

**Министерство спорта, туризма и молодежной политики
Российской Федерации**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Волгоградская государственная академия физической культуры»**

Кафедра теории и методики физического воспитания

Максимова С.Ю.

**Значение музыкального сопровождения двигательной
активности детей дошкольного возраста
с задержкой психического развития**

Волгоград - 2012

Светлана Максимова

**Значение музыкального
сопровождения двигательной
активности детей дошкольного
возраста с задержкой
психического развития**

«БИБКОМ»

2012

УДК 376-056.36
ББК 74.3

Максимова С. Ю.

Значение музыкального сопровождения двигательной активности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития / С. Ю. Максимова — «БИБКОМ», 2012

В монографии рассматриваются результаты научно-исследовательской деятельности, раскрывающей потенциал музыкального сопровождения двигательной активности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития. Отдельно представлены результаты исследования воздействия музыкального ритма, а также содержания музыкальных произведений.

УДК 376-056.36
ББК 74.3

© Максимова С. Ю., 2012
© БИБКОМ, 2012

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКИ В АДАПТИВНОМ ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	7
1.1. Педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с задержкой психического развития	7
1.2. Особенности процесса адаптивного физического воспитания в дошкольных образовательных учреждениях	14
1.3. Педагогически организованная музыкальная среда как важный фактор коррекционно-педагогического процесса	19
Конец ознакомительного фрагмента.	21

Светлана Максимова

Значение музыкального сопровождения двигательной активности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития

ВВЕДЕНИЕ

Результаты исследовательской деятельности, определяющие эффективность процесса адаптивного физического воспитания, показали его невысокую эффективность в решении образовательных и коррекционных потребностей дошкольников с задержкой психического развития (ЗПР). Выявленные отклонения данной категории детей от уровня полноценно развивающихся сверстников по многим параметрам функциональной и физической подготовленности, психического развития, подчёркивают потребность коррекционно-педагогической практики в разработках новейших технологий, основанных на интеграции наиболее эффективных средств физической культуры, смежных областей педагогики и коррекционных технологий.

Современная парадигма образования ориентированна на воспитание полноценной, творческой личности, способной не только успешно сохранить имеющийся национальный и культурный потенциал страны, но и приумножить и развить его. Ведущими педагогами отмечается, что важнейшим составным элементом современных образовательных программ должно явиться искусство, которое было неперенным спутником образования на протяжении многих веков и несколько отделилось от него в последние десятилетия. Педагогами отмечается, что при помощи средств искусства можно воспитать творческую личность, способную обеспечить рост культурного и экономического потенциала страны.

Одним из действенных, доступных для детей дошкольного возраста средств искусства, является музыка. В области музыкального образования, психологии, дефектологии, специальной педагогики накоплен обширный материал, указывающий на развивающие, обучающие и коррекционные возможности музыки. Педагогический опыт говорит о том, что она является средством общения, коррекции эмоционального состояния, развития математических, речевых, интеллектуальных способностей индивида.

И вместе с тем, средства музыкального воздействия не имеют обширного применения в области адаптивного физического воспитания дошкольников с ЗПР. Обобщение результатов педагогических исследований по изучаемой проблеме в области адаптивной физической культуры, убеждает, что в физическом воспитании детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями существует определённый пласт работ, содержащих косвенную информацию об использовании музыки в коррекционно-оздоровительном процессе. Но при этом можно констатировать, что эти работы выполнены в рамках различных научных направлений адаптивного физического воспитания, они не содержат экспериментально-обоснованных материалов об эффективности использования музыки в работе с детьми дошкольного возраста. Предлагаемые авторами парциальные коррекционные программы с использованием музыки чаще всего рассматриваются вне связи с эмпирическими исследованиями её воздействия, вследствие чего оценка их эффективности затруднена.

В представленных ниже материалах научно-исследовательской деятельности содержатся данные, раскрывающие психолого-педагогические возможности музыкального сопровождения двигательной активности детей с ЗПР. Полученные результаты исследования позволяют расширить традиционные взгляды на музыкальное сопровождение процесса адаптивного физического воспитания дошкольников с ЗПР и рассматривать его как значимое, дополнительное педагогическое условие, позволяющее оптимизировать коррекционно-компенсаторные процессы.

ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКИ В АДАПТИВНОМ ФИЗИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1.1. Педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с задержкой психического развития

Клиническое содержание понятия «задержка психического развития» отчасти повторяет то, что зарубежные авторы относят к понятию «минимальная мозговая дисфункция». Подобные состояния более чем у половины неуспевающих учеников являются основной причиной трудностей в усвоении программ обучения (К.С. Лебединский, 1982).

История изучения задержек психического развития начинается с работ А. Ayres (1968), который первым описал клинику инфантилизма у детей. Позднее А. Strauss (1989), сужая данную группу, описала клинику психического инфантилизма и отметила, что, кроме незрелости эмоционально-волевой сферы, у таких детей обнаруживается и некоторое отставание в развитии познавательных способностей (не достигающее степени олигофрении), внимания, памяти, что создает им определенные трудности при обучении в школе.

Впоследствии клинические представления о данных состояниях углублялись и уточнялись в работах М.С. Певзнер (1992). Так же это направление исследований развили в своих работах К.С. Лебединская (1982), И.Ф. Марковская (1995).

В последующие несколько десятилетий, прошедших после первых исследований, клинические критерии задержек психического развития были в определенной степени пересмотрены. В 30-50-е годы задержками развития обозначали широкую клиническую группу нарушений психического развития, включая олигофрению, а для обсуждаемой категории детей использовался термин «психический инфантилизм», служивший, по сути, нозологической категорией. В начале 60-х годов был введен диагноз «задержка темпа психического развития» (У.В. Ульенкова, 1990). На этом этапе изучения проблемы задержку психического развития расценивали как временное, обратимое состояние, имевшее во всех случаях благоприятный прогноз, и на этом основали отграничение от олигофрении, являющейся стойким состоянием (Л.И. Переслени, 1996).

Однако уже тогда ряд авторов указывали на то, что не у всех подобных детей патологическая симптоматика полностью компенсируется. В связи с этим ряд исследователей подобный диагноз расценивают как недостаточно корректный и подразделяют эту достаточно разнородную группу на более однородные клинические категории: психический инфантилизм (гармонический, дисгармонический, осложненный и неосложненный), «интеллектуальные расстройства (или пограничная интеллектуальная недостаточность) при длительных астенических состояниях», «интеллектуальные нарушения при недоразвитии речи» и т.п. Тем не менее, в практической медицине и дефектологии диагноз «задержка психического развития» в настоящее время является наиболее приемлемым. В соответствии с современными представлениями, к задержкам психического развития относят как случаи замедленного психического развития («задержки темпа психического развития»), так и относительно стойкие состояния эмоционально-волевой или интеллектуальной недостаточности, не достигающие

степени слабоумия (В.Г. Петрова, 1992; Т.Д. Марцинковская, 1997; Е.М. Мастюкова, 1997). Б.В. Пузанов (2001) указывает: «Термин задержка подчёркивает временной (несоответствие уровня психического развития паспортному возрасту ребёнка) и вместе с тем временный характер самого отставания, которое преодолевается с возрастом и тем успешнее, чем раньше создаются специальные условия для обучения и воспитания этих детей».

ЗПР является пограничным состоянием между нормой и умственной отсталостью. Это понятие, которое говорит не о стойком, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается у ребенка при поступлении в школу. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены не резко, в других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы. Незрелость эмоциональной сферы и недоразвитие познавательной деятельности будут иметь и свои качественные особенности, обусловленные типом данной аномалии развития.

Т.А. Власова (1975) указывает на то, что в клинической практике под задержкой психического развития понимают интеллектуальные расстройства, обусловленные недоразвитием эмоционально-волевой сферы (психический инфантилизм), либо недоразвитием познавательной деятельности вследствие ранних органических поражений головного мозга (чаще в форме церебрастенических состояний) или генетическим дефектом.

М. С. Певзнер, К. С. Лебединская (1975) рассматривают интеллектуальные расстройства при ЗПР как следствие дизонтогенеза. К дизонтогенетическим формам пограничных состояний интеллектуальной недостаточности В. В. Ковалев относит общую задержку развития (чаще по типу психического инфантилизма), частичную задержку умственного развития (речевого, психомоторного, школьных навыков: чтения, письма, счета).

Ряд ученых подчеркивает, что психический дизонтогенез в детском возрасте всегда проявляется в сочетании явлений повреждения одних функций и недоразвития других, тесно связанных с поврежденными функциями (Е.А. Екжанова, 1993; М.О. Винник, 2007; В.В. Лебединский, 2008). Среди клинических форм задержки психического развития большое место занимает *инфантилизм*, который первоначально описывался как комплекс соматических признаков. Английский учёный D.Funk (1971) выделил общий и частичный инфантилизм, обусловленный заболеванием эндокринных желез, интоксикациями родителей и пр. А также автор выделил формы инфантилизма, связанных с недоразвитием отдельных органов, систем и психический инфантилизм.

По мнению отечественного учёного, основоположника специальной педагогики Л. С. Выготского (1984) инфантилизм представляет собой расстройство процесса инволюции. Ребенок переходит в очередной возрастной период, сохраняя черты, присущие более раннему возрасту.

В настоящее время инфантилизм рассматривается как аномалия развития, в ряде случаев инфантилизм расценивается как временное состояние, которое в зависимости от клинической картины в детском возрасте может иметь благополучную динамику, описанную в научной литературе как «инфантильно-грацильный» и «гармонический инфантилизм» (Т.Д. Марцинковская, 2003; В.Б. Никишина, 2003; В.В. Лебединский, 2008; Н.М. Назарова, 2008). Исследователи полагают, что психический инфантилизм может явиться почвой для формирования различных типов психопатии.

Первая клиническая классификация инфантилизма была дана Г.Е. Сухаревой (1965), подразделяющей его на две группы: гармонический и дисгармонический.

В рамках дисгармонического инфантилизма Г.Е. Сухарева описывает следующие 3 варианта:

- 1) инфантилизм с более грубыми отклонениями в эмоционально-волевой сфере: повышенной возбудимостью, раздражительностью;
- 2) инфантилизм, сочетающийся с гипогенитализмом, гипофизарным субанизмом и другими видами патологии;
- 3) органический инфантилизм с некоторой упрощенностью эмоциональной сферы, нестойкостью и малой дифференцированностью привязанностей, тугоподвижностью мышления.

При гармоническом инфантилизме психическое развитие ребенка соответствует более младшему возрасту, нередко сочетается с соответствующими пропорциями телосложения.

Классификация М.С. Певзнера (1992) включает следующие клинические варианты:

– инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте. В последних работах автора этот вариант стал именоваться неосложненной формой инфантилизма;

– инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

– инфантилизм, осложненный церебрастеническим синдромом.

М.С. Певзнер связывает инфантилизм с недоразвитием лобно-диэнцефальных систем.

В.В. Ковалев (1979) делит психический инфантилизм на две основные разновидности: простой (неосложненный) и осложненный. Гармоничное сочетание черт детскости в психике имеет место только для младшего возраста. В дальнейшем структура личности становится в большей или меньшей мере дисгармоничной. Среди клинических вариантов осложненного психического инфантилизма В.В. Ковалев выделяет также церебрастенический и неврастенический варианты, а также вариант сочетания психического инфантилизма с парциальной психической акселерацией, встречающийся у детей с хроническими соматическими заболеваниями, например, при врожденном пороке сердца.

Е.М. Мастюкова (1992) считает основными признаками инфантилизма недоразвитие аффективно-волевой сферы с яркостью эмоций и их влиянием на поступки и действия, поверхностный, игровой характер интересов, слабую способность к волевому усилию, повышенный фон настроения.

В возникновении инфантилизма большое значение придается как наследственным факторам, так и экзогенным. В.П. Кудрявцев (2001) указывает на роль перенесенных в раннем детстве длительных желудочно-кишечных заболеваний. З.И. Лятс (1994) описал инфантилизм у детей 3-4 лет, родившихся у матерей, болевших токсоплазмозом, Н.И. Озерецкий (1978) наблюдали инфантильных детей, родители которых страдали хроническими инфекционными заболеваниями (туберкулез, сифилис), хроническим алкоголизмом. Г.Е. Сухарева (1965) подчеркивает заметное развитие патологии при повторных и длительных инфекционных заболеваниях в раннем возрасте.

В дальнейшем большой вклад в развитие понятий о ЗПР и основах обучения детей внесли К.С. Лебединская (1982), У.В. Ульenkova (1983), В.И. Лубовский (1989), В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. (1991), И.Ф. Марковская (1995), С.Г. Шевченко, (1999), А.Р. Лурия (2003), В.В. Лебединский (2008).

К. С. Лебединская, исходя из этиологического принципа, различает **четыре основных варианта ЗПР:**

- ЗПР конституционального происхождения;
- ЗПР соматогенного происхождения;
- ЗПР психогенного происхождения;
- ЗПР церебрально-органического генеза.

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов ЗПР имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

При *ЗПР конституционного происхождения* инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения человека, отличающегося детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста: яркость и живость эмоций, преобладание эмоциональных реакций в поведении, в проявлении игровых интересов, высокой внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки, и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью. Школа для них является продолжением игры, они приносят с собой кукол, забираясь с ними под парту. Психологи советуют родителям таких детей не отдавать их рано в школу, дать им возможность «доиграть». В первом классе малая направленность на длительную интеллектуальную деятельность сопровождается неумением подчиняться правилам дисциплины. Следует помнить, что незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу (С.Г. Шевченко, 1999).

Нередки случаи соматопсихического инфантилизма в семье. «Инфантильная» конституция может быть сформирована и в результате негрубых обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни.

При *соматогенной ЗПР* эмоциональная незрелость обусловлена длительными хроническими заболеваниями, пороками в развитии сердца и т. д. Снижение физической активности в данном случае стимулирует недостаток информации, становление жизненно важных психических функций тормозится. Хроническая физическая и психическая астения задерживают развитие активных форм деятельности, способствуют формированию таких черт характера, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах. Эти же свойства в значительной степени обуславливаются созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки. Таких детей легко отличить от обычных сверстников: они не пытаются самостоятельно отвечать на поставленные им элементарные вопросы, а если и отвечают, все время оглядываются на маму, одобрит ли она их ответ или нет.

ЗПР психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, при раннем возникновении и длительном воздействии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливающие патологическое развитие его личности. Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности по типу психической неустойчивости: неумение тормозить свои эмоции, желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности. В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду. В психотравмирующих условиях воспитания, когда преобладают жестокость либо грубая авторитарность, нередко формируется невротическое развитие личности, при котором ЗПР будет проявляться как отсутствие инициативы и самостоятельности, робость, боязливость.

ЗПР церебрально-органического генеза имеет наибольшую значимость для специальной психологии ввиду выраженности проявлений и частой необходимости в применении специальных мер психолого-педагогической коррекции. Причиной данной формы ЗПР являются: патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы

в первые годы жизни. Сходство данной формы ЗПР с олигофренией определяется органическим поражением ЦНС на ранних этапах онтогенеза. Диагноз зависит от степени, массивности поражения. Другим фактором является время поражения. ЗПР значительно чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития (К.С. Лебединская, 1982).

Рассмотрев основные варианты ЗПР, остановимся на особенностях развития таких детей.

По сравнению со здоровыми сверстниками хронологическое **развитие психики** аномальных детей происходит с задержкой. На этом фоне выявляются различные нарушения прежде всего познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, формирования личности, связанные с действием многих факторов: вынужденной изоляции, ограниченными контактами со здоровыми сверстниками и взрослыми людьми, затруднениями предметно-практической деятельности, двигательными и сенсорными расстройствами.

Независимо от специфики первичного дефекта, по мнению Е.М. Мастюковой (1997), для всех детей характерны закономерности нарушенного нервно-психического развития: низкая умственная работоспособность, недостаточность концентрации внимания, памяти, незрелость эмоционально-волевой сферы, эмоциональная неустойчивость, отставание в развитии речи, знаний и представлений об окружающем, отсутствие коммуникативного поведения, недостаточная выраженность познавательных интересов, что негативно сказывается на формировании произвольных движений и физическом развитии детей.

При оценке сформированности ведущих познавательных процессов, у детей с ЗПР наблюдается более низкий, в сравнении с детьми без отклонений психического развития, уровень восприятия, что выражается в затруднениях при узнавании предметов. Недостатки памяти выражаются в уменьшении скорости, полноты и прочности запоминания. Для этих детей характерно снижение объема долговременной и кратковременной памяти, произвольности поведения. Эти дети плохо удерживают в уме цель и условия выполнения задания, что создает определенные трудности при обучении. Особенности мыслительной деятельности связаны с затруднениями при выполнении заданий, требующих словесно-логического мышления. Переход от одного вида мышления к другому происходит с запаздыванием. При этом наглядно-образному мышлению присуща недостаточная подвижность образов (Л.И. Переслени, 1984; Н.А. Цыпина, 1994; О. Шпек, 2003; В.Б. Никишина, 2003).

Также следует отметить проблемы в развитии эмоциональной сферы, что проявляется, в первую очередь, во взаимоотношениях с другими людьми. В отношениях со взрослыми дошкольники с ЗПР не «держат дистанцию», могут вести себя навязчиво, бесцеремонно. В отношениях со сверстниками часто проявляют агрессию. Кроме того, эти детям свойственно состояние аффекта и беспричинное беспокойство (В.Г. Петрова, И.В. Белякова, 1992).

Для детей с ЗПР характерны проявления дизонтогенеза и ретардации как в природном (биологическом), так и в психофизическом развитии, что вызывает сдвиги сенситивных периодов возрастного развития, приводит к дефициту естественных потребностей ребенка в движении, игре, эмоциях, общении, затрудняет процесс обучения (И.П. Подласый, 2002; А.Д. Гонеев, 2004).

По данным многочисленных исследований (Е. М. Рогов, 2000; Н. Я. Семаго, 2000; И.В. Дубровина, А.Д. Андреева, 2001; А.Л. Сиротюк, 2002; В.В. Лебединский, 2008; Н.М. Назарова, 2008), аномальное развитие ребенка всегда сопровождается **нарушением моторных функций**, отставанием и дефицитом двигательной сферы. От своих здоровых сверстников по уровню физического развития и физической подготовленности они отстают на 1-3 года и больше. Основной дефект, как правило, сопровождается сопутствующими заболеваниями и вторичными отклонениями.

У детей с отклонениями в деятельности ЦНС физическое и психическое развитие протекает на дефектной основе, при этом недоразвитыми оказываются костная, мышечная, эндокринная, сенсорные системы, высшие психические функции: речь, мышление, внимание, память, эмоции и личность в целом. В двигательной сфере детей наблюдаются отставания в уровне физического развития и физической подготовленности. Но самые выраженные нарушения отмечаются в координации движений: грубые ошибки в дифференцировании мышечных усилий, излишняя напряженность, скованность и неточность движений, ограниченная амплитуда, нарушения в пространственной ориентировке, равновесии и др. (Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова, 2002, Н.М. Трофимов, С.П. Дуванов, 2006).

В.В. Лебединский (2008) выделял различные особенности двигательной сферы детей с ЗПР различного генеза. Так, при задержке психического развития конституционального происхождения, инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. При соматогенной задержке, обусловленной длительными, нередко хроническими заболеваниями, в психофизическом статусе детей основную роль играет хроническая физическая и психическая астения. В случаях психогенного происхождения задержки психического развития, особенности эмоционального склада и поведения детей также сказываются на формировании их двигательной сферы, а именно на становлении целенаправленных двигательных актов. При задержке развития церебрально-органического генеза в негрубой форме могут наблюдаться некоторые виды моторного недоразвития. Среди черт, наиболее характерных для нарушенного развития двигательной сферы данной группы детей, В. В. Лебединским и др. выделяются неловкость произвольных движений, синкинезий, бедность комбинаций движений, «слабую приспособленность к реальным задачам», замедленную динамику моторного развития, недостаточность ритмичности, автоматизации движений и т. д.

По мнению Е.М. Мастюковой (1997) и других авторов, недостаточность интегративной деятельности мозга у детей с задержкой развития проявляется в так называемых сенсомоторных нарушениях, и одной из основных особенностей этой категории детей является недостаточность образования связей между отдельными перцептивными и двигательными функциями. Характерным признаком таких детей является и недостаточное развитие у них тонкой моторики рук.

Рассматривая различные проявления задержки психического развития у дошкольников, автор выделяет особенности двигательного развития детей с так называемой специфической или церебрально-органической задержкой развития. У многих детей с этой формой задержки уже в первые годы жизни обнаруживается двигательная расторможенность – гиперактивное поведение. Для многих таких детей характерна моторная неловкость, у них слабо развиты тонкие дифференцированные движения пальцев рук. Поэтому они с трудом овладевают навыками самообслуживания, долго не могут научиться застегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки и т. п.

Н.П. Вайзманом (1997) выдвинуто предположение о том, что при неосложненной форме умственной отсталости, куда относится диагноз ЗПР, нарушения сложных двигательных актов, требующих тонкой моторики, являются составной частью ведущего дефекта и определяются теми же механизмами, что и интеллектуальный дефект, т.е. нарушениями аналитикосинтетической деятельности коры головного мозга. Эти нарушения и являются главным препятствием при обучении умственно отсталых детей сложнокоординационным двигательным действиям.

Е.М. Мастюкова (1997) указывает, что в основе этих нарушений моторики лежит механизм, определяющий и интеллектуальный дефект, а именно – недоразвитие аналитико-синтетической деятельности коры головного мозга, точнее – корковых зон двигательного-кинестетического анализатора.

Несмотря на проблемы психомоторного развития детей с ЗПР, Л.И. Переслени (1996) указывала: чем большее количество информации, поступающей через зрительный, слуховой и кожный анализаторы, воспримет ребенок в сенситивные периоды, тем успешнее будут формироваться подкорково-корковые связи, тем более прочная основа дифференцированного восприятия будет заложена для более тонкого и быстрого распознавания реальных событий, более адекватного поведения.

Таким образом, исследования вышеперечисленных авторов подтверждают, что у детей с задержкой психического развития имеются особенности формирования двигательной сферы. Хотя у них и не наблюдается тяжелых двигательных расстройств, но при более пристальном изучении обнаруживается отставание в двигательном развитии, нарушение регуляции произвольных движений, а также несформированность техники выполнения движений и недостаточность двигательных качеств, что подтверждает значимость адаптивного физического воспитания для детей с ЗПР, которое является неотъемлемой частью гармонического развития личности и неразрывно связано с их умственным, нравственным, трудовым и эстетическим воспитанием.

1.2. Особенности процесса адаптивного физического воспитания в дошкольных образовательных учреждениях

С точки зрения государственной политики, главная цель адаптивного воспитания состоит в максимально возможной коррекции основного дефекта путем применения, начиная с момента его обнаружения (в ряде случаев – с момента рождения ребенка), средств и методов адаптивной физической культуры для подготовки инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья к жизни и доступной образовательной и профессиональной деятельности (С.П. Евсеев, 1998).

В процессе адаптивного физического воспитания решаются оздоровительные, образовательные и коррекционные задачи. В дошкольных образовательных учреждениях оно направлено на укрепление здоровья и физического развития детей, на формирование и совершенствование ряда двигательных умений и навыков, координации движений (Н.А. Фомина, С.Ю. Максимова, Е.П. Прописнова, 2007).

Основные **задачи** совпадают с задачами физической культуры здоровых дошкольников, что отражено в государственных образовательных программах для массовых общеобразовательных и коррекционных дошкольных учреждений. К ним относятся воспитательные, образовательные, оздоровительные задачи физического развития (Л.В. Шапкина, 2003). Отличие заключается в наличии коррекционной направленности физического воспитания детей с ЗПР, где коррекция двигательных нарушений является не только целью занятий физкультурой, но и необходимым условием успешного осуществления физического воспитания в целом. Последовательное развитие двигательных возможностей учащихся позволяет обогащать арсенал физических упражнений и благодаря этому решать все более сложные задачи образовательно-воспитательного и коррекционно-развивающего характера. Эффективное развитие движений возможно при условии соотнесения педагогических воздействий со структурой дефекта развития детей с ЗПР, с характером их двигательных нарушений (А.А. Дмитриев, 2002; Г.А. Бутко, 2006).

Коррекционно-развивающая направленность педагогической деятельности неразрывно связана с процессом обучения двигательным действиям и развитием физических качеств. Образовательные и коррекционно-развивающие задачи решаются на одном и том же учебном материале, но имеют отличия. Для образовательных задач характерна высокая степень динамичности, так как они должны соответствовать программному содержанию обучения. Коррекционно-развивающим задачам свойственно относительное постоянство, так как они решаются на каждом занятии. В процессе обучения при переходе к новому учебному материалу происходит не полная смена коррекционных задач, а смена доминирования каких-либо из них. Постоянно действующими задачами на каждом занятии являются коррекция осанки, основных локомоций – ходьбы, бега и других естественных движений, укрепление «мышечного корсета», коррекция телосложения, коррекция и профилактика плоскостопия, активизация вегетативных функций (О.А. Барабаш, 2005).

Именно поэтому в работе с детьми, имеющими стойкие нарушения в развитии, коррекционно-развивающая направленность адаптивного физического воспитания занимает приоритетное место.

Концептуальным положением является взаимосвязь и психофизическое единство организованной двигательной деятельности и целенаправленного формирования личности ребенка, коррекция и развитие его познавательных способностей, сенсорных систем, пси-

хики (восприятия, внимания, памяти, эмоций, мышления, речи), общения, мотивов, интересов, потребностей, самовоспитания.

Коррекционно-развивающее направление адаптивной физической культуры имеет широкий диапазон решения **педагогических задач**, которые условно можно объединить в следующие группы (Н.Л. Литош, 2002; С.П. Евсеев, 2005):

1. Коррекция основных движений в ходьбе, беге, плавании, метании, прыжках, лазании, упражнениях с предметами:

- согласованности движений отдельных звеньев тела (рук, ног, туловища, головы);
- согласованности выполнения симметричных и асимметричных движений;
- согласованности движений и дыхания;
- компенсация утраченных или нарушенных двигательных функций;
- формирование движений за счет сохраненных функций.

2. Коррекция и развитие координационных способностей:

- ориентировки в пространстве;
- дифференцировки усилий, времени и пространства;
- расслабления;
- быстроты реагирования на изменяющиеся условия;
- статического и динамического равновесия;
- ритмичности движений;
- точности мелких движений кисти и пальцев.

3. Коррекция и развитие физической подготовленности:

- целенаправленное «подтягивание» отстающих в развитии физических качеств;
- развитие мышечной силы, элементарных форм скоростных способностей, ловкости, выносливости, подвижности в суставах.

4. Коррекция и профилактика соматических нарушений:

- формирование и коррекция осанки;
- профилактика и коррекция плоскостопия;
- коррекция массы тела;
- коррекция речевого дыхания;
- укрепление сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

5. Коррекция и развитие психических и сенсорных способностей:

– развитие зрительно-предметного, зрительно-пространственного и слухового восприятия;

– дифференцировка зрительных и слуховых сигналов по силе, расстоянию, направлению;

- развитие зрительной и слуховой памяти;
- развитие зрительного и слухового внимания;
- дифференцировка зрительных, слуховых, тактильных ощущений;
- развитие воображения;
- коррекция и развитие эмоционально-волевой сферы.

6. Развитие познавательной деятельности:

– формирование представлений об элементарных движениях, частях тела, суставах (название, понятие, роль в движении), об упражнениях, их технике и влиянии на организм, требованиях к осанке, дыханию, питанию, режиму дня, гигиене тела и одежды, закаливанию, значению движений в жизни человека и самостоятельных занятий;

– расширение и закрепление знаний, основанных на межпредметных связях, являющихся составной частью физических упражнений (формирование пространственных представлений, речевой и коммуникативной деятельности, знакомство с животным миром и т.п.).

7. Воспитание личности умственно отсталого ребенка (Н.А. Козленко, 1991; А.А. Дмитриев, 2002; Л.В. Шапкова, 2003).

Средствами адаптивной физической культуры являются физические упражнения, естественно-средовые силы природы и гигиенические факторы.

Программный материал по физической культуре включает следующие разделы: ритмика и ритмическая гимнастика, гимнастика, легкая атлетика, лыжная подготовка, спортивные и подвижные игры, плавание. Каждый из этих разделов включает многочисленные физические упражнения, позволяющие воздействовать на различные звенья опорно-двигательного аппарата, мышечные группы, вегетативные системы, корректировать недостатки физического развития, психики и поведения (О.А. Барабаш, 2005).

Воспитание и обучение детей с интеллектуальной недостаточностью при всем многообразии подходов, обусловленных своеобразием их физической и психической сферы, имеет ряд общих **методов**, совокупность которых характеризует любой вид физкультурной деятельности. К ним относятся:

- методы формирования знаний;
- методы обучения двигательным действиям;
- методы развития физических способностей;
- методы воспитания личности;
- методы организации взаимодействия педагога и занимающихся;
- методы регулирования психического состояния детей.

В основе их лежат закономерности обучения, возрастного развития, дидактические и специально-методические принципы, коррекционная направленность педагогического процесса, что выражается в функциях адаптивного физического воспитания (Н.Л. Литош, 2002, А.А. Дмитриев, 2002). Л.В. Шапкова (2003) разделяет все **функции адаптивного физического воспитания** на две большие группы:

I. Социальные функции:

1. социализирующая функция;
2. интегративная функция;
3. коммуникативная функция.

II. Педагогические функции:

1. учебно-познавательная функция;
2. развивающая функция;
3. воспитательная функция;
4. коррекционная функция.

В этой ситуации адаптивная физическая культура выступает таким социокультурным феноменом, в котором сочетаются все три фактора воспитания. Физкультурная деятельность содержит и воспитывающую среду, и воспитывающую деятельность, и возможности личностного развития и самореализации. Она решает ряд важных для личности ребенка задач:

- воспитание адекватной оценки собственных физических и психических возможностей, преодоление комплексов неуверенности, неполноценности;
- воспитание осознанного и активного отношения к телесному здоровью, систематическим занятиям физическими упражнениями;
- формирование положительной мотивации, интереса к физкультурной деятельности;
- воспитание гуманного отношения к себе и окружающим, формирование межличностных отношений и коммуникативного поведения;
- воспитание ответственности, инициативы, настойчивости в преодолении трудностей;
- воспитание дисциплины, умение управлять своими эмоциями, подчиняться общим правилам и нормам социального поведения;

– формирование навыков самовоспитания: самоорганизации, самодисциплины, самооценки, самоконтроля.

Решаются эти задачи методами приучения, убеждения (диалог, совет, мнение, рекомендация, требование, суждение), личного примера педагога, специальных тренингов, позитивных видов оценивания деятельности (одобрение, похвала, благодарность и т. п.), общения в коллективе, создания благоприятного психологического климата (Г.А. Бутко, 2006).

В зависимости от тяжести поражения ребенка взаимодействие педагога с занимающимися осуществляется в разных **формах**:

Индивидуальные занятия проводятся с детьми-инвалидами с детства, с детьми надомного обучения, имеющими тяжелые и сочетанные нарушения умственной отсталости. Взаимодействие с одним человеком позволяет индивидуализировать содержание, методы, приемы лечебно-восстановительных и коррекционно-компенсаторных мероприятий, оперативно контролировать состояние ребенка (С.П. Евсеев, 2005).

Индивидуально-групповые занятия проводятся с группой от 2 – 3 до 6 – 8 человек, как правило, с приблизительно одинаковыми вторичными нарушениями, например осанки. Такие занятия типичны для коррекционных занятий. Особенность их состоит в том, что часть занятия (урока) проводится совместно, при этом подбираются упражнения, доступные всем, другая часть состоит в персональных заданиях каждому и выполнении их под руководством и контролем педагога. Такая форма занятий обусловлена многообразием дефектов и требованиями индивидуального подхода (А.А. Дмитриев, 2002).

Малогрупповые занятия – наиболее распространенный вид организованных занятий урочной формы по физическому воспитанию в специальных детских садах, школах, интернатах. Относительная однородность группы позволяет упорядочить учебный процесс, решая общие для всех задачи, используя единые средства и методы, создавать условия взаимодействия, вербального и невербального общения, повышать педагогическую и моторную плотность урока. Недостатком является ограниченный индивидуальный подход (В.Т. Кудрявцев, 2000).

Для обеспечения полноценного протекания коррекционнооздоровительного процесса необходимо соблюдать следующие **методические требования**:

– доброжелательный стиль общения, доверие, открытость педагога, выраженное внимание к каждому ученику;

– позитивный настрой, положительная мотивация, поддержание оптимизма, эмоционального комфорта и безопасности;

– постановка общей цели, объединение общими интересами, организация взаимодействий учащихся по принципу психологической совместимости;

– адекватность средств, методов и методических приемов реальному состоянию и индивидуальным возможностям детей;

– примирительные акты в случае конфликтов, возникающих вследствие неустойчивого психического состояния, неудачи, боли, разногласий, эмоционального дискомфорта, отсутствия внимания и т. п. Способами разрешения конфликта могут быть мотивированное переубеждение, изменение установок, отношений и оценок, компромисс, уступка, шутка, улыбка, обоюдный анализ ситуации, концентрация на положительном, переориентировка внимания на другой объект или действие (Е.А. Алябьева, 2003);

– суггестивные методы (методы внушения), при которых дети с умственной отсталостью без обдумывания, пассивно, без борьбы мотивов усваивают идеи и высказывания педагога (психолога). Внушения касаются снятия страхов, тревоги, стресса, неуверенности, повышения работоспособности, мобилизации эмоциональной активности;

– использование музыки с целью снятия нервно-мышечного напряжения, ускорения восстановительных процессов, ритмической и эмоциональной настройки (И.В. Дубровин, А.Д. Андреев, 2001; Г.А. Бутко, 2006; Н.М. Назарова, 2008);

– игровые методы организации занятий, активизирующие внимание, память, воображение, создающие ощущение удовольствия, радости. Специальным подбором подвижных игр можно регулировать психоэмоциональное состояние от снятия агрессивности до формирования эмпатии в межличностных отношениях (С.Ю. Максимова, 2002);

– театрализованные формы занятий (сказкотерапия, сюжетно-ролевые игры, тематические игровые композиции), связанные с передвижением, воспроизведением положительных образов, совместной деятельностью, которые могут стать опорой для подражания, источником двигательной, психомоторной, социальной активности (Н.А. Фомина, 2007).

Вместе с тем, процесс адаптивного физического воспитания в специальных дошкольных образовательных учреждениях, зачастую базируется на программно-методическом содержании общепринятых для полноценно развивающихся детей программах обучения и воспитания, которые дополняются и расширяются блоком коррекционной направленности. Данное обстоятельство обуславливает необходимость научного обоснования специальных программ по адаптивному физическому воспитанию для различных нозологических групп детей.

Анализ научно – методических разработок в вышеуказанном направлении показывает, что в области адаптивного физического воспитания дошкольников с ЗПР имеется пласт наработок, позволяющих оптимизировать коррекционно-оздоровительный процесс путём применения: ритмической гимнастики сюжетно-ролевой направленности (С.Ю. Максимова, 2002; Н.А. Фомина, 2004); коррекционной ритмики (Г.А. Бутко, 2006); плавания (Е.В. Пермяков, 2004); подвижных игр (Т.А. Малосаева, 2003; Е.В. Чухланцева, 2009); оздоровительных систем и технологий (Л.А. Добрынина, 2003; И.Н. Минка, 2005; И.А. Коровина, 2010). В работах вышеуказанных авторов выявлено положительное влияние специально подобранных средств физического воспитания на основные параметры развития дошкольников с ЗПР, а так же коррекцию имеющихся у них отклонений в развитии. Весьма интересными являются и научные исследования, затрагивающие вопросы методологического обеспечения процесса физического воспитания данной категории детей. Так в работе И.А. Коровиной (2010) предложены специальные методы обучения дошкольников с ЗПР основным видам движений. А в трудах Т.В. Стеблій (2008) научно обоснована методика воспитания дошкольников с ЗПР в условиях функциональной интеграции.

Однако, проблема научного обоснования высокой эффективности процесса адаптивного физического воспитания детей дошкольного возраста с ЗПР, является на сегодняшний день по-прежнему актуальной и востребованной. Что обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.

1.3. Педагогически организованная музыкальная среда как важный фактор коррекционно-педагогического процесса

На протяжении всей истории человечества музыка занимала одно из ведущих мест в системе обучения и воспитания подрастающего поколения. В трудах виднейших деятелей древней Греции, Индии, Китая имеются рассуждения, указывающие на лечебное и профилактическое воздействие музыки. Они считали, что музыка устанавливает пропорциональный порядок и гармонию во Вселенной, в том числе нарушенные в человеческом теле. Было замечено, что музыка, прежде всего её основные компоненты – мелодия и ритм, изменяет настроение человека, перестраивает его внутреннее состояние.

Интерес к музыке как к педагогическому средству воспитания гармоничной личности не ослабевал и на протяжении дальнейших веков становления человечества. Ретроспективный анализ показывает высокую роль музыкального образования в эпоху Средневековья и Возрождения, XIX XX веков. С развитием научно-технического прогресса, трактаты о функциональных возможностях музыки получили научное обоснование.

Анализ теоретико-прикладных исследований, отражающих сложность и многогранность **воздействия музыки на личность**, позволил констатировать, что большая часть исследований посвящена вопросам воздействия музыки на психофизиологическое состояние человека (В.М. Бехтерев, 1905; И.М. Догель, 1988; С.В. Шушарджан, 1988; А.Л. Готсдинер, 1989).

Среди исследователей, изучавших данный аспект воздействия музыки, считаются твёрдо установленными следующие закономерности и факты: музыка активизирует обменные процессы, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы, регулирует проявление эмоций, активизирует сенсорное восприятие с последующим изменением ритма организма, повышает физическую работоспособность.

Отдельное научное направление составляет изучение музыкального воздействия на психическое состояние личности. Большинство исследований основано на восприятии музыки, как сложном эмоциональном и сенсорно-интеллектуальном процессе, активизирующем в слушателе эмоции, мысли, ассоциации. В результате опытно-экспериментальной деятельности установлено, что музыка: активизирует умственную работоспособность; активизирует интеллектуальную и творческую деятельность; способствует улучшению когнитивных процессов (И.Н. Корнева, 2004; Н.В. Шутова, 2008).

В последние годы большой интерес представляют исследования, связанные с изучением влияния музыки на функциональную активность головного мозга.

Работы ряда авторов показали, что музыка оказывает стойкое воздействие на ЦНС: вызывает функциональные изменения в деятельности головного мозга; приводит к усилению активности коры головного мозга; перестраивает характер внутриволновых и межполушарных взаимодействий обеспечивает интеграцию деятельности мозга (А.Л. Готсдинер 1972; Н.Н. Захарова; В.М. Авдеев, 1982; М. Н. Фишман, 2005).

В исследованиях вышеуказанных авторов доказано, что специально подобранные музыкальные произведения улучшают психофизиологические характеристики деятельности ЦНС, создавая тем самым более комфортные условия для полноценной жизнедеятельности.

Определённый научный интерес представляют исследования, связанные с использованием сложных, комплексных методов исследования. Эффективность применения музыки в

профилактико-адаптационных и лечебных целях подтверждают научные исследования С.В. Шушарджан, Р.С. Шушарджан (1988, 1999).

Воздействие музыки на личностное развитие прослеживают В.В. Медушевский, 1968; А.Л. Готсдинер, 1989; С.В. Светличная, 1999; Д.К. Кирнарская, 2004; М. Янушевска – Варых, 2006; Л.И. Уколова, 2008. В работах этих авторов обосновывается влияние музыки на общие характеристики развития индивида.

Однако неверно было – бы ограничиться раскрытием только развивающего и функционального характера воздействия музыки на человека. Необходимо отметить, что результаты исследовательской деятельности, проводимой педагогами, физиологами и медиками, легли в основу научного обоснования использования данного вида искусства коррекционной работе с детьми и взрослыми.

Анализ психолого-педагогических исследований по изучаемой проблеме позволяет утверждать, что в пространстве специального образования существует определённый пласт наработанных позиций, мнений по отношению **к использованию музыки в работе с детьми с проблемами в развитии.**

Отдельный пласт научно-исследовательских разработок представляют работы, где на основе интеграции музыки и ритмического движения, строятся коррекционно-развивающие программы для детей, имеющих разнообразные расстройства: центральной нервной системы (Е.М. Мастюкова, 1997; Е.А. Медведева, 2002; И.Н. Корнева, 2004; Л.С. Медникова, 2004); глухими, слабослышащими (Л.Б. Дзержинская, 1997; Н.А. Рау, Е.Ф. Рау, 2005); с нарушениями речи (О.П. Гаврилушкина, 1989; Л.С. Медникова, 2004; Е.П. Прописнова 2003; М.Ю. Картушина, 2005; Р.Л. Бабушкина, 2011); с ЗПР (С.Ю.Максимова, 2002; Е.А. Медведева, 2002; Н.А. Фомина, 2004; Г.А. Бутко, 2004).

В последнее десятилетие появился ряд научных разработок, раскрывающих коррекционно – обучающие возможности музыки в воспитании детей с ЗПР (Е.А. Медведева, 2002; М. Янушевска – Варых, 2006; Е.Ю. Тишина 2008; Н.В. Шутова, 2008). В работах вышеуказанных авторов получены научные факты, указывающие на то, что музыка может выполнять развивающую, коррекционную, воспитательную и обучающую функции при организации педагогической работы с детьми данной категории.

Таким образом, в результате теоретических обобщений научно – исследовательских работ выявлены обширные возможности музыкального искусства в процессе жизнедеятельности человека. Коррекционное направление музыкального воздействия получило в последние десятилетия бурное развитие, и определилось как отдельная ветвь арттерапевтических технологий, как музыкотерапия.

Музыкотерапия – один из видов арттерапии, направленный на профилактику, психокоррекцию личностных отклонений в развитии ребёнка с проблемами, где музыка используется как символическая форма, вспомогательное средство, основное воздействие которого нацелено на катарсис, регуляцию нарушений психосоматических и психоэмоциональных процессов, коррекцию рефлексивно-коммуникативной сферы ребёнка. Музыкотерапия основывается прежде всего на восприятии музыки, которое у детей с ограниченными возможностями имеет свои особенности. Поэтому в специальном дошкольном образовании она должна базироваться на тщательной диагностике и начинаться не ранее 6-7 лет.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.