствие этого улучшаются мелкая моторика и чувствительность конечностей ребенка.

Массаж эластичными кольцами производится путем надевания пружинных колец на пальчики ребенка и прокатывания по ним. Массируется каждый палец до покраснения и появления ощущения тепла. Эту процедуру необходимо повторять несколько раз в день – она оказывает благотворное влияние на весь организм, а также на развитие мелкой моторики пальцев рук. Все это способствует развитию речи ребенка. Чтобы процесс массажа не показался ребенку скучным, используется стихотворный материал.Таким образом, Су – Джок терапия является одним из эффективных приемов, обеспечивающих развитие познавательной, эмоционально-волевой сфер ребенка.[3]

«Биоэнергопластика». Для достижения лучших результатов при подготовке артикуляционного аппарата к постановке звуков, применяют такой метод как биоэнергопластика – это содружественное взаимодействие рук и языка. Применение этой нетрадиционной технологии эффективно ускоряет коррекцию звуков у детей со сниженными и нарушенными кинестетическими ощущениями, так как работающая ладонь многократно усиливает импульсы, идущие к коре головного мозга от языка [8]. Ко всем классическим артикуляционным упражнениям добавляем движение кисти руки. Такая гимнастика помогает длительно удерживать интерес ребенка, помогает повысить мотивационную готовность детей, поддерживает эмоциональный настрой на протяжении всего занятия,позволяет быстро убрать зрительную опору – зеркало и перейти к выполнению упражнений по ощущениям.[2] Применение биоэнергопластики способствует достижению результатов в короткие сроки. У детей нормализуется мышечный тонус органов артикуляции; активизируется речевая функция; повышается работоспособность; улучшается соматическое состояние.

Литература:

1. Акименко В. М. Новые логопедические технологии: учебно-метод. пособие Ростов н/Д: Феникс, 2008. — 105 с.
2. Горбунова И.В., Иваненко И.В. Су Джок массажеры в логопедической работе : журнал Логопед №2/2014
3. Пак ЧжэВу. Вопросы теории и практики Су Джок терапии . М., 2009
4. Пожиленко Е.А. «Артикуляционная гимнастика: методические рекомендации по развитию моторики, дыхания и голоса у детей…» Изд.: Каро, 2006
5. Лопухина И.С., Логопедия – речь, ритм, движение: Пособие для логопедов и родителей. СПб., 2007
6. Светлова И. Развиваем мелкую моторику. М., 2012
7. Григоренко Н.Ю., Цыбульский С.А. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с нетяжелыми аномалиями органов артикуляции: Учеб. – метод. Пособие. М., 2005
8. Цивильская Е.А. Основные направления логопедической помощи детям с детским церебральным параличом, имеющим сложные речевые нарушения //Актуальные проблемы специальной педагогики и психологии: исследования и практика. Сборник научных трудов VI Международной научно-практической конференции. 13 апреля 2012. // Под ред. А.И.Ахметзяновой. -Казань: Отечество, 2012.-Вып.6.С.164-170

Использование арт-терапии в сопровождении детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития
Use of art therapy in support of children with severe and multiple disabilities

Миндукова Ю.Е.
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики
Института психологии и образования
Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к. псих.н., ст. преподавательА.А.Твардовская

Дети с тяжелыми и множественными нарушениями требуют к себе особого внимания со стороны специалистов и общества, так как зачастую они оказываются вне системы образования. Многие учреждения отказывают родителям в принятии этих детей, объясняя это отсутствием компетентных специалистов и опыта работы с данной группой детей. Так, жизнь ребенка протекает в четырех стенах родного дома и различных медико-реабилитационных центрах, что крайне неблагополучно сказывается на его дальнейшем психическом развитии. А тем временем ребенок нуждается во всесторонней квалифицированной помощи специалистов всех областей. Это обуславливает необходимость в создании новых технологий, методов работы и программ по сопровождению данной группы детей. В связи с этим возникает необходимость поиска новых эффективных методов работы с данной группой детей, поэтому, наряду с использованием традиционных методов важную роль в преодолении недостатков развития может сыграть и арт-терапия.

Творчеству в современном образовательном процессе пока отведено своеобразное место: место притягательного дополнения к обязательному содержанию. Считается, что творчество - это удел дополнительного образования. Это не только досадное, но и довольно опасное заблуждение. Созидание нового, открытие нового - неотъемлемая часть человеческой жизни и жизни нашей цивилизации, и этому нужно учиться и учить детей, так же как и навыкам чтения, письма, математики.

Применительно к специальному образованию арт-терапия рассматривается как синтез нескольких областей научного знания (искусства, медицины и психологии), а в лечебной и психокоррекционной практике как совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства в своеобразной символической форме и позволяющих с помощью стимулирования художественно-творческих (креативных) проявлений ребенка с проблемами осуществить коррекцию нарушений психосоматических, психоэмоциональных процессов и отклонений в личностном развитии.

Современные исследования в специальной психологии и педагогике объективно подтверждают положительное влияние искусства на детей с различными отклонениями в развитии. Все больше специалистов отдают предпочтение именно этому методу психотерапии и подтверждают его эффективность в своих научных работах. Так, ГБОУ Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения «Наш дом» представили свой практический опыт использования арт-терапии в работе с детьми со сложной структурой дефекта, и показали эффективность применения арт-терапевтических занятий на интеллектуальное, психическое и физическое состояние ребенка с нарушениями развития. В итоге исследование дало довольно интересные

результаты. У детей изменились негативные стереотипы поведения, повысилась самооценка и уровень самосознания у детей с речевыми нарушениями, произошло растормаживание речевой функции, получили навыки невербального общения, положительные результаты наблюдались в интеллектуальном, социальном, эмоциональном и личностном развитии.

Хочется сказать об опыте зарубежных стран. Методы арт-терапии там зарегистрированы в качестве самостоятельных специальностей. С детьми, имеющими отклонения в развитии занимаются в основном профессиональные арт-терапевты. Такие специалисты применяют исключительно методы арт-терапии, работают в соответствии с существующими в этих странах стандартах и осуществляют главным образом коррекционную деятельность в отношении ограниченного числа учащихся. В некоторых случаях эти специалисты также проводят профилактическую работу в образовательной среде. В нашей стране методы арт-терапии применяются в основном психологами (педагогами-психологами) и в отдельных случаях педагогами. Уровень их владения этими методами достаточно отличается. Несмотря на развитие в нашей стране программ дополнительного образования и профессиональной переподготовки в области арт-терапии, наша страна находится только на начальном пути своего арт-терапевтического становления в образовательной среде.

Направление коррекционной работы с детьми с особенностями развития посредством искусства осуществляется двумя путями:

- путем воспитания способности эстетически воспринимать действительность как непосредственно в жизни, так и через произведения искусства;
- путем деятельности, связанной с искусством (художественно-речевой, музыкальной, изобразительной, театрализованно-игровой).

Можно отметить два механизма психологической коррекции с помощью арттерапии (О. А. Карабанова, 1997):

- когда искусство позволяет в своеобразной символической форме переконструировать травмирующую ситуацию и найти выход из нее, используя креативные способности ребенка;
- когда под воздействием искусства появляется эстетическая реакция, изменяющая действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» (Л. С. Выготский).

Коррекционные возможности арт-терапии для детей с тяжелыми нарушениями обусловлены предоставлением ребенку возможностей для самовыражения и саморазвития, утверждения и самопознания. Созданные ребенком в процессе арт-терапии творческие работы и их признание взрослыми повышают его самооценку, степень его самопризнания.

Показателями для использования арт-терапии в коррекционной работе с детьми с проблемами развития являются нарушения в развитии личности:

- отклонения в развитии психоэмоциональной сферы (эмоциональная депривация, переживание эмоционального отвержения, чувства одиночества, трудности эмоционального развития, актуальный стресс, снижение эмоционального тонуса, лабильность, импульсивность, повышенная тревожность, страхи, фобические реакции);
- нарушение коммуникативно-рефлексивных процессов (наличие конфликтных межличностных отношений, внутрисемейных ситуаций, низкая, дисгармоничная, искаженная самооценка);

- психосоматические отклонения в развитии (в дыхательной, сердечнососудистой, двигательной, вегетативной и центральной нервной системах).

Искусство, являясь важным фактором художественного развития, оказывает большое психотерапевтическое воздействие, влияние на эмоциональную сферу ребенка, при этом выполняя коммуникативную, регулятивную, катарсистическую функции. Участие ребенка с тяжелыми нарушениями в художественной деятельности со сверстниками и взрослыми расширяет его социальный опыт, учит адекватному взаимодействию и общению в совместной деятельности, обеспечивает коррекцию нарушений коммуникативной сферы. Ребенок в коллективе проявляет индивидуальные особенности, что способствует формированию внутреннего мира ребенка с проблемами, утверждению в нем чувства социальной значимости. Все виды искусства, с которыми ребенок соприкасается в дошкольном и школьном возрасте, влияют на адекватность его поведения, помогают регулировать эмоциональные проявления в коллективе, семье, способствуют их коррекции. И именно это обеспечивает решение важнейшей задачи — адаптации ребенка посредством искусства и художественной деятельности в макросоциальной среде. Психокоррекционный эффект воздействия искусства на ребенка с проблемами выражается также в том, что общение с искусством помогает ему «очиститься» от наслоившихся негативных переживаний, отрицательных проявлений и вступить на новый путь отношений с окружающим миром. О катарсистическом (очищающем) воздействии искусства известно очень давно. Польский эстетик Б. Дземидок видит функцию катарсиса в разрядке чувств, поэтому, по его мнению, он свойствен всем жанрам искусства.

Выделяют основные направления арт-терапии: изотерапия (лечебное воздействие средствами изобразительного искусства), имаготерапия (воздействие через образ, театрализацию, драматизацию), музыкотерапия, сказкотерапия, кинезиотерапия (воздействие через танцевально-двигательную деятельность), песочная терапия.

В работе с детьми, имеющими тяжелые и множественные нарушения развития, эффективны все виды арт-терапии. Но специалист выбирает преимущественно те направления, которые наиболее эффективны в психологической коррекции конкретного ребенка, исходя из его индивидуальных психологических особенностей, актуальных проблем и особенностей дефекта.

Одним из самых эффективных средств для реализации потенциальных возможностей развития эмоциональной сферы и личности детей, имеющих умственную отсталость, является сказкотерапия. Привлекательность данного метода состоит в отсутствии прямых нравоучений, ореоле тайн и волшебства, интригующем сюжете, неожиданном превращении героев. Все это позволяет ребенку с умственной отсталостью активно воспринимать и усваивать информацию, содержащуюся в сказках.

Самым важным направлением в работе с детьми, имеющими ДЦП, несомненно, является кинезиотерапия. В психолого-педагогической практике используют следующие виды кинезиотерапии: танцетерапию, хореотерапию, коррекционную ритмику, психогимнастику. В языке жеста, мимики, в позах, движениях всегда отражается внутреннее эмоциональное, душевное состояние ребенка, происходит развитие и нормализация нарушений двигательной сферы.У детей с ДЦП ритмические упражнения под музыку очень важны для стабилизации нормального

положения головы, развития умения расслаблять мышцы и подавлять патологические синергии и синкинезии. Они создают положительный эмоциональный настрой.

Для детей с аутизмом невероятно полезен метод песочной терапии. Песочная терапия предоставляет ребенку с аутизмом возможность самовыражения. Песок, вода и несколько созданных самостоятельно фигур, помогают выразить свои эмоции, чувства, раскрыться и передать то, что словами человек с аутизмом объяснить не может. Терапия с использованием песка основывается на игре. С помощью игры дети, у которых диагностируют аутизм, знакомятся с внешним миром, выражают свои чувства и эмоции.

Все вышеупомянутые арт-терапевтические методики в психокоррекции способствуют гармонизации личности детей с тяжелыми нарушениями через развитие способностей самовыражения и самопознания, обеспечивают коррекцию психоэмоционального состояния ребенка, психофизиологических процессов посредством соприкосновения с искусством.

В современном мире никто уже не оспаривает эффективность применения арт-терапии в работе с детьми с проблемами в развитии. Однако, в детских садах и школах на данный момент не так много компетентных специалистов, которые грамотно используют данные методы работы, реализуя весь обширный потенциал арт-терапии для детей, не говоря уже о профессиональных арт-терапевтах. В связи с этим мы считаем необходимым просвещать специалистов – педагогов, психологов о всех арт-терапевтических технологиях работы с данными группами детей. Психологическое здоровье ребенка с трудной судьбой – это основа его дальнейшей гармоничной жизни в нашем мире, именно поэтому мы не имеем права уделять ему второстепенную роль.

Литература:

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании : учебник для вузов / Т. А. Добровольская, Л. Н. Комиссарова, И. Ю. Левченко, Е. А. Медведева. – М. : Академия, 2001. – 248 с.
2. Бреслав, Г. М. Эмоциональная особенность формирования личности в детстве: норма и отношение / Г. М. Бреслав. – М. : Педагогика, 1990 – 144 с.
3. Брусиловский, Л. С. Музыкотерапия : руководство по психотерапии / Л. С. Брусиловский. – М., 1985.
4. Копытин А. И. Арттерапия / А. И. Копытин. – СПб. : Питер, 2001. –320 с.
5. Копытин А. И. Практикум по арт-терапии / А. И. Копытин. – СПб., 2000.
6. Лебедева Л. Д. Арт-терапевтические занятия / Л. Д. Лебедева // Начальная школа. – 2001. – № 5.
7. Лебединский В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская. – М., 1990.
8. Наумова Т. Лечение души через искусство / Т. Наумова // Народная школа. – 2003. – № 1.

Использование изографического моделирования в процессе составления творческого рассказа детьми старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня
Use of isographic modeling when making up creative stories with children of preschool age with speech underdevelopment of the 3d level

Нагимова Ч.Р.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

В настоящее время изучению проблемы развития рассказывания у дошкольников с использованием моделирования посвящается большое количество научно-исследовательских работ психологов и педагогов. Все чаще педагоги начинают использовать в работе по обучению дошкольников рассказыванию - моделирование, поскольку моделирование позволяет развивать одновременно много познавательных процессов: память, мышление, восприятие, воображение, а также стимулировать речевую активности ребенка.

Актуальность использования изографического моделирования в работе по развитию связной речи детей дошкольного возраста состоит в том, что: во-первых, ребенок-дошкольник очень пластичен и легко обучаем, но для большинства детей дошкольного возраста характерна быстрая утомляемость и потеря интереса к занятию, которые легко преодолеваются повышением интереса через использование наглядного моделирования; во-вторых, использование символической аналогии облегчает и ускоряет процесс запоминания и усвоения материала, а так же формирует навык практического использования приемов работы с памятью; в-третьих, применяя графическую аналогию, мы учим детей выделять главное, систематизировать и анализировать полученные знания.

Цель исследования: Выявить особенности развития связной речи детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня и теоретически обосновать действенность изографического моделирования при обучении дошкольников рассказыванию.

Задачи: 1.Изучить психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования.

2. Выявить особенности сформированности связной речи у детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня.

3. Разработать основные направления использование изографического метода при творческом рассказывании у детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня.

Проблема развития связной речи у дошкольников рассматривается в трудах таких педагогов, как Е.И. Тихеева, Ф.А. Сохин, Г.М. Лямина, О.С. Ушакова, Н.Ф. Ладыгина. Закономерности речевого развития дошкольников изучались А.Н. Гвоздевым, Л.С. Выготским, Д.Б. Элькониным, А.А. Леонтьевым и др. Вопросы развития связной речи детей дошкольного возраста подробно рассматриваются в работах М.С. Лаврик, Т.А Ладыженской, Ф.А. Сохина, А.М. Бородич, Т.Б. Филичевой и др[8].

На подходы к изучению умения рассказывать дошкольника оказали влияние исследования, выполненные под руководством Ф.А.Сохина и О.С.Ушаковой (Г.А.Кудрина, Л.В.Ворошнина, А.А.Зрожевская, Н.Г.Смольникова, Е.А.Смирнова, Л.Г.Шадрина). В центре внимания этих исследований находится поиск критериев оценки связности речи, и в качестве основного показателя ими выделено умение структурно выстраивать текст и использовать различные способы связей между фразами и частями разных типов связных высказываний, видеть структуру текста, его основные композиционные части, их взаимосвязь и взаимообусловленность. Таким образом, дошкольник начинает овладевать текстом как определенной моделью.

По данным разных авторов можно выделить следующие особенности связной речи детей с ОНР: дефицит языковых средств [10]; импрессивный аграмматизм, т.е. неточность понимания речи связанная с недостаточной активностью и неточностью восприятия (неумение «видеть» содержание картины), дети не умеют улавливать содержание не только сложных, но и относительно простых текстов [11, 12]; ограниченность речи или «многословие»; неумение следить за формой речи и ее содержанием [13]; нарушения логической последовательности, пропуск значимых эпизодов, застревание на второстепенных деталях, использование простых малоинформативных предложений [14]; трудности восприятия речи «в убыстренном темпе», «плохо воспринимают чтение вслух» – это обусловлено недоразвитием семантической стороны речи [12]; сложности в формах описательно-повествовательной речи [15]; неумение строить цепь последовательных предложений [14]; затруднение в мысленной подготовке высказывания, т.е. «речь про себя»; затруднения в механизме «запуска речи»[15].

Вдоказательству этим особенностям нами было проведено обследование связной речи детей старшего дошкольного возраста с ОНР по методике Т. А. Фотековой и Т. В. Ахутиной.

Дети выполняли 2 вида задания:

А)Составление рассказа по серии из трех картинок(«Упрямые козлики»);

Б)Пересказ текста («Галка и голуби»).

Эти задания были оценены по критериально-бальной системе.данные представлены в таблице №1 и №2

Таблица 1

Имя, общееколичество баллов	Составление рассказа по серии сюжетных картинок			
	Критерий смысловой адекватности и самостоятельности выполнения, %	Критерий возможности программирования текста, %	Критерий грамматического оформления, %	Критерий лексического оформления, %
Милана, 30 баллов	17	8	17	8
Саша, 35 баллов	17	17	8	17
Егор, 20 баллов	8	8	8	8
Газиз, 35 баллов	17	25	17	17

Алиса, 45 баллов	25	25	17	8
Аяз, 50 баллов	25	25	17	17
Маша, 35 баллов	25	17	8	8
Амир, 55 баллов	25	25	17	25

Таблица 2

Имя, общее количество баллов	Пересказ текста			
	Критерий смысловой адекватности и самостоятель-ности выполнения	Критерий возможности программирования текста	Критерий грамматического оформления	Критерий лексического оформления
Милана, 35 баллов	25	17	8	8
Саша, 20 баллов	8	8	8	8
Егор, 20 баллов	8	8	8	8
Газиз, 15 баллов	8	0	8	8
Алиса, 30 баллов	17	17	8	8
Аяз, 30 баллов	17	8	8	17
Маша, 10 баллов	0	8	0	8
Амир, 45 баллов	17	25	17	17

Эти данные показывают, что у детей с ОНР отмечаются трудности программирования содержания развернутых высказываний и их языкового оформления. Для их высказываний характерны: нарушение связности и последовательности изложения, смысловые пропуски и низкий уровень использования фразовой речи. Также можно сказать, что дети легче справляются с первым заданием, то есть когда перед ними лежит опорная картинка.

Изографическое моделирование представляет собой синтез двух взаимодополняемых и взаимостимулируемых деятельностей в дошкольном детстве – изобразительной и речевой. Под изографическим моделированием мы понимаем использование графических моделей –рисунков (изографов), выполняемых самим ребенком в заданном коррекционном контексте (рисунок-схема сюжетного рассказа, рассуждения, стихотворения, сказки, описательного рассказа, сложных оборотов, фразеологизмов, фрагментов текста, плана пересказа и т.д.). Так называемый синтез продуктивных видов деятельности -рисования в качестве наглядной модели и активной речевой деятельности – предполагает усиление эффективности логопедического воздействия, направленного на формирование связной речи у

дошкольников с ОНР. Использование абстрактных символов для замещения слов, словосочетаний, предложений, будет способствовать визуализации речи, тем самым облегчит процесс запоминания сложной структуры воспроизводимого текста, повлияет на полноту передачи его содержания, логику изложения, позволит понять основной смысл рассказа и сконцентрировать внимание на оборотах авторского текста [16].

Л.Н.Ефименковой для развития связной речи у детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня предлагает начать работу с пересказа: подробный, выборочный и творческий. Подробный пересказ воспитывает навык последовательного и полного изложения текста. Выборочный формирует умение отделить более узкую тему от текста. Творческий пересказ учит детей использовать впечатления из собственного жизненного опыта и определять свое отношение к теме. Любому пересказу должен предшествовать анализ текста с точки зрения смысловой и выразительной, что поможет детям всеми причинно-следственными отношениями.[6] Сначала детей учат подробно пересказывать текст с опорой на вопросы и фигуры, потом с опорой на иллюстрации к рассказу. После чего детям предлагаются картинки-изографы. Далее задание усложняется: дети прослушивают начало рассказа и придумывают конец с опорой на изографы или придумать аналогичный. Тем самым развиваем творческое рассказывание.

Методику работы развития связной речи с помощью изографов Л.Н. Ефименковой можно дополнить методикой работы с изографами А.Ф.Братченко и Л.Ф.Сербиной, которая представлена далее:

1. Рассматривание изографа и нахождение всех букв, "спрятанных" в нём.
2. Визуальное определение предмета, зашифрованного в изографе.
3. Составление слова.
4.Придумывания предложения с изографом.[17]

Предлагаемое моделирование интересно еще тем, что не требует как такового подготовительного обучения ребенка. Деятельность, при помощи которой достигается желаемый эффект, понятна ребенку, доступна и отвечает природе детства. Коррекционный процесс становится увлекательным как для самого ребенка, так и для педагога.

По результатам исследования Я. Б. Карнауховой можно констатировать, что использование изографического моделирования, направленного на монологической речи, позволяет добиться положительных результатов в повышении уровня сформированности связной речи у детей с ОНР, что проявляется в положительной динамике в выполнении пересказов, составлении разных видов рассказов, рассуждений[2].То есть введение изографического моделей облегчает процессы включения и пребывания ребенка в проблемных ситуациях, прорисовывание логических сюжетных цепочек облегчает и ускоряет процесс анализа и синтеза состава целого произведения, помогает организовать последовательный ход мыслей и овладеть структурой последовательного повествования, его связностью. Игра-рисунок позволяет улучшать качество использования лексико-грамматических категорий, так как процесс игры с рисунком связан с сопровождающей речью и требует постоянного поиска вариативного изложения [2].

Ребенку предлагается модель рассказа, а он уже должен наделить элементы модели смысловыми качествами и составить по ним связное высказывание.

Это умение противоположно навыку составления пересказов. Переходными упражнениями от моделирования пересказа к составлению творческих рассказов, могут быть следующие:

1. угадывание эпизода по демонстрации действия;
2. рассказывание по демонстрации действия взрослым;
3. Последовательность работы по формированию навыка составления связного творческого высказывания следующая:
4. ребенку предлагается придумать ситуацию, которая могла бы произойти с конкретными персонажами в определенном месте, модель рассказа (сказки) задается взрослым;
5. взрослый предлагает конкретные персонажи рассказа, а пространственное оформление модели ребенок придумывает самостоятельно;
6. конкретные персонажи заменяются изографами, что позволяет ребенку проявить творчество в характерологическом оформлении героев рассказа;
7. ребенку предлагается составить рассказ или сказку по модели, элементами которой являются неопределенные заместители персонажей рассказа – геометрические фигуры, логопедом задается тема рассказа: например, “Зимняя сказка”;
8. и, наконец, ребенок самостоятельно выбирает тему и героев своего рассказа.

Творческая сказка с изографами.

Одним из приемов развития навыка творческого рассказывания является обучение учащихся составлению сказок по силуэтным изображениям. В качестве элементов модели ученикам предъявляются изографы (снег, дождь и т.п.). Педагог задает начало сказки и предлагает продолжить ее, опираясь на них. Особенность данных элементов в том, что изографы, в отличие от картинного материала, задают определенный обобщенный образ, не раскрывая его смыслового содержания. Определение характера, настроения, даже внешнего вида героя – прерогатива самих ребят. Дети наделяют силуэты предметов определенными смысловыми качествами. На последующих этапах учащиеся сами придумывает сюжет сказки по заданной теме, выбирают силуэты для модели в соответствии со своим замыслом. По мере овладения навыком моделирования дети используют вместо развернутой предметной модели - обобщенную, содержащую только ключевые моменты. Происходит свертывание модели.

Результат выполнения таких заданий способствует развитию речи, внимания, слухового и зрительного восприятия, мыслительных операций. Также ценным является и то, что ребенок психологически готовится к публичным выступлениям, что в будущим помогает избежать «комплекса школьной доски»[5]. Наблюдения показывают, что введение изографических моделей упрощает процессы включения и пребывания ребенка в проблемных ситуациях, прорисовывание логических цепочек способствует формированию понятий, развитию анализа и синтеза и т.д., помогает организовать последовательный ход мыслей и овладеть структурой последовательного повествования, его связности.[3]

Вывод: Метод наглядного моделирования в работе с дошкольниками является эффективным средством коррекционного воздействия: ребенок (под руководством взрослых) учится самостоятельности, усидчивости, а также он позволяет ребенку зрительно представить абстрактные понятия и научиться работать с ними. У ребенка повышается чувство заинтересованности и ответственности, появляется

удовлетворенность результатами своего труда, совершенствуются такие психические процессы, как память, внимание. Это особенно важно для дошкольника, поскольку ведущими при решении мыслительных задач являются внешние средства, и наглядный материал усваивается лучше вербального.

Литература:

1. Карнаухова Я.Б «Использование изографического моделирования в формированиятворческого рассказывания»

2.Карнаухова Я.Б. «Возможности изографического моделирования в формированиясвязной речи дошкольников с общим недоразвитием речи».ж. Специальноеобразование №1,2013.

3.Карнаухова Я.Б. «Изографическое моделирование, как метод развития познавательных процессов дошкольников с ОНР». Логопедия XXI века.Санкт Петербург,2012г.

4.Кочетова И.Б., Ялышева Г.И. Инновационные технологии развития познавательных процессов у дошкольников с общим недоразвитием речи. Выпуск №4 (январь 2013 года) » Использование новых информационных технологий в образовательном процессе.

5.Квач Н.В. «Развитие образного мышления и графических навыков у детей 6-7 лет».Москва,2001.

6.Ефименкова Л.Н. «Формирование речи у дошкольников». – М.: Просвещение,1985.

7.Сошкова О.В. «Как использовать модель для развития речевого творчества / Сошкова О.Н., Кондратьева Н.Н. Дошкольное воспитание -1991,№10.

8.Тихеева, Е. И. Развитие речи детей. - М.: Просвещение,1981.

9.Глухов В.П.Формирование связной речи детей дошкольного возраста с ОНР / В. П. Глухов –М.: АРКТИ, 2004

10.Дьяченко, О. М. Формирование действий пространственного моделирования в процессе ознакомления дошкольников с детской художественной литературой / О. М. Дьяченко // Проблемы формирования познавательных способностей в дошкольном возрасте. – М., 1980.

11. Жинкин, Н. Интеллект, язык и речь / Н. Жинкин // Нарушение речи дошкольников. – М., 1972.

12. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / под ред. Ю. Ф. Гаркуши. –М. : Секачев В. Ю., Институт общегум. исследований, 2002.

13. Левина, Р. Е. Влияние недоразвития речи на усвоение письма / Р. Е. Левина // Специальная школа. 1963. №1.

14. Спирова, Л. Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи / Л. Ф. Спирова. – М.: Педагогика, 1980.

15..Шаховская, С. Н. Использование наглядности при развитии речи детей с алалией. Расстройства речи и методы их устранения /под ред. С. С. Ляпидевского и С. Н. Шаховской. – М. : Педагогика, 1975.

16. Братченко А.Ф, Сербина Л.Ф. «Изографы». Ставрополь,1998.

Дидактический синквейн как средство оптимизации работы пообогащениюсловарногозапаса
Didactic cinquain as means of optimization of work on lexicon

Седина Л.Б.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – ст.преподавательН.И.Болтакова

Современные дети демонстрируют поздний темп созревания. Первые слова у детей появляются после 1 года (раньше к 11-12 мес.), фразовая речь – к 2,5 годам (раньше к 1,5 г.); поздно формируются звуки, запаздывает звукопроизношение. [2] В 5-6 лет у таких детей наблюдается несформированность всех компонентов языка (фонетики, грамматики, лексики), что затрудняет речевую диагностику. Уровень сформированности языковой компетенции определяется по лексическому запасу ребенка, умению актуализировать слова в самостоятельной речи. Дети, даже не имеющие речевой патологии, медленно актуализируют слова, долго их вспоминают, у них происходит сужение значения слов, замена названия частей предмета названием целого предмета, утрачиваются слова, обозначающие предметы и явления, которых в данный момент уже не наблюдают.

Цель исследования- использование дидактического синквейна для актуализации словарного запаса.

Объект исследования- словарный запас детей дошкольного возраста с нарушением речи.

Предмет исследования- использование дидактического синквейна для обогащения словаря прилагательных и глаголов.

В логопедической практике накоплено достаточное количество методик, научных трудов, статей по коррекции речевых нарушений у школьников. [3] Но, предпринята еще одна попытка разработки практического материала, направленного на оказание помощи данной категории детей. Это объясняется тем, что:

1. Сегодняшний день отличается активным ростом новых развивающих технологий, многие из которых можно успешно использовать при коррекции речевых нарушений;
2. Для того, чтобы работа была успешной, воздействие должно быть системным, описывающим и охватывающим весь коррекционный процесс;
3. У любого специалиста, работающего с детьми, имеющими речевые нарушения, должна быть возможность быстрого и эффективного выбора методики для конкретного ребенка.

Одна из таких методик, методика- синквейн. [2] Синквейн — один из приёмов технологии развития критического мышления через чтение и письмо. Эта технология исходит из признания чтения оптимальным способом вхождения человека в культуру, письмо же рассматривается как наиболее эффективное средство обучения критическому мышлению, так как пишущий всегда активен. “Cinq” во французском языке значит пять, то есть, синквейн — это пятистрочная строфа. Методика синквейн является быстрым, эффективным инструментом для анализа, синтеза и обобщения понятия и информации. Он учит осмысленно использовать понятия и определять своё отношение к рассматриваемой проблеме.

Родиной синквейна можно считать США. В начале XX века американская поэтесса Аделаида Крэпси разработала эту форму. Сейчас синквейн используется с дидактическими целями. Синквейн считают лучшим способом развития образной речи у ребенка, который позволяет получить быстрый результат. Различают следующие виды синквейна [1]:

Традиционный синквейн состоит из пяти строк и его слоговая структура составляет 2-4-6-8-2 и состоит из 22 слогов. То есть, в первой строчке должно быть слово или фраза из двух слогов, во второй – из четырех, в третьей – из шести и так далее. Традиционный синквейн может быть как рифмованный, так и нет.

Обратный синквейн — синквейн с обратной последовательностью стихов (2-8-6-4-2);

Зеркальный синквейн — синквейн из двух пятистрочных форм, где первая — это традиционный, а вторая — обратный синквейн;

Синквейн- бабочка — это девятистрочная форма стиха со слоговой структурой 2-4-6-8-2-8-6-4-2;

Корона синквейнов — это 5 традиционных синквейнов объединенных в одно завершенное стихотворение.

Гирлянда синквейнов — аналог венка сонетов, это корона синквейнов и добавленный к этой структуре шестой синквейн, где первая строка взята из первого синквейна, вторая - из второго, последняя из последнего.

Дидактический синквейн- текст основывается не на слоговой зависимости, а на содержательной и синтаксической заданности каждой строки.

Нами было проведено экспериментальное исследование детей старшей логопедической группы, с заключением ПМПк ОНР 3 уровень. В ходе эксперимента была выявлена сформированность глагольного словаря и словаря прилагательных. В круг исследования вошли 9 мальчиков и 2 девочки. Исследование проводилось по методике обследования словаря прилагательных, описанные И.А.Смирновой, Р.А. Лалаевой, Н.В.Серебряковой, Г.А.Волковой, а также использована методика обследования глагольной лексики, предложенные Лопатиной Л.В., Волковой Г.А. Для оценки успешности выполнения задания использована бальная система, разработанная Л.И. Переслени, Т.А. Фотековой.

Таблица 1

Уровень сформированности словаря прилагательных у детей дошкольного возраста с ОНР 3 уровня

Уровни	Дети	%
Высокий	5	46
Средний	5	46
Низкий	1	8

Таблица 2

Уровень сформированности глагольного словаря у детей дошкольного возраста с ОНР 3 уровня

Уровни	Дети	%
Высокий	8	72
Средний	3	27
Низкий	-	-

Так как обследованные дети находятся в подготовительной группе, необходимо довести их до высокого уровня. Именно в такой работе нужно применять дидактический синквейн.

На современном этапе актуальность и целесообразность использования дидактического синквейна в логопедической практике объясняется тем, что [3]:
- новая технология – открывает новые возможности; современная логопедическая практика характеризуются поиском и внедрением новых эффективных технологий, помогающих оптимизировать работу учителя -логопеда.
- гармонично вписывается в работу по развитию ЛГК, использование синквейна не нарушает общепринятую систему воздействия на речевую патологию и обеспечивает её логическую завершенность.
- способствует обогащению и актуализации словаря, уточняет содержание понятий.
- является диагностическим инструментом, даёт возможность педагогу оценить уровень усвоения ребёнком пройденного материала.
- носит характер комплексного воздействия, не только развивает речь, но способствует развитию ВПФ (памяти, внимания, мышления).

Структура синквейна [1]:
- В первой строке синквейна задается тема, которая заключает в себе одно слово. Чаще всего это существительное или местоимение, которое обозначает объект или предмет описания.
- Вторая строка — два слова (чаще всего прилагательные или причастия) — они обозначают свойства предмета или признаков выбранного объекта или предмета, данного в первой строке.
- Третья строка образована тремя глаголами, а также деепричастиями. Она описывает характерные действия или события, происходящие с предметами.
- Четвертая строка — это фраза из четырех слов, выражающая личное отношение автора синквейна к описываемому предмету или объекту.
- Ну и в завершении пятая строка — резюме, итог, вывод.

Для того, чтобы наиболее правильно, полно и точно выразить свою мысль, ребенок должен иметь достаточный лексический запас. [3] Поэтому работа начинается с уточнения, расширения и самосовершенствования словаря. Знакомство детей с понятиями «слово, обозначающее предмет» и «слово, обозначающее действие предмета», создает платформу для последующей работы над предложением. Понятие «слово, обозначающее признак предмета» накапливает материал для распространения предложения определениями. Дети овладевают понятиями «живой и неживой» предмет, учатся правильно ставить вопросы к словам, обозначающим предметы, действия и признаки предметов, изображать их графически. Графические схемы помогают детям более конкретно ощутить границы слов и их раздельное написание. Можно использовать различные картинки и предметы. Если ребенок дает одно название тому, что изображено на картинке (дядя), то логопед может спросить, как назвать его по другому (папа, мужчина). Логопед требует от детей ответа одним словом, обозначающим предмет.

После того, как у детей сформировалось представление о словах, обозначающих предмет и его действия (грамматическое знание слова), их подводят к понятию о предложении и начинают работу над структурой и грамматическим оформлением предложения. [3] В первую очередь дети учатся составлять по картинкам простое нераспространенное предложение разной структуры (подлежащее + сказуемое, сказуемое + подлежащее), а также простые нераспространенные

предложения с однородными подлежащими и сказуемыми. Далее структура предложения распространяется путем введения в него определения, выраженного прилагательным, и дополнением, выраженного существительным в винительном, родительном, дательном и творительном падежах без предлога. Дается понятие о коротких словах (предлогах), их употреблении в речи и написании в предложениях. [3] Завершается работа формированием умения строить распространенное предложение разных структур, опираясь на сюжетные картинки, вопросы, схемы и т.д., а затем сокращать их до первоначального вида простого двусоставного, нераспространенного предложения. Дети еще раз осознают, что в предложении есть главные слова, без которых оно не строится.

Таким образом, одним из эффективных методов развития ребенка, который позволяет быстро получить результат, является работа над созданием нерифмованного стихотворения, синквейна.

Литература:

1. Баннов А. Учимся думать вместе: Материалы для тренинга учителей. М., 2007.
2. Терентьева Н. Синквейн по «Котловану». Газета// Литература «Первое сентября». 2006. №4.
3. Душка Н. Синквейн в работе по развитию речи дошкольников// Логопед. 2005. №5.

Использование музыкотерапии в работе логопеда с детьми стяжелыминарушениямиречи
The use of music therapy in the speech therapy for children with severe speech disorders

ТимошиноваН.С.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., ст. преподавательА.А.Твардовская

Музыкальная терапия на данный момент является развивающимся направлением арттерапевтического воздействия, зарекомендовавшее себя как эффективный метод коррекции. Поэтому, внедрение элементов музыкотерапии в структуру логопедического занятия на определенных его этапах могло бы повысить эффективность коррекционного процесса. Актуальность данной темы также определяется необходимостью понимания воздействия музыкальной терапии, как интегративной, так и активной на процесс коррекции нарушений речи, а так же необходимостью выявления возможностей ее использования на различных этапах логопедического занятия. Цель нашей работы - теоретически обобщить возможности воздействия музыкотерапии на детей с тяжелыми речевыми нарушениями и представить алгоритм использования элементов музыкотерапии в процессе логопедического занятия.

Музыка как способ коррекционного воздействия на человеческий организм применялся с глубокой древности. Целительное воздействие звучания музыкальных

инструментов, игры на них, пения отмечали многочисленные философы и медики и использовали для лечения как психических, так и соматических расстройств.

На данный момент экспериментально доказано влияние музыки на человеческий организм. Многие объективные свойства музыки создают предпосылки для изменения психического состояния в определенную сторону. Например, жанры классической и современной музыки различаются по направленности своего воздействия: классическая музыка обращается к эмоциональной сфере, увеличивает интенсивность ассоциативных процессов, а современная музыка стимулирует двигательную активность и функциональное состояние слушателя, снижает уровень ситуативной тревожности. Так же выявлено, что люди с высокой тревожностью на сознательном уровне предпочитают релаксационную музыку и музыку Моцарта, положительно оценивают музыку и состояние, возникающее после прослушивания указанных музыкальных отрывков; на бессознательном уровне выявлена тенденция к предпочтению печальной, медленной классической музыки. Люди с низкой тревожностью не имеют выраженных музыкальных предпочтений, наиболее положительно они воспринимают веселую, быструю популярную музыку; печальная, медленная классическая музыки и рэп значимо повышают уровень ситуативной тревоги. [5]

Многими исследованиями экспериментально доказано влияние музыки на личностные характеристики человека и его психоэмоциональную сферу. Такие исследователи как М.Е.Бурно, музыкотерапевт и педагог В.И.Петрушин, А.Г.Попок отмечают в своих исследованиях музыкальную терапию как эффективное средство регуляции психосоматических и психоэмоциональных процессов. Таким образом, мы можем сделать вывод, что музыкальная терапия может являться так же средством регулирования эмоционального состояния детей в процессе коррекционного логопедического воздействия.

Музыка как средство регулирования эмоционального состояния выполняет следующие функции: седативную (релаксационную), стимулирующую и катарсическую. Седативная (релаксационная) функция заключается в том, что с помощью специально организованной музыкальной деятельности снимается мышечное и эмоциональное напряжение, человек успокаивается и восстанавливает физические и эмоциональные силы. Примером такой деятельности для детей может служить игра на духовых инструментах – флейте, свирели, которая вызывает положительные эмоции. Так же она стимулирует умственные способности ребенка, развивает музыкальную память, а массируя во время игры кончики пальцев ребенка от нервных окончаний на пальцах в мозг поступают импульсы, при этом улучшается работа всех центров. Стимулирующая функция наоборот, направлена на активизацию физических и эмоциональных возможностей: повышает мышечный тонус, наполняет положительными эмоциями, повышает настроение. При этом используется мажорная, ритмичная танцевальная музыка, например, народные и эстрадные танцы. Катарсическая функция отличается от вышеперечисленных тем, что она служит не для восполнения недостающих эмоций, а в избавлении человека от угнетающих чувств [4].

По мнению Дергаевой И.Н., условием катарсиса при восприятии музыки является выбор музыкального произведения согласно неосознаваемым потребностям реципиента, значимым для развития личности переживаниям. Чем более выражено соответствие музыки неосознаваемым потребностям, тем эффективней является воздействие [3]

Таким образом, полагаясь на вышеперечисленные исследования, можно предположить возможность использования музыкотерапии на следующих этапах логопедического занятия (индивидуального и фронтального):

1. Использование интегративной музыкотерапии на этапе организационного момента индивидуального, фронтального и подгруппового занятия для создания положительного настроя на предстоящее занятие, регуляцию психоэмоционального состояния детей или одного ребенка.

На этом этапе возможно кратковременное прослушивание ритмичных мажорных композиций, детских песен; так же возможно их сочетание с развитием мелкой и общей моторики, пальчиковой гимнастикой, развитием мимики.

2. Использование активной музыкотерапии на этапе физкультминутки индивидуального, фронтального и подгруппового занятия для стабилизации рабочего состояния детей или одного ребенка, а так же регуляцию психоэмоционального состояния.

Не секрет, что уже ко второй половине логопедического занятия многие дети устают, начинают отвлекаться, особенно этому подвержены дети с синдромом гиперактивности и недостатком внимания. Таким образом, внедряя данный элемент музыкальной терапии, полностью реализуется стимулирующая функция музыки. В результате чего возможно улучшить концентрацию внимания, частично восстановить работоспособность ребенка до окончания занятия, что непременно должно отразиться на эффективности коррекционного процесса. На данном этапе целесообразно совмещать прослушивание музыки с общими движениями тела.

3. Использование инструментальной музыкотерапии (а именно, духовых инструментов) в ходе занятия на момент коррекции и постановки дыхания и целенаправленной воздушной струи (на индивидуальном занятии).

Для этих целей возможно использование свирели и флейты. Игра на некоторых духовых инструментах (например, на губной гармошке) требует подачи сильной воздушной струи и правильного физиологичного дыхания, иначе игра на инструменте может вызвать дискомфорт и сильное головокружение.

Это, к тому же, в своем роде, реализация седативной функции музыки, где, наряду с развитием дыхания, выполняется и эмоциональная разгрузка, снятие мышечного и психологического напряжения ребенка. Так же положительной стороной игры на флейте и свирели является перспектива развития мелкой моторики пальцев рук, так как возникает необходимость извлекать ноты путем правильного четкого зажатия подушечками пальцев нужных отверстий.

4. Использование активной музыкотерапии (инструментальной музыкотерапии, вокалотерапии) для развития и коррекции слоговой структуры слова и темпо-ритмической стороны речи в ходе индивидуального и подгруппового логопедического занятия.

На этом этапе возможно скандированное произношение, пропевание групп слогов или же слов сложной слоговой конструкции под музыку с выраженным ритмическим рисунком или же совмещать их произношение с игрой на таких музыкальных инструментах как ксилофон, металлофон, барабан (так же можно использовать прием ансамбля «звучащих жестов», где каждый слог должен соответствовать одной ритмической единице (одному удару в барабан, одному хлопку, одному такту в музыке)

5. Использование вокалотерапии для развития высотно-частотного диапазона голоса, что возможно реализовать в процессе как индивидуального, подгруппового, так и фронтального занятия на различных его этапах.

Данную работу возможно построить на противопоставлении последовательного пропевания высоких и низких нот, что так же можно преподнести и в игровой форме («Песня медведя и мышки», где медведь символизирует низкий частотный диапазон голоса, а мышка – высокий и т.д.), на чередовании тактов, куплетов, песни и их модуляций.

6. Использование вокалотерапии для преодоления назализированного произношения.

Целесообразно применять данный вид музыкальной терапии на индивидуальном логопедическом занятии на этапе преодоления назализации, где возможно совместить традиционные методы преодоления носового призвука с музыкальным компонентом. Данная работа наиболее актуальна с детьми, имеющими такие нарушения, как ринолалия и дизартрия, где нарушение тембра голоса наиболее выражено.

Голубевой Н.В. было доказано положительное влияние на соматическое состояние, а так же на высшие психические функции ребенка (в том числе и на процесс речевого развития) музыкально-педагогической концепции немецкого композитора и педагога Карла Орфа. В основу данной концепции заложено элементарное музицирование, где К.Орф соединил с помощью ритма характерную музыкальную деятельность с движением, речью, драматическим действием (пения, движения под музыку, игры на детских музыкальных инструментах, ансамбля «звучащих жестов» и т.д.). [2]

Бабушкина Р.Л. в своем исследовании экспериментально доказала, что внедрение логоритмических занятий в комплексную работу дошкольных учреждений повышает эффективность преодоления речевых нарушений у детей с ОНР и указала, что сензитивные периоды развития музыкально-ритмических и языковых способностей совпадают. Данные факты так же указывают на необходимость внедрения в процесс коррекции речи элементов музыкальной терапии. [1]

Результаты данных исследований позволяют сделать вывод, что наши предположения об интеграции музыкальной терапии в процесс логопедической коррекции и применение на различных ее этапах должны дать положительный эффект.

Так же в поддержку нашей теории можно привести исследование Янушевска-Варых М. «Развивающие возможности музыки в обучении детей разного интеллектуального уровня», в котором была доказана выдвинутая гипотеза о влиянии на высшие психические функции ребенка трех форм творческой активности – музыка-слово-движение. Музыкальные, музыкально-двигательные и словесно-двигательные занятия обогащают коррекционный процесс, делают занятия более легкими, мотивируют детей к активному участию в учебном процессе, стимулирует умственную деятельность, координацию движений, терапию нарушений речи, свободу деятельности и творчества. [5]

Таким образом, в ходе нашего исследования мы обобщили данные литературных источников о влиянии объективных свойств музыки и различных ее жанров на психоэмоциональную сферу человека; дали сущностную характеристику технологии музыкотерапии как средства коррекционного воздействия. Мы создали

модель логопедического занятия с включением музыкотерапии на различных его этапах.

Литература:

1. Бабушкина Р.Л. Логопедическая ритмика в комплексной коррекционной работе по преодолению общего недоразвития речи у детей младшего дошкольного возраста. - Санкт-Петербург, 2011;
2. Голубева Н.В. Музыкальное воспитание как компонент "лечебной педагогики" в условиях детского реабилитационного учреждения", -Тюмень, 2010;
3. Дергаева, Ирина Анатольевна Комплексное исследование восприятия и психологического воздействия музыки. - Ярославль, 2005;
4. Назайкинский Е.О. О психологии музыкального восприятия. - М.:Музыка, 1974;
5. Янушевска-Варых М. Развивающие возможности музыки в обучении детей разного интеллектуального уровня. - М.:2007.

Возможности использования НЛП для преодоления коммуникативных трудностей у слепых
Opportunities of NLP usage for coping with communicative problems of blind people

Халиуллова А.Н.,
Студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент А.Т. Курбанова

Большая часть людей с нарушением зрения все еще проводят практически всю жизнь в обществе себе подобных, а это формирует своеобразные изоляционистские установки, сепаратизм психики. Невозможность визуального восприятия и ориентация на голос, особенности речи, усугубляется неадекватными установками зрячих по отношению к слепым, обусловленными косметическими дефектами последних, незнанием их психологических особенностей, непониманием.[1]

Разумеется, это не способствует интеграции инвалидов по зрению в общество. Очевидно, что для оптимизации упомянутых отношений следует обязательная подготовка к контактам такого рода как зрячих, так и слепых. Особенно актуальным это стало в связи с широким распространением инклюзии во всем мире.[2]

Это делает актуальным разработку новых технологий коррекции коммуникативных нарушений у слепых и повышения профессиональной квалификации специалистов (педагогов, психологов), работающих с ними, а также адаптации к психологическим особенностям существующих методов психологического воздействия. Одним из источников таких техник может служить нейролингвистическое программирование (НЛП).

НЛП поможет преодолеть коммуникативные трудности, тем самым устранит недостаточную активность слепых, предупредит образование негативных черт характера и возникновение отрицательные эмоциональных состояний, возникших в связи со страхом перед общением со здоровыми людьми. А также сформирует положительные мотивации и установки, поднимет самооценку, а

значитпоспособствует успешной адаптации к жизни без зрения.[3] Стимулируя в процессе специально организованного воспитания и обучения с помощью методов НЛП перцептивные потребности, включая в деятельность сохранные анализаторные системы, можно дать развитию психики слепых новое направление, приближающееся к развитию нормально видящих.

Предметисследования: методы НЛП, эффективные в совершенствовании общения незрячих людей с окружающими.

Объект исследования: представления и технологии НЛП

Цель: отбор методов НЛП, эффективных в выстраивании благоприятных отношений незрячего человека с окружающими.

Задачами исследования выступили:

1. Отбор техник эффективных в повышении компетентности специалистов, работающих с людьми с нарушениями зрения.

2. Отбор техник, освоение которых незрячими возможно без предварительной адаптации.

3. Выделение круга приемов, которые необходимо адаптировать для работы с незрячими с учетом их психологических особенностей.

Базовые пресуппозиции НЛП играют важную роль не только при изучении НЛП слепыми, но и при его применении. Процесс просто не будет работать, если эти предпосылки будут игнорироваться.[3] Также важно отметить гуманистический, позитивный смысл этих принципов, который поможет незрячим сформировать положительное отношение к жизни и различным ситуациям, людям.

В настоящее время экспериментально доказано, что утраченные зрительные функции слепых замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов. Следовательно, ведущая репрезентативная система слепых людей - кинестетическая. Это важно знать людям, которые будут с ними общаться.[1]

Сенсорный опыт зрячих людей оказывается гораздо богаче восприятия слепых и, следовательно, первые имеют более богатую карту мира и более качественный инструментарий самовыражения. Поэтому так важно для слепого человека развивать сенсорную остроту.[4] Один из первых шагов на этом пути — упражнение в калибровке. Ведь затруднения, испытываемые лицами с глубокими нарушениями зрения при восприятии окружающего мира, и вызванное ими снижение активности отражения требуют самого широкого вмешательства, которое способствовало бы развитию навыков осязательного и слухового обследования, а в конечном итоге активизации познавательной деятельности и позитивного взаимодействия с окружающими.

Ассоциированное и диссоциированное восприятие поможет слепым справиться с депрессивными настроениями, стрессами, а также фрустрапиями. Поэтому развить гибкость слепым людям в использовании этих механизмов необходимо для того, чтобы ассоциироваться с позитивными нужными моментами и уметь диссоциироваться от негативных жизненных ситуаций. В первом случае это полное эмоциональное вовлечение в приятное событие, а во втором – оценка ситуации со стороны, позволяющая резко снизить интенсивность переживаний.[5] Данная техника требует определенной адаптации перед применением слепыми.

Важно научить слепого человека быстро входить в состояние раппорта с собеседником, так как это основа успешного общения между людьми. Утрата зрения, препятствующее видению лица партнера по общению и других его внешних качеств,

восприятию мимических движений, выражения глаз и многих других визуально воспринимаемых признаков, затрудняют процесс подстройки. Ее можно осуществлять, подстраиваясь к голосу собеседника (тембру, громкости, высоте) и особенностям речи (структура, лексика, темп, интонация). Также слепой человек при общении с другими людьми должен уметь определять «сенсорный язык» партнера и самому легко и непринужденно говорить на разных «сенсорных языках». И если удалось подстроиться к партнеру, то легко можно передать ему информацию через наиболее подходящий для этого канал восприятия.

Если незрячему нужно быть понятыми целой группой людей с разными ведущими модальностями, то полезно уметь включать в речь предикаты всех сенсорных репрезентативных систем. Также это полезно, чтобы подаваемая информация была усвоена наиболее полным образом, то есть чтобы у человека остались соответствующие репрезентации во всех трех сенсорных репрезентативных системах.

Обучив слепого приемам рефрейминга, психолог поможет ему увидеть позитивные стороны любой жизненной ситуации, научит относиться к проблемам с юмором, некоторые особенности превратятся из недостатков в преимущества. Слепой сможет, описывая что-то тревожащее его другими словами, изменить к этому свое отношение. Это очень важный навык для коммуникации, ведь слепой приобретет более позитивный настрой к жизни, а также поможет подстроиться к собеседнику, придавая беседе такое значение, которое создаст нужное состояние у обоих.

Учить слепых людей использовать якоря нужно для того, чтобы они могли создавать желательное ресурсное состояние, а иногда - чтобы стереть негативные отпечатки, которые у них имеются. Можно заякорить состояние уверенности и равновесия, вспоминая время, когда присутствовали эти ощущения. Это необходимо освоить слепым, чтобы преодолеть сформировавшийся страх или неуверенность при общении со зрячими и чтобы уметь входить в ресурсное состояние при этом.

Мы выбрали методы НЛП, которые посчитали наиболее полезными для улучшения коммуникативной способности слепых людей, отобрали техники, эффективные в повышении компетентности специалистов, работающих с людьми с нарушениями зрения, техники, освоение которых незрячими возможно без предварительной адаптации и выделили круг приемов, которые необходимо адаптировать для работы с незрячими с учетом их психологических особенностей.
Поскольку у каждого уже есть все необходимое для достижения успеха, то методы НЛП, предполагающие единство разума и тела, предлагают более активно искать и осваивать собственные способности совершать изменения. И если некоторым приемам и принципам НЛП можно научить ясно и просто, то это будет еще более ярким проявлением гуманизма, потому что такое обучение даст возможность еще большему количеству людей найти в себе эти способности и продолжить развитие.

Литература:

1. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб.пособие / А.Г. Литвак ; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - СПб. : Изд-во РГПУ, 1998. - 271 с.
2. Бенедиктова М.В. Учителю о незрячих и слабовидящих детях. Пособие для учителей массовых школ, обучающих детей с нарушением зрения / Сост. и ред. М.В. Бенедиктова. -- Нижний Новгород: Нижегородская региональная

общественная организация родителей детей-инвалидов по зрению «Перспектива», 2008
3. Олдер Г., Хэзер Б. НЛП: Вводный курс. Полное практическое руководство. Киев: София, 2000.
4. О'Коннор Д., Сеймор Д. Введение в Нейро-Лингвистическое программирование. Челябинск: Версия, 1998.
5. Герасимов А., Плигин А. Руководство к курсу НЛП-Практик. М.: КСП+, 2000.
6. Бэндлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий. Воронеж: НПО МОДЭК, 1995.

Использование логосказок в системе коррекционной работы с детьми старшего дошкольного возраста III уровня ОНР
The using of logopedic tales in the system of correctional work with the children of senior preschool age with the third level of general underdevelopment of the speech

Хренкова М.А..,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

С каждым годом число дошкольников, имеющих нарушения в речевом развитии, неуклонно растет. К началу школьного возраста словарный запас большинства детей не соответствует возрастной норме, навыки связной речи сформированы не в полном объеме. В.П. Глухов, Т.А. Ткаченко, Е.М. Мастюкова. Т.Б. Филичева, отмечали, что связная речь как вид речевой деятельности вызывает наибольшие затруднения у детей с ОНР.

Нами было проведено исследование, целью которого являлось изучение уровня сформированности связной речи у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

Исследование проводилось на базе МАДОУ «Детский сад №381 комбинированного вида». Было обследовано десять детей 5-6 лет с заключением медико-психолого-педагогической комиссии: общее недоразвитие речи III уровня.

Для исследования использовалась методика В.П. Глухова "Обследование состояния связной речи у детей с ОНР". Детям предлагалось составить предложения по отдельным ситуационным картинкам; составить предложения по трем картинкам, связанным тематически; пересказать текст; составить рассказ по серии сюжетных картинок; сочинить рассказ на основе личного опыта; составить рассказ-описание; закончить рассказ по заданному началу.

Ответы детей оценивались с учетом информативности, грамматической правильности предложений, наличия всех смысловых звеньев, правильной их последовательности, грамматической правильности предложений.

Результаты исследования представлены в диаграмме 1.

Экспериментальное исследование позволило выявить низкий уровень развития связной речи у 30 %. Составление рассказа не удавалось, дети лишь кратко отвечали на наводящие вопросы. Описание заменялось простым перечислением отельных признаков. Наблюдались выраженные лексико-грамматические нарушения.

Детям, у которых выявлен недостаточный уровень развития связной речи, удавалось составить короткий рассказ только по наводящим вопросам, отображая лишь существенные признаки предмета. Также отмечается лексические затруднения, недостатки в грамматическом оформлении предложений.

Таким образом, анализ результатов обследования подтверждает необходимость проведения коррекционной работы с детьми по формированию связной речи.

Современные специалисты находятся в постоянном поиске наиболее эффективных средств коррекции для ребенка, имеющего различные отклонения в развитии. Одним из таких средств является сказка.

Сказка способствует как целенаправленному, так и спонтанному развитию словаря и связной речи, включает в работу все анализаторные системы [2]. Благодаря сказкам, наглядно-образное мышление ребенка преобразуется в словесно-логическое, что является очень важным для последующих этапов обучения.

Анализируя различные сказки народов мира, русский лингвист В.Я.Пропп разработал их общую структурную модель. В любой сказке можно выделить экспозицию, завязку, развитие сюжета, кульминацию и развязку.

Экспозиция - это некий старт, точка отправления. «Жили-были…», «Однажды в лесу…» - все это различные варианты экспозиции.

Завязка - это части сказки, в которой мы знакомимся с действующими лицами, основным сюжетом, временем и местом. Это вступление необходимо для того, чтобы мы могли привыкнуть к сказке, «поймать» ее ритм, пространство, познакомиться с героями.

Развитие сюжета - следующий компонент, в нем реализуется конфликт, который нарастает постепенно и приводит к кульминации.

Кульминация - высшая точка в развитии действия, в которой конфликт достигает наивысшего напряжения. Иногда нет конфликта, и, следовательно, нет кульминации. В этом случае идет просто описание событий и действий.

Развязка – это конец сказки. Он может быть кратким: «Вот и сказки конец…», «На том дело и закончилось»… А может содержать довольно подробное описание изменений, которые возникли в данной ситуации и с данными действующими лицами [3].

Проанализировав психолого-педагогическую литературу, нами установлено, что в основу логосказки заложена структура обычной сказки, которая отличается строгой и определенной последовательностью. Логосказка включает в себя интересный сюжет, набор действующих лиц, обладающих своим кругом действий и функций. Иначе говоря, она заключает все те положительные компоненты, что имеет сказка.

Ученые доказали по истине чудодейственную силу сказок. Более того, в науке сложилось целое направление - сказкотерапия, которое разрабатывалось как зарубежными (Э. Фромм, Э. Берн, Э. Гарднер, А. Менегетти), так и российскими (Е.Лисина, Е.Петрова, Р.Азовцева, М. Осорина) учеными. В понимании Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой, сказкатерапия – это не просто направление в психотерапии, а синтез многих достижений психологии, педагогики и философии разных культур. В нашей стране, в Санкт-Петербурге, был открыт первый Институт сказкотерапии, в котором исследуется методология комплексной сказкотерапии для детей, имеющих отклонения в развитии. В систему сказкотерапии входит более узкое понятие - логосказка, которая рассматривается как метод воздействия, способствующий развитию всех сторон речи, воспитанию нравственных качеств, активации психических процессов (внимания, памяти, мышления, воображения), а также поддерживанию положительной мотивации к выполнению учебных задач [2].

Основная цель логосказки - всестороннее, последовательное развитие речи детей и связанных с ней психических процессов путем использования элементов сказкотерапии [4].

Логоказка выполняет важные речевые и коммуникативные функции. Она формирует языковую культуру ребенка, активизирует и развивает внутреннюю слухоречевую память, интериоризирует вербально-знаковые формы сказок, способствует становлению речевой культуры, развивает экспрессивную и коммуникативную языковые функции, оказывает психотерапевтическое действие [5].

Учеными выявлено, что в коррекционной работе с детьми, имеющими различные нарушения в речевом развитии, целесообразно использовать артикуляционные, пальчиковые, фонетические, лексико-грамматические логосказки, а также логосказки по обучению грамоте и логосказки, способствующие формированию связной речи [2].

Артикуляционные логосказки служат для развития дыхания и артикуляционной моторики. Когда мы объединяем отдельные упражнения в целую сказку, то дети становятся активными участниками, обычные артикуляционные упражнения становятся волшебными!

Пальчиковые логосказки направлены на развитие мелкой моторики и речи ребенка в их взаимосвязи. Для постановки сказок можно использовать различные пальчиковые, рукавичные игрушки, куклы-бибабо и т.д. [2].

Фонетическая логосказка включает в себя упражнения, направленные на формирование определенного навыка (развитие правильного произношения, фонематического слуха, звукового анализа, синтеза и т.д.).

Лексико-грамматические логосказки способствуют формированию лексического запаса и грамматического строя. Логопед, рассказывая сказку, задает детям различные вопросы, вследствие чего происходит формирование и закрепление грамматических категорий.

В занимательной сказочной форме дети знакомятся с буквами и звуками, их особенностями, связями и различиями. Использование на занятиях сказок по обучению грамоте, даст ребенку мощный толчок для овладения сложным умением читать и подготовит его к обучению письму.

Логосказки, способствующие формированию связной речи - уникальное средство для развития стройной, логичной, последовательной и грамматически правильно оформленной речи ребенка. Такая логосказка имеет структуру обычной

сказки, но с включением в нее различных приемов, способствующих развитию связной речи.

Изначально логопед прочитывает сказку, а дети слушают. Уточняются все неизвестные слова. Затем, логопед старается больше подключать детей к рассказыванию сказки, задает им наводящие вопросы. Примером может послужить логосказка «Эльф и ястреб».

Логопед. На смену зиме пришла весна. Цветочный эльф сидел на верхушке самого высокого дерева в волшебном лесу. Ребята, где сидел цветочный эльф?

Дети. Цветочный эльф сидел на верхушке самого высокого дерева в волшебном лесу.

Логопед. Оттуда он смотрел, как в волшебном лесу наступает весна. А какие приметы весны вы знаете?

Дети. Днём солнце светит ярко. Небо голубое. Тает снег, начинает расти трава. На деревьях набухают почки. Люди надевают куртки и резиновые сапоги. Просыпается после зимней спячки медведь. Заяц меняет белую шубку на серую. У большинства зверей рождаются детеныши. Возвращаются перелётные птицы. Дети пускают кораблики.

Логопед. Верно, это всё признаки весны, которыми цветочный эльф любовался с высоты дерева в лесу. Вдруг в синем небе появился большой ястреб. Как вы думаете, что захотел ястреб сделать с цветочным эльфом?

Дети. Он захотел его съесть.

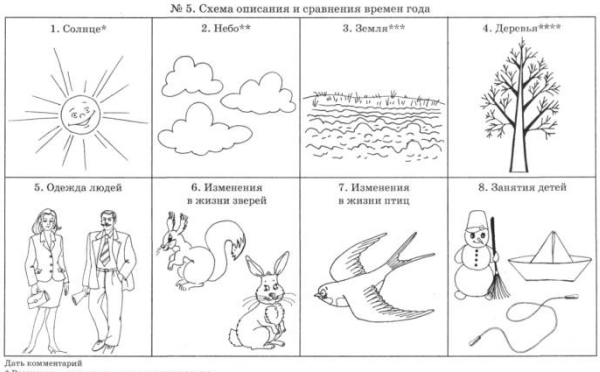
Логопед. Как вы думаете, что произошло дальше?

Дети. Волшебный эльф полетел в гущу леса и спрятался в дупле у гостеприимной белки. Ястреб полетел за ним, но эльфа найти не смог. Так и вернулся ни с чем.

И, в заключении, дети самостоятельно рассказывают сказку, логопед помогает незначительно.

Данная сказка включает в себя описание весны. В большинстве случаев дети затрудняются в составлении описательного рассказа: наблюдается повторность, однообразие в подборе характеристик описываемых предметов и объектов. Дети не всегда правильно используют имеющийся у них словарный запас. Одним из средств, облегчающих составление описательного рассказа, является схема Т. А. Ткаченко, которую можно использовать для описания весны.

№ 5. Схема описания и сравнения времен года



Дать комментарий
* Рассказать – как солнце греет и освещает землю.
** Имеется ввиду внешний вид неба (пасмурное, ясное, покрыто облаками и пр.).
*** Чем покрыта земля (снегом, опавшими листьями, первой травой).
**** Вид лиственных деревьев в определенное время года (появление почек, появление листьев, листья желтеют и опадают и пр.).

Таким образом, дети начинают понимать текст и осуществлять элементарный анализ в умственном плане. Логосказкам, способствующим формированию связной речи свойственны богатство идейного содержания, познавательно-дидактическая сущность и неизменная художественная выразительность.

Кроме того, в логосказку по формированию связной речи легко и органично включается психогимнастика, релаксация, голосовые и дыхательные упражнения, игры и задания на внимание и т.д. [6].

Развитие связной речи посредством логосказки является одной из главных задач в речевом воспитании детей, ведь именно в связной речи реализуется коммуникативная функция языка.

Литература:

1. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. М.: АРКТИ, 2004. 168 с.
2. Инновации - в логопедическую практику / Методическое пособие для дошкольных образовательных учреж-дений / Сост. О. Е. Громова. - М.:ЛИНКА-ПРЕСС, 2008.
3. Карпов А.В. Как разговаривать с детьми и сочинять для них сказки. М.: Речь, 2008.
4. Полянская Л. А. Логосказки как эффективный метод в системе коррекции речевых нарушений [Электронный ресурс] / Л. А. Полянская // Педагогический мир : электронный журн. / МБДОУ ДС № 26, Озерск. – 2013. – Режим доступа: http://pedmir.ru/viewdoc.php?id=56476
5. Смирнова Т. В. Использование логосказок и театральноигровой деятельности в коррекционной работе с детьми / Т. В. Смирнова. – Котовск : 2011.
6. Танетова Е. В. Сказка в логопедической работе с детьми раннего возраста // Логопед.- 2008.- №6.- с.42-45.

СЕКЦИЯ III. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Организация логопедической помощи в условиях дошкольного логопедическогопункта
Organization of logopedic treatment in terms of preschool speech item

Гимадеева М. А.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – ст. преподаватель Л.Н. Суздальцева

Логопедический пункт — структурное подразделение общеобразовательного учреждения, которое создаётся для организации логопедической помощи детям, имеющим нарушения речи. Логопедический пункт бывает как при дошкольных образовательных учреждениях, так и при школьных общеобразовательных учреждениях. Основная цель работы в условиях логопедического пункта – исправление нарушений звукопроизношения, параллельно решаются задачи, связанные с формированием лексико-грамматического строя языка ребенка.

Логопедический пункт рассчитан для детей, имеющих:

1. Общее недоразвитие речи, преимущественно III уровня;

2.Фонетико-фонематическое недоразвитие, обусловливающее дислексию и дисграфию;

3.Заикание различной формы, оказывающее влияние на успеваемость и школьную адаптацию.

В настоящее время существует только один документ федерального государственного уровня, регламентирующий работу логопедического пункта: Письмо Минобразования России от 14 декабря 2000 г. №2.

Дошкольный логопедический пункт – наиболее «молодая» форма организации коррекционно-речевой помощи детям с нарушениями речи. Логопедический пункт место, где оказывается помощь детям с речевыми нарушениями без перевода ребенка в специализированную группу.

Рассмотреть некоторые отличия работы на дошкольном логопедическом пункте.

1. Логопед на логопедическом пункте встраивается в общеобразовательный процесс, а не идет с ним параллельно как это принято в речевых садах. Работа логопеда строится с учетом внутреннего расписания ДОУ. График работы и сетка занятий утверждается заведующим ДОУ. В отличие от специализированного ДОУ (групп), задача коррекции речи в логопедическом пункте является дополнительной. В расписании детей нет времени, специально отведенного для занятий с логопедом, поэтому приходится очень тщательно составлять расписание и заниматься с детьми таким образом, чтобы не помешать усвоению дошкольной образовательной программы. Педагоги работают по своим планам, испытывают трудности при контроле над правильным произношением звуков, не имеют стимула в выполнении этой работы.

2. В логопедической группе состав детей не меняется в течение года, на одного логопеда приходится до 12 человек, в зависимости от речевого заключения. На логопедическом пункте дети поступают и выбывают в течение года, при этом одновременно у одного логопеда занимаются 25 человек.

3. В логопедической группе дети имеют одинаковое речевое заключение, что определяет программу занятий. На логопедическом пункте одновременно занимаются дети с различными речевыми заключениями (ФФНР, ОНР, логоневроз, дизартрия, дислалия и др.).

4. Для работы логопедического пункта в настоящее время не существует коррекционной программы, в своей работе логопедам рекомендуется опираться программу Филичевой Т. Б., Чиркиной Г.В., а также использовать методические рекомендацииУшаковой О. С., Ткаченко Т. А., Грибовой. О. Е., Громовой О. Е., Соломатиной Г. Н., Коноваленко В. В. и Коноваленко С. В. и др.

5. Основными формами организации работы с детьми, имеющими нарушения речи в условиях логопункта, являются индивидуальные и подгрупповые занятия. Занятия кратковременные (15-20минут), краткосрочные (2-3 раза в неделю) и рассчитаны на 6-ти или 12 месячный срок обучения.

6. Логопед на логопедическом пункте вынужден вклиниваться в процесс обучения в тот день, когда ребенок посещает его занятия. Сами дети с речевыми нарушениями получают коррекционную помощь порционно, а не ежедневно, как дети логопедического сада.

Далее рассмотрим отличия работы логопедического пункта в сельской местности и работы логопедического пункта в городе.

Органом управления образованием за логопедическим пунктом закрепляется определенное количество групп:

- открытие логопедического пункта при городском ДОУ осуществляется при обследовании 8-10 групп;
- при сельском ДОУ должно быть обследовано 6-8 групп.

В целях оказания эффективной логопедической помощи воспитанникам сельских ДОУ логопедический пункт открывается:

- при одном из ДОУ районного центра;
- при одном из ДОУ районного центра с обязательным обслуживанием одного или нескольких сельских ДОУ, расположенных на расстоянии 3-5 км.

Занятие на логопедическом пункте сельского ДОУ в зависимости от местных условий может быть внесено в "сетку" занятий данного учреждения.

Имеется разница в наполняемости групп сельской и городской местности, данные приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Предельная наполняемость групп городско и сельской местности

	Предельная наполняемость	
Группы обучающихся	**расположенные в городе**	**расположенные в сельской местности**
С общим недоразвитием речи (ОНР)	до 4	до 3
С не резко выраженным общим недоразвитием речи (НВ ОНР)	до 5	до 4
С фонетико-фонематическим недоразвитием речи (ФФН) и фонематическим недоразвитием речи (ФН)	до 6	до 5
С недостатками чтения и письма, обусловленными ОНР	до 4	до 2
С недостатками чтения и письма, обусловленными НВ ОНР	до 5	до 4
С недостатками чтения и письма, обусловленными ФФН (ФН)	до 6	до 5
Заикающиеся	до 4	до 3
С недостатками произношения отдельных звуков	до 7	до 6

Цель нашей работы показать насколько остро стоит вопрос логопедической помощи в сельской местности. Рассмотрим результаты проведенного нами обследования детей разных детских садов с. Новошешминск, Новошешминского муниципального района РТ. Итоги обследования представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Сводная таблица результатов обследования по детским садам

Речевые нарушения	Наименование детских садов с. Новошешминск, Новошешминского района, общее количество обследуемых детей в возрасте 3 – 7 лет				
	«Чишма»	«Ландыш»	«Крепыш»	«Теремок»	«Солнышко»
	36	49	26	38	34
ФФН	9	8	7	9	3
ФФН, Дислалия	5	6	5	7	1
ФФН, Стертая дизартрия	4	2	3	2	2
ОНР I уровень	2	3	2	3	5
ОНР II уровень	0	2	0	1	1
ОНР III уровень	4	6	3	5	8
ОНР III уровень, Стертая дизартрия	2	2	1	0	2
Заикание	1	0	0	1	0
Всего	16	19	13	18	17
%	**44**	**39**	**50**	**47**	**50**

По результатам, представленным в Таблице 2, мы составили диаграмму, на которой, более точно видны результаты нашего обследования.

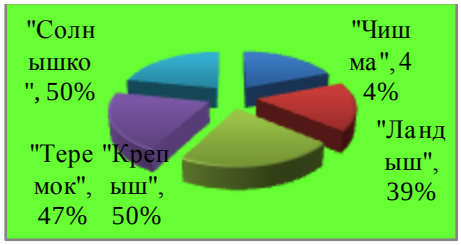


Рис 1. Процентное соотношение детей, имеющих речевые нарушения в детских садах Новошешминского муниципального района РТ

Данные результаты показывают, на сколько, остро стоит вопрос о логопедической помощи в сельской местности. По результатам проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы. Из общего числа обследуемых, 45% детей имеют различные нарушения речи. Многочисленную группу с нарушением речи представляют дети с ОНР III уровня - 31%, это дети в возрасте 5 – 7 лет.

В связи с тем, что детские дошкольные учреждения в сельской местности являются малокомплектными, открытие логопедических групп в таких ДОУ затруднено или невозможно. Поэтому наиболее приемлемой формой оказания логопедической помощи детям в условиях сельской местности является создание логопедических пунктов при ДОУ.

Литература:

1. Афонькина Ю. А., Кочугова И. А. Технологии деятельности учителя-логопеда на логопункте ДОУ / коррекционная педагогикаИзд.: АРКТИ, 2012. – С. 68 – 90.
2. Иванова Ю. В. Дошкольный логопункт: документация, планирование и организация работы. М.: Изд.: ГНОМ и Д, 2008. – С. 54 – 72.
3. Мазанова Е. В. Школьный логопункт: документация, планирование и организация коррекционной работы. М.: Изд.: ГНОМ, 2011. – С. 28- 38.
4. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. Практическое пособие. - М.: Айрис-Пресс, 2007. – С. 33 - 37.
5. Шашкина Г.Р., Зернова Л.П., Зимина И.А. Логопедическая работа с дошкольниками. - М.: Академия, 2003. – С. 46 – 52.

Тематическое планирование занятий по развитию связной монологической речи в старшей группе детей с общим недоразвитиемречи III уровня
Thematic planning exercises to develop coherent monologic speech in the older group of children with speech underdevelopment level III

Горбунова М.А.,
студентка 5 курса кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образованияКазанского (Приволжского) Федерального Университета,
Россия, г. Казань
Научный руководитель – ст. преподаватель Н.И.Болтакова

Связная речь выполняет важную роль в процессе воспитания и обучения детей. От уровня овладения связной речью зависит успешность обучения детей в школе. Умение давать развернутые ответы на вопросы, самостоятельно излагать свои суждения – все это требует достаточного уровня развития связной речи.

Ёлкина Н.В. подчеркивает, чтобы связно рассказать о чем-нибудь, нужно ясно представлять себе объект рассказа, уметь анализировать, устанавливать причинно-следственные отношения между предметами и явлениями. Для достижения связности речи необходимо умело использовать интонацию, подбирать подходящие для выражения данной мысли слова, уметь строить сложные предложения. Уровень развития связной речи у детей с речевой патологией ниже, чем у сверстников, не имеющих речевых нарушений.

Нарушения связной речи рассматриваются как глобальная проблема при изучении речевого недоразвития. Поскольку основное внимание исследователи сосредотачивают на выявлении особенностей лексических, грамматических средств языка, многие вопросы, связанные с выявлением особенностей связной речи на определенном этапе развития, остаются нерешенными, что затрудняет построение эффективной методики формирования монологической формы речи.

Мы предполагаем, что специальные занятия по развитию связной монологической речи у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня значительно повышают уровень формирования связной речи. С этой целью нами проведено изучение связной речи у детей с общим недоразвитием речи III уровня старшего дошкольного возраста.

Исследование проводилось на базе МБДОУ №15 «Ромашка» и №17 «Василек» г.Зеленодольска в старшей группе для детей с общим недоразвитием речи и нормальным речевым развитием. В круг исследования вошло 30 детей: в экспериментальную группу вошло 15 детей с логопедическим заключением общее недоразвитие речи III уровня и в контрольную группу вошло 15 детей с нормальным речевым развитием.

В ходе эксперимента использовалась методика В.П. Глухова, направленная на изучение особенностей связной речи и уровня ее сформированности у детей, включающая задания: пересказ русской народной сказки "Репка", рассказ по серии картин "Умный ежик", рассказ из личного опыта "Моя любимая игрушка", продолжение рассказа по заданному началу.

По данной методике исследования связной речи у детей с общим недоразвитием речи III уровня было выявлено, что для большинства детей экспериментальной группы характерен высокий уровень сформированности связной речи - 60%, средний уровень - 80%, уровень ниже среднего - 10%. По этим данным мы видим, что детьми экспериментальной группы лучше было выполнено задание на составление рассказа по серии сюжетных картинок, рассказа из личного опыта (6 детей с высоким уровнем) и продолжение рассказа по заданному началу (8 ребенка со средним уровнем), чем на составление пересказа.

По результатам проведенного эксперимента, нами составлено тематическое планирование.

Месяц	Лексическая тема	Лексико-грамматический строй речи	Связная речь
Сентябрь	Детский сад	Составление простых предложений	Экскурсия по детскому саду
	Семья	Согласование существительных с глаголами и прилагательными	Составление описательного рассказа по картине: «Семья»
Октябрь	Осень. Признаки осени	Уточнение и активизация словаря по теме; согласование существительных с прилагательными	Чтение и пересказ стихотворения И. Бутримовой «Осенний вальс»
	Овощи	Уточнение и активизация словаря по теме; образование существительных с уменьшительно-ласкательными суффиксами	Рифмованный рассказ «Корзина с урожаем»
Ноябрь	Одежда. Обувь	Закрепление представлений об одежде и обуви, её назначении, деталях; уточнение и активизация словаря по теме	Составление рассказа по серии сюжетных картин «Как солнышко ботинок нашло»
	Хлеб	Расширение и активизация словаря по теме;	Составление рассказа по серии сюжетных картин

		упражнять в образовании однокоренных слов	"Откуда хлеб пришёл"
Декабрь	Зима. Зимующие птицы	Уточнение и активизация словаря по теме; образование однокоренных слов; усвоение категории родительного падежа единственного числа.	1.Составление рассказа по сюжетной картинке «Петя и снеговик» 2.Составление описательного рассказа о птице: «Снегирь»
	Зимние забавы	Расширение представления о зимних забавах детей	Рассказывание по картине: «Зимние забавы»
Январь	Домашние животные и их детеныши	Образование существительных с уменьшительно-ласкательными суффиксами.	1. Составление рассказа по опорным предметным картинкам: «Найда» 2. Кто у кого?
	Мебель	Закрепление употребления предлогов *на, за, под.*	Составление рассказа-описания «Стул»
Февраль	Ягоды	Активизация словаря по теме	Составление предложений о ягодах: «Земляника», «Слива»
	Дикие животные жарких стран	Закрепление представления о животных, их места обитания, пище	Рассказ – описание «Слон». Формирование навыка составления короткого рассказа.
Март	Весна. Перелетные птицы	Закрепление представления о весне и ее приметах; усвоение категории родительного падежа единственного числа	1. Чтение и пересказ стихотворения С. Вышеславцевой «Весна» 2. Составление рассказа о птичке, которая вылетела из гнезда в поисках корма.
	Профессии: врач, повар	Классификация картинок по тематическим признакам с целью усвоения категории дательного падежа;	Составление предложений о профессиях
Апрель	Воздушный транспорт	Уточнение словаря по теме; образование формы множественного числа существительных	Составление рассказа о транспорте по плану
	Пресноводные рыбы	Формирование представлений о пресноводных рыбах, их внешнем виде; образование однокоренных слов	Составление рассказа о пресноводных рыбах по плану
Май	Лето	Согласование прилагательных с существительными	Составление рассказа по картине

	Насекомые	Уточнение словаря по теме; употребление предлогов;	1. Составление рассказа-описания о насекомых по плану 2. Составление рассказа по опорным предметным картинкам. Рассказ «Сороконожка»

Литература:

1. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи - 2-е изд., испр. и доп. - М.: АРКТИ, 2004. - 168 с.
2. Ткаченко Т.А. Учим говорить правильно. Система коррекции общего недоразвития речи у детей 5 лет — М: Гном и Д. – 2003 – 112с.
3. Т.Б. Филичева, Т.В. Туманова, Г.В. Чиркина. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Программно-методические рекомендации. М.: Дрофа, 2009.- 189 с.

Коррекционно-логопедическая работа по формированию коммуникативных навыковудошкольниковсалалией
Correction and speech therapy work on the formation of communicative skills in preschool children with alalia

КадыроваЭ.Р.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель-асс.Е.А. Цивильская

В настоящее время наблюдается тенденция по увеличению детей с нарушениями речи, в особенности с таким нарушением речи, как моторная алалия.

Моторная алалия диагностируется с четырехлетнего возраста и проявляется в виде нарушения экспрессивной речи при сохранном слухе и интеллекте. Большинство авторов занимались изучением факторов, влияющих на возникновение алалии: Р. Коэн; М. Зееман; Р. Лухзингер, А. Салей и др. подчёркивали роль наследственности в этиологии алалии, а именно наследственно обусловленное замедленное созревание определённых корковых структур головного мозга и ассоциативных волокон [2].

Моторная алалия представляет собой сложное расстройство, в структуру которого входят: специфическое тяжелое недоразвитие речи; своеобразные особенности формирования у детей сложных двигательных действий; общие для всех видов аномального развития и специфические закономерности формирования психической деятельности.

Еще Л.С. Выготский [3] отмечал, что психическое развитие человека имеет в своих истоках речевое общение ребенка со взрослыми. У детей с моторной алалией отмечаются нарушения коммуникативных навыков. Тема актуальна для нас, так как для всестороннего развития личности ребенка наличие детского общества играет огромную роль, потому что в общении со сверстниками ребенок учится сообща

играть, трудиться, заниматься, достигать поставленной цели. Положение малыша в группе, характер его взаимоотношений со сверстниками существенно влияют на его эмоциональное состояние и психическое развитие в целом.

Специальное изучение коммуникативных навыков у дошкольников проводилось на базе Центра «Нейропсихологии и логопедии» в г. Казани. В круг исследования были включены: экспериментальная группа – 7 детей с диагнозом невропатолога моторная алалия, контрольная группа – 7 детей без речевой патологии. Эксперимент проводился во второй половине дня.

В ходе исследования определялись особенности коммуникативных навыков детей, трудности общения, а также тип общения детей со взрослыми.

Для этого мы подобрали специальные диагностические методики, одна из них: методика Л.А. Венгер «Изучение типа общения ребенка со взрослым»[1].

Цель методики: определение типа общения детей.

Выделяются три типа общения:

1) практическое общение

2) познавательное общение

3) личностное общение.

Процедура исследования: проводится индивидуально с детьми 3-7 лет. На столе разложены игрушки, книжки. Ребенка спрашивают, чтобы он хотел: поиграть с игрушками, почитать книжки или поговорить со взрослым.

Для исключения случайных результатов эксперимент проводится 2-3 раза. Продолжительность игры, беседы, чтения ограничена – не более 20 минут.

Фиксируют особенность поведения ребенка, высказывания, продолжительность контактов.

Обработка результатов: выявляют, какой тип общения сформирован у детей.

Совместная игра – практическое общение

Чтение книг познавательного содержания – познавательное общение.

Беседа на личностные темы – личностное общение. Если ребенок последовательно выбирает все три ситуации, то нужно ориентироваться на время, особенности поведения, характер высказывания детей в каждой ситуации. Форму общения констатируют по максимальным достижениям ребенка в каждой из трех ситуаций, сопоставляя характер всех проявлений в эксперименте.

По итогам исследования нами были получены данные, что для большинства детей экспериментальной группы характерно практическое общение – 85,7% детей, а для большинства детей контрольной группы характерно познавательное общение – 71,4% детей. Результаты эксперимента свидетельствуют о том, что дошкольники с моторной алалией стремятся не к живому общению со взрослым в процессе беседы или при чтении книжек, а предпочитают самостоятельные игры с игрушками, где от них не требуются коммуникативные навыки.

Личностное общение у дошкольников обеих групп не развито, так как оно характерно детям более старшего возраста.

Алалия — системное недоразвитие речевой деятельности, расстройство речевой функциональной системы вследствие непосредственного нарушения функции речедвигательного и речеслухового анализаторов[3].

Недоразвитие речи при моторной алалии носит системный характер, охватывая все ее компоненты: фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую стороны.

На начальных этапах формирования речи у ребенка с алалией отсутствует потребность общения в связной форме, это обусловлено нарушением общей и

речевой активности (мотивационной активности). Взамен отсутствующей речи используются: жест, мимика, пантомима, интонация. Дети прибегают к перефразировкам, не оканчивают фраз, затрудняются при выражении главной мысли.

Для детей с алалией характерно недостаточное развитие таких высших психических функций, как внимание и память

При алалии нарушаются все основные объекты коммуникации:

- информативный (речью сообщают информацию),
- регуляторный (именно речью мы воздействуем на других людей).
- саморегуляция:

1) речь сопровождающая (выполняется действие с сопровождением речью).

2) завершающая (сделал действие, потом завершил речью),

3) планирующая (а как ты будешь это делать?)

Нами было проведено специально исследование коммуникативных навыков детей с моторной алалией. Мы выяснили, что у детей отмечаются трудности в общении, они не умеют слушать других людей, договариваться с ними, а также подстраиваться под них. У детей с моторной алалией не сформированы коммуникативные навыки, дети не умеют выражать свои мысли, у них преобладает практическое общение.

Дети с моторной алалией – это робкие, застенчивые дети. Их не очень любят в группе, они общаются с узким кругом друзей, стесняются общаться со взрослыми, стараются играть по одиночке. В сюжетно-ролевых играх чаще всего не принимают участие и удовлетворяются позицией стороннего наблюдателя. Они не коммуникабельны в силу своего кроткого характера, поэтому в игровой деятельности ориентированы чаще всего на себя или игрушку, заменяющую ей партнера по игре.

Для развития коммуникативных навыков детей с алалией необходимо проводить специальную коррекционно-логопедическую работу, задачами которой являются:

- развитие понимания речи
- активизация речи детей
- формирование навыков общения
- развитие словарного запаса и т.д.

В работе над развитием коммуникативных навыков используют такие методы, как драматизации, игры, упражнения, презентации и пр.

Литература:

1. Панфилова М. А.. Игротерапия общения: Тесты и коррекционные игры. Практическое пособие для психологов, педагогов и родителей. – М.: изд-во «ГНОМ и Д», 2002. – 680 с.
2. Соботович Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции : (дети с нарушением интеллекта и мотор. алалией) / Е.Ф. Соботович. — М.: Классик стиль, 2003. – 160 с.
3. 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.—223 с.

Профилактика речевых нарушений у детей младшего дошкольного возраста
Prevention of speech disorders in children of preschool age

Каримуллина Г.М.
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики
Института психологии и образования
Казанского (Приволжского) федерального университет
Россия, г.Казань
Научный руководитель –ст.преподавательН.И.Болтакова

В последнее время в дошкольном воспитании актуальными стали вопросы оказания специализированной логопедической помощи детям дошкольного возраста. Статистика показывает, что в настоящее время наблюдается увеличение количества детей с дефектами речи. По данным разных авторов, сегодня до 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, около 70% имеют патологию периода беременности и родов.[8] В этих случаях, в первую очередь, страдает нервная система ребенка и, в частности, речь.

Нарушения звуковой культуры речи, возникшие в дошкольном возрасте, в дальнейшем могут повлечь за собой целый ряд вторичных нарушений речи: недоразвитие фонематического слуха, задержанное формирование навыков звукового, слогового и буквенного анализа слов, обеднение словаря ребенка, нарушение грамматического строя родной речи.[4] Любое нарушение речи в той или иной степени может отразиться на деятельности и поведении ребенка в целом.

Логопедическая работа включает в себя несколько направлений. Это и преодоление имеющихся нарушений речи у детей, и предупреждение возможных вторичных нарушений речи, и профилактика (пропедевтика) речевых нарушений до их возникновения, и совершенствование разных сторон и качеств речи при отсутствии нарушений, а также параллельная коррекция других психических функций, таких как слухоречевое и зрительное внимание, зрительная и речевая память, словесно-логическое мышление.

Одним из важнейших направлений является профилактика и предупреждение речевых нарушений у детей дошкольного возраста. Профилактика – система мер по предупреждению речевых нарушений. Важным средством профилактики нарушений звукопроизношения служит создание соответствующей возрасту детей активной речевой среды: правильная, чистая речь взрослых, чтение произведений художественной литературы, использование фольклора в режимных моментах, четкое планирование игровой деятельности.

Игра способствует поддержанию интереса детей к деятельности, повышает эмоциональный фон и положительную мотивацию, развивает умения и навыки. С целью профилактики нарушений звукопроизношения у детей младшего дошкольного возраста подбираются игры и упражнения, направленные на:[3]

1) Развитие артикуляционного аппарата;
2) Развитие мелкой моторики пальцев рук;
3) Развитие слухового внимания, восприятия;
4) Развитие просодической стороны речи;
5) Уточнение звука или его вызывание по подражанию.

Известно, что причиной нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста становятся несовершенство движений артикуляционного аппарата. Поэтому

важнейший этап в профилактике возникновения нарушений речи – работа по подготовке артикуляционного аппарата. В младшем дошкольном возрасте целесообразнее использовать универсальные комплексы артикуляционных упражнений. Проводить артикуляционную гимнастику следует ежедневно.

Кроме того, в процессе работы по формированию правильного произношения, начиная уже с 2 лет необходимо уделять больше внимания уточнению и закреплению произношения изолированных звуков. Начинать, конечно же, нужно с самых простых звуков: гласных [А, У, И, О]; согласных [П, Б, М, В, Ф]. Эта работа необходима, так как при этом идет развитие артикуляционного аппарата и его подготовка к усвоению более сложных звуков.

Для развития артикуляционного аппарата также необходимо широко использовать игры на звукоподражание, стихи, потешки. Звукоподражания (га-га-га – кричит гусь, ко-ко-ко – кудахчет курочка, пи-пи-пи – пищит мышонок и т. д.), имитацию различных шумов (тик-так – тикают часы, бум-бум – стучит барабан и т. д.) с опорой на наглядность - игрушки, картинки. Используемые игры, стихи, потешки, должны соответствовать возрасту, связаны с жизненными ситуациями, которые знакомы ребенку.[4]

В процессе формирования звуковой стороны речи ребенок учится правильно произносить звуки родного языка, четко и внятно воспроизводить слова и фразы, говорить достаточно громко, в нормальном темпе, употреблять интонационные средства выразительности. Эти умения формируются только на основе хорошо развитого слухового восприятия (умения слышать и слушать речь окружающих). Поэтому очень важно учить ребенка, прислушиваться к окружающим его звукам, отличать на слух разные звуки (неречевые и речевые).

Работа по формированию слухового внимания, восприятия и памяти проходит поэтапно:[7]

1) нахождение и узнавание источника звука;

2) дифференциация звуков:

- по способу воспроизведения ;
- по темпу;
-по силе звучания;
-по длительности звучания.

Предлагаются такие игры, как игры на угадывание не речевых звуков, игры на формирования фонематического компонента, то есть различение слов и звукоподражаний, отличающихся одним или несколькими звуками.

Также следует уделять большое внимание развитию речевого дыхания у детей. Неправильное речевое дыхание нередко является причиной ряда речевых нарушений. Полезно ежедневно выполнять упражнения и игры:

- дуть на легкие шарики, бумажные полоски; играть на детских музыкальных духовых инструментах;
- дуть на привязанные к ниточке ватные шарики, разноцветные картонные и бумажные фигурки;
- надувать воздушные шарики, пускать мыльные пузыри;
- сдувать со стола ватные или бумажные пушинки в определенном направлении (игра в «Футбол»);
- дуть вверх, не давая упасть вниз пушинке, ватке, воздушному шарику и т.д.

Выполнение дыхательных упражнений не только влияет на формирование правильного речевого дыхания, но и способствует профилактике заболеваний ЛОР-органов.

Пальчиковые игры влияют на развитие речи, они мгновенно переключают внимание малыша с капризов или нервозности на телесные ощущения – и успокаивают. Малыши очень любят ритмически организованную речь, поэтому незамысловатые стихи или сказки не только будут способствовать развитию речи, но и доставят им особую радость [2]:

«Репка»

Репку мы сажали («Рыть» пальчиками в детской ладошке лунку)

Репку поливали(Показать пальчиками, как льется вода из лейки)

Вырастала репка (Показать, как растет, выпрямлять постепенно пальчики)

Хороша и крепка (Оставить ладони открытыми, а пальцы согнуть как крючочки)

Тянем-потянем (Крючочки левой и правой руки сцепить и тянут – каждый в свою сторону)

Вытянуть не можем (Потрясти кистями рук)

Тянем-потянем, тянем-потянем!

Ух! Вытянули репку.

«Колечко».

Поочередно и как можно быстрее дети перибирают пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем последовательно указательный, средний и т.д. Упражнение выполняется в прямом (от указательного пальца к мизинцу) и в обратном (от мизинца к указательному пальцу) порядке. Вначале методика выполняется каждой рукой отдельно, затем вместе.

«Кулак – ребро – ладонь».

Детям показывают три положения руки, последовательно сменяющих друг друга: ладонь на плоскости; ладонь, сжатая в кулак; ладонь ребром; распрямленная ладонь на плоскости пола. Дети выполняют указания, затем по памяти 8-10 раз. Упражнение выполняется сначала правой рукой, потом левой, затем двумя руками вместе. При затруднениях в выполнении предлагается ребенку помогать себе командами («кулак – ребро – ладонь»), произносимыми вслух или про себя.

Таким образом, во избежание роста числа задержки речевого развития важно своевременно проводить профилактическую работу и видеть в каждом ребенке развивающуюся личность. Главным условием правильного произношения звуков является подвижность органов артикуляционного аппарата, умение ребёнка владеть им. Поэтому требуются тренировки основных движений языка, губ, нижней челюсти. Включение элементов фонетической ритмики помогает развитию слухового внимания, речевого дыхания, чувства ритма. Упражнения для развития мелкой моторики, пальчиковые и массажные игры с предметами, орехом являются мощным средством стимуляции работы клеток речевого центра в коре головного мозга.[4]

Литература:

1. Рыбкина Л.В. О развитии навыков общения детей раннего возраста // Логопед в детском саду. 2006. № 2.
2. Павлова Л.Н., Волосова Е.Б., Пилюгина Э.Г. Раннее детство: Познавательное развитие: Метод.пособие. М., 2005. (Программа «Истоки»).

3. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях ДОУ: сборник методических рекомендаций. - 204с. - СПб.: Детство - пресс, 2001. - (РГПУ им.А.И. Герцена).
4. Хватцев М.Е. предупреждение и устранение недостатков речи: пособие для логопедов, студентов педагогических вузов и родителей - СПб.: Издательство "Каро", "Дельта +", 2004. - 250с.
5. Краузе Е. Логопедия.-5-е изд.- СПб.: КОРОНА-Век,2009.-208 с.
6. Тарасенко Е.Г Логопедический аспект комлексной реабилитации детей раннего возраста с задержкой речевого развития// Логопед 2013. № 4 (72).
7. http://dopoln.ru/voennoe/190235/index.html
8. http://fs.nashaucheba.ru/docs/270/index-1236686.html

Логопедическоесопровождение детей раннего возраста с нарушениями речевого развития
Logopedic support of young children with impaired speech development.

Назарова Е. В.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель- асс. Е.А. Цивильская

«Мы уделяем много внимания вопросам о том, чему учить детей старше трёх лет. Но согласно современным исследованиям к этому возрасту развитие клеток головного мозга уже завершено на 70-80%. Не значит ли это, что мы должны направить свои усилия на ранее развитие детского мозга до трёхлетнего возраста?.Главное - введение нового опыта "вовремя"».
Масуру Ибука [6, с. 17]

Известный петербургский учёный, доктор медицинских наук, ведущий сотрудник Института эволюционной физиологии и биохимии им. Сеченова Российской академии наук Е. П. Харченко утверждал: “Несформировавшаяся в соответствующий момент раннего развития ребёнка функция мозга (и в частности речи) часто не развивается нормально либо не развивается в более поздние сроки, поскольку мозг оказывается уже на другом этапе развития, и невозможно воспроизведение предшествующих стадий структурно-функционалжных отношений, соответствующих развитию и становлению этой функции.И в лечении, и в логопедической коррекции любого отставания развития ребёнка важно не опоздать. Опасность промедления чревата тем, что дефект развития будет невозмоқно обратить или уменьшить”.[8, с. 5]

Л. С. Выготский писал: “...ранний возраст сензитивен во всём”, это совершенно особый период становления всех систем, когда речевое развитие приходится именно на три первых года жизни ребёнка. Но проблема заключаются в том, что логопедическая работа начинается с детьми пяти-шестилетнего возраста, помочь которым уже в полном объёме уже невозможно в силу объективных причин.

Самое большое влияние на развитие ребёнка раннего возраста должны оказывать родители. Если они недостаточно или совсем не осведомлены о

целесообразности создания специальных развивающих условий для малыша, многое может быть упущено в становлении развивающейся личности. Именно поэтому организация сопровождения детей раннего возраста очень важна. Сопровождать развитие-значит разработать и применить систему психолого-педагогических средств, обеспечивающих физический и личностный рост ребёнка.

В структуре отечественной системы здравоохранения, воспитания и обучения существуют специализированные учреждения для детей с речевой патологией, но не все дети раннего возраста охвачены своевременной не только профилактической, но даже и коррекционно-развивающей работой. Большинство из них посещают общеобразовательные дошкольные учреждения, где отсутствует ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям. Традиционные технологии ДОУ не учитывают особенностей детей с задержками речевого развития, что снижает эффективность развивающих мероприятий. В связи с этим возникает необходимость искать новые формы логопедической работы с детьми раннего возраста.По моему мнению, коррекционная работа даст положительный результат в том случае, если уже в младшем возрасте детского сада будет проведено обследование и выявлены «западания».

При изучении данной проблемы, нами были изучены журналы «Логопед» за 2012, 2013, 2014 годы. Цель работы - выяснить степень сформированности на данный момент в России системы раннего сопровождения детей с нарушениями речевого развития.

Нищева Н. В. встатье "Важно не опоздать! Специфика логопедической работы с детьми младшего дошкольного возраста" пишет, что ещё в 80-х годах прошлого века в Санкт-Петербурге впервые в России открылось несколько логопедических групп для детей трёх- и двухлетнего возраста. Почти в это же время группы для детей раннего возраста также были открыты в Ижевске. За прошедшие десятилетия в стране накоплен богатейший и интересный опыт коррекционной работы с дошкольниками. Диагностические показатели раннего выявления речевой недостаточности разработаны Г. В. Чиркиной и О. Е. Громовой уже более 10 лет назад.Нищева Н. В. так определяет проблему несформированности системы раннего сопровождения детей: “ в настоящее время в связи с демографической ситуацией повсеместно ощущается острая нехватка мест в дошольных образовательных учреждениях. Логопедические группы, наполняемость которых ниже, чем наполняемость массовых групп, закрываются, и прежде всего для детей 2-4 лет”.Автор отмечает**,** что в соответствии с ФГТ (федеральными государственными требованиями) в новую редакцию "Примерной программы коррекционно-развивающей работы в логопедической работе для детей с общим недоразвитием речи" включён лишь раздел "Младшая группа".Планируется в следующее издание программы включить раздел "Группа для детей раннего дошкольного возраста".[1, с. 65]

Опытом сопровождения детей раннего возраста поделилась учитель-логопед МОУ "Центр ПМСС", (г. Петрозаводск) Серебрякова Ю. И.

Автор отмечает, что так как роль семьи в раннем формировании и развитии речи ребёнка огромна, задача специалистов - направить усилия родителей в русло ранней поддержки и грамотного формирования речи ребёнка; что в последнее время приобретает значимость ранняя диагностика развития ребёнка.

Серебрякова Ю. И. выделяет проблему - отсутствие нормативов о порядке оказания логопедических услуг в системе здравоохранения и образования. Из-за этого не оказывается комплексная логопедическая помощь. В статье говорится, что один из

вариантов решения проблемы-создание экспериментальной площадки "Шагаем с мамой" для детей 2-3 лет с ОВЗ и их родителей. Программа состоит их 3 блоков, включающих в себя: взаимодействие специалистов с родителями, обучение родителей приёмам общения, передачи знаний, регулировки отношений, методические и информационные материалы (советы, игры, видеофильмы). По итогам занятий родители высказали положительные отзывы о работе специалистов, отметили необходимость действия служб ранней помощи. Результаты группы первого выпуска в МДОУ говорят о необходимости и успешности такой работы. [2, с. 35-38]

Тарасенко Е. Г. в статье "Логопедический аспект комплексной реабилитации детей раннего возраста с задержкой речевого развития" пишет, что г. Барнаул в Краевом реабилитационном центре уже в течение 7 лет функционирует отделение раннего вмешательства**,** в котором дети от 0 до 4 лет вместе с родителями проходят абилитацию. Там работают специалисты психолого-педагогического и медицинского направления. В течение 30 дней родители вместе с детьми живут в стационарном отделении (из различных городов края), а дети из Барнаула приходят на занятия 1-5 раз в неделю. За достаточно продолжительный период работы накоплен богатый опыт по абилитации малышей, их консультированию и сопровождению в особо тяжёлых случаях. В зависимости от структуры дефекта разработано несколько программ. Проводятся игровые занятия по 30 минут, которые проводят логопед, дефектолог, педагог-психолог, специалист по творчеству, музыкальный руководитель. В программу входят занятия песочной терапией, массаж, физиотерапия, занятия по лечебной физкультуре. Е. Г. Тарасенко утверждает, что такая программа позволяет в полном объёме охватить все сферы развития маленького человека и дать ему мощный толчок в развитии.

Целевую группу данной программы составляют дети с задержкой речевого развития различной степени выраженности. Основной запрос родителей таких детей - стимулирование развития речи.[3, с. 39]

Кондакова Н. А., учитель-логопед Центра психолого-медико-социального сопровождения "Митино" (г. Москва)в статье "Вариативные формы работы по оказанию помощи семье в воспитании и обучении ребёнка с ОВЗ" пишет, чтообразовательная работа ДОО со всеми детьми раннего возраста на сегодняшний день не представляется возможной. Автор объясняет, что "это обусловлено сложностью социально-экономической и демографической ситуаций, проблемами финансирования дошкольного образования, последствиями сокращения числа ДОО в 1990-е гг. В связи с этим возникла необходимость в создании других форм дошкольного образования (группы адаптации, центры игровой поддержки, ГКП-группы кратковременного пребывания, консультативные центры), которые наравне с традиционной ДО могли бы оказывать помощь семье в воспитании ребёнка". [4, с. 36].

Автор констатирует, что были приняты директивные документы федерального и регионального уровней, нормативные правовые акты в субъектах РФ. Новые вариативные формы дошкольного образования отличаются друг от друга по времени пребывания ребёнка в учреждении, объему и направленности образовательных услуг, особенностями взаимодействия ребёнка с педагогом и родителями, организацией предметной среды, включенностью родителей в образовательный процесс. Любая предлагаемых форм, выбранная в зависимости от потребностей семьи, даёт родителям обучаться взаимодействию со своим ребёнком и участниками педагогического процесса в дошкольной организации, решать задачи полноценного развития ребёнка.[4, с. 37].

Кондаковой Н. А. представлены формы взаимодействия педагогов с родителями детей раннего возраста.

1. Группы кратковременного пребывания (ГКП). Основная цель работы групп - всестороннее развитие детей, их своевременная социализация, педагогическое просвещение родителей в соответствии с личностно-ориентированной педагогики. Образовательный процесс направлен на развитие индивидуальности. Предусматривается создание условий для создания различных видов деятельности с учетом возможностей, интересов и потребностей самих детей. ГКП имеют гибкий режим работы. ГКП имеют несколько разновидностей, в том числе "группу для детей с отклонениями в развитии".

2.Службы ранней помощи (СРП) для детей, не посещающих дошкольные организации по состоянию здоровья, с выявленными нарушениями развития (риском нарушения), нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, а также для поддержки их семей, находящихся в кризисных ситуациях. Проводится комплексное обследование детей, помощь им в адаптации, социализации, интеграции, определение дальнейшего образовательного маршрута ребёнка, индивидуальные и групповые занятия с ребёнком, не превышающие 3 часов в неделю, треннинги для родителей.

3. Лекотеки для детей, не посещающих государственную образовательную организацию из-за недостатков в развитии. Цель лекотек-обеспечение психолого-педагогического сопровождения детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет. Занятия проводятся в индивидуальной и групповой форме продолжительностью от 1 до 1, 5 часа. Основные виды работы с ребёнком и членами семьи: игровые сеансы, консультации, тренинги.

4. Консультативные пункты включают в себя работу педагога-психолога и учителя-логопеда. Занятия проводятся 2-3 раза в неделю, индивидуальная работа с детьми проходит в присутствии родителей. Организуются просветительные лектории, беседы, семинары. [4, 36-41]

Кильдибекова Л. И., заведующий ГБУ НЗ ПМПК и Глухова Г. В., учитель-логопед в своей статье "Ранняя диагностика нарушений речевого развития в условиях ПМПК" отмечают, что в последнее время многие родители проявляют активную заинтересованность в развитии ребёнка с раннего возраста, поэтому зафиксировано увеличение количества обращений в ПМПК, работающие с детьми от 1 года до 3 лет. Нарушения речевого развития встречаются у детей с различной патологией, поэтому специалисты ПМПК проводят комплексное психолого-педагогическое обследование, включающее в себя диагностику познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, предречевого и речевого развития, двигательного развития. Авторы указывают на то, что при логопедическом обследовании малышей необходимо установить контакт с ребёнком, заинтересовать его в выполнении заданий. В статье авторы приводят определённые задания на пассивный, активный словарь. После обследования логопед анализирует и оценивает детскую речь с помощью «Схемы сформированности детской речи», составленную Н. С. Жуковой по материалам книги А. Н. Гвоздева «Вопросы изучения детской речи», делается заключение об уровне речевого развития ребёнка. Специалисты ПМПК консультируют родителей, дают им рекомендации, рассказывают им о способах преодоления речевого дефекта. [5, с. 91, 93, 94]

Важность раннего сопровождения детей с нарушениями речи невозможно переоценить. Своевременное личностно- ориентированное воздействие на

нарушенные звенья речевой функции позволит вернуть ребенка младшего дошкольного возраста в онтогенетический путь развития, т.к. пластичность нервной системы ребенка не беспредельна и с возрастом значительно понижается. Поэтому работа по диагностике, профилактике, коррекции и формированию речи с опорой на сохранные системы мозга должна начинаться в самом раннем возрасте. (В.К.Орфинская, К.А.Семенова, Е.М.Мастюкова). Это является необходимым условием для полноценной интеграции в среду нормально развивающихся сверстников.

Проанализировав ситуацию развития данной области в России за последние три года, можно сделать вывод, что на данный момент в нашей стране не сформирована система раннего сопровождения детей с речевыми патологиями, и проблема остаётся актуальной. Но идёт активный процесс модернизации дошкольного образования. Определённую сложность при работе в этом направлении составляют особенности работы с младшими школьниками, переоснащение логопедического кабинета.

Однако, нельзя не отметить положительной тенденции развития данной области. Это проявляется в: большей заинтересованности, включенности родителей в процесс раннего сопровождения, содействии родителей коррекционному процессу, организации экспериментальных учреждений.

Литература:

1. Журнал “Логопед”, №6, 2012, с. 65.
2. Журнал “Логопед”, №7, 2012, с. 35-38.
3. Журнал “Логопед” № 4, 2013, с. 39.
4. Журнал “Логопед” №7, 2013, с. 36-41.
5. Журнал “Логопед” №2, 2014, с. 91, 93, 94.
6. Ибука М. После трех уже поздно. М., 2011, с. 17.
7. Книга о раннем вмешательстве / Под ред. Е.В. Кожевниковой и Е.В. Клочковой – СПб.: КАРО, 2007. – 352 с. (Серия «Коррекционная педагогика»)
8. Харченко Е. П. Ранние этапы развития и нарушения языка // Дошкольная педагогика. 2007. №2, с.5.

Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья
Psychological and pedagogical support of disabled people

Рашитова Р. Р.,

студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института педагогики и психологии Казанского (Приволжского) Федерального Университета

Россия, г. Казань

Научный руководитель – асс. А.Т.Файзрахманова

С каждым годом в общеобразовательные учреждения приходит все больше детей, которые имеют отклонения от условной возрастной нормы. Это не только часто болеющие дети, но и дети с логоневрозами, дисграфией, дислексией, повышенной возбудимостью, нарушениями концентрации и удержания внимания, плохой памятью, повышенной утомляемостью, а также с гораздо более серьезными

проблемами (ЗПР, аутизм, эпилепсия, ДЦП). Они нуждаются в специализированной помощи, индивидуальной программе, особом режиме.

Вследствие неблагоприятных социальных условий в нашей стране в настоящее время появляется много детей с проблемами развития, с отклонениями в психофизическом здоровье, нарушениями поведения, то есть дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Лица с ОВЗ – это люди, которые имеют недостатки в физическом и (или) психическом развитии, то есть глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжёлыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды [1].

Несмотря на то, что на сегодняшний день на решение проблемы детской дезадаптации направлены усилия многих специалистов, использующих широкий комплекс методов – медицинских, социально-педагогических и психологических, они часто оказываются недостаточно эффективными.

Это обусловлено отсутствием единой теоретической позиции специалистов, разнообразием используемых ими подходов и теоретических установок, а также некритичным заимствованием технологий и методов психотерапии и психолого-педагогической коррекции, разработанных за рубежом.

Впервые термин «сопровождение» появился в работе Г. Бардиер, Н.Ромазан, Т.Чередниковой (1993) в сочетании со словом «развитие» – «сопровождение развития».

Что значит «сопровождение»?

Согласно «Словарю русского языка» сопровождать — значит следовать рядом, вместе с кем-либо в качестве спутника или провожатого.

Н.Л. Коноваленко рассматривает точку зрения, в которой под сопровождением понимается метод, обеспечивающий создание условий для принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора (Упрощенная трактовка: сопровождение – это помощь субъекту в принятии решения в сложных ситуациях жизненного выбора). При этом под субъектом развития понимается как развивающийся человек, так и развивающаяся система: ситуации жизненного выбора, множественные проблемные ситуации, при решении которых субъект определяет для себя путь прогрессивного или регрессивного развития.

Что же понимается под термином «психолого-педагогическое сопровождение»?

Психолого-педагогическое сопровождение – это системная деятельность практического психолога и коррекционного педагога, направленная на создание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих усвоению знаний, умений и навыков, успешной адаптации, реабилитации, личностному становлению лица, нормализации семейных отношений, ее интеграции в социум [3].

Изучением проблем психолого-педагогического сопровождения, его организацией и содержанием занимались такие учёные, как М.Р. Битянова, Б.С. Братусь, Е.В. Бурмистрова, О.С. Газман, И.В. Дубровина, Е.И. Исаев, Е.И. Казакова, А.И. Красило, В.Е. Летунова, Н.Н. Михайлова, А.В. Мудрик, С.Д. Поляков, М.И. Роговцева, К. Роджерс, Н.Ю. Синягина, В.И. Слободчиков, А.Т. Цукерман, Л.М. Шипицына, И.С. Якиманская.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ осуществляют логопед, психолог, классный руководитель, учитель-предметник. В рамках должностных

обязанностей каждый из участников образовательного процесса составляет план работы по сопровождению обучающихся.

Цель психологического сопровождения: создание комплексной системы психолого-педагогических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме.

Задачи психолого-педагогического сопровождения:

1. Предупреждение возникновения проблем развития ребенка.

2. Помощь (содействие) ребенку в решении актуальных задач развития, обучения, социализации: учебные трудности, проблемы с выбором образовательного и профессионального маршрута, нарушения эмоционально-волевой сферы, проблемы взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями.

3. Психологическое обеспечение образовательных программ.

4. Развитие психолого-педагогической компетентности (психологической культуры) учащихся, родителей, педагогов.

Важнейшим направлением психолого-педагогического сопровождения развития учащихся является сохранение и укрепление здоровья детей.

Решение задач психолого-педагогического сопровождения ребенка не может быть ограничено областью непосредственного взаимодействия психолога с ребенком. Оно требует организации работы с педагогами и родителями как участниками учебно-воспитательного процесса.

Специальную работу следует вести с родителями данной категории детей по обеспечению их необходимыми знаниями об особенностях ребенка, оптимальных формах взаимодействия, обучению эффективным методам помощи.

Ряд исследователей в сопровождении развития ребенка считают важным положение о том, что носителем проблемы развития ребенка в каждом конкретном случае выступает и сам ребенок, и его родители, и педагоги, и ближайшее дружеское окружение ребенка.

У детей с ограниченными возможностями необходимо развивать социальную компетентность, навыки общения с окружающими. Преодоление социальной изоляции, расширение возможностей произвольного взаимодействия со сверстниками – существенное условие позитивных изменений в развитии таких детей, совершенствования их способностей к обучению [4].

Содержание и формы работы детей с ОВЗ направлены на создание системы комплексной помощи в освоении основной образовательной программы начального общего образования, коррекцию недостатков в физическом и (или) психическом развитии обучающихся, их социальную адаптацию.

Основными принципами содержания и форм работы в образовательном учреждении детей с ОВЗ являются: соблюдение интересов ребенка; системность; непрерывность; вариативность и рекомендательный характер [2].

Основным методом при работе с детьми с ОВЗ является наблюдение за учениками во время учебной и внеурочной деятельности (ежедневно). Именно данный метод поможет нам выявить способности ребёнка, его поведение в той или иной ситуации, его взаимоотношения с окружающими. Не менее важным для педагога является поддержание постоянной связи с учителями-предметниками, школьным психологом, медицинским работником, администрацией школы, родителями, ведь именно комплексный подход в коррекционно-воспитательном процессе поможет достичь положительных результатов.

Специалисту необходимо составить психолого-педагогическую характеристику учащегося с ОВЗ при помощи методов наблюдения, беседы, экспериментального обследования, где отражаются особенности его личности, поведения, межличностных отношений с родителями и одноклассниками, уровень и особенности интеллектуального развития и результаты учебы, основные виды трудностей при обучении ребенка. Также необходимо составление индивидуального маршрута сопровождения учащегося (вместе с психологом и учителями-предметниками).

Что понимается под термином «индивидуальный маршрут сопровождения»?

Индивидуальный маршрут сопровождения (ИМС) – это путь взаимодействия с родителями и детьми с момента обращения родителей в Управление Образования для устройства ребенка в детский сад и до выпуска в школу [5].

Задачи индивидуального маршрута:

1. Развитие личности ребенка (с учетом его индивидуальных физических и умственных возможностей).

2. Осуществление полноценной адаптации в группе сверстников.

3. Проведение коррекционно-педагогической, психологической работы с детьми.

4. Подготовка к школьному обучению.

5. Оказание помощи и поддержки родителям, консультирование по вопросам воспитания и развития ребенка.

В ИМС отражаются пробелы знаний и намечаются пути их ликвидации, способ предъявления учебного материала, темп обучения, направления коррекционной работы [6].

На протяжении всей коррекционной работы каждый специалист осуществляет контроль успеваемости и поведения учащихся в классе. Необходимо сформировать такой микроклимат в классе, который способствовал бы тому, чтобы каждый учащийся с ОВЗ чувствовал себя комфортно. И, конечно же, необходимо ведение документации (психолого-педагогические дневники наблюдения за учащимися и др.).

Во все времена семья занимает центральное место в формировании личности, способностей, умений ребенка. Именно здесь он получает первые навыки восприятия действительности. Ребенок не может быть адаптирован и социализирован "сам по себе", отдельно от родительской семьи. Часто семьи отличаются гиперопекой, снижением социальной активности ребенка, поэтому целью психологической работы с родителями становится создание условий для социальной адаптации семей с "особым" ребенком.

По мнению Титовой С.В., большая проблема при работе с детьми с ОВЗ и инвалидов – выявление семейных психологических механизмов, которые оказывают влияние на особенности поведения и психическое здоровье детей, поэтому очень важно психолого-педагогическое образование родителей. Наиболее эффективной формой работы с родителями являются родительские собрания, которые проводятся в активных формах с участием учителей. На таких собраниях-тренингах родители вынуждены размышлять о психофизических закономерностях развития ребенка. Здесь они учатся всесторонне изучать проблему, понимать мотивы поведения ребенка, расширяют личный арсенал средств взаимодействия с ребенком; получают профессиональную психолого-педагогическую поддержку в поиске эффективных способов воспитания. У родителей формируется адекватное представление о детских возможностях и потребностях, раскрываются новые ресурсы.

В заключение хотелось бы отметить, что поиск наиболее оптимальных путей, средств, методов для успешной адаптации и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общество – это задача всех и каждого. Ведь помочь наполнить черно-белый мир «особого ребенка» яркими и светлыми тонами можно только совместными усилиями. Задача психолого-педагогического сопровождения заключается в том, чтобы создать специальные педагогические и социально-психологические условия, позволяющие осуществить развивающую, коррекционно-развивающую работу с детьми, испытывающими адаптационные трудности.

Литература:

1. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ/ Южанина Наталья Михайловна, педагог – психолог МАОУ СОШ №28 г. Томска
2. http://kodeksy.com.ua/ka
3. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ./ Автор: Институт развития образования Ивановской области, 2012 г. - http://5psy.ru/
4. «Маршрут сопровождения детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста и их родителей»/ Титова Светлана Владимировна http://nsportal.ru/detskii-sad/logopediya/
5. Журнал «Справочник старшего воспитателя» дошкольного учреждения №3, 2010

Кохлеарнаяимплантация: возможности, ограничения, противопоказания
Cochlear implantation: opportunities, limitations, contra-indications

Сычкова А.А,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент А.Т.Курбанова

Кохлеарная имплантация (КИ) — система мероприятий, направленная на восстановление отсутствующего слуха. Это относительно новая технология. В России первый глухой подросток был прооперирован в 1995 году, дошкольник — в 1997 году. Оценивая накопленный за это время опыт, специалисты утверждают: «для детей и взрослых, внезапно потерявших слух, КИ — самый эффективный метод реабилитации».[1, с.14] Сегодня имплант вживляется многим сотням людей; операция безопасна, осложнения редки. Операцию по КИ делают также и людям старшего возраста, которым не может помочь в достаточной степени обычный слуховой аппарат. Однако постановки импланта сама по себе – лишь начало; после операции, чтобы с нуля или заново учиться слышать, необходима реабилитация, требующая значительного времени и усилий. Крайне важным при принятие решения является понимание, что КИ — это навсегда, это новая жизнь со своими плюсами и минусами.

Цель данного исследования — рассмотреть особенности кохлеарной имплантации как метода реабилитации при утрате слуха. Основные задачи исследования: выделить категории пациентов, для которых данный метод

эффективен; рассмотреть плюсы и минусы КИ; выяснить основные составляющие реабилитации.

Кохлеарная имплантация как реабилитационная технология включает пять взаимосвязаных компонентов. В-первых, техническое средство — сам аппарат, состоящий из внутренней части — импланта (хирургическим путем помещается под кожу головы и в улитку) и наружной части — речевой процессора, располагающегося за ухом. Во-вторых, это отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию. Следующий компонент — операция по установке импланта. Далее — сурдоаудиологический сервис — первое включение и настройка речевого процессора. И, наконец, психолого-педагогическая реабилитация.[4]

Работа кохлеарного импланта состоит из нескольких последовательных звеньев. Звуки воспринимаются микрофоном речевого процессора, который анализирует их и кодирует их в последовательность электрических импульсов. Эти импульсы передатчик посылает через неповрежденную кожу к импланту, тот передает электрические импульсы на электроды в улитке. Слуховой нерв воспринимает их и посылает в слуховые центры мозга, где мозг распознает переданные сигналы как звук. [4]

Показания и противопоказания к КИ. Основными показаниями для проведения КИ, согласно Российскому законодательству[10], являются:

1. Двусторонняя глубокая сенсоневральная глухота (средний порог слухового восприятия на частотах 0,5, 1 и 2 кГц более 95 дБ).
2. Пороги слухового восприятия в свободном звуковом поле при использовании оптимально подобранных слуховых аппаратов (бинауральное слухопротезирование), превышающие 55 дБ на частотах 2-4 кГц. Отсутствие выраженного улучшения слухового восприятия речи от применения оптимально подобранных слуховых аппаратов при высокой степени двусторонней сенсоневральной тугоухости (средний порог слухового восприятия более 90 дБ) по крайней мере, после пользования аппаратами в течение 3-6 мес. (у детей, перенесших менингит, этот промежуток может быть сокращен).

При принятии решения о КИ крайне важные условия — отсутствие когнитивных и психологических проблем, а также серьезных сопутствующих соматических заболеваний. Когда речи идет о ребенке, принципиальным является наличие серьезной поддержки со стороны родителей и их готовность к длительному послеоперационному реабилитационному периоду занятий имплантированного пациента с аудиологами и сурдопедагогами.

Противопоказаниями к проведению являются отрицательные результаты электрофизиологического тестирования; ретрокохлеарная патология; полная или частичная, но значительная облитерация улитки. Нецелесообразно также делать КИ, если у пациента есть остатки слуха, достаточные для протезирования современными мощными слуховыми аппаратами, пока не доказана их неэффективность.[4]

Возрастные критерии. Доказано, что чем раньше проведена КИ, тем эффективнее работает для людей имплант. Потенциальных кандидатов по ожидаемой успешности реабилитации можно разделить на группы. Наиболее показана установка импланта детям любого возраста, перенесшие менингеальную инфекцию (при отсутствии полной облитерации улитки); затем следуют взрослые пациенты, перенесшие менингеальную инфекцию (при отсутствии полной облитерации улитки); далее — дети любого возраста с постлингвальной глухотой и сформированной, сохранной речью; затем — дети с глухотой в возрасте до 2-х лет;

У детей с врожденной глухотой и оглохших в первый год жизни (до формирования речи) минимально рекомендуемый возраст имплантации - 12-18 месяцев; в этом возрасте формируется минимально необходимый размер улитки. Наилучшие результаты могут быть достигнуты у детей в возрасте до 3 лет; вопрос об имплантации в более старшем возрасте в каждом случае решается индивидуально с учетом как медицинских, так и психологических и социальных показателей. Далее по степени ожидаемой эффективности для детей с глухотой следуют возрастные группы до 4-х лет, до 5-х лет, и наконец, взрослые пациенты с постлингвальной глухотой.

У взрослых, не имеющих или имеющих незначительный слуховой опыт, устная речь в той степени, как она может быть развита у человека, проимплантированного в раннем детстве, не сформируется. Однако и для этой категории удается добиться заметного улучшения качества жизни: при качественной реабилитации он будет слышать большое количество окружающих и бытовых звуков, ориентироваться в них, различать голоса окружающих и близких людей.

Если взрослый владеет устной речью и имеет навык «чтения с губ», КИ значительно улучшит коммуникативные навыки, облегчит общение с окружающими людьми. [7] Необходимо также учитывать, что после длительного периода глухоты применение кохлеарных имплантатов может привести к дезориентации, так как при длительном отсутствии нагрузки слуховые зоны мозга берут на себя другие функции.

У пожилых пациентов польза, которую может дать КИ, должна оцениваться наряду с возможным риском операции и осложнениями. [8]

Реабилитация. Стандартный недельный курс реабилитации, который предлагает после кохлеарной имплантации центр «Тоша & Со» для детей и взрослых, включает следующие компоненты.

1. Ежедневные занятия с сурдопедагогом по развитию слухового восприятия и становлению основы для последующего речевого развития.

2. Обязательную работу с логопедом по подготовке механической основы речи, развитию произносительных навыков, коррекции речевых нарушений. Логопед проводит массаж органов артикуляции, а также работает в направлении накопления словарного запаса, проводит коррекцию нарушенной звукопроизносительной стороны речи. Занятия с логопедом актуальны для пациентов любого возраста.

3. Консультацию психолога для пациента, а также родителей детей, находящихся в стационаре.

4. Общеразвивающие занятия для детей раннего и дошкольного возраста – игротерапию и арттерапию, на которых осуществляется эстетическое и нравственное развитие ребенка через изобразительное искусство и игру.

5. Музыкальные занятия, которые выполняют не только функции общего и эстетического развития, но и непосредственно воздействуют на развитие слуховой основы.

6. Консультацию детского невролога на предмет необходимости назначения поддерживающей медикаментозной терапии.

7. Консультацию и осмотр ЛОР-врача в профилактических целях.

8. Игровую аудиометрию в свободном звуковом поле (для оценки качества настройки звукового процессора или слухового аппарата).[7]

Положительные эффекты КИ как реабилитационного метода заключаются в следующем.

Несмотря на высокую стоимость (кохлеарная имплантация в зависимости от модели импланта может стоить 900 тысяч - 1 млн 200 тыс рублей)[6], операции доступна для многих пациентов за счет средств федерального бюджета (федеральные целевые программы «Дети России», подпрограмма «Дети-инвалиды»; «Социальная поддержка инвалидов»), спонсоров, фондов. В стоимость системы имплантации входят стоимость самой системы кохлеарной имплантации, стоимость операции, ряда настроечных сессий и занятий с сурдопедагогом.[7]

Взрослым пациентам КИ помогает вернуться к работе, к более активному образу жизни. Большинство детей получает возможность поступить в массовые детские учреждения, некоторые переходят из групп для глухих детей в группы или классы для слабослышащих.

После установки импланта и реабилитации имеет место значительное улучшение в определении ежедневно присутствующих окружающих звуков, таких как стук в дверь или дверной звонок, звуки мотора или гудка, телефонные звонки, музыка и др.

Обеспечивается возможности практически нормального восприятия речи. Для этого необходима адекватная настройка речевого процессора кохлеарного импланта квалифицированными специалистами, занятия с подготовленными сурдопедагогами по специальным индивидуальным программам для обучения и привыкания к новому слуховому восприятию.[9]

Появились легкие и компактные источники питания для системы КИ (н-р, батарейки № 675, которая крепится непосредственно к процессору, а АПБ заряжается с помощью зарядного устройства от электрической сети. Пальчиковый аккумулятор помещается в специальный блок, который крепится на поясе, за счет этого речевой процессор за ухом максимально облегчен, что важно для самых маленьких пациентов.[5]

Препятствия и ограничения в распространении метода.

Существует проблемараннейдиагностикинарушенияслуха.Частьдетейтеряетслух впервыегодыжизнипоневыясненным причинам, при этом онивыпадаютзапределыскрининга.

Увидетьтакуюпотерюслухасамостоятельнородителизачастуюнемогут,аволноватьсяначинаюттолькоприотсутствииразвитияречи.Раннему, наиболее эффективному использованиюэтого методапрепятствует также отсутствиеобъективнойиразвернутойинформацииокохлеарнойимплантацииврегионах. [3]

У дефектологовчасто отсутствуют знания,позволяющие заниматьсясдетьмипослеКИ.

Отсутствуетскоординированнаяпрограммареабилитациидетейпослеки.Такойпрограммойможетстать«Яслышумир!»,разработаннаяспециалистами ФГУ «Санкт-Петербургскийнаучно-исследовательскийинститутуха,горла,носаиречиМинздравсоцразвитияРФ».

Врегионах необходимыреабилитационныецентры, гдедети,неотрываясь отсемьи,учебного процесса, моглибыполучитьдистанционныенастройки,занятияссурдопедагогами,консультации. [3]

Проимплантированному ребёнкувбольшинстве случаев,рекомендуетсяобучениесредислышащихиговорящихсверстников.Поэтомуос

обоостровстаётвопособинклюзивномобразовании.Многиесадынехотятбратьдетейснарушеннымслухом,считаячтоимнужнаспециализированнаяпомощь. Очевидно, что при решениивопросафинансированияобразовательныеучрежденияможглибыбратьвштатилиприглашатьспециалистовдляэтихдетей, оборудоватьдляних помещенияфм-системами. Сопровождениетаким детям моглибыоказывать региональныереабилитационныецентры, организовавбесплатныедополнительныезанятиясоспециалистами.[3]

УсистемыКИотсутствует статустехническогосредствареабилитациииинвалида.Такиерекомендациииинститутов,какзаменаречевогопроцессоразв4-6лет,невозможназасчетФСС.Всерасходыпозаменекомплектующих также ложатсянаплечиродителей.[3]Работа импланта требует источника питания. Есть два варианта: батарейки № 675 и аккумуляторный блок питания (АБП). При использовании первого варианта упаковки стоимостью от 150-200 рублей хватает на 6-9 дней. Неудобство второго — необходимость длинного провода, который соединяет процессор с блоком питания, громоздкий блок. Затраты по замене пришедших в негодность проводов, магнита, аккумулятора, блока питания, также значительны.[5]

Для перенесшего КИ опасны удары при падениях, драках: если наружную часть поправить можно, то повреждение импланта требует повторной операции. Без предварительной подготовки для мозга пациента с КИ опасна томография [2]

Изредка после КИ встречаются осложнения такие какшум в ушах, паралич или парез (слабость) лицевого нерва на стороне операции; нарушение вкуса, оссификация или кальцификация улитки вместе с вживлённым в нее имплантатом, вестибулярные нарушения (головокружение, неустойчивость походки, тошнота, рвота), головные боли.[8]

Выводы. Кохлеарная имплантация является эффективным средством реабилитации для неслышащих. Чем меньше возраст пациента, тем больше возможностей может подарить кохлеарный имплант. При этом необходимо понимать, что чуда после операции не произойдёт; условие улучшения— продолжительная послеоперационная слухоречевая реабилитация; отсутствие возможностей для последующей реабилитации делает проведение КИ нецелесообразным. Результаты КИ зависят от возраста пациента в момент операции и его индивидуальных особенностей; в возрасте старше 5-7 лет идеального слуха гарантировать нельзя. У КИ существуют противники; это почти исключительно люди, не соприкасавшиеся с результатами КИ непосредственно. Родители проимплантированых детей дают высокую положительную оценку его результатов.

Литература:

1. Малофеев, Н.Н. Дефектология/ Н.Н. Аболмасов // Малофеев, Н.Н.. –2013. - №2. – С.7-15.
2. Оля Кадылева. Кохлеарная имплантация// Мир глухих: газета московской городской организации ВОГ – 2007. - №4. – С.7. URL: http://www.deafnet.ru/mg/
3. Попова, Е.Е. Основные проблемы, с которыми сталкиваются родители в реабилетации детей с кохлеарными имплантами. Роль родительских ассоциаций в реабилитации./Е.Е Попова, Ю.А. Шалабаева // Кохлеарная имплантация как метод реабилитации инвалидов по слуху: Материалы Всерос. конгресса с

международным участием., - г. Санкт-Петербург: Научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи, 2010. – С. 63-65. [Электронный ресурс]. URL: http://www.lornii.ru/resources/lib/congress-ci2010-tezis.pdf
4. Пудов В. И., Кузовков В. Е., Зонтова О. В. Кохлеарная имплантация в вопросах и ответах. — СПб: ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», 2009. 28 с. [Электронный ресурс]. URL:http://www.lornii.ru/vmp/ki.php
5. Голубкина Елена. Кохлеарная имплантация: мое мнение [Электронный ресурс].(20.05.10) // Интернет-журнал «Отоскоп» 2010. URL: http://www.otoskop.ru/rus/2010/05/koxlearnaya-implantaciya-moe-mnenie/
6. Последние сообщения Last posts: сайт ФГБУН Российский научно-практический центр «Аудиологии и слухопротезирования» . — 2004 [Электронный ресурс]. — URL: http://www.audiology.ru/all/cochlear/
7. сайт ООО "Исток Аудио" [Электронный ресурс]. — URL: http://www.istok-cochlear.ru/index.php?area=1&p=static&page=re_center (дата обращения: 07.04.2014).
8. Кохлеарная имплантация - ограничения, показания: сайт MedTravel Лечение за рубежом [Электронный ресурс].— URL: http://medtravel.ru/lor/cochlearimplantationrestrictionstestimony/
9. Что такое кохлеарная имплантация: сайт «Страна глухих» . — 2004 [Электронный ресурс]. http://www.deafworld.ru/kohlearnaj_implantacij/kokhlearnaja-implantatsija/
10. Письмо Минздрава РФ от 15 июня 2000г. N 2510/6642-32 "О внедрении критериев отбора больных для кохлеарной имплантации, методик предоперационного обследования и прогнозирования эффективности реабилитации имплантированных больных"

Работа над речевым дыханием в коррекции заикания
Work on speech breathing in stuttering correction

Федотова К.Э..,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики
Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – асс.А.Т.Файзрахманова

Заикание является одной из важных проблем логопедии, как в теоретическом, так и в практическом аспектах, так как до настоящего времени остаются неясными до конца патогенетические механизмы этой речевой патологии, а коррекционная работа далеко не всегда является успешной. Возникая в дошкольном возрасте, заикание имеет тенденцию к хронификации, искажает формирование личности, нередко ведет к социальной дезадаптации (Н.М. Асатиани; Л И. Белякова; Н.А. Власова; Н.И. Неткачев; ЕЮ. Рау; В.И.Селиверстов; В.М. Шкловский и др.) [3].

Одним из постоянных признаков заикания является нарушение речевого дыхания. Накопление данных по характеристике дыхательной функции у

заикающихся дошкольников, разработка более эффективных и научно обоснованных методик развития речевого дыхания является актуальной и новой задачей[3].

В данной работе теоретически рассмотрены инновационные логопедические технологии коррекции речевого дыхания и развития плавной свободной речи у детей с заиканием.

Фактически все комплексные системы коррекционной работы с заикающимися включают в себя, как обязательное звено, развитие речевого дыхания (И.Г.Выгодская, Е.А.Пеллингер, Л.П.Успенская; Л.М.Крапивина; Е.Ф. Рау и многие другие). В то же время многие отмечают, что формирование речевого дыхания с использованием существующих упражнений - процесс длительный, а эффект неустойчивый, дети плохо используют навыки, полученные в ходе проведения дыхательных упражнений (Л.И.Белякова, Е.А.Дьякова и др.).

На современном этапе авторы, занимающиеся теоретическим решением проблемы развития дыхательной функции у детей с заиканием, и специалисты-практики пришли к общему мнению, что необходимо внедрение новых инновационных и нетрадиционных методов нормализации процесса дыхания.

Каждый логопед - практик хотел бы от своих учеников проявления живого интереса к предмету, концентрации внимания, заинтересованности в результате. Этого можно достичь, по-разному организуя занятия, используя яркую наглядность, игровые технологии. Компьютерные технологии принадлежат к числу эффективных средств обучения, все чаще применяемых в специальной педагогике [2].

В настоящее время среди компьютерных технологий широкий спектр применения имеет компьютерный комплекс для логопедии «Речевой калейдоскоп». В программе комплекса выделяют 4 группы модулей по своему назначению, I группа предназначена для работы над дыханием и голосом; II группа – для работы над звуками речи; III группа – для работы над произношением в целом; IV группа – для развития слухового восприятия и слухового контроля за собственной речью.

«Дэльфа-142» - комплексная программа по коррекции разных сторон устной и письменной речи. Программа решать разнообразные логопедические задачи: от коррекции речевого дыхания и голоса до развития лексико-грамматической стороны речи, внести игровые моменты в процесс коррекции речевых нарушений.

Программно-аппаратный комплекс «Видимая речь III» предназначен для коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими нарушения звукопроизношения, голосообразования, слуха, нарушения сенсомоторных функций речи. Идея визуального контроля речи и игровой принцип работы позволяет в несколько раз ускорить работу по формированию речевых навыков[1].

Помимо программно-аппаратных технологий в развитии правильного физиологического и фонационного дыхания у заикающихся детей возможно использование нетрадиционных методов, которые широко используются для коррекции личностного и эмоционально-волевого развития детей с заиканием, что является немаловажным, так как психологическая коррекция входит в комплексную программу по устранению дефекта[4].

Фитотерапия - метод лечения различных заболеваний человека, основанный на использовании лекарственных растений и комплексных препаратов из них, что способствует полноценному развитию фоноторного отдела речевого аппарата[4].

Ароматерапия – разновидность альтернативной медицины, в которой используется воздействие на организм летучих ароматических веществ, получаемых преимущественно из растений. Вдыхание ароматических веществ благотворно влияет

на эмоциональное состояние детей, тем самым стимулируется активность дыхательного центра, что способствует нормализации соотношения вдоха и выдоха[4,107].

Кинезитерапия – одна из форм лечебной физической культуры человека, когда, выполняя активные и пассивные движения, определённые упражнения лечебной гимнастики, достигается конкретный терапевтический результат[4].

Компьютерные и психотерапевтические технологии представляют не весь спектр новых инновационных методов и приемов в логопедической работе. Также в последнее десятилетие специалистами отмечены высокие результаты улучшения дыхательной функции у детей, лечение которых проходило с применения дыхательного аппарата В.Ф. Фролова. Дыхательный тренажер В.Ф. Фролова — современный эффективный прибор для дыхательной гимнастики, объединивший в себе наработки известных специалистов («Метод Бутейко», «Дыхательная гимнастика Стрельниковой») и достижения современной науки [1].

Но особое внимание специалистами уделяется методу биологической обратной связи (БОС) по максимальной дыхательной аритмии сердца в коррекции речи, разработанному А.А. Сметанкиным в начале XXI в. Метод направлен на развитие речевого дыхания, формированию ритма движений и речи у заикающихся детей.

БОС позволяет отказаться от присущего патологического стереотипа дыхания, речи и поведения, что сделать традиционными методами довольно сложно, так как необходим постоянный контроль за физиологическими показателями ребенка. Логотренажер рекомендуется использовать в работе с дошкольного возраста, школьниками, подростками и взрослыми.

Логотренажер БОС позволяет регистрировать физиологические параметры организма – ритмы сердца и мозга, температуру, мышечные релаксации. Полученная информация с помощью приборов преобразуется в видимую, слышимую, доступную и понятную для ребенка форму: свет, музыку, видеофильм. Уникальность метода состоит в том, что дети, активно включаясь в процесс лечения и реабилитации, по сути, оздоравливают сами себя. Коррекция речи с помощью этого метода – не только совершенствование и профилактика заболеваний, связанных с речевыми нагрузками, но и эффективное исправление уже имеющихся недостатков устной и письменной речи.

Специалистами составлено перспективное планирование оздоровительно-коррекционных занятий по методу БОС. Коррекционная работа по логотерапевтическому методу включает в себя следующие этапы:

1. Диагностический – овладение техникой диафрагмально-релаксационного дыхания, 2-3 занятия;
2. Формирование навыка диафрагмально-релаксационного дыхания с максимальной дыхательной аритмией сердца по БОС, 7-9 занятий;
3. Работа над основными компонентами речи, 5-6 занятий;
4. Формирование навыка слитной и плавной речи, 10-12 занятий;
5. Закрепление полученных навыков и подведение итогов лечебной коррекции, 5-6 занятий.

Для формирования и развития диафрагмально-релаксационного дыхания у детей с заиканием специалистами составляется перспективный план, который определяет число занятий с использованием логотренажера. При необходимости ребенку назначается дополнительный поддерживающий курс. Также с ребенком

занимаются индивидуально по разработанному в начале курса дифференцированному графику.

В коррекционно-оздоровительный процесс следует активно вовлекать родителей воспитанников. Для просвещения родителей специалисты проводят консультации и беседы, занятия с детьми проводятся в присутствии родителей. Специалист анализирует результаты и обсуждает динамику речи и функционального состояния ребенка в целом. Родителям предоставляются рекомендации по преодолению возможных трудностей, связанных с речью.

К основным формам работы с родителями относятся проведение вводной беседы о методике БОС, раздача памяток с правилами правильного диафрагмально-релаксационного дыхания, задания на дом, приглашение их на занятия ребенка со специалистом, совместное обсуждение результатов коррекции речи [6]

По окончанию курса занятий на логотерапевтическом тренажере БОС характерный для детей с заиканием смешанный тип дыхания затухает и ребенок овладевает диафрагмально-релаксационным типом дыхания[5].

Постепенно новые инновационные логопедические технологии будут активно внедряться в практическую деятельность учителей-логопедов, способствуя дальнейшему повышению профессиональной компетентности и уровня оказания специализированной помощи детям с нарушениями речи. Новые информационные технологии – новая ступень в логопедической работе.

Литература:

1.Берберян А.С., Сидоров С.В. (ред.) Инновации и современные технологии в системе образования//Материалы международной научно-практической конференции. - Пенза–Решт: Научно-издательский центр «Социосфера», 2013. – 351 с.

2.Белякова Л.И. Филатова Ю.О. Научно-практическая конференция «Логопедические технологии развития речевого дыхания детей с заиканием». — М., 2012 // Логопед, №5

3.Виноградова М.А. Формирование навыков речевого общения у заикающихся дошкольников - СПб.: КАРО, 2006.

4.Гарднер Р. Психотерапия детских проблем. – СПб.: Речь, 2003.

5.Макарцева Е.В. Использование метода обратной связи в работе сдетьми с заиканием. — М., 2012 // Логопед, №4

6. Файзрахманова А.Т. Система коррекционной работы с заикающимися детьми дошкольного возраста// Сборник научных трудов VII Международной научно-практической конференции. 5 марта 2013/Под ред.А.И. Ахметзяновой.-Казань, 2013.-Вып.7.-474 с.

СЕКЦИЯ IV. СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ПОМОЩИ СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Особенности взаимоотношений матерей с детьми дошкольного возраста с задержкой психического развития
Peculiarities of relationships between mothers and preschool children with developmental delay

КадыроваЭ.А.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики

Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к.псих.н., ст. преподавательА.А.Твардовская

Актуальность проблемы в специальной психологии отношения родителей к детям с задержкой психического развития (ЗПР) остается неизменно острой на протяжении всего развития психологической науки. Значимость семьи становится особенно важной при формировании личности ребенка с задержкой психического развития (ЗПР). От характера установления связей в диаде «родитель-ребёнок с ЗПР» и от понимания значимости семейного коллектива будет зависеть первичная социализация личности проблемного ребёнка.

Определяющую роль в социализации ребенка играет семейное воспитание. Созревание и становление семейных отношений, стилей семейного воспитания невозможно без формирования определенных установок и стереотипов.

В соответствии с концепцией системного подхода выделяют структуру семьи, семейные взаимодействия, семейные функции и жизненный цикл семьи (Е.М.Мастюкова, А.Г.Московкина). Структура семьи включает ресурсы семьи и характеристику ее отдельных членов. Разные семьи отличаются друг от друга по своей структуре: по своему составу, культурному и идеологическому стилю.

Вопросам разработки типологии родительских отношений посвящено множество исследований. Отечественные авторы часто рассматривают типы родительского отношения в связи с нарушением в развитии личности ребенка (В.И.Гарбузов, А.И.Захаров, Э.Г.Эйдимиллер).

В последнее время отмечается значительный рост детей, страдающих задержкой психического развития. *Задержка психического развития*(ЗПР) - нарушение нормального темпа формирования личности ребенка. Основной, хотя и редко встречающейся формой ЗПР, М. С. Певзнер(1966) считает неосложненный инфантилизм, обусловленный замедленным созреванием и функциональной недостаточностью филогенетически молодых лобных структур мозга и их связей.

Все семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, характеризуются следующими признаками (по Л.М. Шипицыной):

- родители испытывают нервно-психическую и физическую перегрузку, тревогу за перспективы ребенка;
- поведение ребенка в той или иной степени не отвечает ожиданиям родителей, вызывая у них раздражение, горечь, неудовлетворение;
- внутрисемейные, в том числе супружеские, отношения нарушаются и искажаются;
- социальный статус семьи снижается;
- в семье возникает психологический конфликт как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению ребенка[5].

Исследования Е.В.Коробицына (2008)позволили сделать вывод, что дети из семей, в которых существуют проблемы детско-родительских взаимоотношений, эмоционально неустойчивы, часто провоцируют конфликты и вступают в них, в игре не могут развить сюжет[6]

Тип детско-родительского взаимодействия тесно сопряжен с уровнем готовности родителей к организации совместной деятельности. Эффективное взаимодействие со своими детьми, имеющими задержку психического развития, в состоянии

организовать лишь родители с высоким уровнем готовности к такому взаимодействию, т.е. в полной мере владеющие знаниями о специфике задержки психического развития и об особенностях ее проявлений. Родители, адекватно воспринимающие своих детей, эмоционально - позитивно относящиеся к ним, стремящиеся преодолеть трудности отставания, способны включиться в совместную со специалистами развивающую деятельность[1].

Изучение литературных источников по теме исследования взаимодействия в диаде родитель – ребенок с задержкой психического развития позволило выбрать оптимальные методики для реализации поставленных целей и задач.

Базой исследования выступило Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение "Детский сад №63 комбинированного вида" Вахитовского района г.Казани. В экспериментальном изучении принимали участие 20 семей: десять семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с задержкой психического развития; десять семей, воспитывающих нормально развивающихся дошкольников того же возраста. Общее число респондентов составило 40 человек.

Полученные результаты методики *Тест-опросник родительского отношения (А.Я Варга, В.В. Столин)*позволили нам выявить, что по Выборке 1 (N) у матерей принятие 100% ,социально желательный образ родительского отношения 80%,симбиотические отношения 40%, контроль поведения ребёнка40%.Результаты по Выборке 2 (ЗПР) позволили нам выявить принятие- 80%,отвержение-20%,социально желательный образ родительского отношения 60% симбиотические отношения 60%, контроль поведения ребёнка30%,отношения к неудачам ребенка 10%.

Если рассматривать данные родительского отношения к ребенку с ЗПР, то мы видим значительную разницу.У большинства матерей имеющих детей с задержкой психического развития, наблюдаются нарушения по шкалам “Принятие – отвержение” и “симбиоз”. Отмечается избыточный контроль, который выражается в преобладании авторитарныхх черт. Родители детей с ЗПР отличаются противоречивым поведением . С одной стороны они жалеют такого ребенка, а с другой, негативно к нему относятся.

По данным показателям у родителей детей в норме выявлено положительное отношение к своему ребенку, они проявляют искренний интерес к тому, что интересует ребенка, одобряют его интересы, поддерживают его планы.

Результаты, полученные с помощью методике *Взаимодействие родителя с ребенком (Марковская И.М.),* показывают, что родители двух групп взаимодействуют со своими детьми по-разному. Наиболее благоприятное взаимодействие отмечаются у матерей с нормально развивающимися детьми, менее благоприятное у матерей с детьми с ЗПР. Матери детей с ЗПР чаще испытывают негативные эмоции. Наиболее типичными реакциями этих матерей является контроль, игнорирование, наказание. Матери детей в норме гораздо более ориентированы на сотрудничество со своими детьми. Однако отмечен факт, что родители детей с нормальным интеллектуальным развитием более требовательны и строги по отношению к своим детям, чем родители детей с ЗПР.

Результаты, полученные с помощью *методики «Семейная социограмма»* показывают, что 70% родителей детей в норме рисуют круги одинаково равные по величине, и только 30% рисует круги разные по величине. Это говорит о равной значимости членов семьи в глазах родителей, они принимают ребенка таким, какой он есть, ребенок активно участвует в жизни семьи в позиции на равных. 50%

родителей детей с ЗПР рисуют круги одинаковые равные по величине, а 50% родителей рисую детей в маленькие кружки. Эта ситуация может понижать самооценку детей с задержкой психического развития. Родители чаще воспринимают ребенка как несамостоятельного, постоянно требующего поддержки и контроля, тем самым определяя авторитарный характер семейных отношений.

Большую информацию дает анализ расстояний между кружками. Только у 20% родителей детей в норме круги – дети отдалены от родителей, и 80% случаев у родителей детей в норме кружки, изображающие детей, удалены на значительное расстояние, что говорит о конфликтных отношениях в семье и эмоциональном отвержении, причем в семьях с детьми ЗПР это явление более частое.

Таким образом, можно говорить о том, что положение детей с ЗПР в системе межличностных отношений ниже, чем в семьях с нормально развивающимися детьми. Это обусловлено тем, что родители отдаляют от себя своих детей с ЗПР.

Таким образом, на основании полученных результатов *анкетирования «Психологический тип родителя»* среди матерей, воспитывающих детей с ЗПР можно выделить три основные категории родителей: авторитарный тип, невротичный тип, психосоматический тип. У родителей детей с ЗПР более выражен невротический тип (40%). У них обычно не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению. Часть родителей, относящихся к этой группе, стремятся оградить ребенка от всех возможных проблем, и даже от тех, которые он может решить собственными силами. Такие родители удовлетворяются тем, что ребенок обучается делать что-то сам, и считают, что большего от него ждать нечего. В плане воспитания эти родители также часто проявляют несостоятельность. Они испытывают объективные трудности в достижении послушания ребенка. Такие родители непоследовательны и в использовании приемов поощрения или наказания ребенка. В их взаимоотношениях с ребенком отсутствуют требовательность, а порой и необходимая строгость. Межличностные связи «родитель — ребенок» в таких семьях могут приобретать симбиотический характер.

В результате проведенного эмпирического исследования мы пришли к выводам:

Матери детей с ЗПР имеют противоречивые установки в характере взаимодействия с ребенком.

Большинство матерей имеющих детей с задержкой психического развития, отличаются избыточным “контролем” за своим ребенком.

Средний показатель благоприятного взаимодействия в диаде “родитель - ребенок в норме” составляет 75% от общего числа , а в диаде “родитель – ребенок с ЗПР” – составило 45%. От общего числа. Матери детей с ЗПР с одной стороны они отвергают ребенка, с другой устанавливают симбиотические отношения с ними, оказывают чрезмерную заботу. Они испытывают негативные эмоции, связанные с выполнением родительской роли. Ребенок с ЗПР эмоционально не принимается матерью, он воспринемается как инфантильная и социально не состоятельная личность.

Литература:

1. Варга А.Я. Типы родительского отношения/ А.Я. Варга// Самара, 1997
2. Варга А.Я., Смехов В.А. Психологическая коррекция взаимоотношений детей и родителей / А.Я. Варга, В.А. Смехов// Вестник МГУ. Серия 14. «Психология». — 1986. -№4

3. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии/ Т.А. Власова М.С. Певзнер// – М., 1973
4. Коробицына Е.В. - Формирование позитивных взаимоотношений родителей и детей 5-7 лет. Диагностика, тренинги, занятия [2009,].
5. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева// - М.: Просвещение 2008
6. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии/ Е.М Мастюкова, А.Г. Московкина// – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408с.
7. Сорокин В.М. Шипицына Л.М. Специальная психология. – М., 2003.
8. Эйдемиллер Э.Г. Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб., 2005.

Социально-психологические проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья
Social-psychological problems of the families bringing up children with disabilities

Сайфуллина М.Н,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) Федерального Университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к.псих.н., ст. преподавательИ.А.Дмитриева

Среди множества проблем, касающихся детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), проблема работы с семьями таких детей занимает основное место. Проблема эта особенно актуальна в связи с тем, что при общей тенденции к снижению роста численности детей-инвалидов в последние годы возрастает количество семей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии. Возросшая потребность в разрешении многочисленных проблем семей, в которых воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья, обуславливает так же актуальность изучения психолого-педагогических проблем семей с «особыми» детьми [1].**Целью данной статьи** является выявление и анализ социально-психологических проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ, а также нахождение путей решения основных проблем.

В соответствии с целью были проанализированы работы следующих авторов по проблеме исследования. В психолого-педагогических исследованиях, проведенных В.А. Вишневским, Б.А. Воскресенским, Р.Ф. Майрамян, И.А. Скворцовым, Л.М. Шипициной и др., описывается психотравмирующее влияние ребенка с отклонениями в развитии на отношения в семье и возникновение в связи с этим психопатологических расстройств у матерей. Рассмотрение проблем детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии, частично представлено в работах Т.Г. Богдановой, А.И. Захарова, Б.Д. Корсунской, Е.М. Мастюковой, А.Г. Московкиной, А.Р. Маллера, А.Н. Смирновой, А.С. Спиваковской и др. Данной проблеме посвящены работы таких зарубежных авторов, как Д. Добсон, Р. Скиннер, Д. Клингз, Н. Финни, К. Флейк-Хобсон и др.

Полученные данные были обобщены и систематизированы по следующим ключевым пунктам, в которых раскрывается содержание социально-психологических проблем.

Анализ структуры семьи показал, что семьи отличаются друг от друга по своему составу, культурному и идеологическому стилю каждая семья является уникальной, что, в свою очередь, обусловливает уникальность процесса семейных взаимоотношений. Воспитание ребенка с ОВЗ затрудняет функционирование семьи и ставит ее членов перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям. Помимо того, что родители такого ребенка испытывают трудности, характерные для всех категорий семей, им также свойственны свои специфические проблемы, которые вызывают цепную реакцию неблагоприятных изменений в семье, затрагивающих все основные сферы семейной жизни.

Все семьи, воспитывающие ребенка с ОВЗ, нуждаются как в психологической поддержке, направленной на повышение самооценки родителей, оптимизацию психологического климата в семье, так и в педагогической помощи, которая связана с овладением необходимыми знаниями и навыками по воспитанию ребенка [2].

В семьях, воспитывающих ребенка с ОВЗ, формируются различные модели семейных взаимодействий, некоторые из которых неблагоприятно влияют на формирование личности ребенка. Дети с ограниченными возможностями живут и развиваются в контексте семьи, где любое событие, происходящее с одним человеком, непременно затрагивает остальных.

В результате длительно существующего конфликта у членов семьи наблюдается снижение социальной и психологической адаптации, отсутствие способности к совместной деятельности. Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию, приводя к эмоциональным нарушениям, неврастеническим реакциям ее членов, возникновению чувства постоянного беспокойства у детей.Таким образом, дисгармония в супружеских отношениях создает неблагоприятный фондля эмоционального развития ребенка. Помимо воздействия на развитие ребенка в семье со стороны супружеских отношений многими авторами (Т.Г. Богдановой, А.И. Захарова, Б.Д. Корсунской, Н.В. Мазуровой, Е.М. Мастюковой, А.Г. Московкиной, В. И. Гарбузов, Д. Н. Исаев и др.) изучались непосредственно детско-родительские отношения, типы воспитания в семье, позволяющие говорить о дисгармонии семейного воспитания.

Советский психиатрЛичко А. Е. акцентировали внимание на следующих типах неправильного воспитания, характеризующие детско-родительские отношения: гипопротекция (недостаток опеки и контроля); доминирующая гиперпротекция (излишняя опека); потворствующая гиперпротекция (чрезмерное покровительство, ребенок – «кумир семьи»); воспитание «в культе болезни»; эмоциональное отвержение («ребенок – обуза в жизни родителей); условия повышенной моральной ответственности (родители питают большие надежды в отношении будущего своего ребенка, возложение ответственности на старших или здоровых детей); противоречивое воспитание (сочетание противоположных типов воспитания, двустороннее давление на ребенка); воспитание вне семьи [1].

Социальное окружение семьи может, как способствовать, так и противодействовать стрессам и кризисам в жизни семьи. Окружающие нередко несправедливы к родителям, возлагая на них вину за случившееся. Родители попадают в сложную ситуацию: с одной стороны, они помогают и заботятся о своих детях, желают им самого лучшего; с другой стороны, они принадлежат к обществу, которое, возможно, рассматривает их ребенка как социально непригодного, не

имеющего никакой социальной ценности. Шаткое, неустойчивое положение ребенка является сильным стрессогенным фактором для всей семьи.

Американский исследователь семьи А. Торнбал выделяет следующие периоды, связанные со стрессом на стадиях и переходах жизненного цикла семей, имеющих детей-инвалидов:

- Рождение ребенка: получение точного диагноза, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи;
- Школьный возраст: становление личностной точки зрения на форму обучения ребенка (инклюзивное или специализированное обучение), решение вопросов, связанных с поступлением ребенка в школу, внешкольной деятельностью ребенка, переживание реакций сверстников;
- Подростковый возраст: привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников, планированием общей занятости ребенка;
- Период «выпуска»: признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации семьи;
- Постродительский период: перестройка взаимоотношений между супругами (если ребенок начал самостоятельную жизнь) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка.

В каждом из этих периодов можно выделить проблемы самого ребенка-инвалида и проблемы родителей, связанные непосредственно с ним. Особенности детско-родительских отношений сказываются на всех этапах социализации ребенка, что должно учитываться при определении путей помощи семье [2].

Научные исследования, проведенные в рамках изучения проблемы социализации семей, воспитывающих детей с ОВЗ, позволили выделить следующие основные проблемы [3]:

1. В обществе недостаточно сформировано отношение к инвалиду как к гражданину, в большей степени о нем говорится как о «медицинском» субъекте;
2. Отсутствует система ранней профилактической и информационной помощи родителям. Родители выиграют во времени, если будут иметь возможность как можно раньше принять это известие, узнать необходимую информацию, познакомиться с семьями, столкнувшимися со сходными проблемами;
3. Имеющаяся система информирования родителей о том, что родившийся ребенок – инвалид. Как правило, врачи предоставляют скудную и предвзятую информацию о «бесперспективности» ребенка с патологией и не сообщают, какие достижения может иметь этот ребенок при заботливом воспитании дома;
4. Среди семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, самый большой процент составляют неполные материнские семьи;
5. Стрессовая ситуация и отсутствие системы поддержки на ранних этапах оказывают сильное деформирующее воздействие на психику родителей и являются исходным условием для резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов.

Выделяют основные позиции, в соответствии с которыми должны строиться основные пути социально-психологической помощи и поддержки семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, а также ряд вопросов, касающихся психолого-

педагогической работы по социальной адаптации такой семьи. При этом специалист выполняет следующие основные **функции**:

- информационная функция: специалист предлагает семье или ее отдельным членам дидактическое изложение информации, владение которой позволило бы устранить недостаточную психолого-педагогическую и социальную компетентность;
- поддерживающая функция;
- посредническая функция: специалист в роли посредника содействует восстановлению нарушенных связей семьи с миром и ее членов между собой;
- функция развития семьи как малой группы: специалист помогает членам семьи развивать основные социальные умения и навыки, такие, как навыки внимательного отношения к другому, понимания нужд окружающих, умения оказывать поддержку и разрешать конфликтные ситуации, выражать свои чувства и замечать чувства других людей;
- функция обучения родителей и детей: специалист раскрывает перед родителями всю многогранность коррекционного психолого-педагогического процесса работы с ребенком, знакомит с принципами построения таких форм взаимодействия с ребенком, при которых он чувствует себя уверенно и комфортно [3].

Практика показывает, что социально-психологическая помощь оказывается более продуктивной, когда с семьей работает команда специалистов, нацеленных на общий результат. В этом случае для каждой конкретной семьи разрабатывается своя индивидуальная комплексная программа реабилитации, в которой объединены элементы психологической коррекции, педагогического воздействия, дефектологии, социальной работы.

Таким образом, микросреда семьи и семейное воспитание влияют на ребенка, на формирование его личности. От уровня общей и психолого-педагогической культуры родителей, их жизненной позиции, их отношения к ребенку и имеющимся у него проблемам, от степени участия родителей в коррекционном процессе во многом зависят успехи социальной адаптации семьи, а так же учебно-воспитательной и коррекционно-развивающей работы.

Литература:

1. Добряков И.В., Защиринская О.В. Психология семьи и больного ребенка. Уч.пособие: Хрестоматия. СПб.: Речь, 2007.-400 с.
2. *Мастюкова Е.М., Московкина А.Г.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Под ред. В. И. Селиверстова. — М.:Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — 408 с. М., 2003.
3. Поташова И.И. Современные аспекты психолого-педагогической работы с семьями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс]// Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2011. №3. URL: http://psyedu.ru/journal/2011/3/2465.phtml

Организация работы логопеда с семьей слабослышащего ребенка в условиях инклюзивного образования
Organization of logopedist work in the family with hard-of-hearing child within inclusive education conditions

Романенко М.М..,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики
Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к.псих.н.,ст. преподаватель А.А.Твардовская

Процесс организации и осуществления инклюзивного образования в России теоретически обоснован следующими специалистами (М.С. Артемьева, Е.А. Екжанова, Н.Н. Малофеев, Е.А. Стребелева, Л.М. Шипицына, Л.Е. Шевчук, Н.Д. Шматко и др.). Но реализация содержания и условий оказания специальной помощи и поддержки детей с ОВЗ в условиях общеобразовательного учреждения на практике представляет сложную социально-педагогическую проблему. В основу инклюзивного образования положена идеология, которая исключает любую дискриминацию детей, которая обеспечивает равное отношение ко всем людям, но создает особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности. Российская модель инклюзии базируется на позициях Л.С. Выготского, который определял личность и среду как целостность. Согласно его взгляда, социальная среда имеет первостепенное значение для развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

На сегодняшний день инклюзивное образование на территории РФ регулируется Конституцией РФ, федеральным законом «Об образовании», федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ», а также Конвенцией о правах ребенка и Протоколом №1 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод.

В настоящее время проблема работы с нарушением слуха у детей дошкольного возраста крайне актуальна, поскольку детей с нарушением слуха с каждым годом всё больше, соответственно это влияет на нарушения речи. Особую форму составляет подходы работы с семьей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях инклюзивного образования.

Цель нашего исследования заключается в разработке модели организации логопедической работы по сопровождению семьи слабослышащего ребенка в условиях инклюзивного образования.

В отечественной (и зарубежной) сурдопедагогике и сурдопсихологии в результате исследований различных сторон процесса овладения речью и особенностей познавательной сферы детей с частичным нарушением слуха (Р.М. Боскис, А.Г. Зикеев, К.Г.Коровин, К.В.Комаров, И.М.Гилевич, М.И.Никитина, Л.В.Никулина, Т. В. Розанова, В.А.Синяк, Л. И.Тигранова, К. И. Туджанова, К.Т. Илахунов, М.К. Шеремет, Л.В.Назарова и др.) выявлены основные характеристики их развития. [1]

К категории слабослышащих относят детей с такой степенью снижения слуха, которая позволяет им хотя бы в минимальном объеме овладеть речевой деятельностью самостоятельно, без специального обучения. Диапазон различий в уровне сформированности речи слабослышащих детей достаточно велик: от наличия зачатков речи (чрезвычайно бедный словарь, нередко представленный обрывками слов, множественные проявления несформированности произноси тельной и грамматической сторон речи) до относительно сложившейся речи с отдельными лексико-семантическими, фонетическими и грамматическими недостатками. [2]

Учитель-логопед, основываясь на результатах исследования устной и письменной (если есть) речи обучающихся и сравнения этих данных с возрастной нормой.

- устанавливает клинико-педагогический диагноз речевого нарушения;
- разрабатывает программы или перспективные планы коррекционно-логопедического обучения детей, нуждающихся в логопедической помощи;
- проводит групповые и индивидуальные занятия по коррекции нарушений устной и письменной речи учащихся (с использованием программного материала учебных дисциплин гуманитарного цикла);
- совместно с учителем инклюзивного класса, дефектологом, тьютором проводит работу, основной целью которой является соблюдение в классе правильного речевого режима, обогащение и систематизация словарного запаса учащихся в соответствии с учебными предметами, развитие коммуникативных умений;
- проводит консультативную и просветительскую работу с учителями и родителями учащихся.

В круг обязанностей специалиста не входит повторение и выполнение с ребенком домашней учебной работы. Как правило, занятия строятся в соответствии с программным материалом и календарно-тематическим планированием учителя, но не дублируют фронтальные уроки.

Анализ литературы показывает, что у детей дошкольного возраста с нарушением слуха уровень развития речи значительно отстает от уровня развития детей с нормальным слухом. Это приводит к таким нарушениям речи у детей, которые к моменту поступления в школу имеют тяжелое недоразвитие речи, (отдельные слова, короткие, неправильно построенные фразы, грубые нарушения лексического, грамматического, фонетического строя речи), и слабослышащие дети, владеющие развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении.

Для детей с нарушением слуха в информационной среде учреждения должны присутствовать удобно расположенные и доступные детям стенды с представленными на них наглядными материалом (о правилах безопасности, режиме функционирования учреждения и расписание уроков).

Безусловным расширением возможностей слабослышащего ребенка будет использование нестандартных уроков в форме деловых/ролевых игр, урока-КВН, урока-конкурса, урока-концерта, интегрированного урока и учебно-практического занятия. Огромный потенциал имеет самостоятельная работа ребенка с нарушенным слухом над исследовательскими или творческими проектами под руководством учителя и их защита.

Важно подчеркнуть, что родитель – авторитет любого ребенка. Не секрет, что дети практически всегда копируют своих родителей. В работе с семьей педагог ставит своими задачами педагогическое просвещение родителей, повышение их педагогической культуры, а главное вызвать у них интерес к своему ребенку. Им объясняется, что дружба их малыша с «особенным» сверстником ни в коей мере не отразится отрицательно на развитии их ребенка, а только, наоборот, играя с таким ребенком, проявляя к нему внимание и заботу, их нормально развивающийся ребенок становится добрее и терпимее к недостаткам других.

В то же время большие возможности содержатся в различных формах фронтальной работы с родителями слабослышащего ребенка, и всех родителей

группы (совместные родительские собрания, подготовка и проведение праздников, совместные спортивные мероприятия). Совместная деятельность будет способствовать лучшему взаимному взаимопониманию, объединению их усилий в интересах детей, формировать чувство сопричастности.[3]

Существуют основные формы сопровождения семьи слабослышащего ребенка:

- индивидуальное и семейное, групповое консультирование, дистанционное консультирование по организационно-правовым, психолого-педагогическим, социальным и медицинским вопросам.

- диагностика внутрисемейных и детско-родительских отношений, для определения оптимального индивидуального маршрута сопровождения;

- организация досуговых мероприятий для замещающих семей: творческие мастерские, праздники, викторины, конкурсы;

- просветительская деятельность, лекторий, семинары;

- тренинги повышения родительской компетенции.

Виды технологий работы с семьей слабослышащего ребенка, включают в себя:

- информирование, предварительное консультирование родителей;

- беседа, визитирование (посещение на дому при необходимости);

- заполнение сетевой социальной карты семьи

- психолого-педагогическое изучение ребенка на основе экспресс - диагностики с учетом возраста и организации его деятельности в присутствии родителей;

- партнерство специалистов с родителями в составлении программы сопровождения семьи и ребенка;

- социально- психолого- педагогическая диагностика;

- информационно- практические семинары для родителей в доступном для понимания формате.

Методы сопровождения семье в основе, которой лежит единство четырех функций:

- диагностика сущности возникшей проблемы;

- информация о сути проблемы и путях ее решения;

- консультация на этапе принятия решения и выработка плана решения проблемы;

- первичная помощь на этапе реализации плана решения. [4]

В организацию работы с семьей слабослышащего ребенка включаются следующие этапы:

- обследование семьи, которое проводится комплексно: логопедом, психологом. У каждого специалиста определен круг изучаемых вопросов, которые в общей сложности дают достаточно цельное представление о каждой и дают возможность спланировать работу каждого сотрудника. Также в работе с разными семьями нельзя пользоваться одними и теми же методами их необходимо варьировать в зависимости от состава родителей по культурному, образовательному уровню, по стилю проблем своего ребенка, то есть необходимо постоянно искать новые пути и способы приобщения родителей к сотрудничеству с педагогами.

- вовлечение родителей в образовательное пространство. Необходимо использовать различные формы работы с родителями (коллективной, индивидуальной, наглядной). Успех в воспитании и обучении детей в образовательном учреждении во многом завит от того, как организовано педагогическое просвещение родителей. Родители должны уметь использовать специальные знания, которые они могут применять дома при занятиях с детьми.

Таким образом, проведя анализ психолого–педагогической и логопедической литературы мы выявили, что сопровождение семьи в условиях инклюзивного образования означает не только поддержку семей, имеющих детей с особенностями психофизического развития. Это также и формирование социального интереса к «особым» детям у всех родителей дети, которых обучаются в классе. Проблема воспитания и обучения детей с ОВЗ в общеобразовательном пространстве требует деликатного и гибкого подхода, так как не все дети, имеющие нарушения в развитии, могут успешно адаптироваться в среду здоровых сверстников.

Индивидуальный образовательный маршрут предполагает постепенное включение детей - слабослышащих в коллектив сверстников с помощью взрослого, что требует от педагога новых психологических установок на формирование у детей с нарушениями умения взаимодействовать в едином детском коллективе.

Литература:

1.Специальная педагогика .Электронный ресурс: Режим доступа -http://academy.crosskpk.ru/bank/4/011/pract/samost.htm
2. Речицкая Е.Г. Сурдопедагогика: учебник для студ. высш. пед. учеб.— М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. — 655 с.
3. Создание специальных условий для детей с нарушениями слуха в Общеобразовательных учреждениях: Методический сборник / Отв. ред. С.В. Алехина // Под.ред. Е.В. Самсоновой. — М.: МГППУ, 2012. — 56 с.
4. Шипицина Л.М. Психолого-педагогическое сопровождение приинтегрированном Обучениидетейс проблемами в развитии / Л.М. Шипицина // Психолого педагогическое медико-социальноесопровождение развития ребенка.- СПб.: Питер, 1998.-С.11-14.

СЕКЦИЯ V. КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ВАРИАТИВНЫХ ФОРМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Специфика оказания ранней помощи детям с моторной алалией вусловияхЛекотеки
Specifics of providing early assistance to children with motor alalia in the conditions of Lekotek

АйнетдиноваА. В.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

Актуальность исследования. Количество детей страдающей речевыми нарушениями все нарастет. Эти дети нуждаются в особых образовательных потребностях, которые не могут быть включены в имеющиеся образовательные программы вследствие тяжести и сложности речевых патологий. С детьми, имеющими сложные поражения речевых зон коры головного мозга необходимо

работать по специальной программе, которая включает психолого-педагогическую помощь для устранения этих проблем. Одной из актуальных и значимых на данный момент форм является Лекотека.

Лекотека (от шведского слова «leco» – игрушка и греческого «theke» - хранилище) представляет собой службу психолого-педагогического сопровождения и коррекционной помощи детям с выраженными нарушениями развития и их семьям.[1]

Цель создание лекотеки: обеспечение психолого-педагогического сопровождение детей от 2,5 до 7 лет с нарушениями в развитии для социализации, формирование предпосылок к учебной деятельности; создание благоприятных условий для развития личности ребенка; психологическая поддержка семьи ребенка. [1]

Основные задачи лекотеки:

- реализация образовательной программы, разрабатываемой исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников, принимаемой и реализуемой лекотекой самостоятельно;
- психолого-педагогическое обследование детей и детско-родительского взаимодействия;
- представление родителям информации по вопросам развития и воспитания ребенка, о результатах психолого-педагогического обследования, об особенностях выявленного расстройства и ресурсов ребенка;
- вовлечение родителей в процессы стимуляции развития детей, а так же психопрофилактики и психокоррекции средствами игры;
- проведение индивидуальных развивающих и психокоррекционных занятий согласно индивидуальному плану, а также проведение по возможности групповых занятий;
- нормализация детско-родительских отношений;
- помощь в адаптации семьи к инвалидности ребенка, в подборе адекватных средств общения с ребенком, выборе оптимального образовательного маршрута, в преодолении собственных психологических проблем. [2]

Структура занятий в лекотеке такова: дети приходят на занятия вместе с родителями и выбирают подходящую для них форму посещения. Это могут быть посещения только одного занятия, серии занятий, консультативный прием, занятия в группе с другими детьми какое-то продолжительное время. При необходимости привлекаются другие специалисты для сопровождения ребенка с особыми образовательными потребностями в условиях лекотеки. Специфику применения игровых предметов или самих игр родитель может посмотреть на занятии, которые посещает совместно со своим ребенком. При создании определенной развивающей среды на занятиях в лекотеке необходимо все тщательно спланировать и организовать таким образом, чтобы облегчить адаптацию ребенка и способствовать эффективности коррекционной работы. Занятия можно проводить как в групповой, так и в индивидуальной форме. Содержание и методы деятельности лекотеки определяются индивидуально-ориентированными программами с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников.

Основные направления логопедической работы в условиях Лекотеке с детьми раннего возраста [1]:

развитие мелкой моторики;

артикуляционной моторики;

стимуляция голосовых реакций;

обогащение словарного запаса;

формирование грамматического строя речи.

Большое значение в Лекотеке уделяется ранней логопедической помощи, которая включает в себя определение степени выраженности дефекта, его структуры, а также исследование особенностей речевого общения родителей с ребенком, и возможность коррекции отклонений в развитии речи детей, посещающих Лекотеку.

Основной направленностью коррекционно-логопедической работы является:

- улучшение моторики артикуляционного аппарата и мышечного тонуса,

- выработка ритмичности движений и дыхания,

- активизация лепета и лепетных слов, перехода слов из пассивного словаря в активный словарь.

- формирование положительного эмоционального отношения к игровым сеансам

- развитие мимики, тактильных ощущений,

- выработка слуховых, зрительных дифференцировок

- развитие внимания, памяти, мышления.

Самое важное поднять эмоциональное состояние ребенка, установить с ним прочный контакт. Дети приучаются сосредотачивать взгляд на лице педагога, на ярких игрушках, в последствии выполняют простые инструкции.

Большое значение имеет работа над диафрагмальным дыханием. По подражанию в игровой форме проводится работа над дыханием (короткий вдох через нос и плавный выдох). Используем такие упражнения, как «Задуй свечку», «Подуй на шарик», «Мыльные пузыри», различные поддувалочки с картинками, дудочки, трубочки с шариками и т.д.

Для нормализации речевого дыхания с детьми раннего возраста используются звукоподражания: а-а (качаем куклу), у-у (воет волк) и т.д. слияние гласных: ау (кричат в лесу), уа (плачет ребенок). Затем преступаем к работе над слогами: ду-ду-ду (играем на дудочке), бах (упал карандаш), топ-топ (идут ножки), ква-ква (квакает лягушка). Затем подражаем голосам животных: му, мяу, бе-е. Подражание звукам, издаваемым машиной и другими предметами: би-би, тук-тук, Воспроизведение простых слов «на», «дай» и составление с ними коротких предложений.

Важнейшим стимулятором речевого развития является тренировка движений кисти рук и пальцев. Выполняем как активную, так и пассивную гимнастику (механическую). Пассивная гимнастика проводится взрослым с руками ребенка. Полезно использовать контрастные средства, жесткие и мягкие щеточки, мягкие и колючие шарики. Вся гимнастика сопровождается стишками, потешками. Стихотворный ритм улучшает произношение, постановку правильного дыхания, отработку определенного темп речи, развивает речевой слух - «Ладушки», «Этот пальчик наш малыш», «Ты утенок не пищи» и др. Хорошо играть с такими предметами, как пирамидки, кубики, мозаика, складывание матрешек, застегивание пуговиц, кнопок.Игры с крупой, тестом, грецкими орехами, водой, песком, пластилином, «пальчиковый театр», «пальчиковый бассейн», «шнуровки»..

Артикуляционная гимнастика проводится ежедневно, она способствует развитию кинестетических ощущений, усилению активности губ, языка, развитию их подвижности.

В Лекотеке существует уникальная предметно-игровая среда, направленная на всестороннее развитие. Игровая комната Лекотека - это оборудованный комплекс, который состоит из мягких модулей, сухого бассейна, игр и игрушек, шкафчика Петра, для каждого конкретного игрового сеанса используются дополнительные пособия и материалы, например, различные мягкие модули, большие игрушечные машины и игрушки.

В результате систематического подхода в работе с детьми страдающими моторной алалией, удается добиваться положительной динамики психическом и речевом развитии. В процессе занятий с детьми в их речи появляется звукоподражание, лепет и первые слова, идет обогащение активного словаря. Пассивный словарь ребенка увеличивается, он может выполнять простые инструкции, понимать некоторые слова, пользоваться указательным жестом, зрительное и слуховое восприятие улучшается. Повышается уровень мелкой и крупной моторики, координаций движений. Формируются первоначальные навыки общения (устанавливать зрительный, эмоциональный, речевой контакты, быть понятым, ориентироваться в окружающем мире).

Литература:

1. Ахметзянова А. И., Твардовская А. А. Организация и содержание коррекционных занятий с
детьми в лекотеке. М.: «Школьная пресса», 2013. -208 с.
2. Аюпова Е.Е., Хохлова И.В. Лекотека как форма инклюзивного образования детей с тяжелыми
нарушениями речи / Логопед. – 2010. - №4, ООО ТЦ Сфера. – 128 с.
3. Богомолова А. И. Логопедическое пособие для занятий с детьми –СПб: ИЗДАТ-ШКОЛА. ТМ,
ТОО «Издательство Библиополис», 1996 - 208 с.
4. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968. - 464 с.
5. Бот О. С. Игры и упражнения для тренировок тонких движений пальцев рук у детей с задержкой
речевого развития. Обучение и воспитание детей с нарушениями речи. М.:Просвещение, 1982.
156 с.

Технология формирования социально-бытовых навыков у детей в Лекотеке (с ранним детским аутизмом)
Every day skills formation methods with children having autism in Lekoteka

Владимирова У. Л.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., ст. преподавательА.А.Твардовская

Организация процесса по формированию социально-бытовых навыков у детей с РДА представляется на данный момент как одна из наиболее актуальных и

социально значимых проблем практической работы, обеспечивающей выполнение приоритетов государственной программы по педагогике на период 2012-2016 годов. У детей с РДА формирование навыков самообслуживания не происходит самопроизвольно. Формирование данных навыков составляет целое направление работы специалистов и родителей: изучаются возможности ребенка, разрабатывается индивидуальный план с учетом зоны ближайшего развития, фиксируется динамика освоения навыка. Ориентируясь только на подражание формировать навыки самообслуживания у таких детей достаточно сложно. Поэтому важным аспектом выступает подбор методов и приемов, способствующих более высокой степени самостоятельности в освоении различных социально-бытовых навыков детьми с РДА, что в полной мере можно реализовать в условиях Лекотеки.

Первоочередной задачей всего коррекционно-воспитательного процесса, на наш взгляд, является создание оптимальных условий для социализации детей. Если для обычного ребенка социализация представляет собой естественный процесс, то для ребенка с РДА погружение в общество это кропотливая и трудная работа. И перед нами стоят сложные задачи: с одной стороны создать условия для безопасного и комфортного вхождения детей с РДА в большой социум, а с другой - стимулировать желание таких детей находиться в этом социуме и сформировать доверие к нему. Эти задачи в Лекотеке решаются через различные формы работы с детьми и их родителями. Также необходимо сделать акцент на командной работе всех специалистов подразделения. Работа в команде значительно эффективнее отдельно изолированного специалиста. И когда команда включает специалистов разных профилей (педагог-психолог, дефектолог, логопед, социальный педагог, специалист (психолог) по работе с родителями), которые умеют говорить на одном языке, совместно обсуждать проблемы, разрабатывать единую, индивидуальную, коррекционно-развивающую программу сопровождения ребенка и его семьи то, уменьшается риск того, что какая-то проблема в развитии ребенка будет упущена, уменьшается риск гипердиагностики ребенка, а родители получают возможность увидеть целостную картину всего процесса сопровождения. Например, на индивидуальных игровых сеансах работу можно выстроить таким образом: часть сеанса проводится педагогом-психологом, часть логопедом-дефектологом, а специалист (психолог) по работе с родителями в это время осуществляет либо индивидуальную коррекцию родительского поведения, либо комментирование родителям действий специалиста и обращение их внимания на ключевые моменты в сеансе, оказывающие коррекционно-развивающее влияние на их ребенка.

Важно отметить, что структура сеанса должна оставаться постоянной и четко фиксированной на протяжение всего занятия.

Дети с РДА нуждаются в особом индивидуально-ориентированном подходе, включающем развитие навыков самостоятельности, изживление тенденции к иждивенчеству в посильных для детей задачах по самообслуживанию, оптимизацию родительско-детского взаимодействия, создание развивающей среды. Все это максимально эффективно можно реализовать в условиях Лекотеки [1].

Игровой метод является ведущим при работе с детьми в рамках Лекотеки. Целесообразно, на наш взгляд, работу по развитию навыков самообслуживания у детей с РДА в условиях Лекотеки, разделить на 3 этапа.

На первом этапе необходим сбор информации о внутриутробном и раннем развитии, об уровне его социально-бытовой ориентировки, собрать медицинскую информацию и информацию о нарушении развития и проблемах физического

здоровья, для более корректного построения логопедической работы. Затем на втором этапе, для получения дополнительной информации о характере затруднений ребенка и семьи, родителям предоставляется заполнить анкету «Для родителей». После собранных данных составляется «Краткое описание семьи». Также, для определения социальных возможностей и окружения ребенка, можно проводить домашние визиты. И уже на 3 этапе составляется индивидуально-ориентировочная программа психолого-педагогического сопровождения. В состав которой целесообразно включить целевые разделы, по развитию моторного контроля, куда входят игры со шнуровкой, пальчиковые игры, также в данном разделе используются упражнения с водой различные дорожки, качели для развития координации движений; по развитию когнитивной сферы, в данный раздел входят игры-подражания, способствующие развитию эмоционального контакта взрослого и ребенка, а также формированию умения детей подражать действиям взрослого, и раздел личностно-социального развития, включающий в себя развитие навыков раздевания и одевания, умывания, причесывания, уход за носом и ртом, прием пищи.

При формировании навыков самообслуживания необходимо использовать естественные бытовые ситуации, в процессе которых решаются общеразвивающие и коррекционные задачи, различные игры и игровые упражнения. Программа Лекотеки дает возможность, опираясь на индивидуальные особенности детей с РДА, помочь им в личностном развитии, особенно их самостоятельности. Трудовая деятельность является необходимым условием формирования важных качеств личности. Совместная с педагогом трудовая деятельность - самообслуживание, хозяйственно-бытовой, ручной труд становится значимой для детей формой организации досуга и позволяет успешно входить в реальные трудовые отношения.

Еще одним из доступных и эффективных методов в формировании социально-бытовых навыков, на наш взгляд, является метод М. Монтессори. В частности это упражнения практической жизни[8]. Сюда включены упражнения, направленные на координацию движений это упражнения, позволяющие ребенку научиться тому, как открывают и закрывают дверь, как ходят по комнате, не задевая предметов, как носят стул, как переносят различные предметы, как складывают салфетки; как пересыпают чечевицу из одной чашки в другую и т.п; упражнения с водой, показывающие детям: как переливают воду из одного сосуда в другой; как переливают из чайника в чашку; как переливают воду через воронку; как поливают цветы; как моют руки; как смешивают краски; как перекладывают шарики; как выжимают губку; как переливают воду с помощью шприца; как моют стол; как стирают белье; как вода принимает форму; как в воде тонут или не тонут различные предметы;упражнения помогающие ребенку научиться самостоятельно одеваться и раздеваться, помогающие в обслуживании самого себя; упражнения по приготовлению еды, как правило, дома взрослые неохотно допускают детей к подобным занятиям, педагоги Лекотеки же в свою очередь, помогают детям приобрести этот опыт. Так, они показывают детям, как делают бутерброды; как моют яблоки; как делают салат из овощей и фруктов; как моют посуду после еды; как режут ножом; и не менее важные это упражнения по уходу за окружающей средой. Помощь взрослого, по мере освоения действий внутри навыка в процессе обучения, целесообразно, на мой взгляд, изменять, а именно: уменьшать в объеме (от полного действия руками ребенка до поддержки рук); уменьшать по времени (начиная от полного сопровождения действия, заканчивая только его отправной точкой); сворачивать от физической помощи к жесту, сворачивать от жеста к словесной инструкции [2].

Наша задача-сформировать такой уровень, чтобы ребенок мог самостоятельно выполнить то или иное действие. Как правило, закреплять навык необходимо уже в процессе групповых сеансов и в домашних условиях.

Безусловно, важным аспектом в работе педагога Лекотеки выступает организация среды. Обычно у детей при неуспешном выполнении действия возникает протест против повторной его попытки. Поэтому в Лекотеке необходимо создавать ситуацию успеха, включать обучение навыкам в любимые дела и по возможности устранять раздражающие факторы. Для каждого ребенка нужно составлять индивидуальный план, в котором можно одновременно формировать несколько навыков из разных областей (навыки гигиены, прием пищи) [1].

Из опыта зарубежных специалистов, и на мой взгляд, для более успешного обучения фактически любым навыкам, в частности и социально-бытовым, необходимо создавать специальные условия. Первое условие-это организация пространства и второе специальное условие - организация времени.

Таким образом, данные упражнения, при соблюдении вышеперечисленных правил, в условиях Лекотеки вполне можно реализовать, что и мы планируем в будущем. Она, на наш взгляд, является самым подходящим местом, для решения поставленных задач по формированию социально-бытовых навыков, также там есть все возможное и необходимое для создания ситуации успеха, для включения обучения навыкам в любимые дела и по возможности в ней можно устранять раздражающие факторы, отвлекающие ребенка. Мы очень хотим, чтобы дети с ранним аутизмом и ограниченными возможностями могли быть интегрированы в общество на их собственных условиях, а не приспособлены к правилам здоровых детей.

Литература:

1. Веденина М.Ю., Окунева О.Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей дляформирования навыков бытовой адаптации. Сообщение 2 // Дефектология. - 1997. - №3. - С. 15-20.
2. М. Монтессори. Помоги мне сделать это самому / Сост., вступ. статья М. В. Богуславский, Г. Б.Корнетов. – М.: Издат. дом «Карапуз», 2000. – 272 с, ил. - (Педагогика детства) Научный редакторС. В. Лыков.

Моделирование процесса взаимодействия специалистов в Лекотеке
Lekotek specialists cooperation model

Дмитриева Р.Г.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

Актуальность данной работы состоит в разработке информационной модели процесса взаимодействия специалистов Лекотеки.

Цель работы: моделирование процесса взаимодействия специалистов Лекотеки.

Предмет: процесс взаимодействия специалистов Лекотеки.

Задачи:

- рассмотреть задачи и принципы работы специалистов Лекотеки;
- ознакомиться с содержанием основных направлений работы специалистов Лекотеки;
- определить методы, формы и приемы работы специалистов Лекотеки.

Для того, чтобы выстроить модель процесса взаимодействия специалистов в Лекотеке нужно детализировать содержание терминов: «модель» и «моделирование [2].

Модель — это система, исследование которой служит средством для получения информации о другой системе, это упрощённое представление реального устройства и/или протекающих в нём процессов, явлений [6, с. 48].

Моделирование – это построение и исследование моделей [5]. Оно облегчает изучение, имеющихся в каком - либо процессе, явлении свойств и закономерностей и является обязательной частью исследований. Выбрать модель и обеспечить точность моделирования - важнейшая задача моделирования.

Моделирование процесса взаимодействия специалистов Лекотеки можно представить в виде информационной модели, которая охватывает основные принципы, направления и формы работы специалистов и позволяет более подробно рассмотреть этот процесс. Разработанная нами модель процесса взаимодействия специалистов Лекотеки содержит в себе 4 блока: научно-теоретический, структурно-содержательный, организационно-процессуальный, оценочно-результативный. Эти блоки включают в себя следующие компоненты: цели, задачи, принципы, направления, методы, приемы и формы работы специалистов Лекотеки. Рассмотрим компоненты каждого блока в отдельности [2].

Научно-теоретический блок включает в себя цель создания Лекотеки, а именно обеспечение психолого-педагогического сопровождения детей от 2 месяцев до 7 лет с нарушениями развития для социализации, формирования предпосылок учебной деятельности, поддержки развития личности детей и оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям) [7]. Для реализации данной цели необходимо выполнение следующих задач:

Психолого-педагогическое обследование детей. Данная работа проводится с согласия родителей (законных представителей) ребенка. Она направлена на изучение личности ребенка, выявление его трудностей адаптации в социуме, а также индивидуальных особенностей и компенсаторных возможностей.

Следующей задачей является *реализация образовательной программы и подбор индивидуальных техник формирования предпосылок учебной деятельности ребенка*. Дети, посещающие Лекотеку, имеют те или иные нарушения развития или психогенные расстройства, они не могут усваивать образовательные программы для нормально развивающихся сверстников, поэтому в Лекотеке составляется индивидуальная образовательная программа. Индивидуальный образовательный маршрут учитывает психофизические особенности и индивидуальные возможности каждого ребенка, таким образом Лекотека позволяет обеспечить доступность образования для детей с нарушениями в развитии.

Также в процессе работы специалисты *проводят психопрофилактику, психотерапию и психокоррекцию с детьми и членами их семей*. Психопрофилактика включает в себя систему мероприятий, цель которых - изучение причин, способствующих возникновению психических нарушений, их своевременное выявление и устранение. Психотерапия подразумевает работу по избавлению как

ребенка, так и его родителей (законных представителей), других родственников от ряда различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и т.п.). Психокоррекция направлена на исправление особенностей психологического развития и формирование нужных психологических качеств для повышения социализации и адаптации ребенка к изменяющимся жизненным условиям, а также на адаптацию семьи к инвалидности ребенка. Данные виды работы с детьми обязательно проводятся средствами игры.

Особое внимание специалисты Лекотеки уделяют задаче *обучения родителей (законных представителей), специалистов государственных образовательных учреждений методам игрового взаимодействия с детьми*. Важность такой работы заключается в том, что у многих родителей не хватает опыта и знаний по игре с ребенком. Данная задача может быть реализована в процессе консультаций, индивидуальных и групповых занятий, тренингов.Кроме того обязательно оказывается *помощь родителям (законным представителям) в подборе адекватных средств общения с ребенком*. Важным здесь является не только оказание помощи родителям в понимании проблем, имеющихся у ребенка, но и в осознании его сильных сторон. Это позволит родителям (законным представителям) лучше понять своего ребенка и изменить подход к его воспитанию на позитивный лад.

Еще одной задачей в работе специалистов является *поддержка инициатив родителей (законных представителей) в организации программ взаимодействия семей*. Это одно из направлений психолого-педагогического сопровождения семьи в Лекотеке. Адаптация семьи к инвалидности ребенка может привести к разрывам старых контактов с друзьями, знакомыми и т.д., в результате чего семья самоизолируется, что приводит к таким негативным последствиям, как ограничение психологической стабильности и личностного роста некоторых ее членов, невозможности социализации самого ребенка. Поэтому специалисты Лекотеки должны всячески поддерживать установление связей между семьями, посещающими Лекотеку. Это способствует передаче опыта и знаний между родственниками детей, а, следовательно, включение самих детей в разные виды активности [1].

При выполнении перечисленных выше задач специалисты Лекотеки опираются на общедидактические принципы: принцип гуманизма; принцип коррекционно-педагогической помощи; принцип целостности; принцип комплексного воздействия.

Структурно-содержательный блок включает в себя основные направления работы специалистов.

В целом в задачи каждого специалиста Лекотеки входит: содействие охране прав личности детей в соответствии с Конвенцией о правах ребенка, а также охране жизни и здоровья воспитанников, ведение принятой в Лекотеке документации, связанной с выполнением должностных обязанностей, систематическое повышение своей профессиональной квалификации, соблюдение правил внутреннего распорядка, трудовой дисциплины, санитарно-гигиенических требований и техники безопасности, соблюдение требований конфиденциальности информации в отношении лиц, посещающих Лекотеку, участие в различных формах методической работы.

Каждый специалист Лекотеки выполняет определенную работу в соответствии с занимаемой должностью: *руководитель* осуществляет организационную, юридически-правовую и контролирующую функции, *педагог-психолог* оказывает психологическую помощь детям и их родителям, проводит психодиагностику и коррекцию имеющихся психологических нарушений, *учитель-логопед* занимается индивидуальным обследованием и выявлением речевых нарушений, а также их

устранением, *социальный педагог,* в тесном сотрудничестве с семьей, занимается вопросами образования ребенка.Однако, несмотря на это, деятельность всех специалистов находится в тесной взаимосвязи. Так, при работе с группой от 4 до 6 детей, в число которых входят дети с выраженными нарушениями или сложной структурой дефекта и при индивидуальной работе с ребенком, возможно одновременное участие двух разных специалистов [4].Специалисты договариваются между собой о сферах ответственности, определяется ведущий специалист, отвечающий за составление индивидуального плана работы с ребенком и семьей и реализующий все основные компоненты сезонной работы [3]. Особо важно в этом взаимодействии специалистов то, что на основе проведенной ими диагностики ребенка формируется индивидуальная программа его развития, тем самым реализуется принцип комплексного воздействия, который обеспечивает принятие в отношении каждого ребенка объективных решений на междисциплинарном уровне. Т.е. команда специалистов подбирает адекватные средства работы с каждым ребенком в зависимости от характера, имеющегося у него нарушения.

Также участие двух специалистов возможно и при проведении групповых форм работы с несколькими семьями [3].

Организационно-процессуальный блок содержит в себе следующие формы работы специалистов Лекотеки:

Психолого-педагогическое обследование, являющееся составной частью комплексного клинико-психолого-педагогического и социального обследования инаправленное на изучение всех сторон психики. Кроме того при обследовании выявляются потенциальные возможности ребенка в виде «зоны ближайшего развития» (Л. С. Выготский). Психолого-педагогическое обследование организуется с учётом возраста и предполагаемого уровня психического развития ребёнка.

Игровой сеанс является основной формой работы в Лекотеке. Выделяют несколько видов игрового сеанса: *терапевтический игровой сеанс и диагностический игровой сеанс.* В процессе *терапевтического игрового сеанса* происходит игровое взаимодействие специалиста с ребенком в присутствии, а иногда – с участием родителей (воспитателей). Перед началом сеанса и после его окончания специалисты коротко беседуют с родителями (воспитателями). После терапевтического игрового сеанса специалист заполняет протокол. *Диагностический игровой сеанс* представляет собой совместную игру родителей (воспитателей) с ребенком в специально оборудованном зале. Специалист ведет наблюдение за происходящим и/или фиксирует все на видео. Результаты наблюдения фиксируются на формализованных бланках. По результатам диагностического игрового сеанса составляется сезонный план сопровождения семьи.

Также в Лекотеке проводятся групповые родительские тренинги, куда участники включаются добровольно. Обычно – это тренинги по общению, игре, ассертивности, арт-методам, специальным техникам по изготовлению игрушек и другие. В ряде случаев родителям предлагается участвовать в тренинге исходя из результатов диагностического игрового сеанса.

Следующая форма работы – супервизия. Супервизии в Лекотеке организуются с целью повышения квалификации специалистов. В процессе супервизии выявляется уровень соответствия требованиям команды специалистов новой форме социализации и образования детей с ограниченными возможностями здоровья.

Также с целью повышения квалификации специалистов организуются семинары-практикумы. Кроме того на них происходит ознакомление родителей с

содержанием занятий, с банком игр, игрушек и игрового оборудования в игровых и развивающих помещениях Лекотеки, с разными группами методов и приемами работы с детьми.

Консилиум специалистов Лекотеки проводится с целью оценки динамики развития детей. Полученные результаты служат основанием для коррекции индивидуальных образовательных программ. Также на еженедельных консилиумах поддерживается профессиональное взаимодействие специалистов, на которые выносятся наиболее сложные вопросы ведения семей, разборы диагностических и рабочих сеансов, планирование и подготовка тренингов для родителей и групповых форм работы с семьями, обсуждение приема и отчисления семей, определение форм работы и состава специалистов, участвующих в ведении семьи [3, с.27].

Еще одной формой работы является консультация – встреча специалиста Лекотеки с родителями (воспитателями), во время которой реализуется конструктивное сотрудничество специалистов и родителей.

Выезд специалистов на дом в соответствии с примерным положением об организации деятельности Лекотеки государственного образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы дошкольного образования осуществляется с целью обследования семьи и ребенка в различных режимных ситуациях в естественной среде, а также при наличии у ребенка выраженного нарушения развития, не позволяющего ему регулярно посещать Лекотеку [8], [9], [10].

Методы и содержание работы специалистов Лекотеки определяются индивидуально-ориентированными программами, разрабатываемыми исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников [7]. Рассмотрим некоторые методы работы, применяемые в Лекотеке.

Основным методом работы с детьми, посещающими Лекотеку, является игровой, он реализуется в процессе индивидуальных и групповых игровых сеансов. В процессе игры происходит развитие у детей творческой активности, а также коммуникативных и двигательных навыков в соответствии с их индивидуальными особенностями и возможностями.

На доречевой стадии развития используются вербальные и невербальные методы развития общения, при этом используются следующие приемы: наблюдение, прием эмпатического реагирования, комментирование, использование глобальной стимуляции и альтернативных средств общения. Прием наблюдения заключается в продолжительном наблюдении за активностью ребенка. Основная цель этого приема - дождаться сигнала от ребенка, призывающего к общению. Немаловажным является также прием эмпатического реагирования или отзеркаливания эмоций ребенка, он позволяет установить положительный контакт с ребенком. Также для установления контакта специалист может применить такой прием как комментирование. Он заключается в максимально полном комментировании каждого действия ребенка. Если ребенок не проявляет интереса к игрушкам, не стремится к контакту, взрослый может попытаться вовлечь его в наблюдение, т.е. своим поведением привлечь его внимание. Следующий прием - использование глобальной стимуляции и альтернативных средств общения - предполагает использование невербальных средств общения (жестов, графических средств, тактильного контакта). Данный прием используется на той стадии развития ребенка, когда он еще не вошел в сферу языкового общения.

Также используются арт-терапевтические методы работы, которые в первую очередь направлены на расширение спектра возможностей установить с ребенком игровое взаимодействие. Сюда относится рисование, лепка, использование на индивидуальных и групповых занятиях музыкальных произведений, основными целями которых является развитие музыкального восприятия, стимуляция взаимодействия и общения между детьми и взрослыми, создание благоприятных условий для развития личности ребенка. В целом применение арт – терапевтических приемов способствует развитию воображения, мелкой и общей моторики, обогащению сенсорного опыта детей. Кроме того методы арт-терапии могут применяться и в работе психолога с родителями [3].

Таким образом, предлагаемая модель процесса взаимодействия специалистов Лекотеки представляет собойсистему, включающую взаимодействие специалистов с детьми, их родителями (законными представителями), семьями, взаимодействие коллег между собой в процессе сопровождения семьи ребенка с нарушениями в развитии, чем обеспечивает главную цель создания Лекотеки (психолого-педагогическое сопровождение детей от 2 месяцев до 7 лет с нарушениями в развитии с целью социализации, формирования предпосылок учебной деятельности, поддержки развития личности детей и оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям)).

Литература:

1. Ахметзянова, А.И. Организация и содержание коррекционной работы с детьми в Лекотеке/ А.И. Ахметзянова, А.А. Твардовская – М.: «Школьная пресса», 2013-208 с.;
2. Нигматуллина И.А. Инклюзивное образование: проблемы и перспективы его развития в РТ / Инклюзивное образование на современном этапе становления школы инновационного типа: Материалы Всеукраинской научно-практической конференции (с участием зарубежных ученых).- Симферополь. - 2011.- С.230-234.;
3.Новые формы дошкольного образования.Выпуск 1 / П.В. Быстров,А.М. Казьмин, Е.Е. Коротаева и др. // *Серия:* «Инструктивно-методическое обеспечение содержания образования в Москве» - М.: Центр «Школьная книга», 2007. - 256 с.;
4.Общая и профессиональная педагогика: Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Профессиональное обучение»: В 2-х книгах / Под ред. В.Д. Симоненко, М.В. Ретивых. - Брянск: Изд-во Брянского государственного университета, 2003. - Кн.1 - 174 с.;
5. Подласый, И.П. Педагогика: Учебник для студентов высших учебных заведений «Общие основы. Процесс обучения»: В 2-х книгах/ И.П. Подласый – М.: ВЛАДОС, 2003. – 575 с.;
6. Уемов, А.И. Логические основы метода моделирования./А. И Уёмов - М.: Мысль, 1971.—311 с.
7.Примерное положение об организации деятельности лекотеки государственного образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы дошкольного образования» - Приказ Департамента образования города Москвы от 10.08.2006 № 497;
8.Лекотека: [электронный ресурс].URL:http://www.lekoteka.ru/ ;
9.Городская общественная организация инвалидов «Общество«ДАУН СИНДРОМ »:[электронный ресурс]. URL: http://www.downsyndrome.ru/ ;
10. Супервизия: [электронный ресурс] //Самопознание.ру. URL:http://samopoznanie.ru/schools/superviziya/

Технология формирования жизненных компетенций у безречевых детей в Лекотеке
Technology of life competences formation in speechless children in the conditions of Lekotek

Закирова А.А.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель –канд. психол. н, ст. преподавательА.А.Твардовская

Освоение окружающего мира ребенком происходит в процессе неречевой и речевой деятельности при активном взаимодействии с взрослым. В совместной деятельности ребенок объясняется с другими людьми, вступает в контакт, получает информацию. Поэтому проблема поиска путей активизации общения и педагогического воздействия применительно к безречевым детям приобретает социальную значимость.

Таким детям крайне сложно социализироваться и адаптироваться в обществе, находить контакт с окружающими для удовлетворения своих потребностей. Основной проблемой безречевого ребенка является несформированная коммуникативная компетентность. С точки зрения Фроловой Н.В., коммуникативная компетентность - это система психических и поведенческих характеристик человека, способствующих успешному общению, т. е. достигающему цели и эмоционально благоприятному для участвующих сторон [5].

Кириллова Е.В. говорит о том, что группа безречевых детей неоднородна. В неё входят дети с моторной и сенсорной алалией, анартрией (тяжёлой степенью дизартрии), ранним детским аутизмом, интеллектуальной недостаточностью, нарушением слуха. Необходимо отметить, что отсутствие способности таких детей пользоваться средствами языка имеет все же в большей степени органическую природу. Как правило, такие дети развиваются в условиях дизонтогенеза, имеют задержки психического развития, поражение центральной нервной системы различной степени тяжести и т.д. [3].

Выходом из сложившейся ситуации может стать работа с такими детьми в лекотеке.

Российская лекотека – это система психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с проблемами развития. По своей структурной организации лекотека входит в состав образовательного учреждения, являясь его структурной единицей. Лекотека организуется для детей в возрасте от 3 до 11 (12) лет, имеющих и не имеющих статус ребенка-инвалида, которые не могут посещать образовательное учреждение по состоянию здоровья или развития и нуждаются в психолого-педагогическом и медико-социальном сопровождении, а также для обучающихся и воспитанников с ограниченными возможностями здоровья образовательного учреждения, нуждающихся в дополнительных коррекционно-развивающих занятиях [1, с.66].

Лекотека с особенностями организации в ней процесса коррекции, обучения и воспитания является перспективной формой дошкольного образования детей данной категории, в рамках которой их коммуникативная компетентность, как одна из жизненных компетенций может быть сформирована наиболее успешно. В связи с вышесказанным, изучение возможностей лекотеки в формировании коммуникативных компетенций ребенка приобретает особую актуальность.

Мнения ученых относительно программ и методов диагностики безречевых детей существенно расходятся. Например, Прохорова Е.В. говорит о том, что коррекционно-развивающая направленность логопедических занятий с безречевыми детьми реализуется через создание предпосылок для формирования речи за счет скоординированного воздействия на неречевые функции в процессе ведущей деятельности. Организация деятельности осуществляется с учетом уровня развития, на котором находится ребенок к моменту начала обучения. В процессе деятельности формируется мотивация к общению и деятельности, коммуникативная активность, формируются первичные образные представления об окружающем мире [4].

Формирование навыков общения осуществляется путем установления зрительного, эмоционального, предметного, речевого контактов, развития умения быть понятым, ориентироваться в социальных ситуациях. С целью формирования коммуникативного мотива на ранних этапах работы используются сохранные звенья: кинетическая речь (жесты), звукоподражания. Все этапы работы пронизывает логоритмика (слово и движение формирует и организует деятельность, межполушарное взаимодействие).

Нужно отметить, что в настоящее время существует достаточно много программ и методов диагностики безречевых детей, которые обладают различной степенью эффективности в зависимости от исходного диагноза ребенка. Соответственно, при проведении диагностики и коррекционной работы с безречевыми детьми необходимо применять индивидуальный подход к ребенку, учитывая особенности его развития и системный подход в организации занятий.

В рамках данной работы был рассмотрен вопрос об особенностях формирования коммуникативной компетенции у детей с сенсомоторной алалией в условиях лекотеки. Для этого было проведено исследование ребенка и среды при помощи инструментов, основанных на Международной классификации функционирования (МКФ, ICF).

В отличие от Международной классификации болезней (МКБ), цель МКФ – стандартизация определения индивидуального профиля функционирования человека в контексте влияния средовых и личностных факторов. Таким образом, в МКФ реализован экологический подход к идентификации состояния человека. МКФ является инструментом, объединяющим специалистов различных помогающих профессий: врачей, психологов, педагогов, работников социальных служб и других для обеспечения комплексной поддержки и реабилитации людей с нарушениями телесных функций, социального устройства и поддержки развития [2].

В контексте исследования был обследован ребенок 5,7 лет с сенсомоторной алалией. Обследование ребенка и среды проводилось специалистами индивидуально на основе непосредственного наблюдения за поведением ребенка, использования диагностических проб, информации, предоставляемой родителями. Такое обследование позволяет составить полное и отчетливое представление о нарушенных и сохранных функциях ребенка для составления в дальнейшем индивидуальной программы помощи ребенку и семье в лекотеках.

На основе результатов обследования ребенка и среды была разработана индивидуальная программа, которая включает в себя следующие цели:

1 . Развитие пространственной ориентации

2. Развитие коммуникативных умений и навыков

3. Личностное развитие

Для работы с этим ребенком поставлены следующие задачи:

- Ликвидировать речевой негативизм.
- Стимулировать пользование речью.
- Приучать к пользованию речью в общении с окружающими.
- Увеличивать словарный запас.
- Усваивать структурный облик слов.
- Воспитывать навык самостоятельного конструирования основных грамматических форм и употребление их в самостоятельной развернутой речи.
- Овладение закономерностями грамматического обьединения слов в пределах игровой и бытовой речи.
- Добиваться элементарного разграничения падежей.
- Вырабатывать правильную родовую принадлежность существительных, прилагательных, глаголов.
- Развивать правильное понимание и употребление наиболее распространенных предлогов, суффиксально-префиксальных образований и союзов.
- Воспитывать контроль над своей речью.
- Выявить слабые звенья более точно, чтобы сделать компенсаторную работу более направленной и эффективной.

Эти задачи решаются родителями, психологом, дефектологом, логопедом, специальным психологом, а также другими специалистами лекотеки на протяжении.

Результаты диагностики, проведенной в ходе данного исследования, и разработанная программа сопровождения ребенка в лекотеке, направленная на формирование жизненных компетенций, могут быть использованы специалистами лекотеки, родителями а так же другими специалистами.

Ключевой задачей лекотеки при такой работе с безречевыми детьми, обеспечивающей успех всей прочей коррекционной работы становится формирование коммуникативной компетенции безречевого ребенка, как одной из базовых жизненных компетенций. Сформированные по индивидуальной образовательной программе коммуникативные навыки помогают безречевым детям лучше адаптироваться и социализироваться в обществе.

Литература:

1. Артюшенко Н. П. Выявление, отбор, устройство в образовательное учреждение и курирование образовательного процесса детей с ограниченными возможностями здоровья / Артюшенко Н. П. - (О том, что наболело) // Школьный логопед. - 2007. - N 6. - С. 64-67;
2. Казьмин А,М,, Чугунова А.И., Г.А. Перминова, С.В. Покровская, А.В. Егоров, Е.А. Абрамова, МГППУ, 2013
3. Кириллова Е.В. Вопросы дифференциальной диагностики безречевых детей – [Электронный ресурс].
4. Прохорова Е.В. Начальные этапы коррекционно-развивающей работы с безречевыми детьми. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

http://logoportal.ru/nachalnyie-etapyi-korrektsionno-razvivayushhey-rabotyi-s-bezrechevyimi-detmi/.html;
5. Фролова Н.В. Коммуникативная компетентность детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://festival.1september.ru/articles/613911/.

Технология формирования социально-бытовых навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья в Лекотеке
Technology of formation of social skills in children with disabilities in Lekotek

Калюжная О.Л.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань.
Научный руководитель – к. псих.н., доцент А.И.Ахметзянова

Из государственного доклада министерства труда и социальной защиты «О положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации» численность детей – инвалидов на 1 января 2013 года составляет 567,8 тыс. человек, что свидетельствует о росте количества детей с нарушениями развития, на начало 2011 года эта цифра была 540,6 тыс. человек. Дети первых лет жизни с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями не могут быть включены в имеющиеся образовательные программы вследствие тяжести и сложности нарушений развития или расстройств поведения, приводящих к социальной дезадаптации. Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья является актуальной проблемой психолого-педагогического сопровождения. В связи с этим на первое место встает проблема освоения навыков самообслуживания, которая является первым этапом социально-бытовой адаптации[3][5][9].

Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, а также прогрессирующим и регрессивным[7].

В соответствии с разными профессиональными подходами к данному понятию и разными основаниями для систематики существуют разные классификации. Большинство современных исследований свидетельствует о резком усложнении структуры отклонений, значительном увеличении сочетанных нарушений у различных категорий детей, появление на рубеже 90-х годов новых форм отклонений и несформированности определенных сфер психического развития ребенка. Введено понятие «отклоняющееся развитие» - отклонение формирования всей иерархической структуры психического развития или ее отдельных составляющих (психических функций, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива, определяемого для конкретной образовательной, социокультурной,

этнической ситуации, вне зависимости от знака этого изменения (опережение или запаздывание). Н.Я. Семаго и М.М. Семаго предложили классификацию основных типологических групп отклоняющегося развития: недостаточное развитие, асинхронное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие[11][12].

Таким образом, диапазон различий в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы. От ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально развивающимися сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования.

Вследствие неоднородности состава, для каждой категории и внутри каждой категории детей с ограниченными возможностями здоровья требуется дифференциация специального образовательного стандарта, разработка вариантов, на практике обеспечивающих охват всех детей образованием, соответствующим их возможностям и потребностям.

Физиологической основой социально-бытовых навыков и привычек является образование условно-рефлекторных связей, выработка динамических стереотипов. Социально-бытовые навыки и привычки имеют выраженную социальную направленность, так как дети приучаются выполнять установленные в обществе правила, соответствующие нормам морального поведения. А для детей с нарушениями развития социально-бытовое ориентирование является важной частью социальной адаптации.В связи с этим на первое место встает проблема освоения навыков самообслуживания, которая является первым этапом социально-бытовой адаптации. Данные навыки начинают формироваться у детей с первых дней жизни, и роль родителей и специалистов заключается в том, чтобы более продуктивно и на высоком профессиональном уровне помочь детям в овладении ими[6].

При этом доказана важная роль раннего начала целенаправленного коррекционного воздействия, возможность предупреждения вторичных отклонений в развитии детей, которые, как правило, формируются в социально-эмоциональной сфере и мешают социальной адаптации малыша, оказывая деструктивное влияние на весь ход его психического развития, лишая возможности стать полноправным членом общества.

Сроки формирования навыков самообслуживания у детей с ограниченными возможностями здоровья задерживаются в силу объективных причин. При их формировании нужно учитывать два фактора - возраст и особенности развития таких детей.При обучении навыкам самообслуживания используется адаптивный подход. Для каждого ребенка создается индивидуальная программа, включающая специальное оборудование и подбор методов формирования того или иного навыка в доступном для ребенка варианте[4][5].

Непосредственно при формировании предметных действий, как первоначального этапа формирования социально-бытовых навыков, используются в сочетании различные методы: наглядные (показ, подражание, совместные действия; образец; наблюдение, зрительно-перцептивное обследование предметов); практические (организация предметных действий детей, пробы, практическое примеривание, наложение, прикладывание, дидактические игры и упражнения, игровые задания); словесные (потешки, песенки, считалки, стихи, сказки, объяснения). Их выбор и сочетание зависят от индивидуальных особенностей и

возможностей детей.Родителям, ознакомленным с данной системой работы, дается на дом задание по отработке навыков самообслуживания.

Использование навыков, находящихся в зоне актуального развития, сопровождается обучением с учетом зоны ближайшего развития. Например: ребенку трудно застегивать рубашку на мелкие пуговицы, но это не значит, что еще рано формировать навык одевания. Можно использовать более крупные пуговицы, кнопки, липучки и другие виды застежек. Параллельно с этим проводятся игры, помогающие малышу усвоить данный навык. Только после усвоения данного навыка его можно будет включить в цепочку бытовых действий.

В курсе социально-бытовой ориентации активно используются сформированные у детей компенсаторные навыки (умение пользоваться нарушенным зрением, получать информацию об окружающем и ориентироваться в пространстве на полисенсорной основе, пользоваться остаточным слухом, использовать наиболее сохранные анализаторы). Формируются навыки предметно-практической деятельности. Дети учатся самостоятельно выполнять необходимые действия с рациональным использованием нарушенного органа и всех сохранных анализаторов, контролировать свои действия с их помощью.

Большое значение имеет поэтапное формирование навыков, предусматривающее овладение сначала простейшими, а затем более сложными действиями. Применяется метод поэтапного показа и отработки всех элементов действия с каждым ребенком. Используются также словесная регуляция и коррекция действий детей. Наглядный материал для занятий по социально-бытовой ориентировке подбирается с учетом получения максимума разносторонней информации об изучаемых объектах или явлениях. Детей знакомят с предметами ближайшего окружения (мебель, посуда, одежда и т.д.), учат выполнять с ними определенные действия в соответствии с назначением.

Выполнение заданий сопровождается использованием приемов, повышающих общую продуктивность взаимодействия ребенка и взрослого:

-приемы эмоционально-речевого воздействия (комментирование всех действий с предметами, игрушками (молоток стучит: тук-тук, кукла спит: бай-бай); изменение интонации, высоты и модуляции голоса, ласковый взгляд и разговор, использование потешек, песенок, стихов, подвижных игр с речевым сопровождением);

-приемы тактильного воздействия (поглаживания, поцелуи, прижатие к себе, демонстрация доброжелательного отношения, как к маме, так и к ребенку; ласковое обращение к ребенку по имени; зрительный контакт «глаза в глаза»);

-приемы поощрения (похвала, возможность поиграть с новой игрушкой после занятия, иногда - долька мандарина или печенье);

-приемы привлекающие внимание ребенка (волшебные мешочки, сюрпризные моменты, игрушки с музыкальным сопровождением, включающие элементы новизны, неожиданности, основанные на занимательности коробочек, корзинок, мешочков и других предметов);

-прием отсроченного речевого сопровождения;

-подхватывание встречных действий ребенка – манипуляций с предметом [4][10].

Исходя из первостепенной важности социально-бытовых навыков в социализации и адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, можно выделить следующие условия их успешного формирования:

1.Действия, связанные с формированием социально-бытовых навыков, разбивать на операции, которые следуют в одном, определенно установленном порядке.

2.Воспитывая порядок действий, выделять подготовку к действию, культуру самого процесса (целенаправленность, экономность движений), навыки приведения в порядок рабочего места после окончания действий, умение планировать последовательность действий.

3.На начальном этапе неоднократно повторять новый навык без больших интервалов. С этой целью часто упражнять детей в определенных действиях, обращая внимание на способ и порядок выполнения. При этом для разнообразия следует использовать разные формы, но характер действия должен быть неизменным.

4.Научить детей выполнять те или иные операции, добиваясь постепенного осознания их значения и целесообразности способа выполнения.

5.Формирование социально-бытовых навыков осуществляется в тесном контакте с семьей.

6.Индивидуализировать работу с каждым ребенком, учитывая уровень его физического развития, сохранности анализаторов, сформированность компенсаторных навыков, условия домашнего воспитания[2][4][6].

Таким образом, содержание коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья должно быть построено так, чтобы обеспечивать в каждый возрастной период выполнение, как общеобразовательных, так и специфических коррекционных задач. В условиях домашнего воспитания организовать такую работу крайне сложно и даже практически невозможно из-за отсутствия у родителей необходимых теоретических знаний и практических навыков в различных областях: психологии, дефектологии, коррекционной педагогике. Для успешной коррекционно-развивающей работы важным условием является наличие материальной базы: оборудование для развития общих движений, книги для детей и родителей, фонотека, видеотека, материалы для изобразительного творчества, специальное оборудование для детей с нарушениями движений, игрушки для развития речи, мышления, слухового, зрительного и тактильного восприятия и т.д. Необходимо включение детей раннего и дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями развития в специально организованную образовательно-развивающую среду, с учетом их психофизических и возрастных особенностей, направленную на предупреждение и преодоление дефектов развития. Все это может предложить Лекотека. Лекотека – это место, где специалисты не только озабочены коррекцией развития ребенка, но, в первую очередь, создают условия для игры и эмоционального взаимодействия.

Согласно модели «Российская Лекотекая», Лекотека- это структурно-функциональная единица, которая может работать автономно или в составе служб ранней помощи, психолого-медико-педагогических центров, детских садов, домов ребенка и других организаций и учреждений, оказывающих психолого-педагогическую помощь детям с нарушениями развития и их семьям. В условиях Лекотеки психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с нарушениями в развитии, осуществляют педагоги-психологи, социальные педагоги, дефектологи, педагоги дополнительного образования, психотерапевты, арт-терапевты[8].

Цели программы Лекотеки: создание благоприятных условий для развития личности ребенка и формирование предпосылок учебной деятельности,

психологическая поддержка семьи ребенка с нарушением развития, содействие решению психологических проблем, препятствующих поступлению детей в дошкольные образовательные учреждения, адаптации в семье и других социальных группах.

Программа Лекотеки не имеет четкой ориентировки на возраст ребенка, кроме заданного возрастного диапазона (от 2 мес. до 6 лет). Реализация программных задач зависит от индивидуальных особенностей и темпов развития ребенка, состояния родительско - детского взаимодействия, уровня конструктивного взаимодействия с родителями, наличия у ребенка или родителей психогенных расстройств, состояния здоровья ребенка. В работе с детьми используются техники развития общения, игровая терапия, различные варианты арт-терапии: музыкальная, театральная, изобразительная, фольклерная[4][8][9].

Основным понятием в Лекотеке является игра, рассматриваемая как деятельность, приносящая ребенку удовольствие и создающая условия для формирования средств общения и социально ориентированного поведения. В игре раскрывается и формируется личность ребенка. Игровой метод является ведущим при работе с детьми в рамках данной программы.

Специалисты Лекотек рассматривают игру как особый вид активности ребенка, появляющийся в младенчестве и усложняющийся по мере развития, организующийся и поддерживаемый взрослым, добровольный и приносящий радость, позволяющий ему в безопасной ситуации наращивать свой эмоциональный и социальный опыт, творчески получать знания и совершенствовать навыки, выражать мысли и чувства.

Отличительной особенностью Лекотеки является работа с каждым ребенком по индивидуальной программе, которая составляется совместно всеми специалистами на основе анализа анамнестических данных и данных, полученных на первичных (диагностических) игровых сеансах. Первичные (диагностические) игровые сеансы – это особая организация психолого-педагогической работы, проводимая специалистами Лекотеки, которая предполагает: диагностику психического развития малыша, изучение особенностей взаимодействия в паре «мама-ребенок с нарушениями психофизического развития», определение функциональных возможностей пары в разных видах деятельности[5].

Какими бы ни были «особые потребности» ребенка, игра – это главная деятельность дошкольника, а родитель или другой близкий взрослый – самый желанный партнер. Лекотека – это место, где специалисты не только озабочены коррекцией развития ребенка, но, в первую очередь, создают условия для игры и эмоционального взаимодействия.

Современное российское образование, формирующее определенный уровень толерантности к детям с ограниченными возможностями, имеет гуманистическую направленность. Овладение навыками самообслуживания делает ребенка с нарушениями в развитии более независимым в домашней и общественной среде, что очень важно для социальной адаптации ребенка, дальнейшей возможности поступления в организованное дошкольное, учебное учреждение и дает возможность в дальнейшем подготовить его к овладению профессией.

Существуют различные методы формирования социально-бытовых навыков у детей дошкольного возраста, выбор которых осуществляется в соответствии с особенностями ребенка, с конкретными условиями и т.д. Овладение данными навыками способствует развитию необходимых умений для социализации человека, для формирования самостоятельности, независимости в бытовом отношении, что,

безусловно, является и фактором личностного развития. Одной из современных и перспективных форм организации работы с особенными детьми, несомненно, является Лекотека.

Формирование социально-бытовых навыков в Лекотеке происходит постепенно и планомерно. Очень важно при этом активное сотрудничество всех специалистов Лекотеки и семьи, так как в первую очередь ребенок берет пример со своих родителей.

Основные задачи, для решения которых создаются Лекотеки: достижение максимально возможной социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья, оказание благотворного влияния на развитие их личности, развитие у них игровой, трудовой, продуктивной и познавательной деятельности, оказание психолого-педагогической и консультативной помощи родителям этих детей, что в конечном итоге способствует построению гуманного общества.

Литература:

1. Akhmetzyanova, A.I., 2014 .Correction of Sensorimotor Functions of Pre-Lingual Children withCerebra Palsy in the Context of Lekoteka. World Applied Sciences Journa ll 29 (6): 743-746.
2. Akhmetzyanova, A.I., 2014. The Development of Self-Care Skills of Children with Severe MentalRetardation in the Context of Lekoteka. World Applied Sciences Journal. 29 (6): 724-727.
3. Басилова Т.А. Американская программа обучения навыкам повседневной жизни детей со сложнымсенсорным дефектом. /Т.А.Басилова //Дефектология.-1994.-№4.-С.91-96.
4. Браткова М.В. Методика формирования предметных действий у детей раннего возраста сорганическим поражением центральной нервной системы./М.В.Браткова//Дефектология.-2009.№2.С.77-83.
5. Выродова И.А. Организация ранней помощи в Центре игровой поддержкиребенка./И.А.Выродова//Дефектология.-2013.-№2.-С.50-58.
6. Дошкольная педагогика / Под ред. В.И.Логиновой, П.Г.Саморуковой. - М.:Просвещение, 1983.
7. Егорова Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями. - М.: Академкнига.2002. – 80 с.
8. Казьмин А.М. Материалы курса «Организация деятельности сотрудниковЛекотек»./А.М.Казьмин, Е.А.Петрусенко, Г.А.Перминова и др.-М.:МГППУ,2011
9. Казьмин А.М. Методические рекомендации по организации деятельности Лекотек и службРанней помощи./А.М.Казьмин, Е.А.Петрусенко, А.И.Чугунова и др.-М.: Национальный фондзащиты детейот жестокого обращения.-2011.-230с.
10. Любимов А.А. Обучение предметно-практическим действиям детей с глубоким нарушениемзрения./А.А.Любимов, М.П.Любимова//Воспитание и обучение детей с нарушениями развития.2013.-№8.-С.36-44.
11. Семаго Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работыпсихолога./Н.Я.Семаго, М.М.Семаго - М.: АРКТИ.-2000.-208с.
12. Семаго Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный иМладшийшкольный возраст./ Н.Я.Семаго, М.М.Семаго - СПб.: Речь.-2005.-384с.

Особенности организации и содержание деятельности учителя - логопеда с детьми дошкольного возраста с ранним детским аутизмом в Лекотеке

Features of the organization and the content of activity of the teacher - the logopedist with children of preschool age with early children's autism in Lekoteka

Каримова Ф.Р.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.А.Нигматуллина

Первичные нарушения в развитии приводят к "выпадению" ребенка из социально и культурно обусловленного традиционного образовательного пространства. По отношению к ребенку с выраженными нарушениями в развитии перестают действовать традиционные для каждого возрастного этапа способы и культурные инструменты решения традиционных образовательных задач. Из-за такого "выпадения" ребенка из традиционного образовательного пространства возникают вторичные нарушения в развитии, вследствиедети с нарушениями в развитии нуждаются в комплексных программах реабилитации, сочетающих медицинскую, психолого-педагогическую и социальную помощь, причем индивидуализированную [1]. В целях оказания такой комплексной помощи создаются службы и учреждения, позволяющие в комфортной для детей и специалистов обстановке оказывать психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья [2].

В настоящее время в Казани стали организовывать службы ранней помощи. И примером такой инновационной формы социализации и образования таких детей является Лекотека. Это служба психолого - педагогической помощи родителям, воспитывающих детей с выраженными нарушениями и проблемами развития, в том числе с ранним детским аутизмом [3,4]. Аутизм рассматривается в качестве одного из наиболее серьезных нарушений развития; относится к первазивным (общим) расстройствам - группе, характеризующейся качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении с ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности [5].

В последние годы проблемам, связанным с этим расстройством, уделяется все большее внимание, поэтому разработка эффективных методов коррекции раннего детского аутизма является актуальной проблемой. А так как условия и организация работы Лекотек делают возможным использование как традиционных, так и альтернативных методов коррекции различных дефектов и аномалий развития детей, то представляется актуальным рассмотреть, какие альтернативные методы коррекционной работы входят в логопедическую практику реабилитации детей с синдромом раннего детского аутизма, определить условия их успешного применения. Учитель – логопед является ведущим специалистом Лекотеки и оказывает раннюю логопедическую помощь, которая заключается в определении структуры и степени выраженности речевого дефекта у детей с РДА, в обследовании характера речевого общения родителей с ребенком, и, по возможности, коррекции отклонений в развитии речи детей [6].

Но прежде чем определить наиболее эффективные альтернативные методы коррекционной работы учителя – логопеда с детьми дошкольного возраста с РДА в условиях Лекотеки, необходимо рассмотреть специфические особенности развития речи детей с данным диагнозом. Речевое развитие происходит по-разному: у одних речь появляется раньше, у других - задерживается. Выявляются нарушения формирования экспрессивной речи, недостаточность коммуникативной функции речи, при этом достаточно развита «автономная речь». Также для детей с РДА характерны явления эхолалии, присутствие в речи неологизмов, скандированное произношение фраз, протяжная интонация, применение по отношению к себе местоимений и глаголов во втором и третьем лице [5].

Таким образом, комплексная коррекционная помощь детям с РДА оказывается учителем-логопедом в Лекотеке на индивидуальных развивающих занятиях с детьми и родителями и групповых занятиях с детьми, где основополагающим методом является игра. В рамках данных занятий учитель – логопед может использовать альтернативные методы коррекционной работы, что позволяет сделать эту работу более эффективной. К таким методам работы относятся: песочная терапия, изотерапия, сказкотерапия, музыкальная терапия.

Песочная терапия - один из удивительных методов терапии. Принцип «Терапии песком» был предложен еще Карлом Густавом Юнгом, замечательным психотерапевтом, основателем аналитической терапии. Игры с песком способствую развитию речи ребенка, формируют коммуникативные навыки. Песочная терапия предоставляет ребенку с аутизмом возможность самовыражения. Песок, вода и миниатюрные фигурки, помогают выразить свои эмоции, чувства, раскрыться и передать то, что словами человек с аутизмом объяснить не может. Терапия с использованием песка основывается на игре. С помощью игры дети, у которых диагностируют аутизм, знакомятся с внешним миром, выражают свои чувства и эмоции [8].

Одним из наиболее распространенных видов арт-терапии является изотерапия (рисунок, лепка) — лечебное воздействие, коррекция посредством изобразительной деятельности. Рисование способствует развитию у аутичных детей пространственного образного мышления и воображения, мелкой моторики, координации «рука-глаз», освоению цветов и оттенков, физических свойств изобразительных материалов. Для каждого ребёнка индивидуально подбираются те техники рисования, размеры и форма бумаги, положение рабочей зоны, которые наиболее эффективно способствуют коррекции имеющихся отклонений [7].

Сказкотерапия - метод, использующий сказочную форму для формирования личности ребенка, стимулирует развитие воображения, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром.

Занятия с использованием приемов сказкотерапии являются благоприятным методом для наиболее эффективной социализации детей с ранним детским аутизмом. Дети начинают активнее вступать в контакт, появляется заинтересованность к различным видам деятельности, расширяется общий кругозор. Дети приобретают определенные навыки самообслуживания и элементарные правила поведения [6].

Нами была разработана система логопедических игр-упражнений с ребенком с ранним детским аутизмом с использованием альтернативных методов коррекции. Данная система построена с учетом следующих принципов: комплексности, системности, поэтапности или от простого к сложному. При использовании данной

системы логопедических игр в коррекционной работе сдетьми дошкольного возраста с ранним детским аутизмом необходимо учитывать основные этапы коррекционной работы с ними. И в соответствии уже с этими этапами коррекционной работы организовывать игры с использованием песочной терапии, изотерапии и сказкотерапии.

Данные игры-упражнения, основанные на использовании песочной терапии, изотерапии и сказкотерапии, предназначены для использования специалистами лекотек, реализующими психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ранним детским аутизмом дошкольного возраста.

Цель данных игр-упражнений: создание благоприятных условий для развития коммуникативных функций и преодоление трудностей в общении у детей с ранним детским аутизмом дошкольного возраста в условиях инновационных форм дошкольного образования (Лекотек) при помощи применения альтернативных методов: игр с песком, изотерапии и сказкотерапии. Система логопедических игр представлена тремя блоками. Первый блок включает следующие игры-упражнения: «Здравствуй, песочек», «Отпечатки рук», «Песочный дождик», «Песочный ветер», «Победитель злости», «Необыкновенные следы», «Художник», «Нарисуй пальчиками», «Нарисуй ладошкой», «Секретные задания кротов», «Норки для мышки». Цель данных игр: установление контакта с ребенком; снижение психофизического напряжения, расслабление; развитие мелкой моторики, тонких тактильных ощущений. Второй блок включает следующие игры-упражнения: «Нарисуй кляксу», «Узоры на песке», «Мы едем в гости…», «Песочные прятки», «Угадай по описанию», «Азбука настроения», «Во саду ли, в огороде», «Общим слово назови и запомни», «Песочные строители», «Три медведя». Цель данных игр: развитие речевой активности; развитие высших психических функций: памяти, внимания, мышления, восприятия; развитие творческих способностей, воображения; учить ребенка моделировать ситуацию сказки в песочнице. И третий блок представлен следующими играми-упражнениями: «Путешествие в страну «А», «Путешествие в страну букв», «Путешествие в страну слов». Цель данных игр: развитие речи; развитие фонематического восприятия, анализа и синтеза; познакомить с буквами; научить писать буквы; научить соединять буквы в слоги и слова.

Литература:

1. Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И. Реабилитация средствами образования: особые образовательные потребности детей с выраженными нарушениями в развитии.
2. Дименштейн Р.П., Ларикова И.В. Интеграция "особого" ребенка в России: законодательство, практика и перспективы // Особый ребенок: исследования и опыт помощи. 2000. Вып.3. 64 с.
3. Лекотека как новая форма социализации и образования детей с ограниченными возможностями здоровья. Первая Лекотека г. Новосибирска // Авторы-сост. Пискун О. Ю., Есипова Т. П. – Новосибирск, 2011. - 112 с.
4. Лекотека. Особенности организации и функционирования. – Краснодар: Просвещение-Юг, 2012. - 140 с.
5. Никольская О.С, Баенская Е.Р., ЛиблингМ.М. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение.— М: Теревинф, 2005.— (Особый ребенок).— 224 с.

6. Опыт работы структурного подразделения Лекотека детского сада № 2196: http://www.lekoteka.edu.ru/default.
7. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия.— М.: Теровипф, 2004.— 136 с.
8. Песочная терапия при аутизме [сайт]. URL: http://rogovaolga.ru/articles/pesochnaya_terapiya_pri_autizme.html (дата обращения: 10.11.2013).

Логопедическая работа с детьми с заиканием в условиях Лекотеки
Logopedic work with children with stuttering in terms of Lekotek

Нафигуллина Д. Э.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель –асс. А.Т. Файзрахманова

В последнее время развитие лекотеки как структурно-функциональной единицы в России набирает обороты. Основная цель лекотеки это создание благоприятных условий для развития личности ребёнка и устранение (или смягчение) его дефекта.

В связи с существующими проблемами разработки систем устранения заикания и возросшей потребностью лечения заикающихся детей актуализируется значение лекотеки. В условиях лекотеки проводится логопедическая работа по устранению заикания и комплексное сопровождение заикающегося и его семьи.

Целью данной работы является анализ логопедической работы по устранению заикания в лекотеке. Предметом – основные аспекты и направления коррекционно-логопедической работы по устранению заикания в лекотеке.

Проблемой разработки методов и систем устранения заикания занимались Р. Е. Левина, Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова, Л. З. Арутюнян, Е. Ю. Рау, Н. А. Чевелева, В. И. Селиверстов, И. Л. Сикорский.

При реабилитации заикающихся должен быть использован комплексный подход, поскольку нарушение плавности речи связано с целым рядом причин как биологического, так и психологического характера.

Под современным комплексным подходом к преодолению заикания понимается лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизиологического состояния заикающегося разными средствами и усилиями разных специалистов. [2]

Лекотека является учреждением, которое, опираясь на комплексный подход, осуществляет коррекционную помощь детям в устранении заикания и выполняет определённые функции:

- психолого-педагогическая поддержка семьи;
- обучение родителей эффективным способам помощи ребенку в борьбе с заиканием, методам его воспитания и развития;
- психокоррекция и психопрофилактика;

- формирование у ребёнка умений, необходимых для поступления в детский сад;
- создание благоприятных условий для развития плавной речи и самостоятельности ребёнка.

Успешность работы происходит в лекотеке в условиях индивидуальных и фронтальных занятий междисциплинарной команды специалистов, в которую включены: психолог, логопед, дефектолог, арт-терапевт, руководитель структурного подразделения. [6]

Основные направления логопедической работы в условиях лекотеки с детьми:

- развитие мелкой моторики;
- артикуляционной моторики;
- стимуляция голосовых реакций;
- обогащение словарного запаса;
- формирование грамматического строя речи. [1]

Выработка устойчивой плавной речи представляет собой основную цель реабилитационной работы с заикающимися.

Достижение устойчивой плавной речи у заикающихся возможно благодаря решению трех основных задач:

- формирование навыка плавной речи;
- воспитание личности заикающегося;
- профилактика рецидивов и хронификации заикания.

Успешность логопедической работы зависит логопедизации всех режимных моментов для ребенка и отношения к нему окружающих. Особое значение в этой системе имеет речевой режим.

Речевой режим дошкольников осуществляется с помощью взрослых, которые последовательно контролируют переход детей от одного речевого этапа к другому. [2]

Можно определить модель проведения логопедической работы в лекотеке по следующим направлениям:

I. Создание охранительного речевого режима.

II. Регуляция эмоционального и мышечного состояния (снятие мышечного и эмоционального напряжения). Обучение навыкам релаксации, формулам внушения состояния расслабления.

III. Развитие моторных функций. Развитие координации слова и ритмизованного движения.

IV. Формирование фонационного (речевого) дыхания.

V. Работа над плавностью речи в различных ее формах. Развитие интонационных характеристик речи.

VI. Воспитание личности заикающегося ребенка. [5]

Опираясь на работу Р. Е. Левиной «Преодоление заикания у дошкольников», можно сделать вывод о том, что методика проведения занятий у заикающихся построена на постепенном усложнении самостоятельной речи. Вся коррекционная работа планировалась таким образом, чтобы каждый предыдущий этап подготавливал детей к последующему, т. е. соблюдались такие принципы, как последовательность и постепенность усложнения речи. Для осуществления постепенного перехода от ситуативной речи к более сложной, контекстной, были разработаны различные методические приемы. [4]

В систему коррекции заикания в лекотеке входит логоритика. Практический опыт логоритмической работы показывает ее большой коррекционный и терапевтический эффект в работе с детьми. Логопедическое воздействие происходит в направлениях:

- коррекция психосоматических нарушений;
- отклонений в психоэмоциональной сфере;
- активизация творческих способностей;
- профилактика и коррекция речевого недоразвития.

Структурными составляющими при планировании логоритмического занятия в условиях лекотеки являются упражнения:

- в ходьбе и маршировке;
- на развитие голоса, дыхания и артикуляции;
- чувства темпа, ритма, метра (размера);
- общей, мелкой и артикуляционной моторики;
- творческой инициативы;
- мимической мускулатуры;
- регулирующие мышечный тонус;
- пение, слушание музыки;
- коррекция звукопроизношения;
- релаксация.

При создании определенной развивающей среды на занятиях в лекотеке необходимо все тщательно спланировать и организовать таким образом, чтобы облегчить адаптацию ребенка и способствовать эффективности коррекционной работы. Занятия можно проводить как в групповой, так и в индивидуальной форме. Содержание и методы деятельности лекотеки определяются индивидуально-ориентированными программами с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников. [1]

Таким образом, логопедическая работа с заикающимися включает в себя большой список направлений, т. к. заикающиеся дети имеют не только нарушения нейромоторного компонента, но и психической стороны, что выражается в логонервозах, нарушении дыхания, просодики, трудность освоения связной речи и отсутствие мотивации к вербализации. Среда лекотеки помогает построить логопедическую работу с заикающимся таким образом, что процесс коррекции речи становится более эффективным и продуктивным.

Литература:

1. Аюпова Е. Е. Лекотека как форма инклюзивного образования детей с тяжелыми нарушениями речи/ Е. Е. Аюпова, И. В. Хохлова // журнал Логопед №4. – М.: ТЦ Сфера, 2010. —128с.
2. Волкова Л. С Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Л. С. Волкова, С. Н. Шаховская. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с.
3. Белякова Л.И. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности «Логопедия» / Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. — М.: В. Секачев, 1998. — 304 с.
4. Левина Р. Е. Преодоление заикания у дошкольников: Методическое пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2009. – 144с.

5. Леонова С. В. Психолого-педагогическая коррекция заикания у дошкольников – М.: ТЦ Сфера, 2008. — 64 с.
6. Пискун О. Ю. Лекотека как новая форма социализации и образования детей с ограниченными возможностями здоровья / О. Ю. Пискун, Т. П. Есипова // Лекотека как новая форма социализации и образования детей с ограниченными возможностями здоровья. – Новосибирск.: Наука, 2011. – 112с.

Технология диагностики речевой деятельности детей старшего дошкольного возраста с дизартрией средствами лего-конструирования в условиях лекотек

Technology for diagnosis of speech activity of preschool children with dysarthria by means of Lego construction in Lekoteka

Тропынина М. А.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., ст. преподавательА.А.Твардовская

Проблема речевого развития издавна привлекала внимание известных исследователей разных специальностей. Своевременное и полноценное овладение речью является важным условием развития личности ребенка. Анализ данных педагогических исследований показал, что количество детей , имеющих отклонения в речевом развитии увеличивается от года к году. Речевые нарушения становятся сложнее и разнообразнее, а методики их преодоления, к сожалению, устарели и новых исследований не проводится. Одним из распространенных и сложных, запутанных нарушений речи является дизартрия. Патогенез дизартрических расстройств речи обусловлен различными очаговыми поражениями мозга. Каждая клиническая форма дизартрии требует специфических приемов логопедической коррекции. Для преодоления данного дефекта речи требуется большое количество усилий и терпения не только логопеду, но и самому ребенку. При этом следует отметить, что у детей отсутствует мотивация к преодолению дефекта речи, вследствие их психологических особенностей, что создает еще одну трудность для коррекционного воздействия.

Решением ПМПК дети, имеющие логопедическое заключение дизартрия, направляются в ДОУ для детей с ТНР. Но так как численность детей с речевыми нарушениями достаточно высокая, то при комплектации групп в таких учреждениях оставляют детей с наиболее трудными нарушениями речи. Таким образом, большое количество детей возвращается в логопедические группы ДОУ общего типа, где время, выделенное на коррекцию их нарушения речи, является недостаточным что бы оказать им соответствующую помощь.

В настоящее время существуют вариативные формы работы с детьми, такие как лекотека, которые позволяют решить данную проблем. В лекотеке осуществляется комплексное сопровождение детей с отклонениями в развитии, с трудностями в обучении, с особыми образовательными потребностями. Данное сопровождение осуществляют различные специалисты, в том числе и логопед. Имеются

определенные преимущества лекотеки над стандартными формами организации образовательного процесса. К примеру, работа в лекотеке предусматривает использование инновационных технологий развития. К одной из таких технологий относится технология лего-конструирования. Одним из наиважнейших методов в дошкольном возрасте является игра, а конструирование это игра со строительным материалом. Эти игры способствуют развитию мышления, памяти, внимания, речи, пространственного восприятия, воображения, что убедительно доказано в исследованиях Н.Н. Поддьякова, Л.А. Парамоновой и др.

Несмотря на то что, за рубежом технология лего-конструирования применяется педагогами еще с 60х гг. XX в., в России сравнительно недавно отметили ее значение в обучении, воспитании и развитии детей. Исследований с применением данной технологии недостаточно, хотя интерес к ее применению стремительно возрастает. Это обусловлено тем, что технология лего-конструирования способствует значительному повышению мотивации и интереса детей к занятиям. Поэтому изучение технологии речевого развития детей старшего дошкольного возраста с дизартрией средствами лего-конструирования является актуальной.

В настоящее время в России достаточно много детей с ограниченными возможностями здоровья и они нуждаются в создании дополнительных условий для обучения и воспитания. В России создаются сети лекотек, как шведская модель организации службы ранней помощи. Большое значение в лекотеке уделяется ранней логопедической помощи, которая включает в себя определение степени выраженности дефекта, его структуры, а также исследование особенностей речевого общения родителей с ребенком, и возможность коррекции отклонений в развитии речи детей, посещающих лекотеку.

Целью технологии логопедического исследования по средствам лего-конструирования является диагностика речевой деятельности детей старшего дошкольного возраста с дизартрией, производимая в условиях лекотеки. Ребенок, не должен осознавать, что его диагностируют, для него диагностический сеанс должен предстать в виде игры, развлечения, который поможет установить эмоциональный контакт логопеду с ребенком и родителем, что немаловажно для продуктивности дальнейшей совместной деятельности.

Диагностика речевой деятельности детей, состоит из 2х этапов:

1этап. Спонтанная игра-знакомство с лего. В структуре игрового сеанса спонтанная игра имеет 3 взаимосвязанных и перетекающий друг в друга последовательно этапа

-спонтанна игра ребенка с лего

-спонтанная игра ребенка и родителя с лего

-спонтанная игра (взаимодействие) ребенка, родителя и логопеда с лего.

Условия, которые необходимо соблюдать, начиная спонтанную лего-игру:

- Организовать деятельность детей целесообразней на ковре (а не за столами), чтобы не ограничивать их двигательную активность. Количество элементов должно быть достаточным (не менее 30 шт.), дефицит деталей приводит к снижению интереса у детей.
- Не надо ограничивать ребенка, каким бы то ни было предложением замысла постройки. Он делает только то, что хочет и может. Пусть его постройка не будет соответствовать до конца реальному образу, но в данном случае она свидетельствует о тех, представлениях об окружающем мире, которые у ребенка уже сформированы.

• Важным условием является также наличие положительного эмоционального фона во время игры и похвалы, адресованной ребенку.дети по-разному реагируют на предложение поиграть в лего.

Наблюдая за игрой в лего, советует Л.В. Кузнецова, следует обратить внимание и оценить следующее:

• Наличие и проявление эмоций
• Характер экспериментальных действий с элементами конструктора;
• Продуктивный результат – постройку, сюжетную игру;
• Речевую активность, общее звучание речи и взаимодействие с родителем, педагогом;
• Состояние общей и мелкой моторики.

Свои наблюдения следует обязательно фиксировать. Форма фиксации произвольная. Целью данного игрового диагностического сеанса является установление эмоционального контакта ребенка и логопеда, укрепление интереса, желания и мотивации к занятиям.

2этап. Специально- организованная диагностическая лего- игра, направленная на выявление нарушений речевой деятельности. Данная технология - это логопедическое обследование всех компонентов речи при использовании конструктора лего, она подразумевает 4-5 диагностических сеансов, для получения качественной информации о состоянии речевой деятельности. Это обусловлено тем, что диагностика речевой деятельности процесс длительный, а психологические и физические возможности детей старшего дошкольного возраста с дизартрией не позволяют реализовать ее за 1 игровой сеанс.

Условия, которые необходимо соблюдать, начиная специально-организованную диагностическую лего-игру отличаются от условий спонтанной игры:

• Организовать деятельность детей необходимо за широким и низким столом. При этом необходимо сесть лицом к ребенку. Это необходимо для того что бы ребенок мог удобно устроиться и ему ничего не мешало.
• Необходимо перед началом игры деликатно предложить правила поведения на занятии и объяснить, для чего они нужны.
• Важным условием является также наличие положительного эмоционального фона во время игры и похвалы, адресованной ребенку.дети по-разному реагируют на предложение поиграть в лего.

Параметры изучения речевой деятельности или то, на что нужно обратить свое внимание при диагностике:

1. Воспроизведение основных цветов
2. Знание геометрических фигур
3. Состояние счетных навыков
4. Ориентировка в пространстве
5. Состояние артикуляционного аппарата и возможностей артикуляционной моторики
6. Состояние мимической мускулатуры
7. Состояние звукопроизношения
8. Состояние фонематических процессов
9. Состояние словарного запаса
10. Состояние грамматического строя речи
11. Состояние связной речи

По каждому из параметров есть соответствующие критерии оценки. Данные второго диагностического этапа- фиксируются в специальной речевой карте. Логопедическое исследование детей старшего дошкольного возраста с дизартрией по средствам лего-конструирования в условиях лекотеки проводиться 2 раза:

I. Для составления индивидуальной программы развития, но основе выявленных нарушений речевой деятельности.

II. Для регистрации изменений состояния речевой деятельности детей, после коррекционно-развивающего периода.

Благодаря диагностическим- игровым сеансам, мы подготовили ребенка с дизартрией к занятиям по лего-конструированию и получили полную картину состояния его речевой деятельности. Впервые приходя на занятие, ребенок получает много новых для себя заданий, некоторые он слышит в первый раз, другие просто не может выполнить в силу каких-либо причин. Иными словами он не ориентируется в предложенном задании, поэтому не может спланировать свой ответ и оформить его в речевом плане грамотно и проконтролировать. В результате мы получаем спонтанную речевую продукцию, которая выдает недостатки речевой деятельности. Поэтому, целью технологии лего-конструирования в коррекционно-логопедической работе с детьми старшего дошкольного возраста с дизартрией в условиях лекотеки является активизация речевой деятельности детей, а именно формированию ориентировки, планирования, реализации речевого плана и контроля, за своей речевой продукцией.

По полученным диагностическим данным мы ориентируемся и намечаем дальнейший путь коррекционной деятельности. Индивидуальная логопедическая работа с детьми традиционно основана на коррекции звукопроизношения и уже параллельно преследует цели коррекции и профилактики других сторон речевой деятельности. Следуя из этого, индивидуальная программа развития в нашем случае подчинена будет коррекции 1 звука, который нарушен у ребенка с дизартрией. Процесс исправления недостатков произношения звука имеет определенную структуру. Не смотря на это, на каждом из этапов, мы должны уделять внимание и другим сторонам речевой деятельности. Выполнить создание индивидуальной программы развития необходимо в таблице, где стоит сразу отразить этапы работы над звукопроизношением, используемую лексику, предположительные задания, вид конструирования и основную постройку.

Литература:

1. Волкова, Г. А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учебно-методическое пособие / Г. А. Волкова. - СПб. : Детство-Пресс, 2003. - 144 с.;
2. Комарова Л.Г. Строим из LEGO / Л.Г. Комарова. – М., 2001.
3. Конструируем, играем и учимся. LEGO DACTA материалы в развивающем обучении дошкольников. М., 1996.
4. Лазарева О.Р. Что такое лекотека? - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://dou.edu.ru/home/91-zdorovij-rebenok/120-2010-09-24-12-21-42;
5. Лусс Т.В. Формирование навыков конструктивно-игровой деятельности у детей с помощью ЛЕГО / Т.В. Лусс. – М., 2003.
6. Михеева О.В., Якушкин П.А. Наборы LEGO в образовании, или LEGO + педагогика = LEGO DACTA / О.В. Михеева, П.А. Якушкин //Информатика и образование. – 1996.

Специфика оказания помощи детям, страдающим ранним детским аутизмом вусловияхЛекотеки
Specificity assist children suffering from infantile autism in terms Lekoteka

Усманова Н. К.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент А. И. Ахметзянова

Синдром раннего детского аутизма (РДА) — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития мозга и характеризующееся отклонениями в социальном взаимодействии и общении, а также ограниченным, повторяющимся поведением.

Распространённость нарушения с каждым годом увеличивается. Еще в 2000 году считалось, что распространенность аутизма составляет от 5 до 26 случаев на 10 000 детского населения. В 2005 году уже на 250-300 новорожденных в среднем приходился один случай аутизма: это чаще, чем изолированные глухота и слепота вместе взятые, синдром Дауна, сахарный диабет или онкологические заболевания детского возраста. По данным Всемирной организации аутизма, в 2008 году 1 случай аутизма приходится на 150 детей. С этого же года Организация Объединенных Наций (ООН), понимая глубину проблемы и тяжесть последствий для общества, провозгласила 2 апреля "Всемирным Днем распространения информации об аутизме". В 2012 году Центр по контролю за заболеваемостью в американских штатах рапортовал в среднем об 1 случае аутизма на каждые 88 детей. За десять лет количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем. [2]

Ребёнок с РДА испытывает трудности при установлении эмоционального контакта с внешним миром. Проблемным становится выражение собственных эмоциональных состояний и понимание других людей. Трудности возникают при установлении зрительного контакта, во взаимодействии с людьми при помощи жестов, мимики, интонаций. Даже с близкими людьми ребёнок испытывает сложности в налаживании эмоциональных связей, но в большей степени аутизм проявляет себя в общении с посторонними, также имеются нарушения в поведенческой сфере, в нарушении развития коммуникативных функций. [1]

При РДА наблюдаются наиболее тяжелые проявления эмоциональных нарушений. Основной особенностью детей данной категории является нарушение социального взаимодействия с окружающими. Их характеризует нарушение всех видов контакта, эмоциональная холодность по отношению к близким людям, отгороженность от окружающих и уход в мир собственных переживаний. Эти проявления сочетаются со стойким негативизмом и особыми нарушениями интеллектуального и речевого развития. Среди аутичных детей встречаются как одаренные, так и отстающие в умственном развитии. Но во всех случаях имеет место неравномерность психомоторного развития.

В последние годы появились как государственные, так и негосударственные учреждения, заявляющие о своей готовности к воспитанию и обучению детей и подростков, страдающих аутизмом.

Но, не смотря на это, можно констатировать следующее:

- неудовлетворительное состояние не только вопросов диагностикиРДА, но и элементарную неосведомленность работников образования попроблемам аутизма и его коррекции;
- из-за недостаточного контакта с органами здравоохранения,низкого уровня диагностики контингент аутичных детей и подростковвыявлен в самой малой мере;
- реальные возможности подготовки кадров для практической работыс аутичными детьми крайне ограничены из-за отсутствия базы длястажировки на рабочем месте;
- возможности, факультетов дошкольного воспитания и учителей начальных классов.

Первостепенного внимания и активной поддержки требуют те регионы,где специальные учреждения для лиц с аутизмом и соответствующиеобщественные объединения уже существуют или где это является реальнойперспективой. [3]

В Российской Федерации, к сожалению, крайне низкий уровень диагностики и специализированной помощи детям, имеющим РДА. Отсутствует система работы учреждений с этими детьми. В России врачи часто диагностируют ранний детский аутизм как другое нарушение, чтобы ребенка приняли в детский сад или школу. Но, в итоге, воспитанием и образованием такого ребёнка занимаются родители. Без точного диагноза дети с аутизмом не получают специализированной квалифицированной помощи. Сроки начала ранней помощи значимы для коррекционной работы. Чем раньше она начнётся, тем легче будет адаптировать ребенка к жизни в обществе; научить его справляться с собственными страхами; контролировать эмоции. Кроме того, нет ни нормативов, ни официально утвержденных методик, ни сертифированных специалистов, которые могли бы гарантировать качество оказания специальной помощи детям и взрослым с аутизмом. Справедливо утверждение о том, что в сравнении с зарубежным опытом, дети с аутизмом в нашей стране подвержены большей инвалидизации, чем их сверстники в развитых странах. А это значит, что в нашей стране, в ближайшей перспективе, будет затрачено значительно больше средств на пожизненное содержание лиц с аутизмом в специальных учреждениях.

В Российской Федерации специальных учреждений для детей, страдающих аутизмом, крайне недостаточно, поэтому проблемы воспитания и обучения детей и подростков ложатся, прежде всего, на плечи родителей. Существующие образовательные учреждения, дошкольные и школьные, не могут обеспечить адекватных условий для развития аутичного ребенка.

Министерством образования РФ направлялось письмо в органы управления образованием субъектов Российской Федерации о предоставлении информации о состоянии помощи аутичным детям в системе образования. Особо следует отметить Москву и Санкт-Петербург, где проблема аутизма и его коррекции изучается более десяти лет. Там созданы и активно работают родительские общественные объединения, имеются как государственные, так и негосударственные учреждения. В других регионах России положение значительно хуже. Анализ полученных данных показывает, что учет детей с нарушениями общения или вообще не ведется, или ведется без всякой системы (в ряде ответов приводится частота случаев аутизма не более 0,15 случаев на 10 000). Общественные объединения родителей аутичных детей существуют только в некоторых регионах (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Ижевск, Краснодар, Воронеж, Татарстан). [4]

Существует специальное государственное учреждение, способное помочь родителям в воспитании детей с ранним детским аутизмом, которое называется Лекотека.

Российская Лекотека – это новая форма службы ранней помощи детям от 0 до 7 лет, осуществляющая психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с проблемами обучения, развития и адаптации. Главные особенности Лекотеки – субъектный подход к детям и родителям, поддержка развития самостоятельности детей в различных видах деятельности, вовлечение родителей в реализацию индивидуальной программы для ребенка. Игровые методы в Лекотеке занимают центральное место [5].

Для дошкольников с аутизмом специфика занятий состоит в следующем: активно используется музыка, песни. Дети с аутизмом или избегают ярких слуховых стимулов (тогда занятие полезно для адаптации, привыканию к музыке) или наоборот, очень любят слушать песни (в этом случае музыка используется, чтобы вызвать положительные эмоции ребенка на занятии). Также, следующие постоянно в одном и том же порядке песни позволяют ребенку предвосхищать деятельность, устраняют страх неопределенности и дают ему знак, что будет в данный момент. Важна повторяемость заданий, поскольку привыкание детей к новой обстановке, коллективу, атмосфере занятия может длиться достаточно долго. [8]

В силу отсутствия или отставания игровой деятельности от нормы у многих аутичных детей, в рамках занятий начинают учить простым играм с предметами: игры с мячом, с куклами, плюшевыми игрушками. Через игровые действия ребенок усваивает социально-бытовые нормы.

Занятия проводятся в просторном кабинете, оформленном и оснащенном для игровых занятий. Яркие рисунки на стенах, детская мебель, большое количество игрушек не будут ассоциироваться с опасностью, со строгими занятиями и он легче адаптируется.

Очень важно присутствие мамы или другого взрослого, знакомого ребенку. Помимо того, что на занятии родители и ребенок учатся взаимодействию друг с другом, близкий человек для ребенка человек в незнакомой обстановке создаст чувство защищенности, ребенок будет более спокойным и лучше адаптируется. Аутичные дети на первых занятиях лучше повторяют за мамой, чем за психологом. И нельзя забывать, что именно родители все знают о своем ребенке и готовы поделится информацией об интересах, склонностях, привычках- обо всем, что поможет специалисту наладить контакт с ребенком. [7]

Не директивная форма занятий также более всего подходит детям с аутизмом: психологу легче установить контакт, следуя за ребенком и его интересами. Лекотека дает для этого много возможностей: среди большого количества игрушек каждый из этих детей находит интересную ему игрушку. Чаще всего это музыкальные игрушки, музыкальные инструменты, машины (особенно большого размера), кукольный дом, конструктор, вкладыши, наборы доктора и парикмахера и т.д. Задача психолога – увидеть этот интерес и показать ребенку, как играть с понравившейся ему игрушкой.

В связи с тем, что детям с РДА свойственны стереотипии (различные виды самостимулирующего поведения), на игровом занятии эту особенность можно использовать в качестве поощрения за работу, позволив ребёнку, по окончании занятия, самостоятельно разложить вещи на места.

Помимо игр с предметами, на занятиях обязательно используются игры для взаимодействия матери с ребенком. Обязательно добавляются игры на взаимодействие с другими детьми. [6]

Благодаря занятиям в Лекотеке, ребёнок с РДА, не смотря на своеобразие своей личности, вполне способен адаптироваться к жизни в социуме, особенно при достаточно развитых интеллектуальных данных.

Литература:

1. Akhmetzyanova, A.I., 2014 .Correction of Sensorimotor Functions of Pre-Lingual Children with Cerebral Palsy in the Context of Lekoteka. World Applied Sciences Journal 29 (6): 743-746.
2.Akhmetzyanova, A.I., 2014. The Development of Self-Care Skills of Children with Severe Mental Retardation in the Context of Lekoteka.World Applied Sciences Journal. 29 (6): 724-727.
3. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. — М., 1991.
4. Письмо Министерства Образования РФ 24 мая 2002 г. №29/2141-6 «Методические рекомендации по организации работы центров помощи детям с РДА».
5.*Письмо Министерства образования Российской Федерации от 05.03.2001 № 29/1428-6*
6. http://zeroto7.net/index/chto_takoe_lekoteka/0-62
7.http://www.i-deti.ru/detskie-sady-au/arhiv/logopediya-psihologiya-defektologiya/igrovye-sihologicheskie-zanyatiya-v

Формирование жизненных компетенций у детей с расстройствами аутистическогоспектравусловияхЛекотеки
Formation of life competencies in children with autistic disorders in terms of Lekoteka

Федорова В.Д.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Научный руководитель – к.псих.н, доцент А.И.Ахметзянова

Расстройства аутистического спектра (РАС) в течение последних десятилетий привлекают все большее внимание специалистов различного профиля. Несмотря на пристальное внимание исследователей к данной проблеме, она остается еще весьма далекой от разрешения. Отсутствуют специальные образовательные учреждения для детей с аутистическими расстройствами, при этом не созданы условия их эффективной интеграции ни в общеобразовательные учреждения, ни в специальные образовательные учреждения для детей с другими нарушениями развития. В настоящее время активно накапливается успешный опыт интеграции ребенка с аутизмом в общую и специальную образовательную среду. Вместе с тем он до сих пор не получает массового распространения, поскольку не сформулированы принципы и не утверждены формы специальной психолого-педагогической поддержки. В настоящее время в нашей стране складывается система психологической службы, которая охватывает детские дошкольные учреждения и школы. Но зачастую даже высококвалифицированные психологи из-за отсутствия знаний о данной патологии психического развития и возможных способов

коррекционной работы не могут выявить и оказать своевременную, необходимую помощь детям с расстройствами аутистического спектра. Для этой категории детей должны быть разработаны и внедрены различные модели обучения, позволяющие максимально реализовать их право на получение адекватного их возможностям и способностям образования, позволяющего реализовать потенциал этих детей [5].

Нарушения в коммуникации, трудности в социальном взаимодействии, ограниченные и повторяющиеся интересы и действия – такими критериями, согласно Международной классификации болезней МКБ-10, характеризуются расстройства аутистического спектра. Несмотря на разнообразие аутистических расстройств у детей и их проявлений, их объединяют трудности адаптации и социализации [2]. В связи с этим, исключительную важность приобретает формирование «жизненных компетенций». Под «жизненной компетенцией» понимается совокупность знаний, умений и навыков, необходимых ребенку в обыденной жизни. Требуется специальная работа по введению ребенка в сложную предметную и социальную среду, ее смыслом является индивидуально дозированное и планомерное расширение его жизненного опыта и повседневных социальных контактов [1].

В последние годы на фоне усиленного развития программ ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья начали активно разрабатываться инновационные формы и технологии сопровождения детей с отклонениями в развитии. Одной из наиболее актуальных и значимых на данный момент форм является Лекотека. Лекотека – одна из вариативных форм дошкольного образования и одновременно структурно-функциональная единица, целью которой является оказание психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья от 2 месяцев до 7 лет. Деятельность Лекотеки основана на гуманистическом подходе с использованием игровых методов, арт-терапевтических техник для проведения психопрофилактики, психокоррекции, осуществления психологической поддержки развития личности детей. Службы ранней помощи и Лекотеки призваны оказывать помощь семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Это поможет создать наиболее благоприятные условия для развития любого ребенка, уменьшить возникновение вторичных и последующих нарушений и предотвратить формирование изоляции семьи детей с ограниченными возможностями здоровья. Лекотека как одна из вариативных форм дошкольного образования полностью удовлетворяет особые образовательные потребности детей с РАС, вследствие чего она оптимально подходит для психолого-педагогического сопровождения. Вся работа в Лекотеке по формированию жизненной компетенции у детей с РАС строится в форме обыгрывания различных ситуаций обыденной жизни ребенка. Понимание обращенной речи, формирование понятия и собственная речь ребенка формируются только в ходе практической деятельности по освоению конкретных действий в знакомых ребенку жизненных ситуациях.

На сегодняшний день одним из самых эффективных методов коррекции РАС является поведенческая терапия или метод прикладного анализа поведения. ABA (Applied behavior analysis) - это интенсивная обучающая программа, которая основывается на поведенческих технологиях и методах обучения. Методмодификации поведения эффективно используется для уменьшения нежелательного поведения, успешного обучения и формирования, необходимых детям с РАС жизненных компетенций. Метод прикладного анализа поведения предполагает изучение факторов в окружающей среде, влияющих на поведение ребенка и манипуляцию этими факторами с целью коррекции нежелательного

поведения, а также обучения новым, социально значимым формам поведения. АВА-терапия является на данный момент единственным методом реабилитации детей с РАС, чья эффективность научно доказана.Метод прикладного анализа поведения может успешно применяться в Лекотеке для формирования жизненных компетенций [3, 4]. Учитывая специфику детей с РАС, приемы и техники, которые включает данный метод, значительно облегчат задачу овладения знаниями, умениями и навыками, необходимыми ребенку в повседневной жизни.

Большое значение в успешной социализации ребенка с РАС имеет участие семьи в коррекционно-развивающем процессе. Именно систематическое взаимодействие специалистов и семьи ребенка является важнейшим условием организации психолого-педагогического сопровождения детей с РАС.Своевременная работа по формированию жизненных компетенций у детей с РАС, а также использование современных технологий и подходов к сопровождению, может значительно увеличить шансы успешной социализации ребенка.

Литература:

1. Ахметзянова А.И. Формирование жизненной компетенции у детей с сочетанными нарушениями в условиях Лекотеки // Теория и практика общественного развития, 2013. – № 4. – С.76-78.
2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. - М.: Теревинф, 1997. - 341 с.
3. AkhmetzyanovaA.I. Correction of Sensorimotor Functions of Pre-Lingual Children withCerebral Palsy in the Context of Lekoteka // World Applied Sciences Journal 29 (6): 743-746, 2014.
4. AkhmetzyanovaA.I. The Development of Self-Care Skills of Children with Severe Mental Retardation in the Context of Lekoteka // World Applied Sciences Journal 29 (6): 724-727, 2014
5. Специальный федеральный государственный стандарт начального образования детей с расстройствами аутистического спектра (основные положения) [Электронный ресурс] / авт: О.С.Никольская Электрон.дан. М: Альманах Института коррекционной педагогики, 2010. Режим доступа: http://almanah.ikprao.ru/articles/almanah-14/specialnyj-federalnyj-gosudarstvennyj-standart-nachalnogo, свободный. Загл. с экрана.

Особенности организации и содержания деятельности учителя-логопеда с детьми с псевдобульбарной дизартрией в лекотеке

The features of the organization and content of activity of the teacher-logopedist with children with a pseudobulbar dysarthria in Lekotek

Хусаинова Э.М,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель –к. псих.наук, ст. преподавательА.А.Твардовская

В настоящее время обществом осознается необходимость признания людей с ограниченными возможностями здоровья еще в детстве, как полноправных членов общества. Поэтому в качестве компромиссного варианта, сочетающего в себе актуальность и значимость для общества и самих людей с ограниченными возможностями здоровья, появляются и активно расширяются лекотеки. Казьмин А.М. полагает, что лекотека — это структурно-функциональная единица, которая может осуществлять свою деятельность как автономно, так и в составе образовательных учреждений: дошкольных; образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи; учреждений специального образования; детских домов и интернатов; домов ребёнка; реабилитационных центров и других организаций, оказывающих психолого-педагогическую помощь детям с ограниченными возможностями здоровья (от 2 месяцев до 11 лет) и особыми образовательными потребностями

На наш взгляд, особенно важной является организация и содержание деятельности учителя-логопеда с детьми псевдобульбарной дизартрии в лекотеке, так как большинство детей имеют данный диагноз в качестве сопутствующего, а наличие у ребенка речевых нарушений препятствует построению конструктивного взаимодействия, как с родителями, так и со специалистами. В связи с этим целью данного исследования является изучение особенностей организации и содержания деятельности учителя-логопеда с детьми псевдобульбарной дизартрии в лекотеке.

Данные, полученные в ходе анализа специальной литературы, свидетельствуют о том, что дети с псевдобульбарной дизартрией не могут спонтанно выйти на онтогенетический путь развития речи и моторных функций, свойственный нормально развивающимся детям, так как их развитие протекает на фоне нарушения деятельности центральной нервной системы.

С целью коррекции нарушений у детей с псевдобульбарной дизартрией нами был выбран один из наиболее перспективных методов в этой области – логоритмика. Степанова Т.М. и Спашибина В.Н. интерпретируют логоритмику, как методику, опирающуюся на связь слова, музыки и движения. Взаимоотношения указанных компонентов могут быть разнообразными, с преобладанием одного из них.

Логоритмические занятия, проводимые в условиях лекотеки, отличаются своими возможностями, оснащенностью методическими, техническими и игровыми пособиями, приемами работы, а также взаимодействием не только с различными специалистами и ребенком, но и с родителями.

На основе этого метода нами была составлен проект программы. Настоящая программа предназначена для использования специалистами служб ранней помощи и лекотек, реализующими психолого – педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с псевдобульбарной дизартрией дошкольного возраста. Целью программы является создание благоприятных условий для коррекции речевых нарушений у детей с псевдобульбарной дизартрией через развитие и исправление неречевых и речевых психических функций. Индивидуальная программа рассчитана на полгода (6 месяцев). Но при условии достаточно сложных и стойких нарушений по заключению ПМПК возможно продление коррекционной программы еще на полгода.

Программа состоит из трех этапов: подготовительного (первая неделя сентября), в рамках которого проводится сбор анамнестичеких данных, сбор сведений о ребенке и первичное консультирование родителей, диагностического (вторая неделя сентября), который предполагает диагностику состояния речевых и моторных функций у детей с псевдобульбарной дизартрией и индивидуально –

ориентированной программы психолого-педагогического сопровождения, в процессе которого формируется индивидуальный план работы с ребенком. Занятия проводятся в индивидуальной форме 4 раза в неделю по 20 минут в структуре игрового сеанса, общее время которого составляет 60 минут. Ниже представлен пример игрового сеанса для детей 5-6 лет.

Игровой сеанс в лекотеке

1. Наблюдение за спонтанной активностью ребенка:
   Логопед наблюдает за деятельностью и поведением ребенка, как он изучает окружающую обстановку, как протекает процесс ориентировки и адаптации его в среде.
2. Сопровождение свободной игры ребенка:
   В то время, когда ребенок свободно играет, логопед устанавливает с ним эмоциональный контакт, оречевляет процесс деятельность ребенка:
   Как у тебя дела?
   Как настроение?
   Что ты делаешь?
   Тебе нравится эта игрушка? и т.д.
3. Совместная игра в песочнице логопеда с мамой и ребенком:
   Игра «Домики для животных».
   Ребенку предлагается построить домики для любимых животных, фигурки которых он сам выбирает из коробки или с полки. Можно использовать пластиковые геометрические фигуры для построек, а можно строить пещерки из песка. Главное, не навязывать свои варианты, а просто подавать ребенку идеи, если он затрудняется. Во время игры взрослый перечисляет животных, называя их детенышей в единственном и множественном числе и т.п.
4. Беседа логопеда с мамой:
   Кто в семье больше времени проводит с ребенком?
   В какие игры ребенок предпочитает играть?
   В процессе игры ребенок оречевляет свои действия?
   Поете ли вы с ребенком песни?
   Рассказываете ли вы ему сказки, стихотворения?
   Делает ли ребенок утром зарядку?
   Ребенок в это время играет самостоятельно или отдыхает.
5. Индивидуальное занятие с ребенком:

Тема « Грибы»

Ход занятия.

1.Вводна часть.

Логопед: «Вот художник, так художник,
Все леса позолотил
Даже самый сильный дождик
Эту краску не отмыл.
Отгадать загадку просим:
Кто художник этот?(Осень)

Я сегодня приглашаю тебя в лес по грибы, но чтобы дойти до леса сам предстоит нелегкий путь! Ну что ты готов?

Упражнение 1.

Ребенок вслед за педагогом следует по маршруту:

« По полям» - простой щаг по сенсорной тропинке;
« По горам» - скатывается с горки;
«По болотам» - прыгает на одной ноге.
Ах, вот и лес!
Упражнение 2. «Осенний лес»
Логопед: Давайте поздороваемся с лесом.
Здравствуй, лес, осенний лес! (поднимают руки вверх через стороны) Мы хотим твоих чудес. (опускают руки вниз, шевеля пальчиками) Будем слушать леса звуки?
Да, да, да. (3 хлопка)
Помогать нам будут руки?
И-ног-да. (3 хлопка)
Помогать нам будут ножки?
Топ – топ-топ. (3 притопа)
Что ходили по дорожке:
Шлёп, шлёп, шлёп! (3 хлопка по коленкам)
Филин с дерева кричит:
Ух! Ух! Ух! (на выдохе произносят «ух!»)
Шишки с ёлочки упали.
Бух, бух, бух. (3 прыжка)
2. Основная часть.
Логопед « Посмотри, какой ветер переменчивый: то теплый, то холодный! Звучит фонограмма «Вой ветра».
Упражнение 3. «Ветер, ветер...»
Вдох производится носом, выдох ртом — без напряжения. Для создания образа теплого ветра ребенок широко открывает рот и дует на ладошку (от кисти до кончиков пальцев). Холодный ветер изображается долгим выдохом через вытянутые губы.
Логопед: « Теперь пойдем мы по дорожке собирать грибов немножко!»
Упражнение 4.
Увела меня дорожка
От крылечка в лес густой
Я не малое лукошко,
Я корзинку взял с собой,
Я заглядывал под кочки,
Под березовые пни
Ох, и хитрые грибочки!
Где же прячутся они? (Ладони ребром друг другу, движение вперед, назад. Сложить ладошки корзиной. Соединить пальцы в замок, вытянуть вперед слегка. Приседают, заглядывая под березовые пни
Грозят пальчиком. Разводят руки в стороны, удивляясь)
Упражнение 5.
Логопед: «Ах сколько грибов выросло в лесу. Ой, как мы рады им!
Вот какой боровик порадуемся ему» Интонация радости.
И. П. Стоя, руки вытянуты вперед собой. Развели руки в стороны.
Ротик открыли широко, губы - окошко круглое, большое; воздух выходит свободно, горлышко поет - А-А-А-А
Логопед: «Ой, сколько опят на пеньке сидят» Интонация удивления.

И. П. Стоя, руки в низу. Поднимаем руки через стороны вверх. Ротик открыли, окошко овальное, воздух выходит свободно, горлышко поет - О-О-О-О-О.
Логопед: «А это что за гриб красивый, с красной шляпкой с белыми пятнами?»
Ребенок «мухомор, он ядовитый» Интонация угрозы.
И. П. Руки согнуты на уровне груди. Ладошки повернуты от себя. Давящим движением выпрямляют руки вперед и вниз. Губы вытянули вперед трубочкой, горлышко поет - У-У-У-У-У
Логопед : «Это кто на рыжей ножке к солнцу шляпку повернул?»
Ребенок: « Лисичка» Интонация радости и удивления.
И. П.Руки согнуты перед грудью, указательные пальцы направленны вверх, остальные сжаты в кулачки. Встают на носочки, поднимают руки высоко над головой, тянутся вверх. Губки растянуты в улыбке, зубы разомкнуты, воздух выходит свободно, горлышко поет - И-И-И-И-И.
Логопед: «Как много грибов! Давай, их соберем в корзинки. Но они растут на земле, поэтому нужно низко нагибаться, а чтобы не было скучно, мы с тобой споем»
Упражнение 5.Пение
Песня «Танец грибов» (Сл. Е. Макшанцевой и М. Картушиной, муз.Е. Макшанцевой)
Наступили, наступили
Теплые денечки.
Под березкой, под березкой
Выросли грибочки.
Припев:
Ля – ля, ля – ля – ля –
Теплые денечки.
Ля – ля, ля – ля – ля –
Выросли грибочки.
Логопед: « Ой, вот и тучки набежали, наверно скоро будет дождик»
Упражнение 6.
Нахмурили брови.
Вдруг небо стало светлеть. Удивились и подняли брови вверх.
Яркое солнышко выглянуло Обрадуйтесь и улыбнитесь.
Прищуримся и посмотрим на солнышко вот так: оба глаза. (глазодвигательная гимнастика 4 -5 раз). Зажмуриться и открыть глаза.
Логопед: « Но вот нам и возвращаться пора, той же дорогой»
3. Заключительная часть.
Упражнение 7.
«По болотам» - прыгает на одной ноге.
« По горам» - скатывается с горки;
« По полям» - простой щаг по сенсорной тропинке.

6. Прощание, уборка игрушек.
7. Перерыв.

В связи с тем, что дети и семьи, получающие помощь по данной программе, могут иметь разный уровень тяжести нарушения, постановка целей, план занятий, а значит и результат работы, сугубо индивидуальный для каждой семьи и ребенка. Положительным результатом следует считать достижения целей, которые признаны специалистами для данного ребенка и семьи на данном этапе.

Таким образом, системный характер организации логоритмических занятий в условиях лекотеки, на наш взгляд, позволит коррекционно воздействовать на весь

спектр неречевых и речевых психических функций у детей с псевдобульбарной дизартрией, так как воздействие производится одновременно и на причину и на следствие данного речевого нарушения.

Литература:

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие дляСтудентовпед. вузов. - М.: АСТ : Астрель, 2007. - 224 с.;
2. Ахметзянова А.И, Твардовская А.А. Организация и содержание коррекционных занятий сдетьми влекотеке. – М: «Школьная пресса», 2013. – 40 с.
3. Логопедия: Методическое наследие : пособие для вузов : В 5 кн. ;под ред. Л. С. Волковой. - М.:Владос.- (Библиотека учителя-дефектолога). Кн. 1, ч. 2 : Нарушения голоса иЗвукопроизносительнойстороны речи : Ринолалия. Дизартрия / авт.-сост. : С. Н. Шаховская и др.2003.-303 с.;
4. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии //Дефектология, 1996. - №5. - с.10-14;
5. Макарова Н. Ш. Коррекция неречевых и речевых нарушений у детей дошкольного возраста наосноове логопедической ритмики. — СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2009. - 80 с;
6. Степанова Т.М., Спашибина В.Н. Логоритмика как направление здоровьесберегающейдеятельности в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. – [Электронныйресурс]. – Режим доступа: http://www.csrni.ru/conf/2013_03_31_004.php;

СЕКЦИЯ VI. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Инклюзивное образование в России и странах Европейского Союза
Inclusive education in Russia and the countries of the European Union

Андреева А.С.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент А.И.Ахметзянова

Актуальность исследования. На сегодняшний день инклюзивное образование является одним из приоритетных направлений образовательной политики в России. В нашей стране в соответствии с Федеральным законом РФ «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.12 № 273-ФЗ родители вправе отдать своего ребенка в любое понравившееся им образовательное учреждение.

Инклюзивное образование – это такая организация процесса обучения, при которой все дети, независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей, включены в общую систему образования и обучаются по месту жительства вместе со своими сверстниками без инвалидности в одних и тех же общеобразовательных школах, – в таких школах общего типа, которые учитывают их особые образовательные потребности и оказывают своим ученикам специальную поддержку.

Важная характеристика данного этапа развития инклюзивного образования в России – недостаточная профессиональная подготовка педагогов общего образования и специалистов сопровождения, способных реализовать инклюзивный подход. Они нуждаются в специализированной комплексной помощи со стороны специалистов в области коррекционной педагогики, специальной и педагогической психологии, в понимании и реализации подходов к индивидуализации обучения детей с особыми образовательными потребностями, в категорию которых, в первую очередь, попадают учащиеся с ограниченными возможностями здоровья. Но самое важное, чему должны научиться педагогики массовой школы – это работать с разными детьми, и учитывать это многообразие в своём педагогическом подходе к каждому.

При принятии решения о начале инклюзивной практики в дошкольном образовательном учреждении учитываются следующие условия:

-комплектование инклюзивной группы осуществляется по заявлению родителей (законных представителей) и на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссий;

- общая наполняемость группы сокращается; две трети состава группы составляют воспитанники с уровнем психофизического развития в соответствии с возрастной нормой, а треть воспитанников – дети с тем или иным отклонением (например, с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта – умственной отсталостью в степени дебильности) либо дети раннего возраста, не имеющие выраженных первичных отклонений в развитии, но отстающие от возрастной нормы (в том числе дети с нарушениями эмоционально- волевой сферы).

Для реализации целей инклюзии в ДОУ работают специалисты разного профиля – психологи, дефектологи, логопеды, воспитатели, педагоги дополнительного образования, медицинские работники, тьютор - занимается индивидуальным сопровождением детей с ОВЗ, знает особенности сопровождаемого ребенка (знаком с результатами диагностики междисциплинарного консилиума). Постоянно поддерживает отношения с родителями, знакомя их с достижениями и трудностями ребенка. Тьютор участвует в обсуждении диагностических результатов и реализации индивидуального образовательного плана.

Основное, что пронизывает всю жизнь инклюзивной группы – это позитивная атмосфера принятия и поддержки. При совместном воспитании с учетом индивидуальных особенностей дети получают опыт согласования своих интересов с интересами других.

Анализируя степень развития инклюзивной формы обучения, следует иметь в виду, что в России есть ряд не имеющих западных аналогов научных разработок в области дефектологии и специальной психологии, которые логически связанны с процессом интегративного (инклюзивного) обучения.

Существующие в России программы ранней психолого-педагогической коррекции, позволяют вывести многих детей с ОВЗ на такой уровень психофизического развития, который дает им возможность влиться в нормальную общеобразовательную среду. Именно поэтому при развитии инклюзивной формы обучения следует опираться на методологию и технологии, предложенные отечественнымиучеными и практиками. В частности, на технологию многоуровневой образовательной интеграции, разработанную специалистамиИнститута коррекционной педагогики РАО.

В странах Европейского Союза сфера специального включающего образования претерпела быстрые и глубокие изменения, которые видоизменили её природу; она в

течение долгих лет подавалась в контексте «медицинской» перспективы или перспективы милосердия. Таким образом, рассмотрение образования учеников с отклонениями в развитии в контексте строгого образовательного смысла является фактом недавнего времени и во многих аспектах представляет собой новаторство.

Большинство детей с особыми нуждами в Швеции интегрированы в обычные классы, в которых они получают необходимую поддержку (помощь в классе от специального педагога или ассистента и пользование специальными вспомогательными средствами). Дети с выраженными нарушениями слуха, зрения, умственной отсталостью, с сочетанными нарушениями получают образование в специальных школах, которые дифференцированы по типам нарушений, могут обучаться там до достижения ими 21-23 лет. Специальные школы в настоящее время являются и Центрами ресурсов по поддержке детей, интегрированных в классы общеобразовательных школ. Специальные школы для умственно отсталых детей интегрированы в общеобразовательную школу путем размещения классов в ее здании. Сложную проблему в Швеции представляет специальное обучение детей с ранним детским аутизмом. Эти дети обучаются в малых группах в обычной школе. На каждых 3-х детей приходится 2 учителя и ассистент. Интегрированное обучение в массовых школах Швеции пока еще не удовлетворяет всех заинтересованных лиц. Оппоненты указывают, что процесс интеграции протекает слишком поспешно, что интеграция имеет много отрицательных моментов, напоминают о том, что интеграция – это не цель, а инструмент для абилитации и нормализации детей со специальными нуждами. Необходимы научные исследования о влиянии интеграции на систему образования в целом.

Основные направления инклюзивного образования в Республике Молдова имеют в своей основе консолидацию политик в отношении продвижения и развития социальных и интегрированных услуг для социально уязвимых семей и детей, находящихся в условиях риска. Официальные документы Республики Молдова предусматривают доступность качественного образования для детей с особыми образовательными потребностями (ограниченными возможностями).

Образование детей с особыми образовательными потребностями (ограниченными возможностями) в средней общеобразовательной школе затруднительны. На данный момент общеобразовательная и специальная системы образования разобщены между собой по ряду причин:

-недостаточная подготовка дидактического персонала в данной области;

-недостаточность согласования и сотрудничества в работе структур, гарантирующих уважение прав ребенка (на образование, здоровье, социальную помощь, трудоустройство и т. д.).

Социальная помощь, оказываемая в резиденциальных вспомогательных учреждениях, направлена на удовлетворение первичных базовых потребностей (потребности в еде, жилье, одежде). В специальных (вспомогательных) школах обучаются и получают уход умственно отсталые дети, которые происходят из неблагополучных семей, дети, оставшиеся без родительской опеки, брошенные дети.

Также отметим, что взаимоотношения вспомогательных школ и семей имеют эпизодический характер, в школах не анализируется социальное и материальное положение семей с целью интеграции детей в систему общего образования. В данных учреждениях отсутствуют социальные педагоги, социальные работники, необходимые для осуществления этой работы.

Итак, на данный момент можем констатировать не подлинную интеграцию

детей с особыми образовательными потребностями в школьные коллективы, а факт посещения некоторого числа детей с ограниченными возможностями ряда школ, оговоренных предварительно.

Интеграция носит эпизодический характер, развивается благодаря усилиям родителей и поддержке гражданского населения. Многие подобные начинания не были реализованы вследствие отсутствия подготовленного дидактического персонала, отсутствия поддержки местной администрации, родителей и преподавателей, а также вследствие недостаточного бюджетного финансирования существующих программ.

В Италии начиная с 70-х годов прошлого столетия, большая часть учащихся специальных школ и классов была интегрирована в систему общего образования. На сегодняшний день 99% всех детей со специальными нуждами учатся в общеобразовательной школе. Для того чтобы получать специальную помощь от учителя поддержки в обычном классе, ребенок должен быть зарегистрирован, как ребенок с отклонениями в развитии. Регистрация осуществляется только с согласия родителей и на один год, по истечении этого срока принимается решение о продлении или отмене специальной помощи.

Однако, развитие процесса интеграции школьников со специальными нуждами в общеобразовательную среду сопровождается в Италии с проблемами, которые требуют своего разрешения. Так, было отмечено, что по мере сокращения числа государственных специальных школ, наблюдался рост числа учеников с проблемами в развитии в частных специальных школах. Имеют место огромные различия в разных регионах страны в развитии образовательной интеграции, поскольку координация этого процесса на государственном уровне сводится к минимуму.

Проблемы развития образовательной интеграции в Италии связаны с несколькими причинами. Процесс интеграции был начат без проведения необходимых исследований нужд регионов, определения наличия необходимых специалистов. Обучение учителей общеобразовательных школ было ограничено. Специальные занятия в течение 1 месяца не дали положительных результатов, многие учителя вообще не прошли обучения.

Сотрудничество классного учителя и учителя поддержки часто оказывается проблематичным. Учителя поддержки внесли в процесс интеграции меньшую лепту, чем ожидалось. Большая проблема связана с включением в общеобразовательный процесс детей с глубокой умственной отсталостью. Многие специалисты считают, что для таких детей необходимо вновь открыть специальные классы. Однако, это предложение в Италии принципиально отклоняется, т.к. оно может привести к появлению вновь отдельной системы специального образования, которая зарекомендовала себя как «унижающая достоинство» и не приносящая пользы в обучении. В результате многие дети с выраженными интеллектуальными нарушениями просто не обучаются. Особая проблема интеграции наблюдается в старших классах средней школы. Часть родителей здоровых детей против присутствия школьников с отклонениями в обычном классе. Учителя не ставят перед собой задачу обучения школьников с особыми потребностями, поскольку их подготовка к интеграции велась на недостаточном уровне. Большинство учителей поддержки, работающие в старших классах, не имеют специальной подготовки. Интеграцию в Италии можно считать достигнутой целью в широком смысле этой проблемы. Однако, из-за нехватки систематически централизованно обрабатываемых

данных по этому вопросу очень малоизвестно о результатах процесса образовательной интеграции.

Инклюзивное образование как часть системы образования позволяет полнее удовлетворять права детей на образование, социальное развитие и достойную жизнь. При этом не существует инклюзивных школ как нового типа школ – существуют школы, реализующие практику инклюзивного образования. Образовательное учреждение, в котором применяются инклюзивные подходы должно стать нормой, знаком современного уровня развития образовательной системы.

Анализ источников по теме исследования показывает, что деятельность общеобразовательного учреждения должна быть направлена не только на создание специальных условий для обучения и воспитания ребенка с ОВЗ, но и на обеспечение взаимопонимания как между педагогами (специалистами в области коррекционной и общей педагогики), так и между учащимися с ОВЗ и их здоровыми сверстниками.

Инклюзивное обучение – это одна из форм обучения детей с ОВЗ, которая не должна вытеснять традиционно сложившиеся формы эффективной помощи детям-инвалидам, сложившиеся и развивающиеся в специальном образовании. Подлинная инклюзия не противопоставляет, а сближает две образовательные системы – общую и специальную, делая проницаемыми границы между ними.

В современном мире инклюзивное образование приобретает всё более широкие масштабы, его внедрение поддерживается на законодательном уровне, а также оно обосновано международными требованиями. Зарубежный опыт показывает, что этот проект (инклюзивное образование) требует много времени и участия не только государства, но и общества.

Литература:

1. Алехина С.В., Зарецкий В.К. Инклюзивный подход в образовании в контексте проектной инициативы «Наша новая школа» // Психолого-педагогическое обеспечение национальной образовательной инициативы «Наша новая школа». – М., 2010 - С.104-116
2. Алехина С.В., Семаго Н.Я., Фадина А.К.. Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – 272 с.
3. Ливенцева Н.А. Проблемы практической реализации инклюзивного образования в США и странах Европы. // Современная зарубежная психология №1/2012
4. Медведева Т.П., Прочухаева М.М.,. Опыт работы интегративного детского сада. Часть 3 / М.,2007.
5. Прушинский С., Симонова Ю. «Развитие инклюзивного образования: сборник материалов». // Москва: РООИ «Перспектива», 2007.

Инклюзивное образование в России
Inclusive education in Russia

ГараеваС.С.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики
Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – асс. А.Т.Файзрахманова

По данным Всемирной организации здравоохранения, на земле около миллиарда людей с ограниченными возможностями. Задача сделать мир доступным для них не только в физическом, но и в информационном отношении глобальна. В последние годы и в системе образования России, как и других стран мира, делается многое для того, чтобы обеспечить возможность инклюзивного образования людей с инвалидностью в школах и вузах.

Возможность получения образования всеми детьми, независимо от ограничений возможностей их здоровья, законодательно закреплено в Законе «Об образовании в РФ» (от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ, ст.2).

Получение лицами с ограниченными возможностями здоровья образования, в том числе и профессионального, является необходимым условием их успешной социализации в современном обществе.

Одним из первых, кто пытался обосновать систему интегрированного обучения, был Л.С. Выготский. Он указывал на необходимость создания такой системы обучения, в которой удалось бы органически увязать специальное обучение с обучением детей с нормальным развитием.

Инклюзивное (франц. inclusif - включающий в себя, от лат. include - заключаю, включаю) или включенное образование - термин, который используется для описания процесса обучения детей с особыми потребностями в общеобразовательных (массовых) школах. Впервые термин «инклюзия» был употреблен в 1994г. в г. Саламан на международной конференции, где была принята и ратифицирована декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями.

В соответствии с пунктом 27 статьи 2 Федерального закона от 27.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» инклюзивное образование - обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Внедрение инклюзивного образования в России сталкивается с рядом трудностей:

- Некорректное отношение к детям с ограниченными возможностями. Необходимо повышать уровень толерантности, самосознания и помогающего поведения со стороны здоровых людей.
- Отсутствие специально подготовленного педагогического состава. Пока учителя общей школы не готовы к обучению детей, имеющих отклонения в развитии. Государству необходимо поменять стандарты высшего педагогического образования, уделив особое внимание подготовке специалистов соответствующего профиля.
- Плохая материально-техническая оснащенность учебных заведений. Отсутствуют специальные устройства и обучающие материалы для детей, а также методические пособия для учителей.
- Барьер физического доступа. Отсутствует автотранспорт для учеников с ограниченными возможностями, который позволял бы им добираться до места учебы и домой. Есть большая категория детей с ограниченной мобильностью, которые по уровню развития своего интеллекта смогли бы обучаться в общеобразовательной школе и быть успешными. Но пока в школах не созданы условия для таких детей, они не могут в них обучаться.
- Отсутствует специальное медицинское сопровождение в учебном заведении.

- Слабо работает законодательство, регламентирующее права детей-инвалидов.
- Не эффективны программы по трудоустройству выпускников с ограниченными возможностями.
- Жесткие требования государственного стандарта. Существует серьезная проблема совмещения темпов преподавания и объема знаний, доступных детям с ОВЗ и детям здоровым.

Инклюзивное образование предполагает обучение детей с ограниченными возможностями здоровья не в специализированном, а в обычном учебном заведении. При этом они по-прежнему могут получить образование и в специальных учреждениях. Согласно проекту закона, число детей-инвалидов в инклюзивной школе будет ограничено - не более 10% на всю школу и не более трех человек в одном классе.

Первые инклюзивные образовательные учреждения появились в нашей стране на рубеже 1980 - 1990 гг. В Москве в 1991 году по инициативе московского Центра лечебной педагогики и родительской общественной организации появилась школа инклюзивного образования "Ковчег" (№1321).

С осени 1992 года в России началась реализация проекта «Интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья». В результате в 11-ти регионах были созданы экспериментальные площадки по интегрированному обучению детей-инвалидов. 31 января 2001 года участники Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения приняли Концепцию интегрированного образования лиц с ОВЗ, которая была направлена в органы управления образования субъектов РФ Министерством образования РФ 16 апреля 2001 года. С целью подготовки педагогов к работе с детьми с ОВЗ коллегия Министерства образования РФ приняла решение о вводе в учебные планы педагогических вузов с 1 сентября 1996 года курсов «Основы специальной (коррекционной) педагогики» и «Особенности психологии детей с ограниченными возможностями здоровья». Сразу же появились рекомендации учреждениям дополнительного профобразования педагогов ввести эти курсы в планы повышения квалификации учителей общеобразовательных школ.

В 2008 году Россия подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов». Главная цель этого документа – признание прав инвалидов на развитие, защиту и обеспечение активного участия в жизни общества. В статье двадцать четвертой Конвенции говорится том, что в целях реализации права на образование государства-участники должны обеспечить инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни человека.

На сегодняшний день инклюзивное образование на территории РФ регулируется Конституцией РФ, федеральным законом «Об образовании», федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ», а также Конвенцией о правах ребенка и Протоколом №1 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод и рядом других документов.

В настоящее время в рамках государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2015 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. N 2181-р, реализуются мероприятия по оснащению обычных образовательных учреждений специальным оборудованием и приспособлениями для беспрепятственного доступа и обучения детей-инвалидов, в том числе с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата.

Кроме того, основная образовательная программа начального общего образования должна содержатьпрограмму коррекционной работы, которая должна быть направлена на обеспечение коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей с ОВЗ и оказание помощи детям этой категории в освоении основной образовательной программы начального общего образования.

Для развития потенциала обучающихся, прежде всего детей с ОВЗ могут разрабатываться с участием самих обучающихся и их родителей (законных представителей) индивидуальные учебные планы, реализация которых сопровождается поддержкой тьютора образовательного учреждения.

По данным Министерства образования и науки РФ, в 2008 - 2009 гг. модель инклюзивного образования внедряется в порядке эксперимента в образовательных учреждениях различных типов в ряде субъектов Федерации: Архангельской, Владимирской, Ленинградской, Московской, Нижегородской, Новгородской, Самарской, Томской и других областях.

Минобрнауки утверждает, что к 2015 году детей-инвалидов примут в 10 000 обычных школах. В учебных заведениях будут созданы условия для безбарьерной среды. Согласно данным ведомства, которые были представлены на парламентские слушания в комитет по образованию Госдумы, пока такие условия есть только в 300 школах в разных российских регионах. Там комфортно могут учиться обычные дети и дети с ОВЗ.

В соответствии с принятым в 1995 г. Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» одним из наиболее эффективных механизмов повышения социального статуса и защищенности инвалидов является получение ими полноценного профессионального образования. Этому во многом способствовала и проведенная 15 мая 2001 года коллегия Министерства образования Российской Федерации России «Об опыте работы вузов России по обеспечению доступности высшего профессионального образования для инвалидов», на которой был принят целый ряд важных решений, направленных на расширение возможностей обучения в вузах страны лиц с ограниченными возможностями здоровья. Действенность коллегии можно оценить увеличением числа студентов-инвалидов в высших учебных заведениях. Если в 2001 году накануне коллегии по всем формам их обучалось чуть более 5400 человек в 259 вузах семидесяти двух субъектов Российской Федерации, то в 2002-2003 учебном году количество студентов-инвалидов уже составило более 14,5 тысячи человек. В 2004 г. – более 15 тысяч. (Для сравнения: в 1995 г. в вузах России обучалось всего 2,5 тыс. студентов-инвалидов).

В 2004 году в образовательных учреждениях среднего профессионального образования обучалось около 15 тысяч студентов-инвалидов, в образовательных учреждениях начального профессионального образования – 19,8 тыс.

В ходе реализации проекта «Учимся жить вместе» Саратовского государственного университета имени Н. Г. Чернышевского, поддержанном Фондом просвещения «МЕТА» в рамках программы «УРАЛСИБ за равные возможности» было проведено анкетирование студентов с ОВЗ для выявления необходимых специальных условий и особых образовательных потребностей. При обработке результатов исследуемой выборки (N = 74) было установлено, что студентам необходимо экспресс-тиражирование учебных материалов; индивидуализация процесса обучения; возможность для аудиозаписи лекций; оснащение компьютеров специальным программным обеспечением; получение консультаций юриста, психолога, реабилитолога; распечатка учебных материалов укрупненным шрифтом,

распечатка учебных материалов рельефно-точечным шрифтом Брайля, оснащение учебных аудиторий звукоусиливающей аппаратурой, доступ к сети WI-FI и др.

В процессе профессиональной подготовки студенты переживают как положительный опыт, заключающийся в переживании достижений, успеха, так и негативный, заключающийся в переживании студентом ситуаций затруднения, которые в большей степени испытывают студенты с ограниченными возможностями здоровья.

Для того чтобы затруднения в условиях профессиональной подготовки выполняли стимулирующую функцию, необходимо включение студента в систему сопровождения на основе оказания педагогической поддержки. Поэтому студентам с ОВЗ необходимо тьюторское сопровождение. Эта деятельность предполагает высокий уровень толерантности, понимания понятия инклюзии, достаточный запас знаний в рамках коррекционной педагогики и специальной психологии, хорошо развитые коммуникативные навыки и многое другое.

Таким образом, образование лиц с ОВЗ и инвалидов является одним из приоритетных направлений деятельности системы образования Российской Федерации.

Полноценная интеграция людей с ОВЗ требует от всего общества психологической готовности к ней. Поэтому усилия Министерства образования и науки России сосредоточены на том, чтобы в рамках модернизации российского образования создать образовательную среду, обеспечивающую доступность качественного образования для всех лиц с ОВЗ и инвалидов с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья.

Однако внедрение инклюзивного образования в России сталкивается с рядом трудностей. Поэтому развитие инклюзивных форм обучения инвалидов должно осуществляться постепенно, на основе планирования и реализации комплекса мер, обеспечивающих соблюдение требований к организации этой деятельности (включая наличие соответствующей материальной базы, специальных образовательных программ, подготовку педагогических коллективов, проведение разъяснительной работы с обучающимися и их родителями). Иначе подобная мера не только не позволит обеспечить полноценную инклюзию обучающихся детей-инвалидов, но и негативно скажется на качестве работы образовательных учреждений с другими обучающимися.

Литература:

1. Федеральный закон от 27.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Письмо министерства образования и науки российской федерации от 7 июня 2013 г. n ир-535/07 «о коррекционном и инклюзивном образовании детей»
3. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от « 6 » октября 2009 г. № 373
4. Интегрированное обучение детей с нарушением слуха: Методические рекомендации// Науч. Ред. Л.М. Шипицына, Л.П.Назарова. – М.: Детство-пресс, 2001.
5. Коновалова М. Д. Выявление и учет особых образовательных потребностей студентов с ОВЗ в процессе обучения в вузе // Инклюзивное образование:

практика, исследования, методология: Сб. материалов II Международной научно-практической конференции / Отв. ред. Алехина С. В. М.: МГППУ, 2013
6. Куликова М. Ю. Тьютор в системе сопровождения образовательной деятельности студентов с ограниченными возможностями здоровья // Молодой ученый. 2012. № 8. С. 342–344.
7. Файзрахманова А.Т. Проблема получения высшего образования лицами с ограниченными возможностями здоровья// Педагогика, психология и технологии инклюзивного образования: материалы Второй международной научно-практической конференции, Казань, 20-21 марта 2014 г./ Институт экономики, управления и права (г.Казань).- Казань: Изд-во "Познание" Института экономики, управления и права, 2014. - 628 с

Инклюзивное образование: проблемы профессиональной подготовки и переподготовки педагогов
Inclusive education: professional training and retraining of teachers

Запорожская Т.А.
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент А.И.Ахметзянова

Выполнение Государственной программы развития образования в РТ на 2011-2020 годы в части совершенствования инклюзивного образования влечет за собой растущую потребность в профессиональных компетентных педагогах и настоятельно требует модернизации всей системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации педагогических кадров на качественно новом уровне. Наступает необходимость организовать системную подготовку, переподготовку и повышение квалификации работников органов управления образованием, педагогических работников, занимающихся реализацией инновационных подходов к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья. Данное условие закономерно предполагает, что педагоги должны получить особую подготовку в области специальной (коррекционной) педагогики, быть готовыми и профессионально компетентными решать проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья. Проблема подготовки педагогов к оказанию образовательных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья в последнее время становится весьма актуальной.

Согласно мнению большинства специалистов, успех инклюзии во многом зависит от комплекса педагогических и психологических ресурсов. В их числе:

1.формирование позитивного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья у педагогов, родителей и детей с нормативным вариантом развития;

2.профессиональная компетентность инклюзивных педагогов;

3.реорганизация системы подготовки и профессионального сопровождения педагогических кадров;

4.изменение структуры воспитательно - образовательных планов и пространства в группах с целью удовлетворения потребностей всех категорий детей.

Инклюзивное образование учащихся с ОВЗ предъявляет качественно новые требования к личности педагога, к его профессионализму. Для обеспечения индивидуальной образовательной программы обучения каждого ребенка педагог должен овладеть принципиально иными средствами организации учебно-воспитательного процесса. Ориентация на формирование компетенций учащихся, их развитие в процессе обучения, учет их возрастных и индивидуальных особенностей должны стать основополагающими в подготовке специалистов. Это означает, что все будущие и настоящие педагоги, должны овладеть рядом общих компетенций, позволяющих им организовывать процесс обучения с опорой на тот тип деятельности учащегося, который для него наиболее актуален в настоящий момент и будет актуален в ближайшем будущем.

По мнению В. В. Рубцова «… конкретные виды деятельности взрослых и детей, самих детей становятся в этом случае условием развития учащихся, а формирование требуемых компетенций выступает как результат возрастных достижений, неразрывно связанный с ведущей для данного возраста деятельностью учащегося» . Повышение уровня психолого-педагогической подготовки педагогов , работающих с детьми с ОВЗ в условиях общего образования, возможно как через двухуровневое обучение в рамках психолого-педагогического направления (бакалавр — магистр), так и через обучение бакалавров или специалистов — учителей начальных классов, методистов дошкольного образования, учителей дефектологов, учителей-логопедов, социальных педагогов, учителей-предметников — в магистратуре по направлению «Психолого-педагогическое образование» по основной образовательной программе «Организация инклюзивного образования». Кроме того, необходимо в системе повышения квалификации педагогов, уже работающих в инклюзивной практике, предусмотреть возможность и необходимость прохождения определенного модуля или программы повышения квалификации не только по предмету его профессиональной деятельности , но и по организации психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в условиях общего образования.

Достаточно важным является и формирование позитивного отношения к инклюзивному образованию у педагогов и психологов общеобразовательных учреждений, которое должно осуществляться в рамках курсов повышения квалификации. Хотелось бы отметить тот факт, что цели формирующегося инклюзивного образования находятся в принципиально иной системе координат, нежели цели существующих в настоящий момент систем общего и специального образования. Инклюзивное образование направлено не на ликвидацию сложившейся системы специального (коррекционного) образования, а на соединение, взаимопроникновение и взаимоответственность слабо связанных между собой систем общего и специального образования. Опыт многих стран говорит о том, что главным при создании системы инклюзивного образования является наличие людей, готовых к изменениям.

Основными компонентами профессиональной компетентности являются :

1. Наличие теоретических знаний и практических умений в области общей и специальной (коррекционной) педагогики, возрастных и индивидуальных психологических и физиологических особенностей детей, в том числе и детей с ОВЗ.

2.Ориентация на индивидуальный подход, нацеленность на поддержку развития индивидуальной и неповторимой личности каждого ребенка, в частности

владение методами диагностики, позволяющими определить уникальные потребности, сильные стороны и потенциальные возможности каждого ребенка в группе.

3.Владение вариативными образовательными методами и технологиями, в том числе конкретными методами и приемами коррекционной поддержки ребенка в системе инклюзивного и интегрированного обучения.

4.Владение оптимальными способами организации коррекционно-развивающей среды в условиях инклюзивного образования и использование ресурсов общеобразовательного учреждения для развития детей, создание специальных условий обучения и воспитания, в том числе безбарьерной среды жизнедеятельности.

5.Использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

6.Предоставление услуг ассистента (тьютора), оказывающего детям необходимую техническую помощь.

7.Наличие навыков и умений командного взаимодействия между всеми субъектами образовательной среды : с детьми по отдельности и в группе, с родителями, коллегами , специалистами, руководством.

8.Осуществление профессионального самообразования по вопросам обучения, воспитания и развития детей с ОВЗ в условиях инклюзивной образовательной среды.

9.Совершенствование практических умений, постоянный профессиональный и личностный рост.

Для того, чтобы овладеть вышеперечисленными компетенциями нужно пройти следующую профессиональную подготовку или переподготовку:

1.Вузовская подготовка. С 1 сентября 1995 г. в учебные планы педагогических вузов был введен учебный курс «Специальная психология и коррекционная педагогика». С 2010 г. вступили в силу Федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования третьего поколения по направлениям подготовки 050400 «Психолого-педагогическое образование» и 050700 «Специальное (дефектологическое) образование». В

настоящее время подготовка дипломированных специалистов ведется на соответствующих факультетах (отделениях, кафедрах) более 100 вузов, и в то же время в стране ощущается острая нехватка специалистов с высшим дефектологическим образованием. Так, по данным Минобрнауки, Минздрава России потребность в дефектологах высшей квалификации по стране удовлетворяется на 12-17%.

2.Послевузовское совершенствование, т.е. подготовка педагогов, уже имеющих некоторый опыт практической работы в общеобразовательном учреждении. Как показывает практика, обучение детей с ОВЗ, несомненно, представляет собой большую сложность для педагогов, изначально подготовленных для работы с детьми, имеющими нормативный вариант развития. А краткосрочные курсы не могут в полной мере решить проблему профессиональной подготовки квалифицированных специалистов. За короткий срок не представляется возможным сформировать новое профессиональное мышление педагогов, перестроить их личностные установки, создать новое отношение к педагогической деятельности, необходимое для решения задач педагогической коррекции и реабилитации детей.

Анализ первых результатов внедрения инклюзивного образования показывает, что многие педагоги, не имеющие специальной подготовки к работе с детьми с ОВЗ, отмечают ощутимые пробелы в теоретической и практической подготовке. Испытывают затруднения при организации конкретного занятия в такой группе. Указывают на отсутствие (недостаточность) необходимой профессиональной и психологической поддержки, как со стороны администрации, так и со стороны коллег , эта недостаточная профессиональная компетентность в работе может провоцировать развитие синдрома выгорания.

Одно из организационных решений, направленное на, преодоление возможных негативных тенденций со стороны коллектива педагогов - создание профессионального сообщества педагогов инклюзивных образовательных учреждений. Главной целью существования таких сообществ является профессиональное общение с коллегами и единомышленниками, в ходе которого за счет постоянного обмена знаниями между участниками обеспечивается их личностное и профессиональное совершенствование. Профессиональное сообщество отличается наличием общей разделяемой участниками практики, используемой в повседневной профессиональной деятельности. Члены сообщества объединены совместной активностью (от бесед в обеденный перерыв до решения сложных проблем в специально отведенное время) и знаниями, приобретенными в результате участия в этой активности. Это позволит приобщиться к опыту более опытных коллег, получить ответы на конкретные вопросы, избежать возможных ошибок и трудностей в своей практической деятельности. Возможные формы – постоянно действующие проблемные семинары, круглые столы, психологические практикумы, индивидуальные консультации с дипломированными специалистами, общение в профессиональном клубе и т.д.

Так же должна действовать организация системы непрерывного повышения квалификации педагогов. В Италии, например, все директора обязаны принять участие в тренинге без отрыва от работы, а педагоги пройти курс повышения квалификации, рассчитанный на 40 часов в год.

Не стоит забывать о необходимости тесного взаимодействия образовательных учреждений со специалистами организаций, относящихся к сфере здравоохранения и социальной защиты населения.

Работа по организации и реализации подготовки педагогов для инклюзивного образования показывает, что для полноценной организации профессиональной подготовки, кроме специфического содержания необходимо обучать педагогов соответствующим новым технологиям, ориентированным на творческое развитие профессиональной компетентности педагогов, включенных в процесс инклюзивного образования. Это обеспечит формирование профессиональной компетентности у педагогов системы общего образования и позволит правильно и эффективно решать задачи, связанные с обучением детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, в условиях учреждений общего типа.

Литература:

1. Ахметзянова А.И. Профессиональная подготовка педагогов общего образования и специалистов сопровождения для инклюзивного образования в Казанском федеральном университете // Международный диалог: Инклюзия через всю жизнь. Материалы международного образовательного форума. 28-29 ноября, 2013.- Москва: Вузовская книга. С.9-13.

2. Ахметзянова А.И. Организация инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в Казанском федеральном университете // Образование и саморазвитие. 2014.- № 2 (40).
3. Компетентностный подход в педагогическом образовании. Коллективная монография / Под ред. проф. В. А. Козырева, проф. Н. Ф. Радионовой и проф. А. П. Тряпицыной. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008.
4. Рубцов В. В. Определяя пути реформирования высшего педагогического образования, необходимо учитывать мнение профессионального сообщества // Учительская газета. - 20января 2009.
5. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки 050400 Психолого-педагогическое образование (квалификация степень «магистр»). 16.04.2010г.
6. Яковлева И. М. Профессионально-личностная готовность педагога к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья // Вестник МГОПУ. Серия «Педагогика».2009.-№ 6. - С.140—144.
7. Яковлева И. М. Формирование профессиональной компетентности учителя - олигофренопедагога. — М.: Спутник , 2009. - 220 с.

Подготовка педагогов к работе с детьми с проблемами в физическом и умственном развитии в условиях инклюзивного образования
Training of teachers working with children suffering from physical and mental disabilities in inclusive education

ИгнатьевА.Е..,
аспирант 2 года обучения кафедры методологии обучения и воспитания Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань

Аннотация

В статье рассматриваются вопросы подготовки педагогов общеобразовательных учреждений к работе с детьми – инвалидами в условиях развития инклюзивного образования в Татарстане. Выделяются основные субъективные и объективные проблемы методологической подготовки учителей средней школы. Предлагается авторская модель подготовки, предполагающая введение в процесс обучения элективного курса «Методология обучения детей с проблемами в развитии в рамках инклюзии».

Ключевые слова: инклюзивное образование, модель подготовки будущих педагогов-психологов к работе в условиях инклюзивного образования, элективный курс для педагогов.

Одной из серьезнейших проблем инклюзивного образования является подготовка педагогических кадров, способных к методологическому обеспечению процесса обучения. В рамках психолого-педагогического направления ФГОС ВПО третьего поколения уже разработана ПОП «Психология и педагогика инклюзивного образования», ориентированная на подготовку бакалавров и магистров, но пока Россия испытывает существенный недостаток в кадрах, обладающих соответствующей квалификацией (только один вуз России готовит бакалавров по данному профилю Московский социально – гуманитарный институт, существует

также магистратура в Московском городском психолого – педагогическом институте). Подготовка специалистов данного профиля является существенным шагом вперед, но не сможет решить проблему комплексно, так как внедрение инклюзивного образования должно вестись в масштабе целой страны, и охватывать все регионы, все общеобразовательные учреждения, что не может уместиться в рамки специалитета или бакалавриата. Безотлагательность решения проблемы предполагает необходимость обязательной профессиональной переподготовки учителей и создание ресурсных центров поддержки инклюзивного образования на основе опыта системы специального образования.

Татарстан является одним из многонаселенных регионов России, форпостом в развитии социальных инновационных технологий, и крупным образовательным центром. Республика Татарстан входит в число трех субъектов Российской Федерации, в которых принимаются активные меры, которые направлены на улучшение качества жизни людей с ограниченными возможностями. Так условия проживания многих инвалидов были улучшены в ходе реализации программы «Доступная среда». В 2012 году правительством республики Татарстан было выделено 17, 6 миллионов рублей, которые были направлены на создание в республике рабочих мест, предназначенных для людей с ограниченными возможностями.

В Татарстане успешно решается демографическая проблема, ежегодный прирост населения составляет 1,8%, соотношение взрослого населения и детей 2/3 , в перспективе ожидается стремительный демографический подъем. Вместе с тем, наблюдается и рост числа детей, имеющих те или иные отклонения в сфере здоровья. По статистике на данный момент в Татарстане проживает более 320 тысяч инвалидов, из которых 14 тысяч – дети.

По возрастным категориям на долю от общего количества первично признанных инвалидами приходится:

от 0 – 3 лет	– 52,1% – 963 ребёнка	(2011г. – 47,6% – 787 детей);
от 4 – 7 лет	– 17,4% – 323 ребёнка	(2011г. – 17,0% – 282 ребёнка);
от 8 – 14 лет	– 22,9% – 424 ребёнка	(2011г. – 25,4% – 421 ребенок);
от 15 лет и старше	– 7,6% – 139 детей	(2011г. – 10,0% – 163 ребёнка)

По итогам 2012г. снижение первичной инвалидности наблюдается в возрастной категории от 15 лет и старше, увеличение - во всех остальных категориях.

Структура первичной инвалидности у детей по классам заболеваний за 2012г.

болезни нервной системы	– 23,6%	(в 2011г. - 22,3%)
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	– 23,1%	(в 2011г. – 23,6%)
психические расстройства и расстройства поведения	– 15,9%	(в 2011г. – 17,1%)
болезни эндокринной системы	– 7,5%	(в 2011г. – 6,4%)
болезни глаза и его придаточного аппарата	– 6,1%	(в 2011г. – 5,9%)
болезни уха	– 4,6%	– 4,6%

Всесторонняя помощь детям инвалидам жизненно необходима. Лечение и содержание многих детей-инвалидов требует существенных финансовых затрат.

Нобезусловно, детям - инвалидам необходима не только материальная помощь. Согласно конвенции о правах инвалидов, принятой резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года, одним из главных принципов государственной политики в вопросе инвалидности должны стать доступность физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, а также информации и связи, что позволит инвалидам в полной мере пользоваться всеми правами человека и основными свободами. На сегодняшний день инклюзивное образование на территории РФ регулируется Конституцией РФ, федеральным законом «Об образовании», федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ», а также Конвенцией о правах ребенка. В 2008 году Россия подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов». Это обусловливает повышенное внимание к такому аспекту социальной поддержки инвалидов как инклюзивное образование. В Татарстане существует к настоящему моменту 51 учреждение со специальным коррекционным обучением, и только несколько школ, которые осуществляют инклюзивное образование. Можно сказать, что в Республике Татарстан в настоящее время отсутствует практика инклюзивного образования детей-инвалидов в общеобразовательных школах. При этом, согласно данным Министерства социальной защиты РТ, 25% детей-инвалидов, обучающихся в коррекционных школах, могут обучаться в обычных условиях.

На сегодняшний день существуют все предпосылки для создания ассоциации по инклюзивному образованию, которая будет заниматься решением такого рода проблем. Для того чтобы воплотить идею инклюзивного образования в жизнь в настоящее время нужноопределить экспериментальную площадку и решить технические вопросы (перепланировка, обучение и переобучение педагогов, подбор детей).

По сведениям Министерства образования и науки РТ в Республике Татарстан обучение детей с ограниченными возможностями осуществляется в специальных (коррекционных) учреждениях, в массовых школах, на дому (в том числе – дистанционное обучение), в интеграционной форме: 5664 ребенка с ограниченными возможностями здоровья учатся в 51 специальном (коррекционном) учреждении;6580 детей (49,5% от общего количества детей с ограниченными возможностями) учатся в массовых школах;1232 ребенка-инвалида охвачено образованием на дому (из них 250 детей находятся на дистанционном обучении); 419 детей с нарушением слуха, речи, умственного развития и задержкой психического развития - в интеграционной форме: обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в специальных (коррекционных) классах при образовательных учреждениях общего типа.

Невозможность обучения детей – инвалидов в общеобразовательном учреждении не должна быть обусловлена отсутствием условий для их пребывания в школе. При этом федеральный законодатель установил необходимость обеспечения учреждений социальной инфраструктуры такого рода приспособлениями. Более того, статья 19 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» устанавливает гарантию государства по обеспечению доступа инвалидов к образованию.

Одной из причин того, что инклюзивное образование пока не стало обычной практикой в России является неготовность общества принять людей с особыми образовательными потребностями как равноправных участников учебной жизни.

В этой связи Уполномоченным была организована работа по выявлению мнения школьников ряда школ города Казани относительно совместного обучения с

особенными детьми. В анонимном опросе (т.е. у детей не было причин лукавить) приняло участие 99 учеников 7 и 10 классов. На вопрос анкеты: как бы вы отнеслись к тому, что в вашем классе появится одноклассник, передвигающийся на коляске, 63 процента учеников ответили, что положительно, 38 процентов - не определились, 8 процентов - отрицательно. На вопрос: готовы ли вы оказать помощь в передвижении такому однокласснику 95 процентов ответили положительно. На вопрос: готовы ли вы оказать помощь в учебе такому однокласснику 82 процента опрошенных школьников ответили положительно.

Инклюзивное образование это общепризнанная практика многих современных стран мира. Причем, инклюзивное образование – это отнюдь не роскошь, доступная только странам с высоким уровнем дохода. Инклюзивная практика активно внедряется в странах с низким уровнем доходов, таких как Лаос, Лесото, Марокко, Уганда, Вьетнам и Йемен.

Стратегия развития образования в Республике Татарстан на 2010 – 2015 годы «Килэчэк» («Будущее»), утвержденная постановлением Правительства Республики Татарстан от 30.12.2010 № 1174, не содержит ни слова об инклюзии. Между тем, Уполномоченным на стадии подготовки проекта Стратегии вносились предложения Министерству образования и науки Республики Татарстан по введению инклюзивных методов образования. Уполномоченный в очередной раз выступает с предложением о введении инклюзивного образования в порядке, хотя бы, пилотного проекта, реализуемого на базе одной или двух школ, детских садов города Казани, в процессе которого возможно будет выработать соответствующие механизмы реализации инклюзии.

Особенно необходимо развитие инклюзивного образования в сельских школах. В крупных городах, родители могут найти альтернативу для обучения ребенка, в условиях села – инклюзивное образование, не выбор, а необходимость. Инклюзивное образование позволяет родителям воспитывать ребенка в домашних условиях.

Инклюзивное образование - это образование, которое учит толерантности к инвалидам, способствует социальной и психологической реабилитации данных детей, и воспитывает всех субъектов процесса обучения – и учителей, и здоровых детей, также как и детей с особыми проблемами.

Последовательными шагами в исследовании педагогических проблем развития инклюзивного образования в Татарстане являются:

1. Анкетирование педагогического состава, и в первую очередь директоров школ, на предмет выделяемых ими проблем в реализации инклюзивного образования у себя в учреждении.
2. Второй шаг: Интервьюирование директоров и педагогов школ, которые уже реализуют инклюзивное образование на предмет существующих проблем.

Анкета для директоров школ (предполагаемые проблемы).

1. Имеет ли школа возможности для организации инклюзивного образования?
2. Сформированы ли общие представления у педагогического состава о специфике инклюзивного образования?
3. Есть ли в уставе школы отдельные пункты, регулирующие процесс обучения по программе инклюзивного образования?
4. Какие ограничения имеет школа для организации инклюзивного образования?

- Условия пребывания в школе (нет пандусов, нет оборудованных уборных и т.д.)
- Ограничения в виде материально – технической базы
- Финансирование
- Нет подготовленных педагогических кадров, владеющих методологией инклюзивного образования

5. Были ли случаи в школе, когда к ребенку проявлялось дискриминирующее отношение из – за существующих проблем с физическим и психическим здоровьем со стороны других учеников, родителей учеников?
6. Уютно ли чувствуют себя Ваши ученики инвалиды в школе?
7. Какая методическая помощь необходима педагогам для внедрения инклюзивного образования?
8. Какие аспекты должны войти в разработку элективного курса для педагогов по инклюзивному образованию?

- нормативно – правовая база;
- Психологические проблемы инклюзии;
- Социальные аспекты инклюзии;
- Медицинские аспекты инклюзии;
- Зарубежные и отечественные примеры организации инклюзивного образования
- Формы инклюзивного образования.

Ответы на вопрос: Что препятствует интеграции детей-инвалидов в массовую школу

(в % к числу опрошенных)

Респонденты	Состояние окружающей среды	Финансирование школ	Квалификация учителей	Образовательные программы	Законодательство	Социальные установки в обществе	Предпочтения родителей детей инвалидов
Родители	96	79,3	78,1	74,8	64,4	57,8	49,6
Учителя	97,7	84,6	87,9	90,5	74,3	59,5	46,5

Важным шагом во внедрении инклюзивного образования в Республике Татарстан является анализ рисков введения инклюзивного образования в РТ.

Основой может выступить создание элективного курса для педагогов общеобразовательных школ, который будет направлен на формирование следующих компетенций – психолого – педагогических, медико – педагогических, и т.д., необходимых для эффективной работы с детьми, имеющими различные ограничения здоровья. Курс охватывает достаточно широкий диапазон тем, начиная с основ работы с детьми с проблемами в развитии, их диагностики и заканчивая рассмотрением особенностей коррекционно-развивающей, профилактической и реабилитационной работы с данной категорией детей. Особое внимание уделяется практическим аспектам работы с детьми с различными видами отклонений: нарушением зрения, слуха, интеллекта, задержкой психического развития и ранним детским аутизмом, а также нарушением функций опорно-двигательного аппарата.

Цель курса в условиях инклюзивного образования заключается в формировании следующих компетенций:

1. способность организовать совместную и индивидуальную деятельность детей с разными типами нарушенного развития в соответствии с их возрастными, сенсорными и интеллектуальными особенностями;
2. готовность применять рекомендованные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи;
3. способность осуществлять сбор и первичную обработку информации об истории развития и заболевания детей с ограниченными возможностями здоровья разного типа;
4. способность осуществлять психологическое просвещение педагогов и родителей по вопросам особенностей психического развития детей с разными типами нарушенного развития.

Таким образом, решение проблемы подготовки будущих педагогов-психологов к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья позволит интенсивно вводить инклюзивное обучение в стране; повысит уровень профессиональной компетентности выпускников, т.е. удовлетворит запросы всех потребителей образовательных услуг – личности, общества, государства.

Литература:

1. Алехина С.В. Инклюзивное образование в России [Электронный ресурс] // Материалы проекта «Образование, благополучие и развивающаяся экономика России, Бразилии и Южной Африки» Инклюзивное образование в России. №Выпуск. URL: http://psyjournals.ru/edu_economy_wellbeing
2. Дурандина Н.Е. Инклюзивное образование в Республике Татарстан: итоги обсуждения на круглом столе http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3986/3988/document4194.shtml
3. Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. -- Саратов: Научная книга, 2003. - 255 с.
4. Коноплева А.Н., Лещинская Т.Л. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития: Монография. — Мн.: НИО, 2003. – 232 с.
5. Реализация права на образование детей с ограниченными возможностями http://do2.gendocs.ru/docs/index-423448.html?page=5

Вариативные модели дошкольного образования детей с ОВЗ вусловияхинклюзивнойпрактики
The variative models of pre-school education of children with health restrictions in the conditions of inclusive practice

Качкина А.Р.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к.псих.н., ст. преподавательА.А.Твардовская

Одним из стратегических направлений современной специальной педагогики является создание единой системы коррекционной помощи детям, имеющим

комплексные нарушения. Обучение и воспитание таких детей сравнительно малоизученная и труднейшая проблема специальной педагогики. Вместе с тем практическая потребность в изучении и определении образовательных возможностей детей со сложными (комплексными) нарушениями, а также в разработке системы их социализации исключительно велика.

На сегодняшний день внедрение инклюзивного образования на территории РФ происходит в соответствии с Конституцией РФ, федеральным законом «Об образовании», федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ», а также регламентируется Конвенцией о правах ребенка и Протоколом № 1 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод [3].

В настоящее время 4,5 % детей, проживающих в России, относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном (коррекционном) образовании, отвечающим их особым образовательным потребностям. Дети с особыми образовательными потребностями оказываются изолированными от своих здоровых сверстников и выпадают из общего образовательного процесса, так как для работы с ними педагогический состав общеобразовательных учреждений не обладает необходимыми знаниями в области коррекционной и специальной педагогики, отсутствуют эффективные технологии организации и сопровождения образования лиц с ОВЗ.

Но, к сожалению, в нашей стране рынок образовательных услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья чрезвычайно узок, в небольших городах и селах дети с ограниченными возможностями чаще всего остаются вне системы образования по сугубо экономическим причинам. Традиционной формой обучения детей с ограниченными возможностями здоровья остаются специальные (коррекционные) образовательные учреждения.

Существующая сегодня система специального образования в нашей стране находится в стадии реформации, в том числе происходит переосмысление и перенос опыта зарубежных стран по психолого-педагогическому сопровождению лиц с ограниченными возможностями здоровья, особенно в плане ранней помощи и инклюзивного, а также интегрированного типов обучения. Сущность этих нововведений состоит как раз в том, чтобы реальные возможности для получения образования были у всех.

Для детей с тяжелыми и сочетанными нарушениями Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья предусматривает индивидуальный «нецензовый» вариант получения образования. Он в наибольшей степени определяется индивидуальными возможностями ребенка, и осуществляется по индивидуальной образовательной программе, которая максимально углубляется в область развития знаний, умений и навыков, необходимых ребенку в повседневной жизни [2].

Вариативность образования – один из основополагающих принципов и направлений развития современной системы образования в России. Одним из приоритетов социальной политики в области дошкольного образования в России является расширение доступности качественного дошкольного образования. Важным шагом в обеспечении этого приоритета является наибольший охват детей дошкольным образованием. Существующая сеть дошкольных образовательных учреждений не удовлетворяет в полной мере растущие запросы населения в услугах дошкольного образования [1].

Особое внимание уделяется тем детям, которые не посещают ДОУ, так как в настоящее время существует явный дефицит мест в дошкольные образовательные учреждения, и это направление приобретает особую актуальность. В связи с этим возникла необходимость в организации вариативных форм дошкольного образования, которые наравне с традиционными дошкольными учреждениями могли бы оказывать помощь семье в воспитании ребёнка и подготовки его к обучению в школе.

Также хотелось бы обратить ваше внимание на то, что раннее начало систематической помощи и сопровождения является залогом успешной адаптации и социализации. Ранний период развития ребенка дает большие возможности, предопределяет успешное развитие ребенка в будущем. Если использовать эту возможность, то можно получить значительные результаты в долговременной перспективе [4]. Раннее вмешательство поможет нормализовать жизни ребенка и семьи, поможет родителям создать оптимальные условия для развития и воспитания младенца/ребенка младшего возраста, предотвратит помещение в специализированные учреждения младенцев и детей младшего возраста. Все это делается для того, чтобы ребенок мог жить дома, учиться в обычной школе или дошкольном учреждении, чтобы он был включен в систему социальных отношений и активно в ней участвовал.

В рамках исследования вариативных моделей дошкольного образования детей с ОВЗ мы выяснили, что для решения этой проблемы в городе Москве, и в частности в Республике Татарстан, создаются новые формы дошкольного образования: Центры игровой поддержки ребёнка, Консультативные пункты, Лекотеки, Службы ранней помощи, Семейные детские сады, Группы кратковременного пребывания и т.п.

По данным Министерства науки и образования Республики Татарстан на июнь 2013 года общее количество детей по Республике составляет 11 718 человек, из них инвалидов 5033, из которых 2447 человек обучаются в общеобразовательных учреждениях республики. И именно здесь ребёнок с нарушениями здоровья сталкивается не только со сложностями в усвоении учебной программы, но и ощущает всю полноту и сложность жизни в обществе. Эту и множество других проблем призвано решить инклюзивное образование.

Министр образования и науки РТ Альберт Гильмутдинов отметил, что сегодня в республике создано уже семь частных детсадов в рамках вариативных форм дошкольного образования. Также, рамках программы «Бэлэкэч» («Малыш») по обеспечению местами в детсады детей с трех лет, по республике создано 1790 мест для дошкольников по вариативной форме. Министр строительства, архитектуры и ЖКХ РТ Ирек Файзуллин отметил, что 1 ноября в торжественной обстановке открылся детский сад «Бэлэкэч» в Арске на 140 мест; 5 ноября в Богатых Сабах был открыт детсад на 220 мест.Рустам Минниханов предложил также привлечь к обсуждению проблем вариативных форм дошкольного образования руководство крупных городов республики – Казани, Набережных Челнов, Нижнекамска и др., где нехватка мест в детсады ощущается наиболее остро [5].

Решение данной проблемы не заставило себя ждать, и его можно проследить на примере Казанского центра раннего развития «Индиго». Помимо широкого спектра предоставляемых услуг, он предъявляет нашему вниманию **группу кратковременного (неполного) пребывания**. Это комплекс занятий и игр для детей, которые не посещают детский сад полного дня.

Мини-сад “Индиго” открыт пять дней в неделю (понедельник, вторник, среда, четверг, пятница)с 9 утра до часу дня. Вгруппе неполного дня одновременно на ходится не более 8 детей, возраст которых колеблется от 2 до 5 лет.

Программа группы неполного дня рассчитана на регулярное посещение , именно тогда адаптация ребенка в новом коллективе происходит быстрее, эмоциональное состояние малыша стабилизируется и отсутствие родителей не воспринимается им болезненно. Таким образом группы неполного дня в мини-саде – это оптимальный вариант для подготовки ребенка к посещению групп на полный день.

В результате прохождения программы в группе кратковременного пребывания дети:

- получают базовые навыки социализации, т.е. способность уверенно чувствовать себя в большом коллективе;
- учатся обходиться без присутствия мамы или кого-то из знакомых взрослых. Впоследствии это снимает многие проблемы, связанные с адаптацией в детском саду полного дня и школе;
- приобретают интерес и мотивацию к обучению;
- учатся взаимодействовать со сверстниками, получают опыт общения со старшими детьми и взрослыми;
- получают объем основных знаний и умений, необходимых для своего возраста;
- обучаются правилам поведения в коллективе;

Более того, поскольку группа кратковременного пребывания - разновозрастная, дети в мини-саде легче приобретают многие навыки, которые существенно медленнее появляются в группе ровесников. Так, младшие дети, находясь в коллективе уверенно разговаривающих детей, гораздо быстрее начинают активно говорить сами, легче осваивают элементарные бытовые навыки - через ролевые игры и просто подражая «взрослым» детям. Старшие естественным образом начинают опекать и заботиться о младших. У них появляется чувство ответственности. Объясняя младшим детям необходимость того или иного поступка, они четче и легче начинают формулировать свои мысли, пожелания и сами научаются оценивать целесообразность и правильность собственного поведения.

Подводя итоги, хотелось бы отметить, что одним из важнейших направлений работы с детьми-дошкольниками является работа с теми из них, кто не посещает дошкольные образовательные учреждения. Поэтому, мы считаем данную проблему нерешенной, актуальной и востребованной. Нужно стараться привлечь внимание к данной проблеме, и призывать к повсеместному.

Кроме того, внедрение вариативных моделей дошкольного образования для детей с особыми образовательными потребностями в целом может выступить дополнительным фактором поддержания единого образовательного, профессионально-квалификационного и культурно-ценностного пространства.

Литература:

1. Варич Е.И.., Иванова Т.И.; Развитие вариативных форм дошкольного образования в административном округе г. Белгорода. - Белгород, 2013. - Режим доступа: http://www.scienceforum.ru/2013/pdf/4431.pdf, свободный.
2. Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья / Н.Н. Малофеев,

О.И. Кукушкина, О.С. Никольская, Е.Л. Гончарова. – М.: Просвещение, 2013. (Стандарты второго поколения).
3. http://www.tcek.ru/2013-04-09-05-32-28/486-2013-04-11-09-27-45.html. Тольяттинский социально-экономический колледж.
4. http://www.gold-child.ru/zakon/236/1874/.

Источники информации о КФУ и направлении подготовки «Специальное (дефектологическое) образование»у абитуриентов 2012-13гг.
Information sources about K(V)FU and training course “Special (defectological) education” for entrants 2012-13.

Меньшикова А. Д., Бахтиярова А.Ш.,
студентки кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель: к.псих.н., доцентА.Т.Курбанова

Актуальность исследования. Важным условием подготовки компетентных специалистов в области дефектологического образования является набор способных студентов, мотивированных на данную профессию. Для определения стратегии профориентационной работы необходимо учитывать, какими источниками информации преимущественно пользуются современные выпускники школы в процессе выбора специальности, при определении вуза, в котором они хотели бы учиться.[1; 3] Эти данные позволят более эффективно доводить до потенциальных абитуриентов сведения о будущей профессии, учебе, вузе, условиях вступительных испытаний, помогая им сделать правильный выбор.[2;4]

Целью исследования было выявление источников получения информации о ПФУ и специальном (дефектологическом) образовании абитуриентами, поступившими на профиль «логопедия». В соответствии с целью были поставлены следующие з**адачи:** разработка анкеты для изучения способов получения абитуриентами информации о профиле подготовки и университете; сбор данных об источниках информации, использованных абитуриентами профилей «логопедия» и «специальная психология»; изучение особенностей этих источникову абитуриентов 2012-го и 2013-го гг.; выработка рекомендаций для определения приоритетных способов информирования будущих студентов, наиболее эффективных в профориентационной работе.

Базой исследования был институт психологии и образования К(П)ФУ. Сбор эмпирического материала проводился в период с марта по апрель 2014 года. **Испытуемые.** В исследовании приняло участие 77 испытуемых. Из них студенты профиля подготовки «Логопедия»: 22 студента 2-го курса (год поступления в ПФУ – 2012) и 19 - 1-го курса (год поступления – 2013); студенты профиля «Специальная психология»: 14 студентов 2-го курса (год поступления в ПФУ – 2012) и 22 студента 1-го курса (год поступления – 2013).

Методики исследования. Для сбора эмпирического материала нами специально для данного исследования была разработана анкета. Вопросы анкеты направлены на выявление тех источников информации, которые использовали

абитуриенты при поступлении на направление подготовки «специальное (дефектологическое) образование», при выборе профиля подготовки. Изучалось, какую роль в принятии решения играли родители, мероприятия К(П)ФУ по профориентации; выяснялось, когда именно студенты приняли решение о сдаче профильного ЕЭГ и выборе данного профиля подготовки. Важно было также уточнить, из какого набора направлений и профилей делали выбор наши абитуриенты, как расставляли приоритеты в процессе выбора вуза и профиля из числа возможных. Сравнивались также источники данных о ПФУ у жителей Казани, Татарстана и других регионов.

Как показали результаты исследования, большинство студентов логопедов – жители Казани (40% на 1-м курсе и 35% на 2-м) и Татарстана (35% и 43%). Доля студентов из других регионов России в течение 2-х лет составляет 15-18%. Среди специальных психологов в прошлом учебном году уменьшилась доля жителей Казани и особенно приезжих из других регионов РФ (от 50 до 28%), заметно выросло число выпускников школ Татарстана (от 4 до 35%)

На вопрос «Откуда Вы узнали о К(П)ФУ?» примерно половина студентов обоих профилей, жителей Казани, ответила, что знали о нашем вузе «с самого рождения».(рис.1)

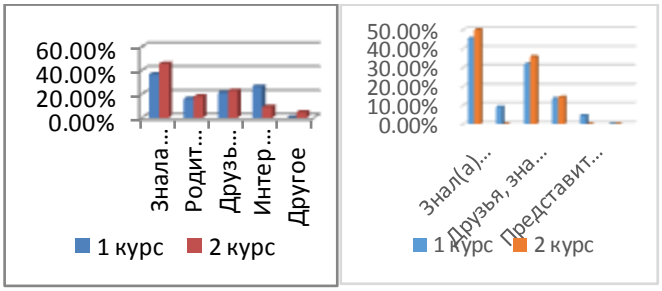


Рис 1. Ответы студентов 1-го и 2-го курсов на вопрос «Откуда Вы узнали об »: «логопеды» - слева, «специальные психологи» - справа.

В целом логопеды узнавали о Казанском университете от родителей чаще, чем специальные психологи, которые вторым источником информации называют друзей. Логопеды при поступлении в вуз в 2013 году чаще пользовались интернетом, чем в 2012; у специальных психологов такой динамики нет.

Закончившие среднюю школу в Казани и Татарстане студенты обоих профилей в 2013 чаще сообщают, что встречались в своих школах с представителями информации о КФУ, чем те, кто поступил в вуз на год раньше. Очевидно, что профориентационная работа со стороны К(П)ФУ в приемную кампанию 2013 года велась более активно, чем в предыдущий год. (рис. 2)

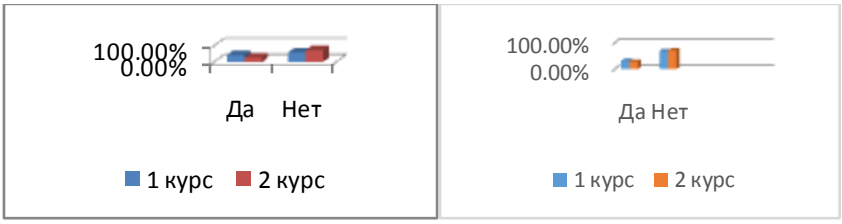


Рис 2. Ответы студентов 1-го и 2-го курсов на вопрос «Приходили ли к Вам представители КФУ?»: «логопеды» - слева, «специальные психологи» - справа.

С выбором в качестве дополнительного ЕГЭ дисциплины «биология», профильной для специального (дефектологического) образования, большинство студентов определилось достаточно давно. Доля тех, кто принимал решение в последние полгода, незначительна.(рис.3)

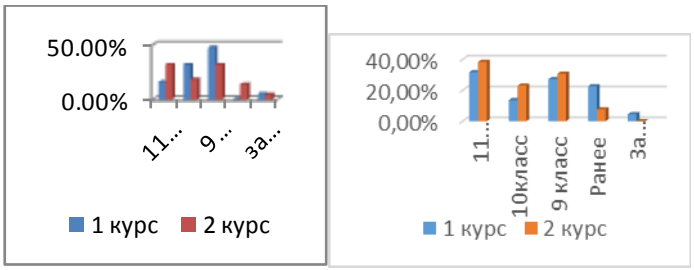


Рис 3. Ответы студентов 1-го и 2-го курсов на вопрос «Когда Вы решили сдавать ЕГЭ по биологии?»: «логопеды» - слева, «специальные психологи» - справа.

Среди логопедов преобладают те, кто сделал выбор в 9-11 классах. Особенно заметна эта тенденция у поступивших в 2013 г.: большинство сделало выбор в 9-м классе, несколько меньше - в 10-м, еще меньше только в 11-м. Среди специальных психологов заметное число выбрало биологию как профильный предмет уже в 9-м классе и даже ранее, однако большинство сегодняшних студентов приняло решение в выпускном 11-м классе. В целом абитуриенты 2013 года выбор профильного предмета ЕЭГ сделали раньше, чем выпускники 2012 г. и имели тем самым больше времени на подготовку.

Большинство логопедов и значительная доля специальных психологов указывают, что узнали о своем профиле подготовке из интернета и в приёмной комиссии.(рис. 4)

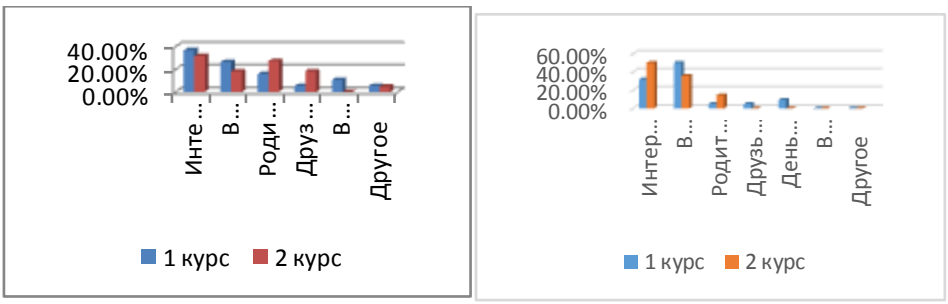


Рис 4. Ответы студентов 1-го и 2-го курсов на вопрос «Откуда Вы узнали о нашей специальности?»: «логопеды» - слева, «специальные психологи» - справа.

Особенно велика доля тех, кто узнал о существовании профиля «специальная психология» непосредственно во время подачи документов ВУЗ в приёмной комиссии (36% в 2012 году и 50% - в 2013г.). Это показывает, что профориентационная работа имеет важное значение даже на самом последнем этапе выбора места учебы.

Более 70% абитуриентов, как логопеды, так и специальные психологи, целенаправленно искало информацию о своем направлении и профиле подготовки на сайте КФУ. В 2013 в этом отношении выпускники школ были более активны, чем в предыдущем. Очевидно, что в информировании будущих абитуриентов интернет-источники играют все более важную роль..

Отвечая на вопрос №7 «На какие ещё факультеты и специальности (направления, профили) К(П)ФУ и других вузов Вы подавали документы?», студенты выбирали из числа следующих альтернатив: психология, клиническая, другой профиль направления «Специальное дефектологическое образование» (логопедия – для спецпсихологов, специальная психология – для логопедов), институт фундаментальной медицины и биологии, химический факультет, другие вузы. У обеих обследованных групп заметна тенденция к снижению в 2013 г. по сравнению с 2012 годом числа заявлений на направление «психология», рост – на химический факультет. В 2012 г. логопеды чаще всего выбирали также специальную психологию (45%), психологию (35%), ИФБМ и другие факультеты – по 20%. В 2013 г безусловно лидировал ИФБМ (40% заявлений), далее следовали специальная психология (25%) и психология (20%). Спецпсихологи, у которых в 2012 году лидировала в списке психология (30%) и ИФБМ (25%), в 2013 подавали документы чаще также на логопедию (35%) и психологию (25%).

На вопрос 9 «Почему Вы оказались на этой специальности?» были следующие варианты ответа: «сразу выбрала эту специальность», «решающую роль сыграла уверенность в поступлении», «так вышло», «помогли определиться родители», «не прошла по конкурсу на более привлекательную специальность», «данная специальность престижна (востребована)». Большинство логопедов (30% в 2012 г. и 35% в 2013) говорят, что сразу выбрали именно этот профиль; 20 % в 2013 г. и около10% в 2012 ограничились вариантом «так вышло», не раскрывая ответа; до 15% в 2013 г по сравнении. Среди абитуриентов 2013 больше тех, кто считает эту профессию престижной (востребованной), чем это было в 2013г.. Менее 10 % логопедов не прошли по конкурсу в другие, более привлекательные места обучения. Среди специальных психологов тех, кто оказался на этом месте вынужденно, поскольку не прошел на более предпочтительные, больше (по 30% абитуриентов обоих лет), больше и тех, кто ограничился формулой «так вышло» (25% в 2013 г. и 30% - в 2012г.). При этом в 2013 больше всего (32%) среди абитуриентов - специальных психологов тех, кто сразу выбирал именно этот профиль подготовки; их доля по сравнению с 2012 г. выросла на 10%.

Вопрос №10 «Какая специальность была приоритетной?». Среди других профессий, на которую также подавали заявление абитуриенты, свою специальность приоритетной назвали около 96% студентов-логопедов 2 курса, среди первокурсников таких значительно меньше –около 63%. У специальных психологов в приоритете были специальности «Специальная психология» и «Логопедия», причем доля таких ответов у сегодняшних первокурсников по сравнению с второкурсниками выросла.

Выводы. Как показала обработка результатов анкетирования,между студентами профиля «Логопедия» и «Специальная психология» есть различия, которые необходимо учесть в адресном построении профориентации. Логопеды в большинстве - жители Казани и Татарстана, на профиль специальная психология активно поступают жители других регионов России. Логопеды чаще подавали документы в другие вузы Казани и России, специальные психологи чаще выбирали между специальностями КФУ. Для логопедов данная профессия являлась приоритетной, для многих специальных психологов выбор был скорее вынужденным после неудачи в конкурсе на другие профили. Биологию в качестве профильного ЕЭГ большинство школьников выбрало к 10-му классе, число тех, кто определился только в 11 классе, в приёмной кампании 2013 года меньше, чем в 2012 г.

От трети до половины абитуриентов встречались с представителями ПФУ, информировавшими о направлениях подготовки университета в целом и института психологии и образования. Тем не менее важным или даже основным источником информации при определении конкретного места учебы называют Интернет, и это особенно верно в отношении абитуриентов 2013 года.

Литература:

1. Волкова М.М., Звездова А.Б. Маркетинговые исследования в области образовательных услуг // Маркетинг. 2009. - № 6. С.45-53.
2. Егоршин, А. П. Менеджмент, маркетинг и экономика образования: Учебное пособие. - Н. Новгород : НИМБ, 2008. - 624 с.
3. Исследование особенностей продвижения образовательных услуг с использованием сайта НГТУ". http://www.allbest.ru/
4. Каверина Е. А. Организация рекламной деятельности вуза: Учебное пособие. - СПб.: ООО «Книжный Дом», 2010. - 310 с.

Отношение студентов к лицам с ограниченными возможностями здоровья
Students' attitude toward disabled people

ФадееваЛ.А.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – асс. А.Т.Файзрахманова

Решение проблемы изоляции лиц с ограниченными возможностями здоровья и включения их в общую образовательную среду, общественную жизнь, приобретает, на сегодняшний день, все большую популярность. Это связано с тем что, широкое распространение получило движение инклюзивного образования. Важность и актуальность инклюзивного образования не вызывает сомнений, так как любому человеку должно предоставляться право выбора вида образования в зависимости от его интересов, возможностей и потребностей.

Основной проблемой инклюзии является доступность образования, в данном случае доступность высшего образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья, которое ориентировано на подготовку высококвалифицированных специалистов.

Лица с особыми потребностями имеют право на получение образования, в процессе которого проходит развитие человеческого потенциала, чувства достоинства, уважения, развитие личности, талантов и творчества инвалидов, умственных способностей, а так же возможность эффективно учувствовать в жизни общества, что подтверждает «Конвенция о правах инвалидов» (3 мая 2012 г. №46-ФЗ), Статья 24 (Образование).

Так же хочется отметить 5 пункт той же статьи, рассмотрев которую, можно сделать вывод о том что, общему высшему образованию, профессиональному обучению должно уделяться немаловажное внимание, так как вопрос о получении высшего образования лиц с особыми возможностями, все же является проблемным.

Для развития инклюзивного образования должны быть созданы специальные условия для удобства в передвижении и обучении лиц с ограниченными возможностями, необходимы обученные специалисты и педагоги – профессионалы и конечно государственная поддержка. Однако, особое внимание следует уделять нормально развивающимся лицам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Готовы ли они к инклюзивному образованию? Способны ли нормально развивающиеся лица и лица с ОВЗ совместно обучаться в вузах и получать высшее образование?

Таким образом, можно определить главную цель исследования – выявление отношения к студентам с ограниченными возможностями здоровья.

С этой целью нами был проведен опрос, который был составлен с учетом цели и задач исследования. Анкета включала из 14 вопросов (как открытых, так и закрытых), лишь на один вопрос возможен выбор нескольких вариантов ответа (10 вопрос).

В опросе приняли участие 50 человек - студентов очного отделения Казанского (Приволжского) Федерального Университета, Института педагогики и образования, обучающихся на 1 курсе по специальности «Начальное образование».

Таким образом, на первый вопрос о том, знают ли респонденты кто такие лица с ОВЗ, были даны следующие ответы: 96%- знают кто такие лица с ОВЗ, 4%- узнали только при заполнении опросника.

На вопрос «Какое определение вы бы дали понятию «лица с ограниченными возможностями здоровья»?» ответы распределились следующим образом: 30% респондентов считаю, что это, инвалиды; 12% - ответили, что это лица которые имеют физические дефекты и различные заболевания; 4% опрошенных указывают на то, что это лица с повышенной потребностью; 4%- относят к категории лиц с ОВЗ тех, которые имеют парализованные конечности, умственную отсталость, лиц со слабым зрением, слухом и т.д.;4%- имеют отклонения, 4% - лица которые не имеют возможности, что либо делать, из-за состояния здоровья; 20% опрошенных приводят варианты ответов, среди которых преобладают такие определения характеризующие понятие «лиц с ограниченными возможностями здоровья» как, «отсталость», «не обладают возможностями как обычные люди», «отличающиеся», «такие же, как и все», «люди которые развиваются немного иначе, нежели обычные люди», «люди у которых есть специальные трудности из-за которых они не могут жить как обычные люди», «беззащитные, вызывают жалость», «ограничены возможностями в обществе», «с какими то особенностями»; 22% опрошенных, воздержались от ответа на вопрос.

На следующий вопрос анкеты, способны ли лица с ОВЗ обучаться в вузах и получать высшее образование, 94% опрошенных отмечают, что лица с ОВЗ способны обучаться в вузах, и 6% отвечают, что лица с ОВЗ не способны, объясняя это тем что: «они не вполне самостоятельны», «нет необходимых условий, и некоторая неприязнь к таким людям», «может быть и могут, смотря чем ограничены».

Вопрос №4: «Знакомы ли вы с термином инклюзивное образование?», 24% отмечают что знают, что такое инклюзия; остальные 76% узнали только при заполнении опросника.

На вопрос о том, какие чувства испытывают студенты по отношению к лицам с ОВЗ, 44% опрошенных испытывают хорошие, нормальные чувства, считая, что это обычные люди; 28% испытывают жалость, сожаление, сочувствие; 18% испытывают тревогу, переживание, страх; 10% затрудняются ответить на данный вопрос.

Далее мы попытались выяснить, как студенты относятся к тому, что лица с ОВЗ будут включены в общую образовательную среду. Таким образом, 60% респондентов выбрали вариант ответа «Я только за!», что может свидетельствовать о том, что они положительно относятся к лицам с ОВЗ и инклюзивному образованию; 34% выразили свое безразличие; 6% против включения лиц с ОВЗ в общую образовательную среду, объясняя это тем что, «им будет сложно, и они будут испытывать давление со стороны социума», «Сомневаюсь в том, что они потом будут работать. С ограниченными возможностями трудно устроиться на работу».

На следующий вопрос опросника «Как вы относитесь к тому, что с вами будут учиться студенты с ОВЗ», респонденты отвечают: 68% -хорошо, они так же имеют право на получение образования; 20% отвечают, что им все равно, и они не обращают на это никакого внимания; 10% затрудняются ответить на вопрос и 2% опрошенных негативно относятся к тому, что с ними будут учиться студенты с ОВЗ, объясняя это тем что: «С одной стороны среди людей с ОВЗ есть много умных и мыслящих, но с другой стороны, они будут занимать место здорового человека».

Далее мы спросили студентов, смогут ли они помочь студенту с ОВЗ, если потребуется подняться по лестнице, проводить до кабинета или подсказать что либо. На что были получены следующие результаты: 76% опрошенных отвечают, что они смогут это сделать, потому что студенты с ОВЗ требуют особого внимания и поддержки, а 24% студентов считают что, может быть они смогут оказать помощь, если кроме них помочь будет некому.

Как отмечают респонденты(50% опрошенных) студенты обладают качеством толерантности, гуманности, снисходительности и терпимости по отношению к студентам с ОВЗ, так как лица с ОВЗ живут рядом с нами и нужно нормально общаться между собой, с доброжелательностью и взаимопониманием относиться друг к другу; скорее всего студенты не обладают такими качествами, так как некоторые имеют негативный стереотип представления об инвалидах (42% опрошенных), затрудняются ответить на данный вопрос 8% опрошенных.

Вопрос №10: «С какими трудностями, на ваш взгляд, могут столкнуться студенты с ОВЗ?». Этот вопрос допускает выбор нескольких вариантов ответов, поэтому результаты таковы: 62% из всех опрошенных выбрали вариант ответа «недостаток вспомогательного оборудования и необходимых средств (звукоусиливающая аппаратура, увеличивающие приборы и пр.)» кроме того 12% из всех опрошенных считают что это единственная трудность с которой могут столкнуться студенты; 58% считают, что также трудностью является необходимость в специальной среде (пандусы, поручни и иные средства), так же 8% решили, что это единственная трудность, выбрав только этот вариант ответа; 52% студентов отмечают трудности в налаживании контактов со своими одногрупниками/сокурсниками, кроме того, 22% студентов выбрали только этот вариант ответа, считая это единственной трудность с которой могут столкнуться студенты с ОВЗ; недостаток профессионализма и гибкости педагогов отмечают 6% всех опрошенных; и лишь, по мнению 2% респондентов трудностью так же является отсутствие законодательной базы.

90% студентов считают, что инклюзивное образование в России возможно, в то время как 10% процесс инклюзивного образования в России неосуществимым, объясняя это тем, что: «Граждане РФ (многие) негативно относятся к людям с ОВЗ», «образовательные учреждения недостаточно оборудованы», «люди пока к этому не готовы».

На вопрос, нужно ли инклюзивное образование 92% опрошенных считают, что инклюзивное образование необходимо, дополнив ответы следующим образом: «право на образование имеет каждый»; «все должны развиваться»; «это поможет людям с ОВЗ справиться с замкнутостью»; «необходимо прививать человечность людям»; «люди с ОВЗ тоже люди!»; «люди с ОВЗ ничем не отличаются от нас»; «объединяет людей»; «таким людям тоже надо обучаться, развиваться в общей среде» и прочее. 8% отмечают, что нет необходимости в инклюзивном образовании никак не поясняя и не дополняя свой ответ.

В заключение опросника, мы попросили студентов подумать над тем позволила ли работа над данным опросником задуматься над чем либо, натолкнула ли на новые мысли и завершить предложение «Заполнив этот опросник, я…». 74% отпрошенных студентов отмечают ответ «да» и заполнив этот опросник они: «задумалась о людях с ОВЗ, о их проблеме»; «определила, что над проблемой людей с ОВЗ начали задумываться все чаще»; «хочу сказать, что студенты с ОВЗ требуют особого внимания и поддержки»; «буду готова помочь лицам с ОВЗ. Считаю что в России необходимо такое образование»; «за инклюзивное образование!»; «понимаю, что вы бы хотели включить в общую образовательную среду лиц с ОВЗ, и я только за!»; «надеюсь, что такое тип обучения появится в России»; «хочу помогать студентам с ОВЗ» и прочее. 10% не знают, позволила ли работа над опросником задуматься над, чем либо, и 16% опрошенных ни о чем не задумались, не завершив предложение вообще и не обосновав его ясно.

Таким образом, проведенное нами исследование доказывает актуальность изучения восприятия лицами нормально развивающихся (в данном случае студенты) студентов с ограниченными возможностями здоровья. Проведенный нами опрос позволяет сделать вывод о том, что все таки среди опрошенных, встречаются студенты, которые отрицательно, негативно, неодобрительно и критически относятся к студентам с ОВЗ. Поэтому, необходима реализация системы мероприятий по формированию адекватного отношения к лицам с нарушениями в развитии, для обеспечения успешной социализации данной категории лиц и преодоления трудностей в налаживании контактов со своими сверстниками.

Литература:

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. - 368 с.
2. Егорова Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: Учеб. Пособие . Балашов: Николаев, 2002. -80с.
3. 3. Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России.- Саратов: Научная книга, 2003. - 255 с.
4. 4.Закон «Об образовании» (1 сентября 2012г.)
5. 5. «Конвенция о правах инвалидов» (3 мая 2012 г. №46-ФЗ)
6. Файзрахманова А.Т. Проблема получения высшего образования лицами с ограниченными возможностями здоровья// Педагогика, психология и технологии инклюзивного образования: материалы Второй международной научно-практической конференции, Казань, 20-21 марта 2014 г./ Институт экономики, управления и права (г.Казань).- Казань: Изд-во "Познание" Института экономики, управления и права, 2014. - 628 с

Незрячие студенты в ВУЗе:
требования к учебно-методическому обеспечению инклюзивного образовательного процесса
Blind students at the university:
requirements for training and methodological support of inclusive educational process

Файзуллина О. С.,Кузнецова Е.В.,
студентки кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г. Казань
Научный руководитель – к. псих.н., доцент А.Т.Курбанова

Актуальность внедрения инклюзивного обучения в педагогическую практику в настоящее время не вызывает сомнения. Это обусловлено в первую очередь усилением в обществе гуманистических тенденций, признанием прав лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на совместное существование с остальными членами социума; пониманием эффективности индивидуального подхода в обучении не только к лицам с ОВЗ, но и к их нормально развивающимся сверстникам.

Цель исследования заключалась в том, чтобы изучить специфику адаптации студентов с нарушениями зрения к условиям обучения в вузе в аспекте ее социально-психологической детерминации.

Обучение в вузе студентов с ОВЗ, особенно с сенсорными нарушениями, выдвигает ряд требований к адаптации образовательных программ и учебно-методическому обеспечению образовательного процесса. Эти требования вошли в проект дополнений и поправок к нормативным документам, определяющим деятельность высших организаций образования, и нацелены на создание для студентов с особыми образовательными потребностями, в частности, для незрячих и слабовидящих, равных возможностей для учения.

К их числу относится, во-первых, требование ввести в основные образовательные программы специализированные адаптационные дисциплины (модули). Данная мера предназначена для дополнительной индивидуализированной коррекции нарушений учебных и коммуникативных умений, профессиональной и социальной адаптации на этапе высшего образования.

Во-вторых, это выбор методов обучения, который осуществляется образовательным учреждением, исходя из доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Он определяется содержанием обучения, уровнем обученности студентов с нарушениями зрения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации студентов-инвалидов и студентов с ограниченными возможностями здоровья.

Следующая необходимая мера - обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья. Студенты с ограниченными возможностями здоровья, в отличие от остальных студентов, имеют свои специфические особенности восприятия, переработки материала. Подбор и разработка учебных материалов должны производиться с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с

нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения - аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Выбор мест прохождения практик для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья также должен производиться с учетом требований их доступности для данных обучающихся. При определении мест учебной и производственной практик для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья образовательная организация должна учитывать рекомендации медико-социальной экспертизы, отраженные в индивидуальной программе реабилитации инвалида, относительно рекомендованных условий и видов труда.

Проведение текущей и итоговой аттестации с учетом особенностей нозологии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся образовательная организация должна создать фонды оценочных средств, адаптированные для инвалидов с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных в основной образовательной программе результатов обучения и уровень сформированности всех компетенций, заявленных в образовательной программе.

Разработка при необходимости индивидуальных учебных планов и индивидуальных графиков обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Обучающиеся инвалиды, как и все остальные студенты, могут обучаться по индивидуальному учебному плану в установленные сроки с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося.

Подготовка к трудоустройству и содействие трудоустройству выпускников-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и их закреплению на рабочих местах. Мероприятия по содействию трудоустройству выпускников-инвалидов необходимо осуществлять во взаимодействии с государственными центрами занятости населения, некоммерческими организациями, общественными организациями инвалидов, предприятиями и организациями. Основными формами содействия трудоустройству выпускников-инвалидов являются презентации и встречи работодателей со студентами-инвалидами старших курсов, индивидуальные консультации студентов и выпускников по вопросам трудоустройства, мастер-классы и тренинги. Эффективным является трудоустройство на квотируемые и специально оборудованные для инвалидов рабочие места.

Перечисленные меры могут значительно увеличить возможности студентов с ОВЗ, в том числе с нарушениями зрения, успешно обучаться в высшей школе.

Для получения образования и достижения успеха в выбранной профессии от слепых требуется большая самоотдача. Если для школьников выпускаются учебники шрифтом Брайля по всем обязательным дисциплинам среднего образования, то для студентов таких учебников практически нет. Огромное число образовательных программ, соответствующих каждой специальности и направлению подготовки, динамично меняющаяся ситуация в вузах делают трудновыполнимой задачу иметь готовый набор учебников по каждому из профилей, куда может поступить для обучения незрячий студент. Не всегда есть возможность оперативно напечатать по Брайлю все необходимые для студента учебные пособия, научные статьи, монографии и другие материалы. Сегодня информационное обеспечение слепых студентов и специалистов, в первую очередь, происходит благодаря адаптивным

компьютерным технологиям, то есть технологиям, обеспечивающим доступ к информации на мониторе компьютера без использования зрения.

В числе адаптивных технологий для слепых одна из важнейших - тактильный дисплей. Это форма адаптации информации с помощью отображения кодов системы Брайля на специальных устройствах - дисплеях, где её можно «считывать» с помощью тактильного анализатора. Это устройство
становится всё более эффективными, в том числе и за счёт развития средств связи тактильного дисплея с персональным компьютером. Ещё недавно эта связь осуществлялась за счёт ёмкого аккумулятора для работы дисплея без подключения к электрической сети (например, вместе с ноутбуком); с**егодня** - это потребление энергии от компьютера через USB-порт; уже завтра будет налажено взаимодействие с персональным компьютером через Blue Tooth или тактильные дисплеи будут интегрированы в специальные компьютеры для слепых.

Информацию, появляющуюся на мониторе компьютера, незрячему позволяет прослушивать технология синтеза речи. Эти программы возникли с повышением мощности персональных компьютеров, которые для превращения электронной информации в звук не требовали никаких дополнительных устройств, помимо стандартных звуковых плат (саундбластеров) и аудиосистем (колонок).

Синтез речи представляет собой лишь общую предпосылку создания условий доступа к информации без использования зрения. Для применения программ синтеза речи потребовались программы экранного доступа, которые анализируют информацию, посылаемую с видеокарты компьютера на его монитор и при необходимости озвучить ту или иную информацию посылают соответствующие сообщения программе синтеза речи. Такие программы экранного доступа называют экранными чтецами (от английского Screen reader).

Вся эта совокупность технических средств даёт возможность незрячемус помощью компьютера читать, набирать и редактировать тексты. Объём текстовой информации, существующей в электронной форме, непрерывно расширяется; всё большая часть того, что раньше существовало на бумажных носителях, становится доступно незрячему и делает его свободным в поиске нужных сведений. Источниками такой информации выступают и простой её набор на компьютере, и получение электронных текстов из Интернета, и сканирование плоскопечатных текстов с их дальнейшим распознаванием (превращением из графического образа в символьную форму). Поэтому для незрячих весьма важно овладеть как сканированием и текстораспознаванием, так и пользованием Интернетом. Благодаря этому сегодня студенты с нарушениями зрения могут или самостоятельно превращать информацию из плоскопечатной книги в форму, доступную их восприятию, или, подобно своим зрячим сверстникам, находить эту информацию в Интернете.

Несмотря на появившиеся новые технические возможности, на сегодняшний день проблемы, связанные с получением образования в вузе, незрячие студенты решают почти исключительно самостоятельно или с помощью родных и друзей. Анализ существующего в отдельных вузах опыта организации поддержки студентов с нарушением зрения показывает, что она, как правило, основана на эмпирическом опыте каждой отдельной образовательной организации, обобщение и теоретическое обоснование этого опыта практически отсутствует. Остро ощущается нехватка квалифицированных кадров (реабилитологов, тифлопедагогов). Также при открытии региональных центров требуется разработка нормативно-правовой базы для их создания и функционирования.

Специалисты в регионах Российской Федерации ощущают острую необходимость в изучении научно-обоснованных технологий, облегчающих процесс получения профессионального образования незрячими и слабовидящими. Необходимо обеспечить вузовские структуры социальной защиты студентов научно-методическими рекомендациями по организации коррекционно-педагогической поддержки студентов с нарушением зрения. Это связано, прежде всего, с тем, что хотя в настоящее время в нашей стране и за рубежом имеется достаточно обширный опыт профессиональной подготовки незрячих, тем не менее государственной системы поддержки студентов-инвалидов в России пока не существует.

Литература:

1. http://elibrary.udsu.ru/xmlui/bitstream/handle/123456789/11315/2013416.pdf
2. www.stavminobr.ru/uploads/files/Инклюзивное%20образование
3. http://vasin.net.ua/IT/01_Blind_Edu.htm
4. http://vasin.net.ua/IT/02_Adapt_Tech.htm
5. http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/298084.html
6. http://cmir.info/wp-content/uploads/2013/12/2-1.pdf

Современные тенденции в образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья.высшее инклюзивное образование в Канаде и России
Modern trends in education of persons with disabilities.the highest inclusive education in Canada and Russia

Федорова Н.А.,
студентка кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета
Россия, г.Казань
Научный руководитель – к. псих.н., ст.преподавательА.А.Твардовская

Инклюзия на сегодняшний день - это образовательная и социальная парадигма, представляет собой прогрессивную форму социального взаимодействия людей различных категорий психофизического развития. Актуальность проблем инклюзии затронута в многих работах, вопросы интеграционного образования всегда будут иметь место в интересах общества.

Инклюзия описывает принцип, по которому учатся вместе здоровые дети и дети с ОВЗ, имеют право на равный доступ к обучению, достижениям и стремлению к совершенству во всех аспектах их образовательной программы. На практике инклюзия не всегда является синонимом полной интеграции в обычные классы и подразумевает не только посещение школы, но и значимое участие в жизни сообщества и содействие взаимодействию с другими членами сообщества.

Теория и практика становления инклюзивного образования в западных странах, одной из которых является Канада, имеют более раннюю в сравнении с Россией историю инклюзивного обучения детей. В Канаде реализуется особо эффективная организация инклюзивных стратегий обучения и отмечается массовая практика инклюзивного обучения детей с ограничениями в развитии, действенные технологии

включения таких детей в общеобразовательную структуру и выражены субъектные позиции всех участников инклюзивного образования.

В России до настоящего времени инклюзивное образование развивается в недостаточной степени по многим объективным и субъективным причинам, что актуализирует необходимость изучения и использования опыта других стран с учетом специфики отечественных реалий. Интерес к сравнительному анализу теории, методологии и организации инклюзивного образования в указанных странах и России обусловлен рядом причин:

- страны Запада и Россия ориентированы на выполнение установок XXI века, поэтому сравнительный анализ позволит дополнить отечественный опыт по развитию инклюзивного образования;

- система построения инклюзивного образования на Западе имеет сложившиеся традиции, что дает возможность использовать положительный опыт данных стран с учетом специфики нашей страны;

- страны Запада имеют четко сформированную социальную позицию всех участников инклюзивного образования, что значительно повышает результат обучения в условиях инклюзивного образования;

- западные страны обладают огромным потенциалом различных технологических разработок включения нетипичных детей в общеобразовательные структуры и именно это должно стать вектором при разработке наиболее оптимальных технологий инклюзивного образования в России;

-отличие менталитета культуры в западных странах от общего уровня социума;

- в западных странах нет как такового понятия инвалид, каждый чувствует себя полноправным членом общества.

Желание дать доступ к среде и процессу образования отдельным студентам может выявить проблемы, требующие более общего и концептуального подхода для их решения.Опыт развития инклюзивного образования доказывает, что инклюзивные процессы в образовании приводят не только к более полной социализации людей с ограниченными возможностями, но и к большей успешности окружающих их людей за счет повышения педагогического мастерства педагогов.

Система инклюзивного образования включает в себя учебные заведения средне профессионального и высшего образования. На сегодняшний день в России получение высшего образования возможно с помощью программы дистанционного обучения, в которую активно включились многие отечественные вузы.В 2008 году Россия подписала Конвенцию ООН «О правах инвалидов». В статье двадцать четвертой Конвенции говорится том, что в целях реализации права на образование государства-участники должны обеспечить инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни человека. В целом законодательство Российской Федерации в сфере социальной интеграции высшего образования инвалидов соответствует международным принципам доступности высшего образования инвалидов, однако, как отмечают исследователи, барьеры повышения доступности образования инвалидов видятся в механизмах их реализации.

Сегодня в соответствии с концепцией Министерства образования РФ, студент и инвалид - это два разных статуса, предполагающих отношения между индивидом, вузом и государством. В связи с этим высшее образование инвалидов в целом представляется развивающимся по двум сценариям. В первом случае студент с инвалидностью имеет в вузе статус обычного студента. Положительные стороны

подобной ситуации связаны, скорее, с моральной точкой зрения, которую транслируют сами инвалиды: речь идет о том, чтобы к инвалидам относились так же, как и ко всем остальным, так как это означает реальное равенство, уважение человеческого достоинства и партнерство.

Вместе с тем при таком развитии событий многие студенты с инвалидностью оказываются исключенными из учебного процесса в силу неприспособленности вузовского образовательного пространства к их особенностям. Во втором случае студент с инвалидностью имеет в вузе статус не только студента, но и инвалида. Это отражается в учебных планах, методах преподавания, расчетах нагрузки и особенностях штатного расписания высшего учебного заведения, а также в том спектре услуг и приспособлений вузовской среды, которые позволяют студенту-инвалиду, обучиться навыкам учения, поведения в интегрированной среде, беспрепятственно добраться до нужного места в вузе, иметь доступ к специальной технике и библиотеке.

Осуществляемые параллельно с учебным процессом мероприятия по медико-социальной реабилитации в рамках реализации индивидуальных реабилитационных программ обеспечивают более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности. К реальным возможностям повышения доступности и качества высшего образования для такой категории абитуриентов, как инвалиды, в первую очередь следует отнести льготы при приеме в высшие учебные заведения. В частности, дети-инвалиды и инвалиды I и II групп, которым согласно заключению учреждения Государственной службы медико-социальной экспертизы не противопоказано обучение в соответствующих вузах, могут рассчитывать на внеконкурсное зачисление в государственные и муниципальные образовательные учреждения высшего профессионального образования при условии успешной сдачи вступительных экзаменов, а также на социальную стипендию.

Опыт организации обучения студентов с ограниченными возможностями в вузах России свидетельствует, что в настоящее время сформировалось четыре основных направления деятельности в этой области: специальные отделения в вузах; специализированные вузы для инвалидов; центры подготовки инвалидов для поступления в вуз; центры психолого-педагогической помощи инвалидам, обучающимся в вузах. При этом общая концепция образования инвалидов варьируется от полной сегрегации к частичной или полной интеграции.Международный опыт показывает, что развитие системы инклюзивного образования долгосрочная стратегия, требующая терпения и терпимости, последовательности, непрерывности, поэтапного и комплексного подхода для ее реализации.

Рассмотрим систему высшего инклюзивного образования Канады. В Канаде нет никакого федерального департамента образования и никакой интегрированной национальной системы образования. В пределах федеральной системы общих полномочий закон о Конституции Канады 1867года говорит, что для каждой области законодательный орган может издать свой Закон относительно Образования.В 1982г, канадский Чартер Прав и Свобод гарантировал равенство для людей с ограниченными возможностями и запретил дискриминацию, основанную на имеющихся барьерах инклюзивного образования. Кроме того, как определено в законодательстве, у канадских областей есть собственные образовательные законы, которые гарантируют, что все студенты получают свободное и соответствующее

образование. Однако, определение "соответствующего образования" зависит от области и региона проживания ,его точного понимания не существует.

Согласно переписи 2006 года, больше чем 85 процентов носителей французского языка - канадцы живут в области Квебека. Права студентов, живущих вне области Квебека и англоговорящих студентов, живущих в области Квебека, защищены в канадском законодательстве. Это законодательство определяет условия, при которых канадцы имеют право на получение доступа получить доступ к публично финансируемому образованию на любом языке национального меньшинства.

В Канаде несколько программ, разработанных для поддержки студентов с ограниченными возможностями здоровья. 1.Специальная программа Needs и At-Risk Students оказывает поддержку в оказании услуг, специальных программ учебного плана, направления, консультацию, и ресурсы для поддержки студенческих семей. 2. Программа обучения подростков со слабым зрением оказывает поддержку, требуемую для данной категории студентов, позволяющую участвовать в образовательных программах наряду с их зрячими коллегами. Программа включают консультацию, материалы, и адпатированную программу . 3.Программа, направленная на помощь студентам с дефектом слуха. Включает в себя : обеспечение тьютора, который оказывают поддержку для студенческих команд, работающих с глухими/с дефектом слуха студентами, и в помощи использовании американского языка жестов.

4. Провинциальные программы включают:

-терапию для студентов, предоставляет финансирование агентствам сообщества, чтобы обеспечить трудотерапию, физиотерапию, и услуги логопедии;

- программу Transportation, чтобы помочь с экстраординарными затратами, связанными с транспортировкой с медицинскими назначениями, прежде всего для жителей сельской и северной Манитобы.

-расширенная служба поддержки для студентов со специальными потребностями - особенности образования во всей юрисдикции. Министерство просвещения в Ньюфаундленде и лабрадорские фонды полный спектр персонала, чтобы поддержать детей со специальными потребностями, включая учителей классной комнаты, учителей, учащихся в специальном учебном заведении, консультантов руководства, образовательных психологов, речь и языковых патологов, и студенческих помощников так же как профессиональных консультантов развития, чтобы работать с учителями.

Данные для данного исследования были получены из Обзора Ограничения Физического и Деятельности, проводимого Статистикой Канада в 2001 (Министерство Промышленности, 2002). Законодательством Канады разработало национальный обзор, чтобы собрать информацию относительно взрослых и детей, у которых есть каждодневные ограничения из-за условия или проблем со здоровьем. Оно опубликовало обзор post-censal, который использовал перепись 2001 года в качестве структуры осуществления выборки, чтобы идентифицировать ее население. Общее количество респодентов выборки составило 4 561. Интервью проводились с родителем или опекуном ребенка. В Канаде, большинство студентов с ограниченными возможностями училось в обычной школе (64 %). Больше , чем четверть студентов с ограниченными возможностями учился в обычной, которая предоставляла места для обучения в области специального образования (26 %).

Только небольшая часть студентов с ограниченными возможностями (6 %) учился в школах в области специального образования.

В каждой области Канады есть свои образовательные программы, приоритетные направления, но каждая программа разрабатывается в соответствии с запросом населения. Эти программы имеют гибкую, динамично развивающуюся структуру, которая может адаптироваться под запросы населения. При разработке программ принимаются во внимание психологические и возрастные особенности. Четыре направления -безбарьерная среда, раннее вмешательство, результаты студента и подготовка педагогических кадров - являются часть продолжающихся образовательных образовательного процесса по всей стране. Каждая юрисдикция выявила ряд проблем образования и приоритетных направлений в двадцать первом столетии.

Стоит заметить, что уровень инклюзивного образования несопоставим в таких странах, как Канада и Россия. Министерство Образования делает все возможное, чтобы преодолеть эту «пропасть». Инклюзивное образование на сегодняшний день является объектом множества споров, исследований и обсуждений, что делает его еще более актуальным и жизненно важным.

Литература:

1. Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В., Зайцев Д.В., Наберушкина Э.К. Политика в сферепрофессионального образования инвалидов // Журнал исследований социальной политики. Т. 2. №1. 2004.
2. Dafna Kohen, Sharanjit Uppal, Saeeda Khan, & Laura Visentin, Health Analysis and MeasurementGroup, Statistics Canada-Access and Barriers to Education for Canadian Children with Disabilities.Canada, 2002.
3. The Council of Ministers of Education, Canadain collaboration withThe Canadian Commission for UNESCO - The Development of EducationReports for Canada;Report Two: Inclusive Education in Canada: The Way of theFuture. Canada,2008.

Инклюзивное образование детей, страдающих раннимдетскимаутизмом
Inclusive education of children with early infantile autism

Филиппова Ю.В
г.Казань
Научный руководитель – к.псих.н, доцент А.И.Ахметзянова

Распространение в нашей стране процесса инклюзии – включения детей с ограниченными возможностями психического и / или физического здоровья в образовательные учреждения вместе с их обычными сверстниками – является не только отражением времени, но и представляет собой реализацию прав детей на образование в соответствии с законодательством РФ. Инклюзивная практика в образовании предполагает повышение качества жизни особого ребенка и его семьи, не ухудшая, в то же время , качества жизни других участников образовательного процесса, и создание необходимых условий для достижения успеха в социальной адаптации и образовании всем без исключения детьми независимо от их

индивидуальных особенностей, учебных достижений, языка, культуры, их психических и физических возможностей.

Детский аутизм является особым типом нарушения психического развития, возникающего в результате биологической дефицитарности ребенка. С самого рождения такой ребенок развивается в особых условиях, и специалисты предполагают, что периода нормального развития он практически не имеет. Известно также, что трудности психического и социального развития проявляются не только в детстве, и человек с последствиями детского аутизма нуждается в специальной поддержке на протяжении всей жизни. Поэтому сейчас, когда инклюзивное образование в России начинает делать свои первые шаги, у детей с этим сложным по коррекции синдромом появилась возможность выйти из рамок лишь коррекционного образования. Это касается и детей с другими, различными ограничениями здоровья.

Для того, чтобы говорить об инклюзии детей с синдромом РДА нужно иметь четкое представление об аутизме, как заболевании, знать его особенности ,и так же знать основные базисные принципы инклюзивного образования.

Итак - Ранний детский аутизм (РДА) или синдром Каннера – это аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира. Под названием «синдром РДА» впервые описан Л. Каннером в 1943 году.(Лео Каннер— австрийский и американский психиатр,) Независимо от Каннера синдром был описан в 1944 году Г. Аспергером и в 1947 году С.С. Мнухиным.

С синдромом раннего детского аутизма связано особое нарушение психического развития детей, которое ставит в тупик их близких. Эта проблема до конца еще не изучена и очень многие вопросы в ней остаются открытыми, что затрудняет процессы обучения, воспитания и коррекции ребенка : как с ним обращаться, как его следует воспитывать, каким образом, и в какой школе его следует обучать?

На все эти вопросы невозможно дать ответа, не зная основных характеристик этой болезни. Термин “аутизм” происходит от греческого слова “autos”, что означает “сам”. Впервые он был использован швейцарским психиатром Блейлером в 1911 году для описания состояния бегства от реальности и ухода в себя у взрослых пациентов, страдающих шизофренией.

Ранний детский аутизм (синдром Каннера) – особое расстройство, определяемое проявлениями диссоциативного дизонтогенеза, т.е. неравномерно нарушенным развитием психической, речевой, моторной, эмоциональной сфер деятельности ребенка с нарушением социального общения.

В настоящее время наиболее значимыми в клинической картине синдрома Каннера считаются следующие признаки:

1. Аутизм как предельное («экстремальное») одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития;

2. Стремление к постоянству, проявляемое как стереотипные занятия, сверхпристрастие к различным объектам, сопротивление изменениям в окружающем;

3. Особая характерная задержка и нарушение развития речи, также вне связи с уровнем интеллектуального развития ребенка;

4. Раннее проявление (до 2,5 лет) патологии психического развития (причем эта патология в большей степени связывается с особым нарушением психического развития, чем его регрессом).

Признаки раннего детского аутизма проявляются избирательно и непостоянно и не определяют основную специфику аномального развития. Одним из основных признаков РДА является нарушение речевого развития. Речевые расстройства значительно варьируют по степени тяжести и по своим проявлениям. Выделяют следующие речевые нарушения:

- нарушение коммуникативной функции речи. Аутичный ребенок избегает общения, ухудшая возможности речевого развития. Его речь автономна, эгоцентрична, не связана с ситуацией и окружением;

- Оторванность такого ребенка от мира, сказывается на его самосознании;

- Стереотипность речи, склонность к словотворчеству, почти у всех детей становление речи проходит через период эхолалий.

Другими признаком аутизма являются трудности формирования поведения. В основном это расторможенность, несобранность, отвлекаемость., наличие навязчивых страхов.

В зависимости от тяжести нарушения аутичный ребенок может обучаться как по программе индивидуального обучения, так и по программе массовой школы. В школе по – прежнему сохраняется изолированность от коллектива, эти дети не имеют друзей. Для них характерны колебания настроения, наличие новых уже связанных со школой страхов. Школьная деятельность вызывает большие затруднения, учителя отмечают пассивность на уроках.

В Российской Федерации существуют следующие основные формы общего (начального общего, основного общего и среднего полного общего) образования детей: обучение в общеобразовательных школах, обучение в специальных (коррекционных) школах и обучение на дому. При этом для многих детей, особенно имеющих какие либо отклонения в физическом развитии, наиболее частым способом образования является обучение в специальных (коррекционных) школах или на дому.

Вместе с тем, как показывает опыт мировой школьной практики, самым эффективным способом образования детей с ограниченными возможностями здоровья и их интеграции в общество является обучение в общеобразовательных школах вместе с их здоровыми сверстниками.

Данный вид обучения представляет собой не что иное, как инклюзивное (включенное) образование, т.е. образование, обеспечивающее отсутствие дискриминации по признакам индивидуальных возможностей и способностей этих детей.

Т.е инклюзивное образование - это совместное обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей, не имеющих таких ограничений.

Существует восемь принципов инклюзивного образования:

- ценность человека не зависит от его способностей и достижений;

- каждый человек способен чувствовать и думать;

- каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;

- все люди нуждаются друг в друге;

- подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;

- все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;

- для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;

- разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

То есть при инклюзивном обучении дети с особыми образовательными потребностями обучаются в классе вместе с обычными детьми.

Поскольку образование в специализированных образовательных учреждениях с одной стороны создает особые условия для удовлетворения потребностей учащихся указанной категории в медицинских и педагогических услугах, а с другой – препятствует их социальной интеграции, ограничивая их жизненные шансы.

Следствием данного противоречия является то, что в условиях специальных (коррекционных) образовательных учреждений круг общения сужается, самооценка падает, закрывается дорога к полноценной жизни, но и в общеобразовательных учреждениях не всегда в полном объёме могут быть реализованы общие и специфические цели образования данной категории детей, направленные на коррекцию и компенсацию недостатков развития педагогическими средствами, социальную реабилитацию, воспитание у них чувства собственного достоинства, преодоление ими чувства малоценности , формирование адекватных форм социального поведения.

Следует отметить, что к сожалению часто имеет место не инклюзия, а стихийная интеграция: проблемные дети попадают в массовую школу не потому, что там созданы адекватные условия для их обучения и воспитания, а потому, что родители не в полной мере осознают проблему ребенка. Здесь нужно четко различать инклюзию и интеграцию.

Инклюзия-это создание особых условий процесса обучения и воспитания детей с ОВЗа интеграция, это помещение этих детей в неподготовленную учебную среду, где дети сами должны приспосабливаться к заданным условиям обучения.

Для детей с РДА такими особыми условиями образования являются

1) в ходе обучения ребенку с РДА необходима спокойная, дружественная обстановка, включающая в себя не только доброжелательность со стороны учителей и одноклассников, но и спокойный интерьер, исключение шума, наличие специальной игровой зоны.

2) На протяжении особенно первых годов обучения рядом с таким ребенком должен находится тьютор -сопровождающий , прошедший специальное обучение по сопровождению детей именно с синдромом РДА, и знающий особенности развития и поведенческих реакций таких детей.

3) Также необходима специальная работа по своевременной организации дополнительной индивидуальной помощи педагога и психолога, по составлению подходящего ребенку режима освоения учебных навыков. Трудности могут и не появиться, так как часть детей уже при поступлении в школу владеет навыками чтения, письма, счета.

4) Для аутичных детей важны и четкая функциональная организация пространства класса, и определенный ритуал общения учителя с учениками, и воспроизводимый порядок урока.

5) Четкий ритуал урока, отработанные способы организации выполнения задания способствуют преодолению характерных трудностей концентрации внимания и произвольной организации, которые проявляются как рассеянность, медлительность, трудность включения в работу, перехода от одного ее этапа к другому.

6) К сожалению в массовой школе такие условия пока не реализованы.

Немаловажным будет отметить , что инклюзивное образование может быть только в той социальной среде, которая готова к восприятию этой идеи. Реализация

системы инклюзивного образования в современной России станет возможной при решении сложной и комплексной задачи повышения духовности и толерантности общества. Речь идет об изменении взглядов на систему воспитания: от семьи, детского сада, школы и до системы общественных взаимоотношений, работы СМИ, изменения образовательных программ и законодательства. Необходима подготовка и повышение квалификации педагогов, участвующих в инклюзивном образовании.

Системное внедрение практики инклюзивного образования происходит в России крайне медленно и достаточно неравномерно. В отдельных регионах (Москва, Самара, Архангельск) достигнуты большие успехи, в других регионах эта практика только начинает складываться.

Следует так же отметить, что немаловажную роль в процессе инклюзии и адаптации детей с «особыми потребностями» играют их родители, которые так же нуждаются в помощи специалистов, поскольку многие из них находятся в растерянности и не всегда знают как помочь своему ребенку. Не все родители компетентны в вопросах инклюзивного образования детей с ОВЗ, многие не имеют четкого представления о том, где их ребенку будет лучше обучаться. Именно специалисты-логопеды, дефектологи, психологи должны разъяснить этим родителям, что инклюзия должна давать право выбора родителям , где их ребенку будет более комфортно и продуктивно проходить обучение: в рамках общеобразовательной школы или в специальном коррекционном учебном заведении. Именно специалисты помогут не допустить ситуации, в которой родители видят в инклюзивном образовании освобождение себя от ответственности за социальную адаптацию и обучение своего ребенка, считая, что это уже будет обязанность государства, школы, учителей.

Таким образом, говорить об инклюзивном образовании детей с РДА в России говорить еще рано. Инклюзия в нашем государстве делает только первые шаги, и для ее успешной реализации нужно не только создание специальных условий в школах, не только специальное обучение для педагогов, но и принятие нашим обществом, на равных, детей с синдромом РДА и не только. Обязательным условием является принятие этих детей не как детей с ограниченными возможностями, а как обычных детей, но с повышенными образовательными потребностями.

Литература:

1. Ахметзянова А.И. Основы психопатологии.- Saarbrücken, Germany: Palmarium Academic Publishing, 2012.- 160 с.
2. Ахметзянова А.И. Практикум по клинической психологии.- Москва: Школьная пресса, 2013.- 78 с.
3. Аутизм / Под.ред. проф. Э.Г. Улумбекова. - М.: Гэотар-мед, 2002.
4. Аутичный ребенок: пути помощи. - М.: Теревинф, 1997. - 342 с.
5. Инклюзивное образование: проблемы совершенствования образовательной политики и системы: Материалы международной конференции. 19–20 июня 2008 года. — СПб.: Изд-во РГПУим. А. И. Герцена, 2008. — 215 с.
6. Кузьмина М. Аутизм // Школьный психолог. – 2000.-№47-48, с.21-36.
7. Лебединская К.С., Лукашова И.Д., Немировская С.В. Клиническая характеристика синдрома раннего детского аутизма.— С-Пб.: Ранний детский аутизм. / Под ред. Т.А. Власовой, В.В.Лебединского, К.С. Лебединской.-М.: НИВД АПН СССР. 1981. С. 4-24.

8. Либлинг М.М. Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом (начало) // Дефектология, 1997, № 4, с, 80-86.
9. Либлинг М.М. Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом (продолжение) //Дефектология, 1998, №1, с. 69 - 80.
10. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология.- 1995.- № 1,2. с.8-17.
11. Никольская О.С. Ребенок с аутизмом в обычной школе. // «Школьный психолог», приложение к газете «Первое сентября» 2002, №№» 7-9.
12. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение.—М.: Теревинф, 2005.
13. Ранний детский аутизм. / Под ред. Т.А.Власовой, В.В.Лебединского, К.С.Лебединской.- М., 1981, 321 с.
14. Ульянова Р.К. Дошкольное воспитание аутичных детей // Дефектология.- 1988.- № 4. с.66-70.
15. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми // Педагогический поиск.- 1999.- № 9, с.11- 29.