

**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
Конец ознакомительного фрагмента.	12

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 неременным спутником образования на протяжении многих веков и несколько отдалилось 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. Ульenkova, 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 субнанизмом 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 церебральным 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 церебральный и невральные 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. Озерский (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. Ульяновская (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 клинко-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 дифферен-

циация 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).

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.